

RAPPORT DE RECHERCHE

Programme de subventions de recherche



Adapter le logement social aux besoins
des locataires âgés atteints de démence



LA SCHL : AU CŒUR DE L'HABITATION

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) est l'organisme national responsable de l'habitation au Canada, et ce depuis plus de 60 ans.

En collaboration avec d'autres intervenants du secteur de l'habitation, elle contribue à faire en sorte que le Canada continue de posséder l'un des meilleurs systèmes de logement du monde. La SCHL veille à ce que les Canadiens aient accès à un large éventail de logements de qualité, à coût abordable, et elle favorise la création de collectivités et de villes dynamiques et saines partout au pays.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez consulter le site Web de la SCHL à l'adresse suivante :
www.schl.ca

Vous pouvez aussi communiquer avec nous par téléphone :
1-800-668-2642 ou par télécopieur : 1-800-245-9274.

De l'extérieur du Canada : 613-748-2003; télécopieur : 613-748-2016.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement souscrit à la politique du gouvernement fédéral sur l'accès des personnes handicapées à l'information. Si vous désirez obtenir la présente publication sur des supports de substitution, composez le 1-800-668-2642.

**ADAPTER LE LOGEMENT
SOCIAL AUX BESOINS DES
LOCATAIRES ÂGÉS
ATTEINTS DE
DÉMENCE**

par: Myra Schiff, Ph.D.
Myra Schiff Consultants Limited

et
Nancy Gnaedinger, M.A.
Consultante en gérontologie

août 1997

Agent du projet à la SCHL: Luis Rodriguez

Ce projet a été réalisé grâce à une contribution financière de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, dans le cadre du Programme de subventions de recherche (Dossier n° 6585-S076-1 de la SCHL). Les idées exprimées sont celles de l'auteur et ne représentent pas le point de vue officiel de la SCHL.

NOTE: **ISSUED ALSO IN ENGLISH UNDER THE TITLE:**

Adapting Municipal Housing to Meet the Needs of Older Tenants
with Dementia

**ADAPTER LE LOGEMENT SOCIAL
AUX BESOINS DES LOCATAIRES ÂGÉS
ATTEINTS DE DÉMENCE**

Par

Myra Schiff, Ph.D.
Myra Schiff Consultants Limited

et

Nancy Gnaedinger, M.A.
Consultante en gérontologie

Directeur de projet de la SCHL :
Luis Rodriguez

Août 1997

Ce projet a été réalisé grâce à une subvention de la Société canadienne d'hypothèques et de logement selon les dispositions du Programme de subventions de recherche. Les vues qui y sont exprimées sont celles des auteurs et non celles de la Société.

Objet

Nous avons entrepris la présente étude afin d'en savoir davantage sur les occupants de logement municipal qui sont atteints de démence et dont le nombre croît sans cesse. Nous espérons que cette étude sensibilisera les organismes d'habitation municipaux à la nature du problème et leur proposera des façons de le résoudre. Les réalisations de trois des quatre études de cas exposées dans le présent rapport (la quatrième n'a pas encore été mise en oeuvre) devraient inciter les organismes d'habitation municipaux à élaborer leurs propres programmes en vue de répondre aux besoins de leurs locataires actuels et éventuels atteints de démence.

Remerciements

Cette étude n'aurait pu se réaliser sans la collaboration des 275 organismes d'habitation municipaux ayant répondu à notre questionnaire initial. Nous remercions les personnes qui nous ont transmis le nom de leurs organismes d'habitation municipaux relevant de leur province ou territoire. Nous remercions également toutes les personnes s'étant prêtées à une entrevue dans le cadre des études de cas effectuées à Lethbridge, Alberta, au comté de Dufferin, Ontario, à Yarmouth, Nouvelle-Écosse et au Mont St-Hilaire, Québec. Nous devons aussi remercier Luba Serge et Janet McClain pour leur travail aux études de cas effectuées au Mont St-Hilaire et à Yarmouth.

Sommaire

Puisque la population vieillit et qu'on réduit le nombre de lits réservés aux soins de longue durée, de plus en plus de Canadiens atteints de démence vivront parmi la collectivité, bon nombre d'entre eux dans des logements administrés par des organismes d'habitation municipaux.

Dans cette étude, nous examinerons dans quelle mesure les organismes d'habitation municipaux sont conscients et se préoccupent de la situation de leurs locataires atteints de démence, comment ils comptent éventuellement régler ce problème, les mesures qu'ils prennent pour le résoudre à l'heure actuelle, les interventions qu'ils envisagent, les obstacles auxquels ils se heurtent lorsqu'ils tentent d'apporter des modifications au milieu physique et aux méthodes et lignes de conduite administratives et les façons de surmonter ces obstacles.

Les réponses au sondage adressé à 250 organismes d'habitation municipaux révèlent ce qui suit :

- o Les organismes d'habitation qui sont conscients et se préoccupent de leurs locataires âgés atteints de démence s'efforcent de soutenir ces derniers ainsi que d'autres locataires de santé fragile.
- o Les organismes d'habitation qui ne sont pas conscients du problème de la démence ne se préparent pas à affronter la situation qui les attend.
- o Parmi les mesures prises par les organismes d'habitation pour soutenir leurs locataires âgés atteints de démence, citons la collaboration avec les services sociaux et de santé et les familles, la prestation de formation sur la démence à leur personnel et à d'autres locataires, l'établissement d'une surveillance plus étroite de certains locataires de la part de leur personnel affecté au logement et l'apport de modifications mineures aux bâtiments.
- o Parmi les obstacles s'opposant à l'apport de modifications qui répondraient aux besoins des locataires âgés atteints de démence, mentionnons les coûts (obstacle le plus souvent cité), la pénurie de personnel dans les organismes de logement, le manque de compétence en gestion des personnes atteintes de démence et l'inquiétude que suscite la transformation des logements pour personnes âgées en établissements de soins de longue durée.

Des études de cas ont été effectuées à Lethbridge, Alberta, au comté de Dufferin, Ontario, à Yarmouth, Nouvelle-Écosse et au Mont St-Hilaire, Québec. Ces études révèlent qu'il est possible d'élaborer des programmes permettant d'aider les locataires atteints de démence à demeurer dans leur logement tout en assurant la sécurité des autres locataires. Toutefois, ces programmes ont été spécialement conçus pour aider et soutenir tous les occupants de santé fragile et non seulement pour répondre aux besoins des locataires atteints de démence.

Résumé

Dans le passé, la conception des habitations à loyer modique (HLM) pour personnes âgées et le choix de leur mode de fonctionnement reposaient sur l'hypothèse selon laquelle les locataires âgés déménageraient dans des établissements de soins de longue durée lorsqu'ils auraient besoin de supervision et de soins. À l'heure actuelle, cette hypothèse ne tient plus à cause du manque de places dans ce type d'établissement, si bien que les organismes d'habitation municipaux doivent maintenant faire face au problème de l'accroissement du nombre de personnes démentes dans les HLM.

Selon l'*Étude sur la santé et le vieillissement au Canada*, approximativement 250 000 Canadiens de 65 ans et plus sont atteints d'une forme de démence et, de ce nombre, la moitié demeure au sein de la collectivité. De plus, on s'attend à une augmentation du nombre de personnes démentes au Canada, qui devrait atteindre 450 000 en l'an 2011. Cette augmentation, conjuguée à la tendance actuelle selon laquelle de plus en plus de personnes âgées demeurent dans leur collectivité plutôt qu'en établissement, entraînera une augmentation du nombre et du pourcentage de personnes démentes à héberger dans la collectivité.

En 1995 et 1996, Mmes Myra Schiff et Nancy Gnaedinger ont réalisé une étude nationale qui examinait :

- dans quelle mesure les organismes d'habitation municipaux sont conscients et se préoccupent de la présence de personnes démentes dans les HLM, et quelles sont leurs attentes par rapport à cette situation dans le futur;
- les mesures prises actuellement par les organismes relativement à cette situation et ce qu'ils comptent faire à l'avenir;
- les obstacles aux modifications de l'environnement physique ou des politiques et méthodes administratives, et les moyens pour les surmonter.

La méthodologie employée comprenait une recherche documentaire, l'envoi d'un questionnaire à des organismes d'habitation municipaux dans toutes les provinces et les deux territoires, et quatre études de cas.

La recherche documentaire n'a pas permis de trouver de publications sur ce sujet.

Les 250 questionnaires remplis ont révélé les faits suivants :

- Les organismes d'habitation qui sont conscients de la présence de locataires atteints de démence dans leurs immeubles et qui en sont préoccupés font de véritables efforts pour aider ce type de clientèle de même que d'autres locataires en perte d'autonomie. Ceux qui n'en sont pas

Adapter le logement social aux besoins des locataires âgés atteints de démence

conscients ne font pratiquement rien pour se préparer à accueillir de tels locataires dans l'avenir.

- Parmi les efforts faits par les organismes d'habitation pour répondre aux besoins des locataires atteints de démence, on trouve : le travail en étroite collaboration avec les agences de services sociaux et de santé et avec les familles, l'information du personnel et des autres locataires, le suivi accru des locataires spéciaux par le personnel et les modifications mineures aux immeubles (qui répondent généralement aux besoins de l'ensemble des locataires en perte d'autonomie).
- Le coût est l'élément le plus fréquemment mentionné parmi les obstacles aux changements qui permettraient d'accueillir plus de locataires atteints de démence. On a relevé trois types de coûts, qui visent respectivement l'accroissement de la surveillance, la modification des bâtiments et le déménagement des locataires dans un établissement mieux adapté à leurs besoins. Le manque de personnel dans les HLM, l'insuffisance de personnel qualifié pour s'occuper de personnes démentes, la résistance ou la peur face à l'éventuelle transformation d'habitations pour personnes âgées en établissements de soins de longue durée, et la conception inadéquate de bâtiments construits sans penser qu'un jour on y logerait des personnes fragilisées atteintes de troubles cognitifs sont autant d'autres obstacles fréquemment mentionnés par les répondants. La principale stratégie utilisée pour surmonter ces obstacles consiste à travailler en collaboration avec d'autres organismes tels que les agences de services de soutien à domicile, les CLSC au Québec, les organismes de services de santé mentale, les ministères provinciaux et services régionaux responsables de la santé, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, les établissements de soins de longue durée et les établissements psychiatriques.

Des études de cas ont été réalisées à Lethbridge en Alberta, dans le comté de Dufferin en Ontario, à Mont-Saint-Hilaire au Québec et à Yarmouth en Nouvelle-Écosse.

Ces études ont révélé que :

- Les organismes d'habitation se concertent pour améliorer la qualité de vie de leurs locataires atteints de démence tout en assurant la sécurité des autres locataires. Les quatre organismes offrent un soutien à la vie quotidienne aux résidents qui en ont besoin; on fournit certains services et on assure une permanence 24 heures sur 24. Dans certains cas, on a suggéré de faire des rénovations pour permettre de pousser plus loin le concept de service de soutien à la vie quotidienne. D'autres dispositifs mis en place consistent à obtenir l'aide d'autres locataires ainsi qu'à sensibiliser les résidents aux besoins des personnes démentes.

Adapter le logement social aux besoins des locataires âgés atteints de démence

- Les organismes d'habitation de ces quatre collectivités ont élaboré des programmes qui permettent le maintien des locataires atteints de démence dans leur appartement.
- Ces programmes n'ont pas été spécifiquement conçus pour les personnes démentes mais pour l'ensemble des locataires en perte d'autonomie.

Les études de cas font état de quatre méthodes différentes employées par les organismes d'habitation municipaux pour venir en aide à leurs locataires atteints de démence. Bien que différentes, ces méthodes avaient en commun les points suivants :

- Aucun des programmes n'a été conçu spécifiquement pour les locataires atteints de démence; on a plutôt adapté des programmes destinés à promouvoir le maintien sur place aux besoins des personnes démentes. On espère que cette constatation encouragera d'autres organismes d'habitation à faire de même. De plus, on a noté qu'il est financièrement avantageux d'offrir le même programme à l'ensemble des locataires, qu'ils soient atteints de troubles cognitifs ou non.
- Les programmes ont été adaptés aux besoins locaux, car une seule méthode ne peut convenir dans toutes les circonstances. Pour concevoir un programme efficace, les organismes d'habitation doivent bien connaître le contexte dans lequel ils travaillent; ils doivent être au fait des besoins, des préférences, des capacités et du style de vie des locataires qu'ils hébergent.
- À l'exception de l'Office municipal d'habitation de Mont-Saint-Hilaire, les organismes d'habitation ont profité des occasions qui s'offraient à eux pour élaborer leur projet.
- Les études de cas ont amplement démontré que la persévérance et la flexibilité sont des éléments essentiels au succès de l'élaboration d'un programme. Par exemple, l'organisme d'habitation de Lethbridge et la commission de logement du comté de Dufferin ont multiplié les efforts pour atteindre leur but. À Mont-Saint-Hilaire, l'OMH et le CLSC ont, pour leur part, modifié le programme selon les besoins.

Les résultats de l'étude indiquent que les mesures suivantes pourraient aider les organismes d'habitation à s'adapter aux besoins de locataires âgés atteints de démence.

- Rendre les organismes d'habitation et leurs gestionnaires plus conscients des conséquences reliées à la démence. En effet, bien qu'un peu plus de la moitié des répondants ont indiqué qu'ils hébergeaient un locataire atteint de de démence ou plus, peu semblent avoir mis au point un dispositif systématique d'intervention. On doit faire connaître les projections de prévalence de démence aux organismes et leur faire réaliser qu'il est de

Adapter le logement social aux besoins des locataires âgés atteints de démence

plus en plus probable qu'ils auront à héberger un nombre croissant de personnes démentes.

- Inciter les organismes d'habitation à mettre au point un plan d'intervention une fois qu'ils sont conscients du problème. Certes, le fait de réagir au cas par cas permet aux résidents de rester plus longtemps dans leur logement, mais une méthode d'intervention plus globale prendra en compte les besoins de tous les acteurs, notamment les locataires qui ne sont pas déments, les familles, le personnel du HLM et l'administration. Une telle démarche permettra d'examiner comment assurer la sécurité de tous les locataires en tenant compte des limites du bâti, des restrictions financières et du mandat de l'organisation. Un tel plan pourrait inclure une forme d'orientation pour déterminer quand une personne démente devrait être confiée à un établissement offrant des soins plus poussés.
- Aider les organismes d'habitation à obtenir l'information et la formation nécessaires sur la démence et sur les soins à donner aux personnes démentes. Interrogés sur leurs besoins d'information pour traiter avec les locataires atteints de démence, les répondants ont indiqué que le plus important était d'obtenir des renseignements sur la démence - ses signes, les étapes de la maladie, ses répercussions - et sur la gestion des personnes démentes. Ils aimeraient également savoir à quel moment on devrait placer ces personnes dans des établissements de soins de longue durée, à qui s'adresser pour obtenir de l'aide et comment assurer la sécurité de tous les locataires.
- Faire en sorte que le personnel des agences avec qui les organismes travaillent soit bien informé et compétent pour fournir les soins appropriés aux personnes démentes. Cette nécessité s'impose puisque le dispositif d'intervention le plus courant pour traiter des cas de démence consiste à recourir à ces agences.

Il faut tenir compte de certains facteurs complexes lorsqu'on met au point un dispositif d'intervention pour faire face à l'augmentation du nombre de locataires atteints de démence.

- Une question d'équité. Une stratégie visant à héberger des personnes démentes doit répondre aux questions suivantes : de qui doit-on satisfaire les besoins et dans quelles perspectives doit-on élaborer le dispositif d'intervention? La stratégie doit concilier de façon équitable les besoins de tous les résidents, qu'ils soient atteints de démence ou non, puisque tous ont le droit de vivre dans un environnement sécuritaire qui leur permet d'être autonomes et qui leur offre une bonne qualité de vie.

Le dispositif d'intervention doit respecter le droit de tous les résidents à «vieillir chez soi». Bien qu'il soit important de répondre aux besoins des locataires atteints de démence, il ne faut pas non plus que les HLM soient

transformés en centres d'hébergement. Il faut plutôt faire en sorte que les HLM puissent attirer de nouveaux résidents qui ont besoin de ce genre de logement et qui y ont droit.

- Les contraintes législatives et réglementaires. Un certain nombre de répondants ont mentionné que les lois et les règlements limitent les organismes dans leurs interventions auprès des locataires atteints de démence, particulièrement en ce qui concerne le mandat. En effet, on se demande si le rôle de l'organisme d'habitation consiste seulement à héberger les personnes ou s'il doit comprendre aussi la prestation de services, une question qui implique souvent la participation d'autres paliers et secteurs du gouvernement. Un autre facteur dont il faut tenir compte est le droit d'une personne à refuser l'aide.
- Les sources de financement. Répondre aux besoins des locataires atteints de démence suppose des dépenses supplémentaires, ce qui représente l'un des obstacles aux changements les plus fréquemment mentionnés. On se demande alors qui paiera pour ces services supplémentaires, une question épineuse dans un contexte de restrictions budgétaires de plus en plus importantes.

Il revient à chaque organisme d'habitation de trouver des sources de financement supplémentaire. Dans la mesure où cette question relève du gouvernement provincial et non de l'administration locale, on devrait faire intervenir les ministères responsables du logement et de la santé de la province.

L'augmentation prévue du nombre de personnes âgées atteintes de démence, conjuguée à la diminution du nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée, résultera en un accroissement du nombre de locataires souffrant de démence dans les habitations à loyer modique, que les organismes d'habitation y soient préparés ou non. Pour améliorer la qualité de vie de tous les locataires, qu'ils soient atteints de troubles cognitifs ou non, les organismes doivent préparer un plan leur permettant de s'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Cette planification permettra aussi de faciliter la tâche au personnel et aux conseils d'administration des organismes d'habitation, de même qu'aux prestataires de services communautaires, qui jouent un rôle important dans le maintien des personnes âgées dans leur collectivité.

En résumé, ce rapport présente une étude réalisée en deux étapes : une enquête nationale auprès d'organismes municipaux d'habitation et la réalisation de quatre études de cas d'organismes municipaux qui ont élaboré des programmes permettant aux locataires âgés atteints de démence de «vieillir chez soi». La présentation des résultats est suivie d'un compte rendu des principaux thèmes et des enjeux importants révélés par l'étude.

Table des matières

Introduction	3
Recherche documentaire	5
Aperçu de la méthode de recherche	5
Échantillon du sondage	6
Résultats	7
Études de cas	24
Analyse	63
Dernières remarques	66
Notes en fin de document	67

Liste des tableaux

Tableau 1 -- Façon dont les répondants ont appris que des locataires souffraient de démence	8
Tableau 2 -- Adoption de stratégies (Ensemble des répondants)	10
Tableau 3 -- Adoption de stratégies (Répondants ayant des locataires atteints de démence)	11
Tableau 4 -- Adoption de stratégies (Répondants n'ayant aucun locataire atteint de démence)	12
Tableau 5 -- Efficacité relative des stratégies de promotion de la sécurité des locataires atteints de démence	14
Tableau 6 -- Efficacité relative des stratégies de promotion de la sécurité des autres locataires	15
Tableau 7 -- Importance relative des objectifs dans le choix des mesures à prendre	18

Introduction

Selon l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, environ 250 000 Canadiens de 65 ans et plus sont atteints d'une forme de démence, dont environ 161 000 de la maladie d'Alzheimer. On estime que la moitié de ces 250 000 Canadiens vivent au sein de la collectivité.

On prévoit que le nombre de Canadiens atteints de démence atteindra 450 000 d'ici l'an 2011. Cette hausse et la tendance actuelle à maintenir les personnes âgées dans leur milieu gonfleront radicalement le nombre et le pourcentage de personnes atteintes de démence qui vivront au sein de la collectivité.

Bon nombre de personnes âgées atteintes de démence habitent des logements non conçus en fonction de leurs besoins. En fait, certains de ces logements abritent déjà des occupants atteints de démence et dont la faculté cognitive était intacte lorsqu'ils y ont élu domicile.

Si ni la conception ni les lignes de conduite des logements municipaux pour personnes âgées ne s'adressaient à l'origine aux personnes âgées atteintes de démence, l'évolution démographique et la politique gouvernementale favorisant le «vieillissement chez soi» font que ces logements deviennent vraiment le domicile d'un nombre croissant de personnes fragiles et handicapées.

Cette situation inquiète, car les occupants atteints de démence présentent un risque à leur propre sécurité et à celle d'autres locataires. Bon nombre de ces occupants ne peuvent pourvoir à leurs propres besoins et ne peuvent vaquer seules à leurs occupations quotidiennes telles que leur hygiène personnelle, la préparation et la consommation des repas et la prise de médicaments. À mesure que la maladie progresse, une surveillance de plus en plus étroite s'impose pour les empêcher qu'elles n'entreprennent des activités menaçant leur bien-être et celui d'autres locataires.

Puisque les logements collectifs pour personnes âgées risquent d'abriter de plus en plus de personnes atteintes de démence, il importe de comprendre comment les organismes d'habitation peuvent réagir, ce qu'aborde justement la recherche exposée dans le présent document.

Pendant longtemps, la plupart des travaux de recherche sur le logement des personnes atteintes de démence ont porté sur celles habitant des établissements de soins de longue durée.^{1,2,3} Récemment, l'éventail des travaux de recherche sur la

¹ Division de design pour la santé, Division des services institutionnels et professionnels, *Designing Facilities for People with Dementia*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1991.

² Cluff, Pamela J., *Alzheimer's disease and the institution: Issues in environmental design*, *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 5(3),

conception de logements pour ces personnes s'est élargi afin de répondre aux besoins de celles qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui habitent leur propre logement, qu'il s'agisse d'un appartement ou d'une maison individuelle.^{4,5,6}

Les recherches publiées sur la conception des logements pour ces personnes ne touchent que les établissements de soins de santé sur mesure et les résidences privées. Elles n'abordent pas les questions du milieu physique et des lignes de conduite concernant les logements collectifs pour personnes âgées offerts par des organismes municipaux ou sans but lucratif. Par conséquent, l'un des principaux objectifs visés par l'étude était de déterminer les mesures pouvant être prises pour répondre aux besoins des occupants de logements collectifs atteints de démence.

Plus précisément, nous voulions, en ce qui touche le logement des personnes atteintes de démence dans des logements municipaux, répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure les organismes d'habitation sont-ils conscients et se préoccupent-ils de ce problème et comment envisagent-ils le résoudre?
2. Quelles mesures, le cas échéant, les organismes d'habitation prennent-ils pour régler ce problème? Dans quelle mesure croient-ils y parvenir? Comment comptent-ils s'attaquer au problème dans un avenir lointain?
3. Quelles obstacles doivent-ils surmonter pour réussir la mise en oeuvre des changements à apporter pour résoudre ce problème? Existe-t-il des trucs ou des secrets leur permettant de régler ce problème dans l'immédiat ou de se préparer à affronter ce que leur réserve l'avenir?

Il est probable que les logements produits par des organismes de bienfaisance sans but lucratif abritent également des personnes âgées qui ont été frappées de démence depuis leur emménagement dans ces logements. Néanmoins, l'étude se concentre sur les organismes d'habitation municipaux pour les motifs suivants :

- o La SCHL s'est forgé auprès de municipalités une réputation de source d'informations et d'idées sur les solutions de logement des personnes âgées:

May/June 1990, pp. 23 à 32.

³ Calkins, Margaret P, *Design for Dementia: Planning Environments for the Elderly and the Confused*, Owings Mills, Maryland : National Health Publishing, 1988.

⁴ Gnaedinger, N. *Housing Alzheimer's Disease at Home*, Rapport de recherche, Bureau national, SCHL, Ottawa, 1989.

⁵ SCHL, *La maladie d'Alzheimer chez soi : Comment créer un environnement adapté au malade*, 1990.

⁶ Zgola, J., *Alzheimer's disease and the home: Issues in environmental design*, The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 5(3), May/June 1990, pp. 15 à 22.

- o Les budgets et les mandats de certains organismes d'habitation municipaux seraient plus serrés que ceux des organismes de bienfaisance sans but lucratif;
- o Cette étude était limitée par le temps et les ressources financières, et il fallait établir des priorités.

Nous avons examiné les logements existants et écarté les nouvelles initiatives de construction de logements à l'intention des personnes âgées atteintes de déficience cognitive, car la plupart des locataires de logements municipaux pour les personnes âgées habitent des bâtiments standard, là où le problème risque précisément de se révéler le plus grave.

Recherche documentaire

Pour permettre aux chercheurs de mettre au point un questionnaire sensé, nous avons commencé par une recherche documentaire et l'établissement d'une communication avec des experts dans le but de dégager les ouvrages de référence.

Nous avons consulté les bases de données en direct (à l'aide d'une combinaison de mots clés tels que maladie d'Alzheimer, démence, appartements et logement), mais aucune publication n'a été trouvée sur le sujet de notre étude par cette méthode.

Par ailleurs, les responsables du logement municipal et du traitement de la démence ne nous ont suggéré aucune publication traitant de la façon dont les organismes d'habitation municipaux réagissent lorsqu'ils ont des locataires atteints de démence.

Aperçu de la méthode de recherche

Les données ont été recueillies en deux étapes. Dans la première étape, nous avons expédié par la poste un questionnaire à 375 organismes d'habitation municipaux partout au Canada. Ce questionnaire visait à déterminer comment les organismes d'habitation municipaux percevaient le problème, les mesures qu'ils prenaient pour soutenir leurs locataires atteints de démence et les obstacles qui, selon eux, les empêchaient de résoudre ce problème. Nous avons également utilisé ce questionnaire pour trouver les municipalités ayant pris des mesures qui permettent à ces personnes de demeurer dans leur logement. Par la suite, nous avons communiqué avec ces municipalités pour leur demander de participer à des études de cas approfondies.

Le questionnaire a été mis en forme de manière à être facile à remplir. Nous avons utilisé des questions fermées autant que possible et des questions ouvertes lorsqu'il le fallait. Une carte de rappel a été expédiée à tous les répondants éventuels environ deux semaines après l'envoi du questionnaire. Aux répondants québécois de l'échantillon, nous avons fait parvenir des versions françaises des documents de recherche (lettre d'accompagnement, questionnaire et carte de rappel). (On trouvera à l'Annexe A les versions anglaise et française de chacun de ces documents.)

Les données du sondage ont été saisies dans le système SPSS pour que nous puissions les analyser. Les réponses aux questions ouvertes ont été transcrites dans un traitement de texte et les réponses des répondants québécois ont été traduites puis saisies dans la base de données.

La deuxième étape de la collecte de données s'est composée de quatre études de cas visant à déterminer quelles mesures prises par les organismes d'habitation municipaux pour répondre aux besoins de leurs locataires atteints de démence ont été couronnées de succès. Nous avons mis l'accent sur les organismes ayant apporté des modifications à leurs lignes de conduite plutôt que sur ceux intervenant cas par cas. Du premier examen des données du sondage sont ressortis 17 organismes pouvant être envisagés pour ces études de cas. Une présélection par téléphone a permis de réduire ce nombre à quatre. Ces quatre organismes ont accepté de participer aux études de cas approfondies visant l'étude de certaines questions relatives au succès de leurs mesures.

Échantillon du sondage

La constitution d'un échantillon de sondage s'est révélée problématique, car on ne trouve ni liste nationale des organismes d'habitation municipaux ni liste combinée des organismes d'habitation municipaux et des organismes d'habitation sans but lucratif.

Nous avons donc établi l'échantillon en communiquant avec un responsable clé du logement dans chaque province ou territoire. Nous avons demandé à chaque secteur de compétence de participer à l'étude et de nous fournir une liste de ses organismes d'habitation municipaux.

Six des douze personnes jointes nous ont demandé de leur faire parvenir le sondage. Après l'envoi du sondage, l'une d'elles a communiqué avec les auteurs du sondage pour leur suggérer de communiquer directement avec les organismes d'habitation municipaux, ce qui a été fait. Dans deux territoires (ou provinces), on trouvait peu d'organismes d'habitation; ils ont donc tous été inclus dans l'échantillon. L'un des quatre autres territoires venait tout juste de réaménager ses organismes d'habitation locaux afin que les organismes d'habitation municipaux et les organismes de logement sans but lucratif soient regroupés en un seul organisme de logement. Les auteurs du sondage ont obtenu la liste de tous les organismes de logement de ce territoire, y compris les organismes d'habitation municipaux, liste qui est devenue une partie de l'échantillon.

Le reste de l'échantillon se compose de 90 organismes d'habitation municipaux dans chacun des trois autres territoires. Dans deux d'entre eux, les 90 noms ont été choisis au hasard. Dans le troisième, le gouvernement était intéressé à examiner la question des locataires de logement municipal atteints de démence et a posé des conditions à sa participation à l'étude, entre autres qu'une analyse distincte de ses données soit effectuée et qu'il choisisse lui-même l'échantillon. Par conséquent, l'échantillon de ce

territoire se compose de 22 organismes d'habitation municipaux sélectionnés par ce gouvernement et de 78 autres choisis au hasard.

L'échantillon définitif se compose de 375 organismes représentant toutes les provinces et tous les territoires. Parmi les douze provinces et territoires, 250 organismes de huit provinces ou territoires ont répondu au sondage. Nous estimons que le taux élevé de réponse (66,7 %) est attribuable en partie à l'intérêt que suscite le sujet de l'étude aux yeux des organismes d'habitation municipaux. Quoique non aléatoire, l'échantillon n'a pas fourni de renseignements instructifs sur la façon dont les organismes d'habitation municipaux au Canada abordent le problème de la démence frappant leurs locataires.

Résultats

Les répondants estiment être responsables d'environ 111 400 logements répartis dans environ 13 500 bâtiments et qui abritent environ 140 800 locataires, dont environ 46 000 personnes âgées.

À peine plus de la moitié des répondants (128, soit 51,2 %) révèlent être au courant que des locataires âgés «souffrent, semblent souffrir ou sont réputés souffrir de démence (comme la maladie d'Alzheimer)». ⁷ De ces 128 répondants, 111 ont répondu à la question leur demandant le nombre estimatif de personnes atteintes de démence dans leurs logements, ce nombre oscillant entre 1 et 130; la fréquence modale est évaluée à 4,43 personnes.

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer de quelles sources ils avaient appris que des locataires souffraient de démence. Le résumé de leurs réponses est illustré dans le tableau ci-après.

⁷ Dans une certaine mesure, cette question tient pour acquis que le répondant connaît suffisamment la démence pour savoir si des personnes atteintes de démence habitent l'immeuble. Toutefois, la présente étude ne se préoccupait pas nécessairement des personnes dont la démence a été confirmée par un médecin, mais plutôt des personnes présentant des symptômes typiques de démence. Cette distinction explique la formulation un peu inhabituelle de la question.

Tableau 1

Façon dont les répondants ont appris
que des locataires souffraient de démence

Source de renseignements	Nombre mentionné
Association des locataires	20
Club social	10
Autre(s) locaire(s)	75
Auxiliaire familiale, infirmière ou autre prestataire de soins à domicile	64
Famille du locataire	55
Personnel de l'immeuble	37
Médecin	11
Autre	12

Comme le montre le Tableau 1, la source la plus fréquemment citée est les autres locataires puis les prestataires de soins à domicile et, enfin, les familles des locataires.

Puisque la sécurité des locataires atteints de démence et celle des autres occupants de l'immeuble préoccupe toujours les organismes d'habitation, nous avons demandé aux répondants si les locataires atteints de démence avaient fait quoi que ce soit pour que ces organismes s'inquiètent. En tout, 161 préoccupations ont été citées. (Le questionnaire permettait à chaque répondant de mentionner jusqu'à trois préoccupations. Si un répondant mentionnait plus de trois préoccupations, la personne chargée de la saisie devait user de jugement pour déterminer les préoccupations à retenir.)

La sécurité des personnes atteintes de démence et celle des autres locataires constituent certainement la plus importante préoccupation des répondants. La préoccupation spécifique la plus courante citée par 41 répondants est la crainte d'un incendie causé par une cuisinière, un four ou une bouilloire laissés allumés ou par la cuisson. Cinq répondants ont mentionné des problèmes de sécurité d'ordre général et 16 autres, des problèmes particuliers de sécurité : chute, perte de conscience, incendies, tabagisme, armes à feu, admission d'étrangers dans le bâtiment ou simple impossibilité de laisser seuls les locataires atteints de démence.

Vingt-sept répondants ont souligné divers aspects de la désorientation de ces locataires : errer, se perdre, sortir à l'extérieur et quitter le bâtiment. Sept autres

répondants ont parlé de locataires qui se sont perdus à l'intérieur du bâtiment, sont entrés chez d'autres locataires, se sont enfermés dehors ou ont perdu leur clef ou des effets personnels.

Quatorze répondants ont cité des façons dont les locataires atteints de démence ont dérangé leurs voisins, soit en faisant du bruit, en frappant à leur porte, etc.

Nous avons ensuite demandé aux organismes d'habitation comment ils avaient réagi aux inquiétudes que leur inspiraient les locataires ayant ces étranges comportements. La plupart des organismes d'habitation ont communiqué avec un parent de ces locataires, d'autres avec un organisme de services sociaux (comme le programme de soins à domicile ou un CLSC au Québec), un médecin, un hôpital, un travailleur de santé mentale, un animateur communautaire ou un responsable de l'immeuble sur place. Les organismes d'habitation se sont parfois montrés très actifs. Par exemple, certains ont rencontré la famille des locataires, ont retiré les fusibles de la cuisinière ou établi un système de surveillance mutuelle sur-le-champ. La réponse la plus rare était de prendre des dispositions pour faire admettre ces locataires à un établissement de soins de longue durée.

Pour connaître plus à fond la façon dont les organismes d'habitation réagissaient à ce problème, nous leur avons demandé d'indiquer à quelle étape se situaient six stratégies proposées (mise en pratique, prévoit mettre en pratique, idée considérée, idée jamais considérée). Le Tableau 2 montre les réponses de l'ensemble des répondants.

Tableau 2

Stratégie	Adoption de stratégies (Ensemble des répondants)				
	Mise en pratique	Prévoit mettre en pratique	Idée considérée	Jamais considérée	Aucune réponse
mettre en place une nouvelle règle de conduite	14 (5,6)	12 (4,8)	51 (20,4)	116 (46,4)	57 (27,8)
modifier une pratique existantes	12 (4,8)	8 (3,2)	45 (18,0)	124 (49,6)	61 (24,4)
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	27 (10,8)	7 (2,8)	28 (11,2)	137 (54,8)	51 (20,4)
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	59 (23,6)	10 (4,0)	52 (29,8)	86 (34,4)	43 (17,2)
augmenter notre personnel	3 (1,2)	2 (0,8)	15 (6,0)	170 (68,0)	60 (24,0)
collaborer avec d'autres agences	125 (50,0)	4 (1,6)	45 (18,0)	49 (19,6)	27 (10,8)

La stratégie la plus courante était de collaborer avec d'autres agences, une bonne moitié des répondants ayant mis en pratique cette mesure. Presque le quart (23,6 %) des répondants ont offert des services d'éducation et de formation au personnel de l'immeuble. La stratégie la plus rare était d'augmenter le personnel.

Les réponses à cette question de la part des répondants ayant indiqué avoir des locataires qui «souffrent, semblent souffrir ou sont réputés souffrir de démence (comme la maladie d'Alzheimer)» (Tableau 3) diffèrent de celles obtenues de l'ensemble des répondants (Tableau 4).

Ceux qui ont des locataires atteints de démence collaborent plus souvent avec d'autres agences (24 % de plus que l'ensemble des répondants) et risquent davantage d'offrir de la formation à leur personnel (16,2 % de plus que l'ensemble des répondants). La stratégie consistant à augmenter le personnel est encore la moins répandue.

Tableau 3

Adoption de stratégies
(Répondants ayant des locataires atteints de démence)
(N = 128)

Stratégie	Mise en pratique	Prévoit mettre en pratique	Idée considérée	Jamais considérée	Aucune réponse
mettre en place une nouvelle règle de conduite	9 (7,0)	7 (5,5)	33 (25,8)	50 (39,1)	29 (22,7)
modifier une pratique existante	10 (7,8)	3 (2,3)	29 (22,7)	55 (43,0)	31 (24,2)
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	20 (15,6)	6 (4,7)	17 (13,3)	65 (50,8)	20 (15,6)
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	51 (39,8)	6 (4,7)	29 (22,7)	26 (20,3)	16 (12,5)
augmenter notre personnel	3 (2,3)	0 (0,0)	14 (10,9)	82 (64,1)	29 (22,7)
collaborer avec d'autres agences	95 (74,2)	2 (1,6)	20 (15,6)	8 (6,3)	3 (2,3)

Les réponses obtenues des organismes d'habitation n'ayant pas de locataires atteints de démence sont indiquées dans le tableau ci-après. En général, les statistiques sont analogues à celles des deux tableaux précédents. On peut comprendre qu'aucun d'entre eux n'ait augmenté son personnel, mais seulement 6,8 % ont offert de la formation à leur personnel et une bonne moitié n'y a même pas songé. Le plus étonnant toutefois, c'est que presque rien ne laisse supposer que ces répondants entrevoient le problème éventuel.

Tableau 4

Adoption de stratégies
(Répondants n'ayant aucun locataire atteint de démence)
(N = 117)

Stratégie	Mise en pratique	Prévoit mettre en pratique	Idée considérée	Jamais considérée	Aucune réponse
mettre en place une nouvelle règle de conduite	5 (4,3)	5 (4,3)	18 (15,4)	66 (56,4)	23 (19,7)
modifier une pratique existante	2 (1,7)	4 (4,3)	16 (13,7)	69 (59,0)	25 (21,4)
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	7 (6,0)	1 (0,9)	11 (9,4)	72 (61,5)	26 (22,2)
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	8 (6,8)	4 (3,4)	23 (19,7)	60 (51,3)	22 (18,8)
augmenter notre personnel	0 (0,0)	2 (1,7)	1 (0,9)	88 (75,2)	26 (22,2)
collaborer avec d'autres agences	30 (25,6)	2 (1,7)	25 (21,4)	41 (35,0)	19 (16,2)

Nous avons demandé aux répondants de préciser leurs activités afin que nous comprenions mieux la façon dont ces stratégies étaient mises en oeuvre. Puisque la stratégie la plus courante était de collaborer avec d'autres agences, on ne s'étonnera pas que la réponse la plus fréquente à cette question ouverte était de collaborer avec d'autres organismes, comme les services sociaux et de santé, les services de santé mentale et la police. Voici des exemples de réponse à cette question :

Nous avons dû réduire notre effectif. Nous comptons davantage sur l'établissement de partenariats nous permettant de trouver un appui auprès de spécialistes.

L'organisme de logement local et les services de soins communautaires viennent de présenter une proposition pour avoir accès à du financement qui leur permettrait d'offrir des logements supervisés par un coordonnateur à temps plein, un coordonnateur à temps partiel et quatre prestataires de soins à domicile travaillant uniquement dans nos immeubles. Ce service comportera

également un numéro téléphonique de services de santé d'urgence accessible en tout temps. Ce programme ne s'adresse pas uniquement aux personnes atteintes de démence, il permettra aussi de régler d'autres problèmes.

Le personnel de l'organisme de logement et d'autres organismes communautaires font preuve d'une bonne collaboration. Le directeur de l'immeuble fait partie du comité régional d'éducation sur la santé mentale.

La deuxième stratégie la plus courante citée est d'offrir de la formation sur la démence à l'intention du personnel et des locataires. Voici des exemples de réponse :

Entraide et formation d'animateurs au sein de la collectivité des locataires.

Tous les employés ont, au besoin, reçu une formation sur la démence.

Utiliser les cours de formation sur la maladie d'Alzheimer pour sensibiliser le personnel.

D'autres organismes d'habitation ont, entre autres stratégies, demandé à leur personnel de consacrer plus de temps à la surveillance et au suivi :

Nous venons d'affecter un de nos employés à un poste d'animation communautaire. Celui-ci devra, entre autres responsabilités, travailler étroitement avec les locataires et d'autres organismes comme le Coordinated Home Care et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Nous tenterons autant que possible d'aider les personnes âgées à continuer d'habiter leur logement grâce au soutien des deux organismes susmentionnés.

Certains organismes d'habitation ont mentionné l'apport de modifications aux règles de conduite pour permettre aux locataires atteints de démence de continuer d'habiter leur logement :

Nous avons élargi notre mission de logement pour répondre aux besoins des personnes atteintes de démence bénigne. Nous avons embauché à plein temps un coordonnateur des activités. L'objectif du programme est d'établir un climat social qui améliore ou maintient l'harmonie tout en offrant des divertissements.

Nous venons de demander une subvention au Programme Nouveaux Horizons afin d'aménager un étage de «vieillesse chez soi» dans notre immeuble. Nous fournirons un service de surveillance et de soins 24 heures par jour. De plus, nous remplacerons nos préposés à l'entretien résidents par des animateurs résidents et accorderons plus d'attention aux changements physiques touchant nos locataires.

Nous permettons aux personnes âgées habitant un immeuble mixte de déménager dans une maison de retraite si elles le veulent. Cette mesure permet

d'éloigner les personnes âgées fragiles ou atteintes de démence du danger que présentent les locataires ayant des problèmes sociaux non relatifs aux personnes âgées et permet souvent d'améliorer l'environnement et de se satisfaire d'un système de surveillance mutuelle entre les personnes âgées.

Certains répondants ont décrit des réparations à l'immeuble qui accroissent la sécurité des locataires :

Certains comités de locataires ont accès à des logements fixes. On peut y installer des aides à la mémorisation et des panneaux de sécurité. Certaines adaptations peuvent être apportées en collaboration avec le CLSC.

Nous avons suggéré d'aménager un centre communautaire dans l'immeuble actuel et d'y relier certains logements pour les soins de jour et les services de relève. Le gouvernement au pouvoir s'est montré intéressé mais n'a jamais officiellement autorisé ce projet.

Mesures de sécurité à l'interne -- systèmes d'appel et de fiches vertes avec capitaine pour chaque étage. Vérifications de sécurité.

Passant de nouveau à des questions plus structurées, nous voulions savoir dans quelle mesure les répondants ont trouvé ces stratégies efficaces et leur avons demandé de les évaluer en fonction de deux dimensions, la première étant la promotion de la sécurité des locataires atteints de démence dans leurs immeubles.

Tableau 5

Efficacité relative des stratégies de promotion de la sécurité des locataires atteints de démence

Stratégie	Très efficace	Efficace	Ne pourrait pas dire avec certitude	Pas très efficace	Pas efficace du tout	Sans objet; aucune réponse
mettre en place une nouvelle règle de conduite	4 (1,6)	15 (6,0)	23 (9,2)	3 (1,2)	4 (1,6)	201 (80,4)
modifier une pratique existante	7 (2,8)	9 (3,6)	26 (19,4)	5 (2,0)	2 (0,8)	201 (80,4)

procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	7 (2,8)	17 (6,8)	18 (7,2)	4 (1,6)	5 (2,0)	199 (79,6)
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	21 (8,4)	45 (18,0)	20 (8,0)	4 (1,6)	2 (0,8)	158 (63,2)
augmenter notre personnel	3 (1,2)	7 (2,8)	10 (4,0)	2 (0,8)	8 (3,2)	220 (88,0)
collaborer avec d'autres agences	57 (22,8)	61 (24,4)	22 (8,8)	9 (3,6)	4 (1,6)	97 (38,8)

Dans l'évaluation de la sécurité des locataires atteints de démence, les répondants estiment que la stratégie la plus efficace est de collaborer avec d'autres agences et que la deuxième stratégie la plus efficace est d'offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration, à peine plus du quart des répondants jugeant que cette dernière stratégie est efficace ou très efficace.

Si la sécurité des locataires atteints de démence est un critère sans contredit important, les organismes d'habitation se préoccupent également beaucoup de la sécurité des locataires non atteints de démence dans leurs immeubles. Dans la question suivante, nous avons demandé aux répondants d'évaluer l'efficacité des mêmes six stratégies en fonction de la promotion de la sécurité des autres locataires dans les immeubles qui abritent également des personnes atteintes de démence.

Les résultats de leur évaluation se trouvent au Tableau 6.

Tableau 6

Efficacité relative des stratégies de promotion de la sécurité des autres locataires

Stratégie	Très efficace	Efficace	Ne pourrait dire avec certitude	Pas très efficace	Pas efficace du tout	Sans objet; aucune réponse
mettre en place une nouvelle règle de conduite	8 (3,2)	11 (4,4)	21 (8,4)	3 (1,2)	1 (0,4)	206 (82,4)

modifier une pratique existante	8 (3,2)	8 (3,2)	25 (10,0)	5 (2,0)	1 (0,4)	203 (81,2)
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	5 (2,0)	16 (6,4)	21 (8,4)	2 (0,8)	3 (1,2)	200 (80,0)
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	16 (6,4)	43 (17,2)	21 (8,4)	2 (0,8)	3 (1,2)	165 (66,0)
augmenter notre personnel	6 (2,4)	3 (1,2)	8 (3,2)	3 (1,2)	7 (2,8)	223 (89,2)
collaborer avec d'autres agences	47 (18,8)	54 (21,6)	27 (10,8)	6 (2,4)	2 (0,8)	114 (45,6)

Les résultats de l'évaluation des activités favorisant la sécurité des autres locataires sont analogues mais légèrement inférieurs à ceux de l'évaluation favorisant la sécurité des locataires atteints de démence. Si 47,2 % des répondants estiment que collaborer avec d'autres agences est une stratégie efficace ou très efficace pour favoriser la sécurité des locataires atteints de démence, seulement 40,4 % estiment cette stratégie efficace ou très efficace pour promouvoir la sécurité des autres locataires. De même, 26,4 % croient qu'offrir des services d'éducation et de formation à leur personnel est une stratégie efficace ou très efficace pour promouvoir la sécurité des locataires atteints de démence, mais à peine 23,6 % jugent cette stratégie efficace ou très efficace pour promouvoir la sécurité des autres locataires.

Nous avons de nouveau demandé aux répondants de décrire toutes les autres stratégies ou mesures prises afin de répondre aux besoins des locataires atteints de démence dans leurs immeubles. Si la plupart des réponses s'apparentent aux catégories susmentionnées (collaborer avec d'autres agences, offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration, augmenter le personnel chargé de la surveillance et du suivi et procéder à des rénovations à l'immeuble qui accroîtront la sécurité des locataires), nous avons également obtenu d'autres genres de réponses, dont la plupart préconisent le développement communautaire et l'autonomie.

L'entraide entre locataires est peut-être une solution. Le soutien de bénévoles avec un peu d'aide financière peut également aider à traiter les cas bénins.

Nous sommes toujours à l'affût d'appareils, comme des minuteries de cuisinière. De plus, nous mettons en garde les voisins si nous apercevons un locataire qui erre de manière particulière, tout en sachant que l'errance persistante présente un risque pour la personne dont c'est l'habitude.

Nous estimons que nous devons accorder la priorité à l'éducation des autres locataires et du personnel. Nous devons nommer une personne responsable et accessible, renforcer les systèmes de sécurité (détecteurs de chaleur et de fumée, etc.). Nous devons modifier les aires communes pour en faciliter le repérage, par exemple peindre d'une couleur spéciale la porte de l'immeuble et peindre une ligne menant à la sortie.

Il faut demander aux autres locataires de surveiller les personnes atteintes de démence. Le gestionnaire de l'immeuble doit inspecter les lieux deux fois par jour.

Pour savoir ce que les organismes d'habitation estiment important dans la prise de décisions visant à répondre aux besoins des locataires atteints de démence, les chercheurs ont établi des objectifs que pourraient envisager ces organismes avant de prendre des décisions. Nous avons demandé aux répondants d'évaluer ces objectifs quant à l'importance qu'ils ont accordée, qu'ils accordent ou qu'ils accorderont à chacun de ces objectifs dans leur choix des décisions à prendre. Les réponses sont indiquées au tableau 7.

Tableau 7

Importance relative des objectifs
dans le choix des mesures à prendre

	Très important	Important	Pas certain	Pas très important	Pas du tout important	Aucune réponse
Promouvoir la sécurité du locataire atteint de démence	128 (51,2)	52 (20,8)	15 (6,0)	1 (0,4)	4 (1,6)	50 (20,0)
Aider la personne atteinte de démence à vivre de manière autonome	65 (26,0)	80 (32,0)	41 (16,4)	7 (2,8)	4 (1,6)	53 (21,2)
Prolonger la période de temps pendant laquelle le locataire atteint de démence pourra vivre dans votre immeuble	50 (20,0)	68 (27,2)	64 (25,6)	5 (2,0)	8 (3,2)	55 (22,0)
Promouvoir la sécurité des autres locataires	146 (58,4)	38 (15,2)	8 (3,2)	5 (2,0)	4 (1,6)	49 (19,6)
Réduire le stress des autres locataires	114 (45,6)	61 (24,4)	14 (5,6)	4 (1,6)	4 (1,6)	53 (21,2)
Soulager le fardeau du personnel et de l'administration face aux locataires atteints de démence	72 (28,6)	73 (29,2)	32 (12,8)	13 (5,2)	6 (2,4)	54 (21,6)
Aider le personnel et l'administration à mieux faire face aux incidents perturbateurs	107 (42,8)	60 (24,0)	19 (7,6)	4 (1,6)	7 (2,8)	53 (21,2)

L'objectif le plus important était de promouvoir la sécurité des autres locataires, presque 73 % des répondants jugeant cet objectif important ou très important. Presque le même pourcentage de répondants (72,0 %) ont soutenu que promouvoir la sécurité du locataire atteint de démence est important ou très important. Parmi les objectifs cités comme importants ou très importants, le troisième est de réduire le stress des autres locataires (70 % des répondants), le quatrième, d'aider la personne atteinte de démence à vivre de manière autonome (58 %) et le dernier, de prolonger la période de temps pendant laquelle le locataire atteint de démence pourra vivre dans l'immeuble (47,2 %). De plus, 25,6 % des répondants n'étaient pas certain de l'importance de ce dernier objectif.

Ces répondants reconnaissent certainement l'importance de tenir compte de la sécurité des résidents dans les mesures qu'ils comptent prendre pour répondre aux besoins de leurs locataires atteints de démence. Soulignons toutefois que ces répondants accordent plus d'importance aux besoins des autres locataires (réduire le stress des autres locataires) qu'à ceux des locataires atteints de démence (aider la personne atteinte de démence à vivre de manière autonome et prolonger la période de temps pendant laquelle le locataire atteint de démence pourra vivre dans l'immeuble).

Les dernières questions sont des questions ouvertes, dont la première est la suivante : De manière générale, quelles sortes de changements aux logements sociaux pour personnes âgées seraient les plus efficaces, selon vous, pour vous aider à répondre aux besoins des locataires atteints de démence dans l'avenir?

Bon nombre de répondants ont mentionné qu'ils pourraient offrir la surveillance et le suivi nécessaires s'ils augmentaient leur personnel, faisaient appel à des services sociaux et de santé et menaient des activités sur place. Sachant que les «personnes atteintes de démence ont d'abord et avant tout besoin d'un gardien», les répondants souhaitent pouvoir s'offrir «des employés à temps plein dûment formés» sans devoir en faire la demande «auprès de l'organisme de logement local».

Parmi les autres changements qui se révéleraient éventuellement utiles, mentionnons l'apport de petites modifications aux immeubles, dont des systèmes de sécurité, des verrous de sûreté sur toutes les portes extérieures, des sonneries propres à chaque résident, des codes de couleur identifiant chaque étage dans les ascenseurs, les portes et les sorties ainsi que de petites modifications à l'aménagement intérieur et aux appareils ménagers, comme des armoires fermées à clef pour les médicaments et des dispositifs de surveillance des cuisinières.

(Soulignons que de nombreux exemples de modifications matérielles citées par les répondants ne sont pas mentionnés dans le présent rapport puisqu'il s'agit en général de modifications destinées à favoriser le «vieillissement chez soi» et qui ne visent pas les personnes atteintes de démence, ce qui témoigne de la nécessité d'éduquer les organismes d'habitation au sujet de la démence.)

Parmi les autres changements qui aideraient les organismes d'habitation, selon eux, à répondre aux besoins de leurs locataires atteints de démence, citons, par ordre décroissant d'importance, les suivants : premièrement, la production d'un type de logement amélioré ou supervisé comprenant des suites spécialisées, des aires communes, des services d'intervention 24 heures par jour, des services ajoutés et une salle à manger du genre cafétéria, deuxièmement, la formation du personnel et des locataires, troisièmement, la constitution de réseaux entre les organismes de logement, de santé et de services sociaux, quatrièmement, le regroupement des locataires atteints de démence sous un même toit ou sur un même étage afin d'accroître l'efficacité de la prestation des services et de la sécurité et, dernièrement, la prestation de programmes de soins de jour.

De toute évidence, ces suggestions ne s'excluent pas, plusieurs pouvant être combinées pour en arriver à des logements avec services de soutien, comme les services de surveillance permanente, le regroupement des locataires pour accroître l'efficacité de la prestation des services et de la sécurité et la prestation de programmes de soins de jour. En fait, si l'on combine ces suggestions pour en faire un seul concept, elles valent beaucoup mieux que d'augmenter le personnel.

Dans le questionnaire, nous avons demandé aux répondants de mentionner les obstacles qui s'opposaient à l'apport de ces modifications. Le coût est l'obstacle le plus souvent cité. Trois types de coût sont mentionnés, celui du renforcement de la surveillance («l'obstacle le plus coriace sera le coût de la surveillance permanente»), celui de la modification des immeubles («les immeubles actuels doivent subir des rénovations majeures pour répondre aux besoins de ces locataires») et celui de l'emménagement de ces locataires dans un autre immeuble mieux adapté à leurs besoins («regrouper ces locataires dans les régions rurales coûte très cher»).

Au nombre des autres obstacles, citons, par ordre décroissant d'importance, le manque de personnel, l'insuffisance de l'éducation et le manque de formation du personnel, la résistance et la crainte (de la part des locataires, de leur famille et du personnel de l'immeuble) que les ensembles résidentiels pour les personnes âgées soient transformés en établissements de soins de longue durée, l'aménagement inadéquat des bâtiments, la pénurie de travailleurs qualifiés dans les régions rurales de même que les droits de la personne et les préoccupations d'ordre juridique (par exemple, le droit des locataires de refuser de l'aide).

Nous avons également demandé aux répondants la question suivante : Quelles suggestions ou conseils aimeriez-vous donner aux autres organismes d'habitation sociaux qui ont des locataires âgés atteints de démence?

En tête de liste, ils ont suggéré d'établir des réseaux et de collaborer activement avec les fournisseurs de services sociaux et de santé et les familles de ces locataires :

Il faut veiller à ce que les autres organismes de soins de santé comme le programme de soins à domicile, la famille et les amis des locataires s'engagent

à offrir des services et que, lorsqu'il ne peut plus vivre sans mettre en danger sa sécurité ou celle des autres, le locataire soit confié à un établissement.

Il faut former un comité local de coordination composé de tous les concierges, des organismes de logement, du clergé, etc. et travailler en équipe, car c'est plus facile et plus efficace ainsi.

Au nombre des autres conseils donnés, mentionnons les suivants : assurer la surveillance et le suivi des locataires atteints de démence, offrir une formation sur la démence au personnel de l'administration, au personnel de première ligne et aux locataires, collaborer avec les autres locataires et se préoccuper de leurs besoins, créer des systèmes de surveillance mutuelle dans les immeubles, confier les locataires atteints de démence à des établissements pertinents de soins de longue durée et, enfin, adapter ses immeubles.

Nous avons ensuite demandé aux répondants la question suivante : Quelles associations communautaires ou à but non lucratif, agences ou services gouvernementaux aimeriez-vous consulter afin de vous permettre de répondre aux besoins des locataires atteints de démence? Il est encourageant d'observer le large éventail de réponses fournies et le grand nombre d'organismes cités par les répondants. Cette variété et cette quantité de réponses laissent fortement à penser que les organismes d'habitation sont capables de déceler les ressources avec lesquelles ils peuvent collaborer en cas de besoin.

Les réponses les plus courantes touchent une vaste gamme d'organismes communautaires, de services d'aide à domicile comme le programme de soins à domicile (et les CLSC au Québec), les divers chapitres de la Société Alzheimer, l'Association canadienne pour la santé mentale et les organismes locaux de services de santé mentale, les ministères provinciaux et les services régionaux de la santé, des médecins et d'autres professionnels de la santé, la police, des centres pour personnes âgées, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, des établissements de soins de longue durée, des établissements psychiatriques, des services de protection aux adultes, la Croix-Rouge, des services de visites amicales, des associations de locataires, des églises, des centres de détresse et les familles des locataires.

À la question leur demandant comment ces organismes pourraient aider à garder dans leurs immeubles les locataires atteints de démence, les répondants estiment que le meilleur moyen, et de loin, serait d'offrir une présence régulière et fréquente sur place. Les programmes d'activités et de repas (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des immeubles), l'obtention d'aide pour les occupations quotidiennes, l'entretien ménager et les visites amicales sont toutes des mesures nécessaires :

Visites régulières par une personne compétente.

Programmes de soins de jour et de soins de nuit -- surveillant de nuit.

Aide pour les repas, la toilette, l'habillement, le nettoyage du logement, la lessive, les courses, etc.

Offrir des conseils et de l'aide pour les activités quotidiennes.

Offrir aux personnes atteintes de démence les soins nécessaires afin assurer la sécurité, la santé et le confort des locataires de l'immeuble.

Des organismes peuvent également contribuer à assurer le suivi des situations de crise, et on peut faire appel à des services d'éducation et de formation du personnel de l'immeuble, aux locataires, aux parents des locataires, à un service d'appel 24 heures par jour et à des soins infirmiers sur place :

Offrir un soutien et éduquer les gens.

Favoriser une excellente méthode de gestion des cas pour assurer la sécurité.

Offrir des services d'appel 24 heures par jour.

Former le personnel, prévoir des gestionnaires immobiliers sur place et modifier autant que possible les logements.

Les répondants estiment également que ces autres organismes pourraient participer à l'évaluation des résidents et à leur recommandation, au besoin, à d'autres organismes ou établissements :

Ces organismes peuvent contribuer aux évaluations pour que nous sachions si ces locataires peuvent être autonomes.

Prendre les dispositions nécessaires pour confier les locataires atteints de démence à d'autres établissements.

Déterminer à quel moment les logements adaptés ne suffisent plus et confier les locataires atteints de démence au niveau supérieur de logements pour personnes âgées.

La dernière question est la suivante : Selon vous, quelles sont les choses les plus importantes que les organismes d'habitation sociaux doivent savoir de manière à répondre aux problèmes occasionnés par le nombre croissant de locataires atteints de démence vivant dans leurs immeubles?

Ils ont affirmé avec vigueur que, d'abord et avant tout, ils ont besoin d'en savoir davantage sur la démence, ses signes, ses phases, ses conséquences, les besoins des personnes atteintes de cette maladie, la façon de traiter les locataires qui en souffrent et l'étape à laquelle ces locataires doivent être confiés à un établissement de soins de longue durée pour leur propre sécurité et pour celle des autres locataires. Ils

ont également besoin de savoir à qui s'adresser (et où) pour obtenir de l'aide, ils veulent des noms et des numéros de téléphone. Enfin, ils veulent savoir comment rendre leurs immeubles sûrs et sans danger pour leurs locataires atteints de démence et pour ceux qui ne le sont pas :

Apprendre à comprendre la maladie. Pouvoir en déceler les premières phases et connaître les phases suivantes. Savoir qui est la meilleure source de renseignements sur cette maladie et qui offrirait l'aide la plus efficace qui soit en cas d'urgence.

Savoir à quels organismes les concierges et les locataires doivent s'adresser pour obtenir de l'aide. Connaître la maladie dès son apparition. Offrir un soutien et recommander les locataires à un médecin. Établir une relation professionnelle avec le médecin et la famille.

Des spécialistes expérimentés doivent participer au soutien. Le personnel sur place doit être formé afin de reconnaître les indices d'un problème et les problèmes éventuels.

Soulignons que quelques répondants au sondage ont clairement indiqué que leur mission ne comprend ni la prestation de soins de santé ni la surveillance des locataires (même si aucune question ne le demandait précisément) :

Les locataires atteints de démence avancée ne devraient pas continuer d'habiter les logements sociaux en raison des risques qu'ils font courir aux autres locataires.

Nous ne sommes pas un foyer de soins infirmiers. Pour pouvoir offrir les soins nécessaires aux locataires atteints de démence, il faudrait un personnel médical et de surveillance.

Nous sommes un organisme d'habitation, pas un organisme de services sociaux. Nous ne voulons rien y changer.

Par contre, la plupart des répondants ont témoigné d'un solide engagement à assurer la meilleure qualité de vie possible aux locataires atteints de démence et ne veulent confier ces derniers au milieu institutionnel qu'en dernier recours.

Études de cas

Si les résultats du sondage donnent un aperçu général de la manière dont les organismes d'habitation municipaux répondent aux besoins des locataires atteints de démence, les études de cas permettent de comprendre plus à fond chaque mesure.

La présente section renferme les études de cas de quatre organismes d'habitation ayant mis au point des programmes qui dépassent le cadre des interventions les plus courantes, dont communiquer avec les familles et collaborer avec des organismes communautaires, et qui, croit-on, permettent aux locataires atteints de démence de repousser le moment où ils devront quitter leur logement.

Par l'examen des questionnaires remplis, nous avons relevé 18 organismes de logement qui ont un programme favorisant le vieillissement chez soi du locataire atteint de démence. Nous avons mené une entrevue de présélection auprès d'un représentant de chacun de ces organismes, dont quatre ont été retenus pour participer à des études de cas approfondies. Dans notre choix des organismes d'habitation participant aux études de cas, nous avons pris soin de diversifier les types de programmes et les régions où ils sont offerts. Les quatre programmes retenus ne sont pas nécessairement les meilleurs, mais ils représentent bien la gamme de mesures prises dans l'ensemble du Canada.

Étude de cas n° 1 -- Lethbridge Housing Authority

Lethbridge Housing Authority
1003, Lethbridge Centre Tower
400 - 4^e Avenue South
Lethbridge (Alberta)
T1J 4E1

Personnes-ressources

Marion Marchant
Administrateur
Téléphone : (403) 329-0556
Télécopieur : (403) 327-3906

Chris Schonbrun
Coordonnatrice
Téléphone : (403) 329-0556
Télécopieur : (403) 327-3906

1. Contexte

La Lethbridge Housing Authority est un organisme public sans but lucratif établi en vertu de la Social Housing Act de l'Alberta dans le but d'administrer des programmes de logement subventionné pour les personnes âgées, les familles et les personnes ayant des besoins spéciaux dans des habitations publiques et privées.

Les locataires doivent être physiquement et mentalement capables de se tirer d'affaire dans un logement autonome. Parfois, on tolère et on encourage le soutien fourni par le Programme de soins à domicile et les services connexes. Si les besoins du locataire viennent à outrepasser ce que peut leur offrir l'immeuble, on lui demandera alors probablement de s'en remettre au niveau supérieur d'établissement de soins. Il s'agit toutefois d'une règle appliquée avec souplesse selon le soutien de la famille du locataire. Certaines personnes âgées bénéficient d'un grand soutien de leur famille, ce qui peut allonger la durée de leur autonomie en appartement. Chaque situation est traitée selon les circonstances et les besoins du locataire.

Dans la ville de Lethbridge, on compte quatre immeubles pour les personnes âgées (trois tours d'habitation et un immeuble à deux étages sans ascenseur) ainsi qu'un immeuble du genre bungalow dans un village :

Leonard C. Halmrast Manor - 142 logements (119 studios, 22 logements d'une chambre à coucher et un logement de deux chambres à coucher) répartis sur dix étages, au centre-ville.

W. D. L. Hardie Manor - 101 logements (45 studios, 50 logements d'une chambre à coucher, cinq logements convertis comportant une grande chambre à coucher et un logement de deux chambres à coucher) répartis sur cinq étages, dans un quartier de banlieue près d'un centre commercial.

Russel T. Haig Tower - 136 logements (135 logements d'une chambre à coucher et un logement de deux chambres à coucher) répartis sur seize étages, au centre-ville.

Courtland Place - neuf logements d'une chambre à coucher dans un immeuble à deux étages sans ascenseur ni aire commune, au centre-ville.

Garden Villa - immeuble du genre bungalow comportant dix chambres à coucher, dans le village de Magrath (région rurale).

Ces immeubles abritent 500 locataires âgés (de 60 ans et plus), dont environ 80 % sont des femmes, 80 % vivent seuls et environ 10 % sont considérés comme fragiles (ce qui veut dire que l'administrateur et le personnel les surveillent pour s'assurer que tout changement de comportement est signalé dans les 48 heures).

L'administrateur se rend trois fois par semaine dans chaque immeuble et rencontre régulièrement les résidents. L'administrateur adjoint rencontre les résidents sur demande. La Lethbridge Housing Authority ne dispose pas d'un animateur communautaire. C'est le personnel qui se charge des visites nécessaires aux locataires le jour ou la nuit.

Des concierges résidents dans les quatre immeubles rencontrent les locataires tous les jours. Dans l'immeuble Hardie Manor, le concierge habite ailleurs, et un couple de personnes à la retraite est logé gratuitement en échange de la surveillance de l'immeuble après les heures de travail du concierge. Ces dernières années, on s'est efforcé à dessein d'embaucher des concierges qui savent comment travailler auprès des gens et veulent et peuvent, en premier lieu, surveiller le bien-être des locataires et tout changement dans leur comportement et, en second lieu, gérer les immeubles.

La Lethbridge Housing Authority se charge de diverses manières du bien-être des locataires. Un souper de réception est offert à chaque immeuble un soir par semaine (par un traiteur ayant à sa tête un chef-cuisinier d'excellente réputation). Les résidents achètent d'avance des billets, et on les encourage à inviter leur famille et des amis. Des mesures sont prises pour que les locataires qui le préfèrent prennent leur repas à leur appartement. La participation à ces événements a dépassé les attentes et s'accroît sans cesse.

Une autre méthode créatrice d'améliorer le bien-être des locataires consiste à offrir des suites de réception pour accueillir les membres de la famille qui habitent loin, par exemple des studios meublés et équipés de l'essentiel, y compris la literie, dans chaque immeuble pour personnes âgées. Lorsqu'ils sont malades ou qu'ils sont

transférés à un niveau supérieur d'établissement de soins, les locataires âgés peuvent recevoir la visite ou le soutien de leur famille, qui peut alors habiter le même immeuble qu'eux. Le coût par nuit est environ le sixième de celui d'un hôtel. Ce service est possible grâce à l'inoccupation de certains studios. Aux couples âgés ayant besoin d'espace additionnel en raison d'une maladie ou d'un handicap, on a offert des studios communicants, convertis temporairement et à peu de frais en un studio double avec entrée commune.

Le propriétaire-bailleur encourage les locataires à demeurer actifs et à faire preuve d'initiative (comme jardiner autour de l'immeuble) et essaie de réduire au minimum les règles.

La Lethbridge Housing Authority collabore avec tous les services de soutien offerts dans la ville : la Chinook Regional Health Authority, les prestataires privés de soins à domicile, les médecins, les hôpitaux, les travailleurs sociaux, L'Association canadienne pour la santé mentale, les programmes de santé mentale et la police. La relation professionnelle établie avec ces organismes de services sociaux est étroite. La Lethbridge Housing Authority ne se contente pas de signaler les problèmes à d'autres intervenants, elle en fait le suivi et exige parfois une intervention sociale rapide. Des consultations entre les organismes ont lieu afin d'évaluer si les locataires sont capables de continuer à vivre de manière autonome.

Le conseil d'administration de la Lethbridge Housing Authority est un autre lien important avec les organismes de services sociaux. La règle de conduite selon laquelle une personne du milieu médical doit être nommée au conseil d'administration permet à l'administration d'avoir accès à de l'aide médicale ou des soins de santé pour les locataires lorsque les autres solutions échouent. Les autres membres du conseil d'administration exercent toute une panoplie de professions et sont tous des personnes sensibles. Puisqu'ils sont nommés pour une période de quatre ans, les membres du conseil d'administration viennent à connaître à fond la situation des locataires.

En outre, les membres du conseil d'administration et le personnel de la Lethbridge Housing Authority sont altruistes et participent à divers comités de services publics, campagnes et causes en se portant bénévoles pour rehausser l'image de la Lethbridge Housing Authority. On estime que cette activité et l'établissement de tels contacts sont essentiels à la création de bonnes relations professionnelles avec les secteurs public et privé. Les employés sont embauchés autant que possible tant en fonction de leur compréhension et de leur empathie que leurs compétences.

Le personnel de la Lethbridge Housing siège à des comités municipaux officiels (services sociaux, soins de santé) afin de favoriser l'élaboration de lignes de conduite et de méthodes permettant la mise en oeuvre en temps voulu des plans d'action dans l'intérêt des clients. Le personnel exerce également des pressions auprès des trois ordres de gouvernement et assiste à des ateliers et à des conférences, le tout dans le but d'améliorer la qualité de vie de ses locataires.

À l'instar de la défense de leurs intérêts, l'échange de renseignements sur les locataires avec les fournisseurs de services se fait de personne à personne. Les questions de respect des renseignements confidentiels semblent ne poser aucune difficulté, car la résolution des problèmes est perçue comme une forme de collaboration, qui implique l'échange de renseignements, entre la Lethbridge Housing Authority et les fournisseurs de services sociaux et de santé.

2. Locataires atteints de démence

On estime entre 50 et 75 le nombre de locataires atteints de démence dans les immeubles pour personnes âgées de la Lethbridge Housing Authority, quoique le personnel constate qu'il est difficile de déterminer leur nombre exact en raison des diverses étapes de la maladie et des diverses vues des observateurs. Parmi les symptômes et les comportements observables, citons la paranoïa, l'incapacité de gérer les questions d'argent (p. ex., les malades perdent leur chèque de pension et ne comprennent plus la notion de loyer), la détérioration de l'hygiène personnelle, l'incapacité de faire des courses ou de préparer des repas et le fait d'oublier de prendre ses médicaments. Ces locataires ont surtout besoin d'être surveillés, supervisés et aidés dans leurs activités quotidiennes.

Le personnel doit souvent chercher des chèques de pension placés au mauvais endroit afin que soient payés le loyer, l'épicerie, etc. «Une heure de mon temps à chercher un chèque peut permettre à un locataire de prolonger d'un autre mois ou davantage son séjour dans son logement.»

Certaines situations ont été particulièrement difficiles. Par exemple, un vieux locataire qui ne pouvait plus préparer ses repas et était régulièrement invité à souper chez un aimable couple de voisins est devenu paranoïaque et, parce qu'il craignait d'être empoisonné par eux, a tenté de les tuer à l'aide d'un couteau et d'un fusil. Un autre voisin a alors appelé le concierge, qui a appelé la police, une ambulance et l'administrateur. Le paranoïaque a été emmené. L'administrateur a immédiatement communiqué avec la famille du couple ébranlé et obtenu des services de soutien pour que le couple reçoive sans tarder une thérapie. Dès le retour de l'hôpital de la locataire qui avait été attaquée à coups de couteau, l'administrateur lui a rendu visite.

Une veuve âgée dépourvue de famille dans les environs a été frappée de paranoïa et d'hallucinations. Les voisins en ont averti le personnel, qui a trouvé la locataire assise sur un tabouret une machette à la main pour se défendre contre de prétendus assaillants. L'administrateur a communiqué avec des membres de sa famille mais, constatant leur inertie, il a communiqué avec les services de santé mentale. La locataire a été admise à l'hôpital, où elle est vite décédée avant que sa famille n'arrive sur les lieux. C'est la Lethbridge Housing Authority qui s'est chargée de nettoyer l'appartement de la défunte, alors que cette tâche aurait dû incomber à la famille de cette dernière.

Un cas d'abus financier s'est produit au troisième étage. Une locataire âgée ne pouvant s'exprimer en anglais et menant une existence très isolée montrait des signes de démence. Elle ne pouvait plus reconnaître les personnes dont la photographie apparaissait dans son appartement. Elle achetait des denrées qu'elle jetait ensuite par la fenêtre. Des voisins bien intentionnés lui apportaient de quoi manger. Constatant que le solde bancaire de cette locataire s'amenuisait de manière douteuse, son établissement bancaire a communiqué avec la Lethbridge Housing Authority. Cela se produisait au même moment où une personne suggérait qu'on déménage cette locataire. Le personnel de la Lethbridge Housing Authority a observé de près la situation et s'est aperçu que cette personne percevait les chèques de la locataire confuse après lui avoir demandé de les endosser. Il a donc intercédé en appelant la police, qui a empêché la locataire d'emménager avec cette personne.

Chaque situation a été traitée individuellement selon le comportement des locataires, le pronostic de leur état et le soutien de leur famille. En général, s'il devient trop difficile de gérer le comportement d'un locataire et que les autres locataires sont menacés, on cherche d'autre forme de logement pour ce locataire.

3. Intervention

En réaction aux situations difficiles, la Lethbridge Housing Authority a comme principe d'envisager chaque situation individuellement et de répondre aux besoins des locataires de façon inspirée. C'est là la raison d'être de ses soupers et de ses suites de réception. La Lethbridge Housing Authority sait toutefois qu'elle doit se tenir prête à répondre aux besoins changeants des locataires de manière proactive et à long terme.

Plusieurs facteurs ont contribué à forger le mode d'intervention à long terme mis au point par la Lethbridge Housing Authority : l'accroissement de la fragilité (y compris la démence) et de la longévité des locataires et de la fréquence des crises, la prolifération des services de soutien à domicile pour les personnes âgées, le double emploi manifeste dans les services offerts aux immeubles pour personnes âgées, la rareté des logements de rechange pour les vieilles personnes fragiles en Alberta, la crainte des locataires de devoir aller habiter une maison de soins et le taux d'inoccupation constant des studios dans ses immeubles, d'où la perte de revenu.

Le projet d'une intervention à long terme a germé après que l'administrateur de la Lethbridge Housing Authority a dressé la liste de ces facteurs. Le conseil d'administration a approuvé ce projet et autorisé l'élaboration de plans d'architecte et de devis estimatifs. Une organisme de soutien à domicile a appuyé ce projet et mis au point une proposition et une évaluation des coûts visant la prestation de soins de santé.

Le projet se déroulera en deux étapes.

Étape 1 : La première étape consiste à convertir en logements adaptés les logements d'un étage d'un immeuble pour personnes âgées. Il s'agira d'une zone résidentielle de petite taille offrant un milieu sûr pour les locataires fragiles et qui ont besoin d'aide pour vaquer à leurs occupations quotidiennes.

La Lethbridge Housing Authority assumerait les coûts de la conversion et donnerait à bail tout l'étage à la Chinook Regional Health Authority, qui retiendrait alors les services d'un organisme de prestation de soins de santé aux locataires de cet étage. Ainsi, la Lethbridge Housing Authority ne s'écarterait pas de sa mission pour empiéter sur le domaine des soins et ne serait pas responsable des locataires de ces logements. Les locataires se verraient offrir des programmes de soins personnalisés, dont des repas, l'entretien ménager, la lessive, la surveillance d'une infirmière (pour l'administration des médicaments, par exemple) et l'établissement de l'horaire des sorties et des rendez-vous.

Le dixième étage du Leonard C. Halmrast Manor (l'une des tours d'habitation pour personnes âgées) semble l'endroit idéal pour cette conversion. Il compte 12 studios, un logement d'une chambre à coucher et un grand salon en forme de L (rarement utilisé) qui comporte un atrium et un jardin intérieur surplombant la ville. Une salle de lessive au fond du «L» a provoqué quelques problèmes de plomberie dans l'immeuble.

Les studios seraient des logements idéals pour les locataires ayant besoin d'aide. Le logement d'une chambre à coucher, qui donne sur le vestibule des ascenseurs, pourrait être utilisé comme logement de nuit et bureau pour les prestataires de soins sur place (leur permettant aussi de surveiller les ascenseurs). La salle de lessive pourrait être convertie en cuisine où l'on pourrait servir des repas. L'extrémité inférieure du «L» pourrait servir de salle à manger où seraient installées quatre tables ou plus. Enfin, le salon pourrait servir d'aire commune pour des activités. On pourrait déménager la salle de lessive au sous-sol, où elle poserait moins de problèmes de plomberie.

Un architecte a déjà effectué les dessins d'exécution et le calcul des coûts. La conversion, y compris le déménagement de la salle de lessive, coûterait moins de 100 000 dollars, somme déjà épargnée par la Lethbridge Housing Authority et qu'elle accepte de dépenser. Cette première étape ne demande aucune somme additionnelle.

On estime que le coût mensuel par locataire s'élèverait à environ 750 dollars, dont 300 pour le loyer et 450 pour les repas et l'entretien ménager ordinaire. On pourrait obtenir des soins de santé personnels dans le cadre du programme de soins à domicile pour la somme moyenne de 790 dollars par mois par personne (c'est le plafond établi par ce programme pour les clients dont les besoins sont élevés). Ce coût serait assumé par le ministère de la Santé par l'entremise du Regional Health Authority, et rajusté en fonction des besoins de chaque bénéficiaire. Le coût exigé des résidents serait analogue à celui du Lodge program en Alberta, programme offrant des logements de type hôtel (hébergement, repas et entretien ménager) mais aucun soin coordonné.

La Lethbridge Housing Authority estime que l'aménagement proposé pourrait épargner une quantité importante de deniers publics, car il s'avère efficace de dispenser des soins à domicile coordonnés à plusieurs résidents au même endroit.

La Lethbridge Housing Authority assumerait les frais d'immobilisation et l'entretien permanent (p. ex. réparations et décoration), comme elle le fait pour le reste de l'immeuble.

On prévoit que la modeste conversion aura lieu dès que les quelques locataires occupant les logements du dixième étage et n'ayant besoin ni de soins ni de surveillance recevront un stimulant, par exemple un crédit de loyer, pour s'installer ailleurs dans l'immeuble. À mesure que se libéreront les studios, ils seront redécorés et aménagés pour répondre aux besoins de leur nouveau locataire; par exemple, on pourra installer des barres d'appui et enlever la cuisinière. On croit que les autres locataires de l'immeuble pourront tirer parti des activités et du service de repas. Des personnes d'autres immeubles pourraient également y recourir. Les familles des locataires participeraient à tous les aspects de la prise de décisions et à l'élaboration des programmes de soins. On prévoit que cette initiative résoudra le problème du nombre croissant de locataires ayant besoin de surveillance et d'aide, atténuera le problème de l'inoccupation des studios et permettra de récupérer la perte de recettes causée par cette inoccupation. Le projet est appuyé par le conseil d'administration, le personnel de la Lethbridge Housing Authority et d'autres fournisseurs de Lethbridge. Les locataires qui sont au courant de ce projet l'appuient également.

Une femme âgée qui traverse tous les jours la ville en autobus pour rendre visite à son mari dans un foyer de soins infirmiers a déclaré que «de cette façon, les couples pourront peut-être au moins habiter le même immeuble!» D'autres locataires venant naturellement en aide à leurs voisins voient ce projet comme une bonne façon d'offrir le soutien nécessaire dans un cadre familial.

La Lethbridge Housing Authority voudrait faire des logements adaptés et répartis sur un étage un projet-pilote qu'elle évaluerait avant de s'engager dans d'autres projets plus ambitieux visant à soutenir les locataires atteints de démence ou fragiles. Parmi les indices de la réussite du projet, citons l'acceptation du projet par la collectivité, les membres de la famille des locataires et les réseaux sociaux et de santé, la réduction des services de soutien à domicile dans un immeuble, la réduction des incidents signalés impliquant des locataires atteints de démence (y compris les incidents mettant en péril ces derniers et d'autres locataires), l'allègement du fardeau pesant sur les familles des locataires atteints de démence, l'accroissement de l'autonomie de certains locataires ainsi que la diminution du taux d'inoccupation des studios et la récupération des recettes autrement perdues.

Étape 2 : Le projet le plus ambitieux et à plus long terme consiste à reconstruire le rez-de-chaussée d'un immeuble pour personnes âgées, d'y ajouter une cuisine commerciale ainsi qu'une salle à manger et des bureaux pour le personnel sur place et à transformer tous les logements de l'immeuble en logements adaptés.

4. Situation actuelle

Ni l'Étape 1 ni l'Étape 2 n'ont été mises en oeuvre. Les dessins d'architecte ont été réalisés de même que l'évaluation des frais d'immobilisation. On a demandé et obtenu l'appui des fournisseurs de la collectivité. Toutefois, de nombreux obstacles s'étant dressés retardent le projet.

Le Programme Nouveaux Horizons de Santé Canada a refusé la proposition qui lui a été présentée de couvrir une partie des frais d'immobilisation. Le ministère des Affaires municipales de l'Alberta a réagi avec scepticisme au projet, car le projet de logements adaptés ne correspond à aucune catégorie de logement ou de soins prévue par l'actuel gouvernement provincial, et certains représentants de ce ministère croient que la SCHL ne s'intéressera jamais à un projet du genre. Ce ministère se dit toutefois disposé à accueillir favorablement la proposition si elle est approuvée par la Regional Health Authority.

La Regional Health Authority, partenaire potentiel dans la mise en oeuvre du projet de logements adaptés, a été tellement accaparée par le processus de régionalisation des soins de santé en Alberta qu'elle n'a pu s'occuper de la proposition de la Lethbridge Housing Authority.

On espère que le ministère des Affaires municipales pourra approuver un projet-pilote, dont la mise en oeuvre pourra s'exécuter sans tarder.

5. Analyse et conseils à l'intention des autres organismes d'habitation

La Lethbridge Housing Authority se charge de la qualité des logements et de la qualité de vie de ses locataires. Elle fait tout ce qu'elle peut, dans les limites de son mandat et de son budget, pour aider ses locataires à vivre de manière autonome dans la collectivité aussi longtemps que possible.

Voici ce qu'elle conseille aux autres organismes d'habitation municipaux :

- . Apprenez à connaître vos locataires, votre collectivité et la façon de convaincre d'autres personnes que votre projet est indispensable avant d'entreprendre tout projet nécessitant une aide extérieure.
- . Soyez présents auprès des locataires et des fournisseurs pour que vos idées gagnent la confiance et l'appui des deux parties.
- . Ne vous défilez pas sous prétexte que vous n'êtes qu'un propriétaire-bailleur; si c'est là votre manière de penser, rangez-vous du côté du secteur privé.
- . Retenez que chaque immeuble est une collectivité dans une collectivité.
- . Par respect de la résidence des locataires, n'affichez aucune liste de règles sur le mur.

En conclusion, les représentants de la Lethbridge Housing Authority déclarent ce qui suit :

Le véritable avantage de ce concept de logements supervisés, c'est que les résidents ont plus de chances de vieillir chez eux dans un cadre attrayant et qui leur offre une meilleure sécurité personnelle et le plus de choix possible. Les couples, et en particulier ceux dont l'un des conjoints doit se déplacer pour rendre visite à l'autre dans un foyer ou une maison de soins infirmiers, en tireraient grand bien. Les avantages financiers qu'en tirerait le Trésor public sont doubles : réduction des dépenses de soins de santé à domicile et augmentation des revenus du logement social.

Étude de cas n° 2 -- Dufferin County Housing Authority

Organisation

Dufferin County Housing Authority
15, boul. Brenda, Suite 9
Orangeville (Ontario)
L9W 3L3

Personne-ressource

Janice Peters
Directrice du logement
Téléphone : (519) 941-8221
Télécopieur : (519) 941-9444

1. Contexte

La Dufferin County Housing Authority est un office municipal d'habitation agissant en qualité d'agent de la Société de logement de l'Ontario pour ce qui touche la gestion des immeubles pour les personnes âgées, les personnes seules et les familles du comté de Dufferin, immeubles subventionnés par cette dernière. Si sa première préoccupation touche le domaine de la gestion immobilière, elle exerce quelques activités favorisant l'établissement de relations avec les locataires.

Les baux sont régis par la Société de logement de l'Ontario en vertu de la *Loi sur la location immobilière*.

Pour habiter un immeuble réservé aux personnes âgées, il faut être âgé d'au moins 60 ans et être résident autorisé du Canada. Aucune exigence financière ne s'applique. Néanmoins, les locataires doivent déclarer tous les ans leur revenu annuel, car le loyer est proportionné à ce dernier.

La Dufferin County Housing Authority est responsable de sept immeubles d'appartements comptant en tout 225 logements pour personnes âgées ou seules et de huit maisons jumelées pour les familles. Elle offre également 58 logements privés avec supplément-logement pour des familles ou des personnes seules.

Deux immeubles d'appartements sont réservés aux personnes âgées :

- un immeuble de trois étages comptant 89 logements à Orangeville;
- un immeuble de trois étages comptant 60 logements à Shelburne.

Cinq immeubles abritent tant des personnes seules que des personnes âgées :

- 12 logements dans un immeuble à deux étages sans ascenseur à Orangeville;

10 logements dans un immeuble à deux étages sans ascenseur à Orangeville;
20 logements dans un immeuble à deux étages sans ascenseur à Shelburne;
10 logements dans un immeuble à un étage à Shelburne;
16 logements dans un immeuble à deux étages sans ascenseur à Grand Valley.

Les immeubles d'appartements sont répartis dans ce comté en grande partie rural et en pleine expansion (on y dénombre environ 40 000 habitants). Les sept immeubles où sont logés des personnes âgées sont situés dans des zones comptant environ de 1 600 habitants (Grand Valley) à 18 000 habitants (Orangeville, soit le plus grand centre urbain du comté).

Environ 95 % des locataires de la Dufferin County Housing Authority sont des personnes âgées (d'au moins 60 ans), la moyenne d'âge s'établissant à 75 ans. Il s'agit surtout de femmes (environ 85 %) dont la santé est bonne à très fragile.

La gestion des ensembles résidentiels et le bien-être des locataires incombent à la directrice du logement à laquelle viennent en aide trois employés de bureau, deux à temps plein et un à temps partiel. Le personnel de la Dufferin County Housing Authority ne compte pas d'animateur communautaire.

Cinq des sept immeubles disposent d'un concierge sur place durant les heures normales de travail, cinq jours par semaine. Les deux immeubles d'appartements réservés aux personnes âgées sont dotés de concierges résidents. Même si cela ne fait pas officiellement partie de leurs tâches, tous les concierges doivent être au courant des besoins des locataires et informer la directrice du logement des locataires qui traversent une période de crise ou ont besoin d'aide additionnelle.

De plus, dans chaque immeuble se trouve une personne chargée de la sécurité, c'est-à-dire un locataire dont la fonction consiste à traiter les urgences relatives à l'immeuble en l'absence du concierge et à réaliser les vérifications quotidiennes touchant la sécurité de l'immeuble (s'assurer que les fenêtres sont verrouillées, que les avertisseurs d'incendie fonctionnent, etc.). Dans certains immeubles, le locataire chargé de la sécurité assume d'autres responsabilités, dont mener en voiture les locataires à des rendez-vous chez leur médecin, informer la directrice du logement des locataires ayant besoin de services additionnels et mener en voiture les locataires à l'hôpital durant la nuit. Puisque ces responsabilités ne font pas partie de la description de ses tâches, le degré d'aide fournie varie au gré du locataire chargé de la sécurité occupant ce poste dans l'immeuble.

Dans sa façon d'exploiter ses immeubles, la Dufferin County Housing Authority adopte une attitude de développement communautaire, peut-être parce que la directrice du logement a déjà travaillé comme animatrice communautaire pour le compte d'un autre office d'habitation avant de prendre en charge son poste actuel.

La façon dont est assuré le bien-être des locataires témoigne de cette orientation communautaire. On s'est attaché à déterminer, de concert avec les locataires, leurs besoins et leurs préférences et les façons d'y répondre. Grâce au Comité Planifier ensemble (décrit plus à fond ci-après), les locataires ont exprimé le besoin de participer à certaines mesures touchant leur propre bien-être. Par exemple, la Dufferin County Housing Authority a facilité l'élaboration d'un programme de fiches vertes, programme de sécurité selon lequel des capitaines d'étage s'assurent que les locataires, dont la participation au programme n'est pas obligatoire, placent leur fiche verte à l'extérieur de leur logement la nuit et l'en retirent le matin.

La Dufferin County Housing Authority a également offert des ateliers et des programmes pour aider les locataires à comprendre comment ils doivent intervenir lorsqu'un voisin éprouve des difficultés et comment venir en aide à d'autres locataires. Par suite de ces initiatives, les locataires se soucient davantage du bien-être des autres locataires, et certains locataires offrent des soins à leurs voisins. Selon un sondage mené en octobre 1995, 50 % des locataires viennent en aide à d'autres locataires. Parfois, il ne s'agit que de les surveiller, mais certains locataires offrent une aide plus spécifique à leurs voisins, comme ramasser leur courrier, les aider à s'habiller et leur rappeler de prendre leurs médicaments. Certains offriraient des soins comparables, en quantité et en genre, à ceux dispensés par des prestataires de soins à domicile : aide pour la toilette, l'habillement, les courses, la préparation des repas et d'autres activités analogues. On se ferait un devoir moral d'aider les autres dans le but de faire de l'ensemble des locataires une véritable communauté.

L'établissement de partenariats et la collaboration de la collectivité constituent un point fort de la manière dont la Dufferin County Housing Authority répond aux besoins des locataires, ce qu'exprime bien un commentaire d'un membre de son conseil d'administration : « Nous essayons d'offrir des logements avec services de soutien par l'établissement de partenariats entre les locataires et notre organisme. »

La Dufferin County Housing Authority collabore avec d'autres organismes, dont l'Association ontarienne de soutien communautaire, le Programme de soins à domicile (qui achète des services des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et d'autres organismes de la collectivité), le service de gérontopsychiatrie de la clinique de santé mentale communautaire et les Dufferin County Support Services (organisme sans but lucratif qui offre contre rémunération des services aux consommateurs, dont certains peuvent être admissibles à des subventions).

La directrice du logement jouit d'une bonne relation professionnelle avec ces organismes de services. Elle leur recommande souvent des clients et participe à l'occasion à des réunions sur des cas.

Malgré l'efficacité des partenariats, les membres du conseil d'administration de la Dufferin County Housing Authority estiment qu'ils pourraient collaborer davantage avec les organismes communautaires. Ils ont envisagé l'élaboration d'un programme de logements avec services de soutien, décrit en détail plus loin. De plus, un membre de

ce conseil d'administration a suggéré que la Dufferin County Housing Authority collabore avec d'autres partenaires à l'avenir. Par exemple, la police a parfois affaire à des locataires atteints de démence, en particulier lorsqu'il s'agit de repérer ceux qui se sont égarés et de les ramener à l'immeuble; les locataires qui reçoivent des plaintes au sujet de voisins pourraient communiquer avec elle. Les policiers doivent être mis au courant de ce genre de situation et être formés en conséquence.

Un autre membre du conseil d'administration a suggéré que d'autres prestataires de services aux personnes âgées tireraient parti d'une formation additionnelle traitant en particulier de la façon de traiter les locataires atteints de démence. Parmi ces prestataires, citons le centre local pour aînés et les professionnels de la santé. On a également suggéré que le personnel des organismes offrant à l'heure actuelle des soins à ces résidents suive des cours de perfectionnement sur les soins à dispenser aux personnes atteintes de démence.

2. Locataires atteints de démence

Le personne estime qu'au moins 10 %, voire 15 %, des 225 locataires âgés sont atteints de démence, soit entre 23 et 34 locataires. On en trouve dans les sept immeubles pour personnes âgées et non pas uniquement à un seul endroit.

Si la Dufferin County Housing Authority s'engage à permettre aux locataires atteints de démence de vieillir chez eux le plus longtemps possible, leur offrir un logement peut présenter un défi et n'est pas exempt de risques pour ceux-ci et les autres locataires.

Une locataire en proie à de graves hallucinations présentait une menace pour les autres locataires et elle-même. Elle s'est égarée à l'extérieur de l'immeuble à plusieurs reprises, au moins une fois en robe de nuit. Le locataire chargé de la sécurité la surveillait et l'a ramenée. Elle arrivait difficilement à manger par elle-même, et l'on s'inquiétait qu'elle vienne à souffrir de malnutrition. La directrice du logement allait souvent s'asseoir avec elle dans son appartement pour l'aider à manger. Outre ses difficultés fonctionnelles, elle avait de fréquentes hallucinations souvent violentes où elle se croyait attaquée, violée ou enlevée. Parfois, elle sortait sur son balcon pour échapper à ses prétendus agresseurs. Elle était souvent désorientée et se perdait. Le personnel de la Dufferin County Housing Authority craignait qu'elle ne soit victime d'une épisode d'hallucinations et qu'elle ne se précipite du haut de son balcon pour fuir ses agresseurs.

Malheureusement, sa famille déniait le diagnostic de démence et n'était pas d'un grand secours. Si on le lui demandait, son fils venait passer la nuit chez elle, mais il jugeait que sa mère se portait bien et pouvait continuer de vivre de manière autonome. Six mois se sont écoulés avant que la Dufferin County Housing Authority puisse la faire examiner par un spécialiste et prendre des dispositions pour qu'elle déménage dans des logements mieux adaptés.

Le concierge nous a raconté une anecdote sans grandes conséquences. Il explique que les locataires mettent souvent de grosses plantes sur leur balcon l'été et que, en raison de la taille de ces plantes, ils les mettent dans le corridor l'hiver. Une locataire atteinte de démence lui a demandé de l'aider à se débarrasser des plantes dont elles ne voulaient plus et qu'elles avaient installées dans le corridor. Celui-ci s'est rendu à l'étage de cette locataire et a apporté les plantes en question au sous-sol, dans la salle à ordures, pour pouvoir les éliminer par la suite. Le jour suivant, une autre locataire lui a demandé s'il savait ce qui était arrivé à ses grosses plantes qu'elle avait laissées dans le corridor pour l'hiver. Voulant les arroser ce matin-là, elle a constaté qu'elles étaient disparues. Le concierge l'a amenée à la salle à ordures, où elle a reconnu ses plantes et les a rapportées à l'étage avec l'aide de ce dernier.

Si cette deuxième histoire n'a eu aucune conséquence grave, s'est bien terminée et en a fait rigoler plusieurs, elle montre le genre de difficultés que pose la présence de locataire atteint de démence dans l'immeuble. Cette présence peut déranger les autres locataires. Une locataire affirme que quelqu'un a cogné à sa porte au beau milieu de la nuit, mais elle l'a tout simplement ignoré. Cette même locataire s'inquiète du fait que ces locataires habitent l'immeuble. Elle s'inquiète d'eux et fait allusion à un récent incendie dans l'immeuble. Néanmoins, elle les comprend et éprouve de la compassion pour ces personnes et soutient leur venir en aide : «C'est la vie. On ne peut tout simplement pas leur tourner le dos.»

3. Intervention

Le principal élément de l'intervention de la Dufferin County Housing Authority, c'est son Comité Planifier ensemble. Le Comité a été fondé en 1992 et se composait de dix personnes. Comme son nom l'indique, le Comité était formé des résidents (cinq membres), de partenaires communautaires (trois représentants des services communautaires, le directeur de la Dufferin County Housing Authority et un membre du conseil d'administration). Il était co-présidé par deux personnes, soit un résident et un partenaire de la collectivité. En 1996, le Comité était composé de cinq résidents et de trois partenaires communautaires et n'était présidé que par un résident.

Le Comité a pour rôle de rassembler les locataires, les partenaires communautaires et la Dufferin County Housing Authority afin de trouver comment traiter conjointement les problèmes que rencontrent les collectivités de logement et de célébrer les réalisations. On espère que les locataires finiront pas trouver leurs propres solutions, ce que l'on considère comme une meilleure intervention que de se faire dire quoi faire par des spécialistes. La constitution de réseaux, l'établissement de partenariats et l'échange d'informations sont d'importantes mesures qui favorisent l'accomplissement de la mission du Comité.

Dans un rapport du Comité Planifier ensemble, on peut lire que «les mesures considérées par le Comité comme nécessaires confirment la valeur de la planification communautaire». Par conséquent, l'importance accordée au développement

communautaire se répercute sur la stratégie globale adoptée par le Comité pour répondre aux besoins des locataires.

Si la stratégie ne vise pas en particulier les locataires atteints de démence et n'a pas été mise au point compte tenu de leurs seuls besoins, elle aide certainement ces locataires à demeurer plus longtemps dans leur logement.

Cette stratégie regroupe des programmes mis au point en réaction aux problèmes soulevés par les locataires. Certains de ces programmes étaient déjà en place de manière officieuse, mais la directrice du logement estimait que leur mise en oeuvre serait plus efficace s'ils faisaient partie d'une stratégie de développement communautaire. Qui plus est, cette stratégie permettrait à la Dufferin County Housing Authority de régler un plus grand nombre de problèmes touchant les locataires, car elle pourrait alléger le fardeau de la directrice du logement, qui ne peut pas répondre à elle seule à tous les besoins des locataires.

En général, les programmes se classent en trois grandes catégories : sécurité des locataires, relations entre les locataires et santé mentale.

Parmi les programmes de sécurité des locataires, citons les suivants :

- o Programme fiche verte -- Des capitaines d'étage s'assurent que les locataires placent leur fiche verte à l'extérieur de leur logement la nuit et l'en retirent le matin.
- o Formation en premiers soins.
- o Vérification de sécurité -- Un animateur a présenté aux locataires un atelier sur la sécurité au foyer.

Parmi les programmes de relations entre les locataires, citons les suivants :

- o Manuel du locataire -- Dans le cadre de tout déménagement, un guide est distribué à tous les nouveaux locataires; il leur situe l'immeuble et leur présente les autres locataires, y compris celui chargé de la sécurité.
- o Atelier sur les relations entre les locataires -- Cet atelier aide les locataires à savoir quoi faire si d'autres locataires leur posent des problèmes. Des ateliers ont été dispensés en réaction à des préoccupations particulières sur le comportement de certains locataires (problèmes de sécurité et passage à l'acte). Ces ateliers ont pour objectif de réduire la crainte que ces comportements inspirent aux locataires, de les aider à comprendre ces comportements et de leur apprendre quelques façons d'aider les locataires aux prises avec des problèmes. Ils ont été offerts par des infirmières de la santé publique et du personnel de la clinique de santé mentale communautaire.

Les ateliers sensibilisent les locataires et les aident à déceler ceux qui ont des problèmes de mémoire et à être plus à l'aise avec eux. Ainsi, l'interaction entre les locataires atteints de troubles de mémoire et ceux dont la faculté cognitive est intacte devient plus harmonieuse. En outre, les ateliers ont permis de convaincre les locataires que la Dufferin County Housing Authority compte garder le plus longtemps possible dans ses immeubles les résidents atteints de troubles cognitifs.

- o Cours d'entraide entre aînés -- Ce cours a contribué à sensibiliser les locataires à leurs semblables, à mieux les comprendre et à répondre davantage à leurs besoins. Les locataires ayant suivi ce cours risquent davantage que les autres à venir en aide aux résidents atteints de troubles de mémoire. Par exemple, ils peuvent inviter ces résidents à les accompagner à une activité dans l'immeuble. Les locataires se sentent à l'aise avec ces résidents et dans ce genre de situation et, si la rencontre est agréable, ils sont stimulés à répéter l'expérience.

Dans le domaine de la santé mentale, les activités se composent principalement d'ateliers sur des sujets comme la gestion d'un deuil et la santé mentale en général. Ce sont surtout les locataires qui peuvent déterminer quels ateliers doivent être dispensés.

4. Situation actuelle

La Dufferin County Housing Authority continue de collaborer avec des partenaires communautaires afin de répondre aux besoins de ses locataires. Le Programme de soins à domicile vient de lancer un programme de soins flexibles pour les plus grands immeubles de la Dufferin County Housing Authority. Dans ce programme, deux employés du Programme de soins à domicile sont affectés à un immeuble et dispensent des soins aux résidents admissibles; autrefois, chaque bénéficiaire avait son propre prestataire de soins, et il pouvait y avoir autant de prestataires de soins différents que de clients. Le programme de soins flexibles permet aux prestataires de soins d'être plus attentif aux besoins des résidents. Puisque les prestataires de soins se trouvent dans le même immeuble toute la journée, ils peuvent dispenser des soins selon les besoins et les répartir sur de plus courtes périodes au lieu des tranches habituelles de deux heures. En outre, puisqu'ils se trouvent toujours dans le même immeuble, ils peuvent détecter si d'autres locataires ont besoin de soins ou d'autres types d'aide.

Les membres du Comité Planifier ensemble continuent de se réunir et d'émettre des idées. Ces derniers temps, ils se sont appliqués à rédiger une proposition visant l'élaboration de leur propre modèle de logements adaptés.

De son côté, la Dufferin County Housing Authority examine la possibilité d'offrir des logements adaptés aux locataires voulant vieillir chez eux. En 1994, elle a présenté une demande au ministère de la Santé en vue d'obtenir des fonds du programme de logements supervisés. Dans le cadre de ce programme, des services additionnels

seraient offerts par des organismes communautaires aux locataires ayant besoin d'une aide supplémentaire pour vieillir chez eux.

Dans la plupart des programmes de logements supervisés, les locataires doivent habiter des logements désignés. Puisque les locataires âgés de la Dufferin County Housing Authority sont dispersés dans sept immeubles, il aurait fallu, pour suivre la philosophie de tels programmes, déménager certains locataires dans les immeubles où se seraient trouvés les logements désignés. Pour éviter cela, on a prévu dans la proposition une version modifiée des logements supervisés appliquant un modèle de gestion coordonnée des cas afin d'offrir un soutien aux locataires tout en leur permettant de continuer d'habiter leur logement actuel. On offrirait un système d'intervention d'urgence 24 heures par jour (une personne serait disponible sur appel) et des soins flexibles. Selon les critères des soins flexibles, un locataire nécessitant plus de 60 heures de soins par mois (plafond du Programme de soins à domicile) serait admissible à des soins additionnels. De plus, des soins seraient dispensés aux locataires non admissibles au Programme de soins à domicile mais ayant besoin plus de soins qu'ils n'en reçoivent à l'heure actuelle. Par exemple, un locataire atteint de démence recevrait de l'aide dans la préparation de ses repas comme complément à l'aide qu'il obtient déjà de l'Association ontarienne de soutien communautaire.

Si le Ministère juge acceptable la conception du programme, son application a été rejetée pour des motifs techniques.

Depuis lors, le Comité Planifier ensemble a mené un sondage des besoins et envisage une nouvelle façon d'établir des logements supervisés. Au lieu de présenter une proposition au ministère de la Santé, la Dufferin County Housing Authority, un organisme communautaire et le Comité Planifier ensemble collaborent à la conception d'un programme, dont le principal objectif consiste à améliorer le service déjà offert par l'organisme communautaire afin de répondre aux besoins des locataires et ce, de manière à permettre aux locataires de continuer d'habiter leur logement actuel. Puisqu'on entend faire jouer aux locataires un rôle prépondérant dans la planification de leur avenir, les détails de ce programme sont mis au point par les trois organismes participants.

Depuis le réaménagement prévu pour tous les organismes provinciaux de logement en Ontario, on s'inquiète de l'avenir du modèle de développement communautaire de la Dufferin County Housing Authority. Ce réaménagement, qui se déroulera au cours des 12 à 18 prochains mois, aura comme conséquence la fusion de la Dufferin County Housing Authority et des organismes d'habitation de Muskoka et du comté de Simcoe.

On craint surtout une diminution de la présence locale et, donc, une régression dans les responsabilités locales. Le conseil d'administration devra couvrir un territoire plus grand, et on s'inquiète de l'avenir du Comité Planifier ensemble, car les personnes âgées devront se déplacer sur de plus longues distances pour assister aux réunions. Si un changement de personnel survenait, la directrice du logement de la Dufferin County Housing Authority, qui a dirigé en grande partie la stratégie de développement

communautaire, pourrait ne pas être là pour préserver et renforcer le travail réalisé jusqu'à présent.

Enfin, on compte privatiser la Société de logement de l'Ontario, dont la Dufferin County Housing Authority fait partie.

5. Analyse et conseils à l'intention des autres organismes d'habitation

Le concept mis de l'avant par la Dufferin County Housing Authority est bien résumé par un membre de son conseil d'administration : « Nous essayons d'offrir des logements supervisés par l'établissement d'un partenariat entre les locataires, les organismes communautaires et la Dufferin County Housing Authority. »

Voici les conseils qu'ils donnent aux autres organismes d'habitation :

- o Connaissez le plus à fond possible vos clients.
- o Ne les jugez pas trop vite. Évitez les stéréotypes ou les conclusions hâtives sur le comportement de vos locataires.
- o Cherchez à obtenir le plus de soutien possible des ressources disponibles.
- o Soyez sensibles et souples. Essayez de vous adapter aux besoins, aux situations, aux règles de conduite et aux politiques à mesure qu'ils changent.
- o Rien ne peut aboutir sans le soutien des locataires -- faute de leur participation à la planification de vos projets, ils ne les soutiendront pas.

Bien qu'il n'y ait aucun critère officiel d'évaluation, la Dufferin County Housing Authority croit que sa stratégie a été couronnée de succès. Pour prouver les avantages de sa manière de procéder, elle s'appuie sur des faits :

« Lorsque la directrice du logement se présente à un immeuble pour consulter les locataires, ceux-ci participent bien et en grand nombre. Beaucoup font des suggestions, il est plus facile qu'auparavant d'obtenir d'eux de l'information, et ils se sentent très à l'aise de parler des inquiétudes qu'ils entretiennent au sujet de leurs voisins. Le sens de la collectivité est meilleur que jamais. Les nouveaux locataires participent, se sentent bien accueillis, et ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui contribuent. Les locataires se sentent vraiment concernés par les problèmes et risquent plus qu'ailleurs de dire : « Voilà comment nous procéderons. D'autres suggestions? » On ne les entendra pas dire : « C'est ton problème. »

Étude de cas n° 3 -- Mont St-Hilaire

Organisation

Office municipal d'habitation de Mont St-Hilaire (OMH)
250, rue Radisson
Mont St-Hilaire (Québec)
J3H 2Z4

Personnes-ressources

Carole-Anne Lachaine
Directrice
Téléphone : (514) 464-3696

Francine Maltais
Travailleuse sociale
Centre Local de services communautaires
347, rue Duvernay
Beloeil (Québec)
J3G 5S8
Téléphone : (514) 536-2052

Raymond Poirier
Association des services d'aide résidentielle (ASAR)
Président
250, rue Radisson
Mont St-Hilaire (Québec)
Téléphone : (514) 467-1970

1. Contexte

Mont St-Hilaire est une petite ville d'environ 13 000 habitants située à environ 35 kilomètres de Montréal. Elle a grossi au cours des dix dernières années et est maintenant considérée comme faisant partie de la région métropolitaine de Montréal. L'Office municipal d'habitation de Mont St-Hilaire compte 285 logements répartis dans 10 immeubles.

Le mandat officiel de l'Office municipal d'habitation de Mont St-Hilaire Office municipale d'Habitation (OMH), tel que défini par le gouvernement provincial, est d'offrir des logements subventionnés à des ménages à faible revenu, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de familles.

Neuf des dix immeubles de l'OMH de Mont St-Hilaire s'adressent à des locataires âgés d'au moins 50 ans. Le dixième immeuble, qui est équipé d'un ascenseur, s'adresse aux

personnes âgées d'au moins 65 ans. C'est dans ce dernier immeuble que se trouve le projet pour les aînés fragiles sur lequel porte la présente étude de cas.

Tous les locataires des immeubles de l'OMH doivent être autonomes et capables de vivre sans aide de personne, quoiqu'un peu d'aide, comme l'entretien ménager, est offerte par le Centre local de services communautaires (CLSC).

Les résidents habitant les neuf immeubles destinés aux personnes d'au moins 50 ans sont âgés entre 50 et 90 ans. Le dixième immeuble (où se trouve le projet pour aînés fragiles), comporte 44 logements et s'adresse aux personnes âgées d'au moins 65 ans, la moyenne d'âge s'établissant à 72 ans. Le pourcentage de femmes qui occupent cet immeuble est supérieur à celui des autres immeubles, leur longévité étant supérieure et leur revenu inférieur à ceux des hommes.

Dans l'OMH de Mont St-Hilaire, le bien-être des locataires est assuré de deux façons : la première vise tous les résidents et la seconde, ceux du projet pour les aînés fragiles.

Tous les immeubles sont inspectés tous les mois par le personnel d'entretien. Les réparations incombent à deux employés s'occupant de la plomberie, de l'électricité et de la menuiserie et à un troisième s'occupant des services de conciergerie. Le directeur de l'OMH visite les immeubles régulièrement et sur demande.

L'OMH, de concert avec le CLSC, a lancé un projet qui visait à l'origine à favoriser l'établissement d'un «bon voisinage» pour encourager les résidents à se connaître. Ce projet a abouti à la fondation d'une association officielle de locataires, qui défend leurs intérêts auprès de l'administration.

Le projet pour aînés fragiles a été mis en oeuvre dans le dixième immeuble afin d'aider plus de personnes âgées autonomes à continuer de vieillir chez elles. Une *équipe d'aide* (un couple joue présentement ce rôle) habite l'immeuble et est chargée de dispenser un soutien précis aux aînés adhérant à ce projet. Les adhérents au projet pour aînés fragiles sont très âgés, la moyenne d'âge s'établissant à 78 ans. Sur les huit adhérents actuels, on ne compte que deux hommes. Ce projet peut desservir jusqu'à neuf résidents de l'immeuble. Ce nombre restreint d'adhérents permet d'adapter le soutien à leurs besoins et de créer l'ambiance familiale visée par le projet entre autres objectifs.

Un appartement de l'immeuble est réservé au couple jouant le rôle d'équipe d'aide, alors qu'un autre appartement est utilisé pour la préparation des repas et comme salle à manger (appartement de services).

L'équipe d'aide voit les adhérents tous les jours lorsqu'elle leur offre les deux repas (dîner et souper) qu'elle est chargée de faire cuire et de servir. Elle se rend régulièrement dans les appartements pour s'occuper de la lessive et de l'entretien ménager hebdomadaires et pour y apporter de la nourriture et divers articles. L'équipe d'aide est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Le travailleur social du CLSC rend visite aux adhérents dans leur logement une fois par mois, tandis que l'employé de l'OMH voit les adhérents au moins quatre fois par mois.

Chaque adhérent au projet signe un contrat qu'il conclut avec l'équipe d'aide et qui précise les responsabilités de chacun. L'adhérent accepte :

- o de verser des frais mensuels au début de chaque mois;
- o de consommer son dîner et son souper dans l'appartement de services;
- o d'informer l'équipe d'aide de toute absence prolongée du service;
- o de donner un avis d'un mois s'il souhaite abandonner le projet (à moins qu'il ne soit admis à un hôpital ou à un établissement de soins de longue durée).

L'équipe d'aide accepte :

- o d'offrir deux repas différents et bien équilibrés par jour;
- o d'offrir aux adhérents deux collations, une première l'après-midi et une seconde en soirée, qu'ils peuvent apporter à leur logement;
- o d'acheter la nourriture pour les déjeuners et les articles ménagers (p. ex. articles de toilette et produits de nettoyage) pour les adhérents;
- o de s'assurer qu'elle (ou un remplaçant) est présente 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- o d'accompagner les adhérents à leurs rendez-vous (chez le médecin, par exemple) s'ils ont besoin d'aide et qu'aucune autre ressource n'est disponible;
- o de se charger de la lessive et de l'entretien ménager hebdomadaires.

Au besoin, l'équipe d'aide peut administrer des médicaments. Ces médicaments sont conservés dans l'appartement de services et distribués aux repas ou dans deux contenants au moment du souper, le premier renfermant la dose du soir et le second celle du matin, selon les besoins. Les membres de l'équipe d'aide peuvent aider l'adhérent à établir son budget et à payer ses factures, mais ils ne doivent pas gérer directement l'argent de l'adhérent. Selon leur disponibilité, des services de transport sont offerts, le prix étant fonction de la distance (p. ex., un aller-retour à Mont St-Hilaire coûte 3 dollars et à Montréal, 15 dollars). Si un adhérent a été malade ou hospitalisé, on peut lui apporter ses repas à son appartement pendant une semaine, mais cette période peut être prolongée si l'adhérent ne montre pas de signes d'amélioration. Les amis et les membres de la famille de l'adhérent peuvent venir prendre un repas pour la modique somme de 3,50 dollars.

Ce projet nécessite une surveillance étroite de la part du conseil d'administration de l'ASAR. Par exemple, l'équipe d'aide lui fait parvenir les menus pour le mois à venir, et l'ASAR effectue des vérifications ponctuelles toutes les semaines pour s'assurer que la qualité des aliments est élevée et que le menu est respecté. Le travailleur social du CLSC rend visite aux adhérents à leur logement tous les mois, ce qui lui permet de

vérifier s'ils disposent des fournitures et des services dont ils ont besoin. La création de liens étroits entre les résidents est une autre façon de surveiller le projet.

Puisque les repas sont le point central de la famille, on leur accorde une grande importance; c'est pourquoi les adhérents se plaignent aux administrateurs et aux voisins (qui communiquent alors avec l'OMH) s'ils n'aiment pas ce qu'on leur sert. À une époque, la nourriture était de mauvaise qualité et monotone. Au moment où le problème était le plus criant, il ne restait plus que deux adhérents, les autres ayant abandonné le projet en raison de la piètre qualité des repas.

Les renseignements obtenus au cours de la première évaluation sont gardés confidentiels, mais les renseignements sur la nutrition ou d'autres besoins particuliers sont échangés avec l'équipe d'aide. On demande à l'adhérent d'autoriser que soient échangés en sa présence ces renseignements avec l'équipe d'aide.

Au cours de la réunion mensuelle des membres du conseil d'administration de l'ASAR, chaque cas est examiné de concert avec les personnes-ressources (les adhérents le savent). Les cas ou situations difficiles font l'objet de débats et de suggestions, et de nouvelles manières de procéder sont proposées. Le représentant des locataires siégeant au conseil d'administration de l'ASAR a accès aux renseignements pouvant circuler de manière informelle entre les résidents. Les renseignements jugés pertinents sont divulgués lors des réunions des membres du conseil d'administration de l'ASAR. L'équipe d'aide est tenue par contrat d'informer le CLSC de tout problème (physique ou mental) touchant les adhérents et des changements qui peuvent avoir des répercussions sur les adhérents (p. ex. mortalité ou maladie dans la famille des adhérents).

2. Locataires atteints de démence

On estime que moins de 10 % des résidents de l'OMH sont atteints de démence plutôt bénigne. L'OMH ne peut pas garder les résidents dont l'état est trop avancé, faute de surveillance suffisante. Dans le projet des aînés fragiles, le CLSC évalue les candidats avant de les accepter comme adhérents au projet. Le candidat doit être en mesure de vivre de manière autonome, et le soutien offert doit se limiter à la préparation des repas, à l'entretien ménager, à la lessive et à l'administration des médicaments. Si le niveau des soins dont a besoin un adhérent dépasse celui offert dans le cadre du projet (p. ex. une personne ne pouvant pas prendre ses repas avec les autres), on lui demandera de déménager dans un établissement offrant davantage de soins.

Les administrateurs croient que la formation d'un groupe structuré dans ce projet a permis à des adhérents de demeurer plus longtemps autonomes. Par exemple, un résident a vécu 25 ans en institution en raison de problèmes d'épilepsie. À l'époque de la désinstitutionnalisation massive entreprise au début des années 1980, il a déménagé dans les immeubles de l'OMH et reçu du soutien du CLSC. Lorsque ce soutien s'est révélé insuffisant, il est devenu adhérent au projet. Il prétend que de retourner vivre

dans un établissement causerait sa perte, car il supporte mal même un court séjour à l'hôpital. Les administrateurs sont convaincus que sans le projet pour aînés fragiles ce résident n'aurait pas survécu ces trois dernières années.

Les adhérents au projet sont répartis dans l'immeuble et habitent le même logement qu'ils ont toujours occupé. Si un adhérent éprouve des problèmes qui peuvent mettre en péril les autres locataires, comme oublier d'éteindre la cuisinière, l'OMH intervient (p. ex. en débranchant ou en retirant la cuisinière). D'autres situations ont nécessité une intervention. Par exemple, un adhérent ayant oublié de fermer le robinet, son voisin d'étage inférieur a appelé l'OMH, et le robinet a été fermé (aucun dommage grave n'en est résulté). L'adhérent se faisait constamment rappeler de manière gentille et humoristique par l'équipe d'aide et les résidents de fermer ses robinets. Parfois, les adhérents sont convaincus qu'on leur a volé des objets. L'équipe d'aide tente de les rassurer et de trouver les objets en question, souvent oubliés ou placés au mauvais endroit. Les réunions mensuelles des membres du conseil d'administration jouent un rôle essentiel dans l'élaboration de solutions nouvelles et pertinentes aux problèmes qui surgissent.

3. Intervention

Puisque l'OMH et le CLSC se sont aperçus que les besoins de la population vieillissante dans le secteur du logement public croissaient, ils ont conclu que le niveau de soins réclamé par les résidents fragiles dépassait celui qu'ils pouvaient offrir et qu'il fallait obtenir un niveau de soutien plus constant pour permettre aux résidents de continuer d'habiter leur logement. Ces deux organismes ont donc formé un organisme sans but lucratif : l'Association des services d'aide résidentielle (ASAR). Le conseil d'administration de l'ASAR est formé de trois personnes, soit un représentant du CLSC, un représentant de l'OMH et un résident de l'OMH. Cet organisme a pour mandat d'élargir l'aide offerte dans les logements (c.-à-d. de répondre aux besoins d'un groupe de personnes âgées dans un immeuble plutôt qu'aux besoins de chaque personne). Ce mandat ne se limite pas au logement social; on pourrait offrir des services à des groupes de personnes dans des coopératives d'habitation ou d'autres formes de logement sans but lucratif.

En 1993, le gouvernement provincial a mis au point un cadre stratégique pour soutenir les aînés fragiles dans les logements sociaux. Si ce cadre a été mis en oeuvre en même temps que le projet de l'OMH de Mont St-Hilaire, l'OMH et le CLSC avaient entamé leurs pourparlers deux ans auparavant. L'OMH avait présenté un projet à la Société d'habitation du Québec (SHQ), mais ce projet avait été rejeté. L'OMH et le CLSC voulaient tellement réaliser ce projet, que le directeur de l'OMH et le travailleur social du CLSC étaient disposés à s'y lancer bénévolement. Le ministère des Services sociaux était intéressé à ce genre de partenariat avec le ministère des Affaires municipales (chargé du logement) et a soutenu les efforts des organismes de Mont St-Hilaire. Le cadre stratégique et le projet ont vu le jour presque en même temps.

Quand on a annoncé le projet aux résidents de l'immeuble pour personnes âgées de l'OMH, certains d'entre eux ont craint que leur immeuble ne devienne un foyer de soins infirmiers. Cette crainte n'a pas duré; les résidents se rendent compte maintenant que le projet leur est bénéfique. Eux aussi pourront demeurer plus longtemps dans leur logement en raison du soutien offert, au besoin. Puisque l'équipe d'aide habite l'immeuble, tous les résidents se sentent en sécurité -- sachant qu'ils peuvent l'appeler en cas d'urgence. (L'équipe d'aide communique alors avec l'OMH ou le CLSC pour les informer du problème.)

Si d'autres solutions se présentent aux personnes âgées dans cette ville, celles qui offrent des soins dans un cadre d'autonomie sont onéreuses compte tenu des moyens financiers limités des clients de logement social. De plus, les résidents seraient obligés de quitter leur logement, ce qu'ils tentent d'éviter le plus longtemps possible.

Selon les membres du conseil d'administration de l'ASAR, l'élément clé de la réussite du projet est le choix des membres de l'équipe d'aide. Le projet traverse sa troisième année de mise en oeuvre et en est déjà à sa troisième équipe d'aide, l'imprécision des compétences et des qualités personnelles demandées ayant causé le renvoi des deux premières. Par exemple, les talents de cuisinier sont très importants. (Un couple a été

sévèrement critiqué pour la piètre qualité des repas qu'il préparait. La personne chargée des repas apprenait à faire la cuisine.) L'importance des compétences en relations humaines a été sous-estimée. Le couple présentement en fonction compte dix ans d'expérience dans l'exploitation d'un foyer pour personnes handicapées. La femme est capable d'offrir des repas pour un grand nombre de convives et s'y plaît, tandis que son mari s'occupe de la lessive, du nettoyage et des transports. Pour s'acquitter des tâches, il faut deux personnes, de préférence sans enfants, car l'immeuble abrite exclusivement des personnes âgées, ce qui rend très difficile la cohabitation de ces deux générations (les enfants se sentent isolés et les résidents se plaignent du bruit.)

Les réunions mensuelles des membres du conseil d'administration de l'ASAR et le soutien du travailleur social du CLSC jouent un rôle essentiel dans les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence. Grâce aux services, l'adhérent atteint de démence profite de journées structurées et de l'interaction sociale. La sécurité est assurée puisque les adhérents n'ont ni à cuisiner ni à s'occuper de l'administration de leurs médicaments.

Les adhérents au projet versent 532 dollars par mois pour couvrir le coût des aliments, des divers articles et des services. S'il y a moins de neuf adhérents au projet, l'équipe d'aide reçoit 165 dollars par mois pour chaque place vacante. Selon le niveau de revenu des adhérents, une subvention peut être nécessaire pour couvrir les coûts. La subvention repose sur la différence entre le coût des services (532 \$ par mois) et le loyer (250 \$ par mois en moyenne). Si cette différence est inférieure à 220 dollars par mois par adhérent, alors le manque à gagner est comblé par une subvention.

Moyennant un loyer mensuel de 300 dollars, l'OMH offre un appartement de services où sont préparés et servis les repas. Le loyer de l'appartement où habite l'équipe d'aide s'élève à 300 dollars par mois, servis compris, soit un loyer inférieur au loyer du marché dans le quartier.

L'un des problèmes ayant surgi après le lancement du projet touchait les congés de l'équipe d'aide. Au début, on avait prévu 36 jours de congé par année, ce qui s'est révélé nettement insuffisant. Les membres de l'équipe d'aide ont désormais deux jours de congé par semaine, mais ils doivent trouver un remplaçant. Pour couvrir ce coût, on accorde jusqu'à 1 200 dollars par année à chaque membre de l'équipe d'aide sur présentation mensuelle des factures. La question des congés annuels n'a pas encore été abordée puisque l'équipe d'aide actuelle est entrée en fonction depuis moins d'un an. Cette question fera inévitablement augmenter les coûts.

Le projet coûte 19 600 dollars par année. La contribution de l'OMH sous forme de manque à gagner (loyer de l'appartement de services) s'élève à 3 600 dollars par année. Le CLSC assume le coût de la subvention et les congés de l'équipe d'aide, soit 16 000 dollars par année. Toutefois, on a souligné que le coût réel net assumé par le CLSC serait presque nul, car il n'a pas à fournir d'autres services de soutien, comme l'entretien ménager, aux adhérents.

4. Situation actuelle

Le projet fonctionne depuis presque trois ans. Les changements les plus importants touchent les besoins des membres de l'équipe d'aide (plus de congés) et leurs compétences (relations humaines et préparation des repas). Le projet est unique au Québec, mais un projet semblable vient d'être lancé à St-Hyacinthe, près de Mont St-Hilaire. D'autres exemples semblables se trouvent à Drummondville et à Loretteville, et d'autres municipalités se disent intéressées à mettre en place de tels projets.

5. Analyse et conseils à l'intention des autres organismes d'habitation

Le projet a été salué par les habitants de la région et a reçu un prix. Les membres du conseil d'administration de l'ASAR estiment que le meilleur indicateur de réussite est le nombre de demandes qu'ils ont reçues pour l'établissement de projets analogues dans d'autres immeubles et ensembles résidentiels. La réputation du projet s'est répandue dans la collectivité et parmi les résidents de l'OMH.

Le plus grand obstacle que devait surmonter l'ASAR était de trouver les bonnes personnes comme aides -- des personnes qui offriraient un soutien et de bons repas et qui répondraient aux autres besoins des participants. Les membres du conseil d'administration de l'ASAR affirment que, si tout était à recommencer, ils préciseraient autrement les compétences exigées des membres de l'équipe d'aide afin d'éviter les problèmes qu'ils ont rencontrés à ce jour. Toutefois, ils reconnaissent également que cette partie de l'apprentissage était peut-être inévitable.

L'intégration des nouveaux adhérents a également fait problème. Pour créer une bonne cohésion au sein du groupe, il faut une période d'adaptation. Une adhérente a eu du mal à se faire accepter pendant plus de six mois. Les membres de l'équipe d'aide ont essayé de trois façons différentes de régler le problème de cette adhérente (à la suite des suggestions proposées au cours des réunions mensuelles des membres du conseil d'administration de l'ASAR). On a abordé avec cette adhérente les problèmes qu'elle rencontrait et ceux qu'elle créait au sein du groupe. (Elle critiquait sévèrement le projet et soulevait la colère des autres adhérents.) Elle semble avoir accepté l'idée qu'elle doive s'adapter pour pouvoir continuer d'adhérer au projet.

L'ASAR voudrait étendre ce service à d'autres ensembles résidentiels, mais des contraintes financières l'en empêchent pour le moment. Elle ne prévoit ni élargir ni modifier ce projet. Ce projet n'a pas été conçu pour les personnes atteintes de démence avancée et ne sera pas modifié pour offrir plus de soutien. Lorsqu'un adhérent ne peut manifestement plus fonctionner dans le cadre du projet, le CLSC l'évalue officiellement, et il est admis à un établissement répondant mieux à ses besoins.

Selon le conseil d'administration, les facteurs clés de réussite sont les suivants :

- o Collaboration entre les intervenants;
- o Choix des bonnes personnes comme aides;
- o Viabilité et soutien constant des organismes à l'égard de l'équipe d'aide;
- o Connaissance du milieu;
- o Concentration et réduction au minimum des personnes ayant besoin de soutien.

6. Conclusion

Les membres du conseil d'administration de l'ASAR soulignent non seulement que ce projet offre un soutien social et matériel dans une ambiance familiale, mais encore que le coût en est minime. En plus d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées, ce projet prolonge parfois leur existence.

Étude de cas n° 4 -- Yarmouth Regional Housing Authority

Organisation

Yarmouth Regional Housing Authority
206-368, Main Street
Yarmouth (Nouvelle-Écosse)
B5A 1E9
Téléphone : (902) 742-4369
Télécopieur : (902) 749-1258

Personnes-ressources

Kim Jacquard
Locataire et animatrice communautaire

Ruth Anderson
Agente locale

Gerard Cheeke
Directeur général

1. Contexte

Les aînés à revenu faible ou fixe qui ne peuvent pas payer les loyers demandés par le secteur privé ou qui ne peuvent plus conserver leur maison peuvent s'adresser à la Yarmouth Regional Housing Authority pour obtenir un appartement décent à prix abordable.

La petite ville de Yarmouth compte 7 781 habitants. Le comté desservi par la Yarmouth Regional Housing Authority en compte 28 562. En 1995, 6 690 résidents du comté de Yarmouth (23,4 %) étaient âgés de plus de 55 ans. Si la demande de logements pour les aînés a régressé dans l'ouest de la Nouvelle-Écosse, la liste d'attente pour les logements destinés aux aînés est encore très longue dans le comté de Yarmouth. À l'heure actuelle, 340 aînés habitent 306 logements pour personnes âgées dans les trois régions desservies par la Yarmouth Regional Housing Authority. Le plus gros immeuble compte 36 logements, et les immeubles plus petits, de 15 à 17.

Sachant que des personnes âgées et handicapées habitent ses logements et ceux du secteur privé ont besoin de plus de soutien et d'aide qu'elles n'en obtiennent présentement dans la région de Yarmouth, la Yarmouth Regional Housing Authority, le Nova Scotia Department of Housing and Municipal Affairs and les Yarmouth Argyle Home Care Services ont conclu un accord visant à offrir un milieu de soutien. Des logements avec services de soutien sont offerts à tous les locataires de la Yarmouth Regional Housing Authority, à ceux qui en font la demande et aux résidents du secteur privé des municipalités de Yarmouth et Argyle.

Ce milieu de soutien vise principalement à favoriser le maintien et le prolongement de l'autonomie des résidents tout en réduisant la demande d'établissements de soins plus intensifs et le transfert des résidents dans des établissements. Selon la brochure de la Yarmouth Regional Housing Authority remise aux résidents éventuels, les «logements supervisés comportent des services auxiliaires reliés par modem... offrant ainsi des services de soutien minimal 24 heures par jour...». Pareille prestation de services sur place ne se trouve nulle part ailleurs dans le portefeuille de logement social pour les personnes âgées de la Yarmouth Regional Housing Authority, sauf dans le cas de personnes âgées ayant demandé individuellement des soins à domicile et des services d'entretien ménager.

Pour être admissible à un logement supervisé, tout candidat doit avoir droit aux logements pour personnes âgées de la Yarmouth Regional Housing Authority. On utilise un système de pointage pour déterminer l'état du logement actuel des candidats, et une cote est attribuée selon la présence d'escaliers, le surpeuplement, les facteurs de santé, l'absence de réparations et des systèmes de chauffage inadéquats ou dangereux. On évalue également le revenu des candidats, leur coût de logement et leur actif. Le locataire principal doit être âgé d'au moins 58 ans, à moins de circonstances particulières (p. ex. s'il souffre d'un handicap physique).

Le choix des locataires repose d'abord sur un comité d'admission composé des membres du personnel et qui examine le système de pointage de la Yarmouth Regional Housing Authority. Ce comité retient d'abord les candidats les «plus nécessiteux», selon sa définition et des évaluations indépendantes de l'état de santé des candidats et de l'aide dont ils ont besoin pour vaquer à leurs occupations quotidiennes. Les résidents des logements supervisés doivent avoir des besoins auxquels peuvent répondre les Yarmouth Argyle Home Care Services, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et les services de soutien de base offerts sur place. Ces résidents sont issus du portefeuille de logements de la Yarmouth Regional Housing Authority et des zones urbaines et rurales du comté de Yarmouth.

Mis en service en janvier 1995, les logements supervisés ont été établis dans un immeuble de 17 logements pour les personnes âgées de construction récente dans la banlieue de Yarmouth, à environ 2,5 kilomètres du centre-ville. Cet immeuble compte trois étages, une entrée entièrement accessible et une véranda avec de grandes fenêtres d'où l'on peut facilement voir le parc avoisinant et la campagne. Un autre immeuble pour personnes âgées de la Yarmouth Regional Housing Authority se trouve à proximité, ainsi que des services d'urgence et des hôpitaux.

Quelque mois avant l'achèvement de cet immeuble, la Yarmouth Regional Housing Authority et les Yarmouth Argyle Home Care Services ont présenté au conseil municipal une proposition conjointe de modification de l'utilisation du bâtiment afin de pouvoir y accueillir des résidents ayant besoin de services sociaux et de santé et d'une certaine surveillance sur place. La Yarmouth Regional Housing Authority et les Yarmouth Argyle Home Care Services ont convenu qu'il était urgent de loger ces

résidents nécessitant plusieurs services différents, dont l'entretien ménager et l'administration de médicaments. Cet immeuble offrirait une relation étroite avec les Yarmouth Argyle Home Care Services par l'entremise d'une personne habitant l'immeuble, ce que les résidents interrogés et leur famille qualifient d'aspects psychologiques de la sécurité personnelle : «Au moins, je sais qu'une personne responsable se trouve ici, même si je ne la vois pas tous les jours.»

Vingt résidents habitent 16 logements, dont l'un deux est occupé par une aide familiale formée. Celle-ci agit en qualité de directrice résidente des résidents et offre, le soir et la fin de semaine, des services de soutien pour le compte de la Yarmouth Regional Housing Authority. Elle est en devoir et peut être rejointe par téléavertisseur 24 heures par jour par ceux qui requièrent ses services. Chaque résident connaît son numéro de téléavertisseur, mais certains trouvent difficile de suivre la procédure de connexion téléphonique en deux étapes. Toutes les deux fins de semaine et durant les jours fériés, une autre aide familiale se trouve dans l'immeuble.

Le jour, une gamme de services est offerte par les aides auxiliaires visiteuses, les infirmières des Yarmouth Argyle Home Care Services, des services de repas à domicile et d'autres services, comme la livraison de l'épicerie, les soins des pieds, la coiffure et les transports. Un entretien ménager de base est offert à tous les résidents. La gamme de services répond aux besoins des résidents des logements supervisés durant les jours de la semaine jusqu'à ce que la directrice résidente entre officiellement en service vers la fin de l'après-midi.

Conformément aux critères d'admissibilité de la Yarmouth Regional Housing Authority, 18 personnes âgées habitent cet immeuble : 14 personnes seules et deux couples. Dix-sept femmes et trois hommes habitent le Mountain View Manor, dont près de la moitié sont âgés d'au moins 80 ans. Cet immeuble abrite un célibataire de 39 ans répondant aux critères d'admissibilité et une célibataire âgée de 48 ans, ces deux résidents atteints de multiples problèmes de santé et de mobilité; de plus, cette femme est fréquemment admise à l'hôpital.

2. Locataires atteints de démence

Selon le personnel de la Yarmouth Regional Housing Authority, «environ six des résidents montrent les premiers signes de la démence, soit diagnostiquée ou surveillée par des spécialistes de la santé». Quelques autres résidents parfois commettent des oublis ou sont confus, ce qu'on peut attribuer aux médicaments ou au traumatisme découlant du récent décès du conjoint d'un résident.

La directrice résidente habite un appartement faisant face à l'immeuble. Récemment, un résident l'a alertée : la rue et la cour avant de l'immeuble étaient inondés. «Un résident dont le logement permet de bien voir la rue m'a appelée tôt le matin pour m'annoncer que le sous-sol de l'immeuble où se trouvent des résidents pourrait être inondé. J'ai aussitôt frappé à la porte de tous les logements du sous-sol pour qu'ils

soient évacués et suis venue en aide à une résidente confuse en demandant à sa soeur, sa voisine, de communiquer avec elle. Elle refusait toujours d'évacuer son logement.» La directrice soutient qu'il serait extrêmement important d'établir un système d'urgence faisant appel aux voisins des résidents confus.

Au moins une femme parmi les résidents interrogés, laquelle souffre de problèmes de mobilité et de troubles légers de mémoire, a décrit une journée typique et ses repas, qui ressemblent étrangement au syndrome appelé «thé et rôties» par les diététiciens. Elle se sert constamment de son grille-pain et débranche son détecteur de chaleur et de fumée dans la cuisine.

Environ 12 résidents sont fragiles et ont des handicaps physiques causés entre autres par l'arthrite, et plusieurs d'entre eux souffrent de multiples problèmes de santé nécessitant l'injection d'insuline ou l'administration supervisée de médicaments. Plusieurs résidents de l'immeuble sont des proches, ce qui permet un soutien de type familial : présence des autres, transports, recherche des personnes égarées et préparation des repas des résidents les plus fragiles.

3. Intervention

La directrice résidente offre un soutien en cas d'urgence après les heures de travail et la fin de semaine. Elle vient en aide, conformément à ce qu'on lui a prescrit, aux résidents dont des besoins de santé cruciaux ont été diagnostiqués par l'organisme local de soins à domicile, surveille ceux qui en ont fait la demande eux-mêmes ou transmet leurs demandes à leur famille. De plus, elle effectue régulièrement des vérifications lorsqu'elle sait qu'un résident est malade ou rentre de l'hôpital. Elle se charge également de la sécurité de l'immeuble (fermer et verrouiller les portes et les fenêtres) et transmet les demandes de réparation et les plaintes à la Yarmouth Regional Housing Authority.

Le personnel d'entretien de la Yarmouth Regional Housing Authority se rend une fois par semaine dans l'immeuble pour nettoyer les salles de lessive, le salon et les couloirs. Tous les résidents interrogés ont mentionné que l'immeuble était immaculé, ce qui, selon les membres de leur famille, rend d'autant plus fiers leurs parents d'y résider. Des équipes nettoient également le stationnement et le terrain. Quelques résidents ont décidé de leur chef de planter deux massifs de fleurs, qu'ils entretiennent, la Yarmouth Regional Housing Authority leur allouant une indemnité pour couvrir les coûts.

La semaine, des services d'entretien ménager sont offerts, selon les besoins de chaque résident, par la Yarmouth Regional Housing Authority, l'animatrice communautaire et l'agente locale. L'animatrice communautaire est tenue de veiller à la réalisation des objectifs de l'immeuble en ce qui touche les services de logement, la sécurité, les soins à domicile et d'autres services de soutien. Puisque «l'aide à l'entretien ménager n'est pas facultative», on ne craint pas que les résidents négligent

leur hygiène personnelle et leur appartement. Il s'agit toutefois d'entretien ménager de base, et certains se demandent qui s'occupera des gros travaux ménagers comme le nettoyage du réfrigérateur, de la cuisinière et des fenêtres. On craint que le gouvernement provincial ne réduise éventuellement la fréquence des services d'entretien ménager présentement hebdomadaires.

L'agente locale traite les demandes d'adhésion, perçoit les loyer et les droits et détermine quand l'autonomie d'un résident doit être évaluée. Les droits comprennent des frais mensuels additionnels de 25 dollars pour couvrir le coût de la directrice résidente. L'agente s'occupe également d'évaluer les logements lorsqu'ils sont occupés et a dû traiter récemment deux cas d'éviction, le premier touchant un locataire qui dérangeait les autres locataires et négligeait son logement (situation non attribuable directement à de la démence) et le deuxième, un résident qui ne se plaisait pas à cet endroit et qu'un membre de sa famille pouvait héberger.

En moyenne, chaque employé ainsi que le directeur général visitent l'immeuble au moins deux fois par mois. L'agente affirme se rendre à l'immeuble presque une fois par semaine. On organise des réunions spéciales des résidents pour leur expliquer des règlements et des procédures touchant notamment le plan d'évacuation en cas d'incendie et les changements apportés aux ententes de logement supervisé. Ces réunions peuvent être convoquées par la directrice résidente ou par le personnel de la Yarmouth Regional Housing Authority. À ce jour, environ quatre réunions ont lieu par année. Les résidents soulignent qu'ils ne sont pas tenus d'y participer et que certains n'y assistent pas, car l'atmosphère est très houleuse. Toutefois, la participation aux réunions touchant le plan d'évacuation en cas d'incendie est obligatoire.

Aucune réunion des familles des résidents n'a eu lieu jusqu'à présent. L'animatrice communautaire et l'agent locale rencontrent individuellement les membres des familles en tout temps et répondent souvent à leurs appels téléphoniques. De même, la directrice résidente vérifie, à la demande des proches et surtout de ceux qui habitent loin, des points touchant la surveillance ou pour rassurer ces derniers et leur donne un compte rendu.

Peu d'activités sociales organisées ont lieu dans cet immeuble. De petits groupes se forment spontanément dans le salon (désormais interdit aux fumeurs), et on a vainement tenté d'organiser des jeux et des classes d'artisanat depuis l'ouverture de l'immeuble. La fête de Noël à laquelle sont conviés les membres de la famille a été organisée par la directrice résidente et son adjointe. Plusieurs résidents soutiennent qu'ils ont aimé cette fête et qu'il s'agissait du fait saillant de l'année. Selon l'animatrice communautaire, on ne s'est pas lancé dans les sempiternelles jeux de cartes, repas-partage et goûters caractérisant les activités sociales dans d'autres immeubles pour personnes âgées.

Les résidents peuvent prendre rendez-vous avec une infirmière du service de santé et obtenir des soins à domicile des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et d'autres services de soutien jugés nécessaires par l'organisme de soins à domicile.

Les résidents handicapés qui utilisaient déjà les services des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada avant d'emménager dans l'immeuble continuent de faire appel à leurs services. Comme autres services courants offerts par celles-ci, mentionnons le remplissage préalable des seringues pour les injections d'insuline, quoique d'autres dispositions sont désormais prises pour ce service. La directrice résidente, le personnel des soins à domicile ou le personnel de l'immeuble peuvent également signaler les résidents qui s'isolent, semblent confus (qui se rendent au mauvais étage ou appartement, par exemple) ou négligent leur hygiène personnelle, leur alimentation ou leurs manières à table.

Si, au cours d'une maladie ou d'une très mauvaise période, un résident a besoin qu'un membre de sa famille (ou un prestataire de soins rémunéré) lui prodigue des soins à domicile, il est possible de loger temporairement ce dernier. Aucune suite n'est prévue comme logement temporaire dans l'immeuble. Tous les résidents auraient un divan pouvant servir de lit supplémentaire, et plusieurs ont hébergé un enfant ou un petit-enfant lorsqu'ils étaient malades ou ont emménagé.

Selon les renseignements fournis par le personnel, les résidents et les membres de leur famille, la principale source de services de soutien demeure encore la famille. Les trois filles (dont l'une fait la navette depuis une autre province) de résidentes interrogées communiquent presque tous les jours avec leur mère. L'une d'elles et sa famille estiment que leur mère ne fait pas appel assez souvent à leurs services, alors qu'une autre espère que sa mère se fiera moins sur sa famille un an après son emménagement. La troisième, qui habite loin, se sent toujours sur le qui-vive et s'inquiète de la dégradation de la santé de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer.

L'animatrice communautaire convoque régulièrement des réunions avec l'agente locale, la directrice résidente et le directeur de l'organisme de soins à domicile. Ces réunions conjointes ne portent ni sur le train-train quotidien ni sur la satisfaction des locataires, mais plutôt sur la résolution de problèmes. Des réunions sont convoquées lorsqu'il faut réexaminer les besoins d'un locataire pour des motifs de sécurité personnelle, de grave maladie l'empêchant de s'occuper de sa santé et d'être autonome ou de problèmes de fonctionnement qui dérangent les autres résidents. Un nouvel ensemble de services d'entretien et d'évaluations de soins à domicile est alors proposé.

4. Situation actuelle

Puisque l'immeuble aura deux ans en janvier, le directeur général et le personnel de la Yarmouth Regional Housing Authority se demandent s'il faudrait réaliser une évaluation officielle des logements, des services de soutien et du rôle de la directrice résidente. Si bon nombre de résidents interrogés sont assez satisfaits de leur lieu de résidence, quelques-uns ont suggéré l'apport de changements mineurs et majeurs qui

amélioreraient l'immeuble même, des programmes d'entretien ménager et l'accès, selon les besoins, aux services de soins à domicile.

Grâce à l'évaluation faisant appel à la participation de tous les résidents et de leur famille et à l'importance accrue accordée à s'informer des besoins et des préoccupations de chaque locataire et à en assurer le suivi, le personnel de la Yarmouth Regional Housing Authority et l'organisme de soins à domicile prévoient des améliorations dans la prévision des besoins et la prestation des services de soutien à domicile. «Comme en témoigne la liste d'attente, nous pourrions sans trop de difficultés remplir un deuxième immeuble si nous en avons un.» À l'heure actuelle, plusieurs personnes figurant sur la liste d'attente sont admissibles à un logement supervisé. Quatre personnes seules et un couple présentement logés par la Yarmouth Regional Housing Authority et trois autres personnes seules et un autre couple de la région figurent sur la liste d'attente, d'où une demande totale de neuf logements supervisés. Dans l'immeuble actuel, on ne prévoit le départ d'aucun locataire présentement; cependant, contrairement à d'autres logements pour personnes âgées, la durée d'occupation des logements de l'immeuble devrait être plus courte compte tenu de l'âge avancé de certains locataires, de leur faculté cognitive et de leur état de santé.

On craint que le gouvernement provincial ne réduise la subvention aux services de soins à domicile, et le nombre de cas par région fait l'objet d'une réévaluation. La Yarmouth Regional Housing Authority croit toutefois qu'on ne modifiera pas le concept des logements supervisés et qu'on ne réduira pas les services. La réduction des subventions à l'entretien ménager a inquiété des résidents, mais certains compensent en demandant au secteur privé de répondre à leurs besoins.

Aucune procédure officielle d'évaluation n'est prévue pour évaluer le rendement de la directrice résidente et le degré de satisfaction des locataires à l'égard de son rôle et des tâches qui lui sont assignées. De même, si les fonctions de la directrice résidente et les objectifs des ententes de logement supervisé sont expliqués sur une page annexée au bail, certains ne comprennent pas que celle-ci n'est tenue d'exercer une surveillance sur place que le soir et la fin de semaine. Certains proches des résidents comptaient qu'on visite quotidiennement leurs parents sans avoir à en faire la demande. Un résident apparemment isolé soutient que «cet immeuble est tellement petit qu'elle doit se demander où je suis». Plusieurs personnes se demandent ce qu'il adviendrait de leurs parents s'ils devenaient vraiment confus ou perdus. La directrice résidente soutient qu'elle tient des notes sur les locataires, mais qu'elle ne s'introduit pas chez un locataire sans en avoir reçu la demande officielle.

Cinq résidents et trois proches ont cité la sécurité personnelle comme étant la principale raison pour laquelle les locataires habitent cet immeuble. Tous les résidents se disent mieux au Mountain View Manor qu'à leur logement antérieur, quoique certains s'ennuient de leurs anciens amis et voisins, en particulier ceux qui habitaient des logements pour personnes âgées de la Yarmouth Regional Housing Authority. Toutefois, on se demande quelle sera la portée du soutien offert dans cet immeuble compte tenu de l'intention de la Yarmouth Regional Housing Authority de n'offrir que

des services de soutien minimaux et de la situation à laquelle sont confrontés les résidents dont la mobilité est réduite et qui éprouvent de graves problèmes cognitifs et/ou de santé.

5. Analyse et conseils à l'intention des autres organismes d'habitation

Le Nova Scotia Department of Housing and Municipal Affairs est très intéressé à ce projet comme modèle de rechange à son Enriched Housing Program. La Yarmouth Regional Housing Authority croit avoir lancé un modèle expérimental unique visant à prolonger l'autonomie et à améliorer la qualité de ses résidents. «Quand ça va mal, on se demande pourquoi on a choisi ce domaine», raconte le directeur général. Depuis qu'elle offre des logements supervisés, la Yarmouth Regional Housing Authority a ouvert de nouveaux horizons à son mandat. En revanche, elle sait que bon nombre de ses plus vieux résidents ont dépassé le cap des 80 ans et que le nombre de places disponibles dans les rares établissements de soins spéciaux du comté de Yarmouth s'amenuisera.

Voici ce qu'elle conseille aux autres organismes d'habitation municipaux :

- b Précisez les rôles de la Yarmouth Regional Housing Authority et de l'organisme de soins à domicile.
- o Assurez la surveillance étroite des services de soutien offerts par le concierge résident et les services de soins à domicile.
- o Ne réservez pas les services qu'aux personnes âgées. Quantité de femmes dans la cinquantaine éprouvent des problèmes financiers et de santé.
- o Faites en sorte que cette résidence soit visible et fasse partie de votre parc résidentiel dans le quartier. Veillez à ce qu'elle ne soit pas étiquetée comme un simple établissement.
- o Veillez à ce que les proches des résidents participent aux services, tout comme la Yarmouth Regional Housing Authority, l'organisme de soins à domicile et d'autres services connexes.

Résumé des études de cas

Les quatre études de cas montrent des façons très différentes adoptées par les organismes d'habitation municipaux pour répondre aux besoins des locataires atteints de démence, mais des mesures communes ressortent.

1. Aucune de ces initiatives n'a été élaborée à l'intention des locataires atteints de démence. Si ces initiatives permettent aux locataires atteints de démence de demeurer plus longtemps dans leur milieu, aucune n'a été précisément mise au point pour répondre aux besoins de ce groupe de locataires. Cela laisse fortement supposer qu'on peut adapter les programmes conçus pour favoriser le vieillissement chez soi aux besoins des locataires atteints de démence. Nous espérons que cette constatation encouragera d'autres organismes d'habitation à revoir leurs programmes afin de déterminer comment ils pourraient favoriser le vieillissement chez soi des locataires atteints de démence.

Que le même programme fonctionne bien tant pour les locataires atteints de démence que pour ceux dont la faculté cognitive est intacte présente manifestement un avantage financier. Là où l'on trouve peu de locataires atteints de démence, il ne serait pas rentable d'élaborer un programme distinct. Par ailleurs, puisqu'on peut desservir à l'aide des mêmes programmes tant les personnes atteintes de démence que celles dont la faculté cognitive est intacte, le coût par résident en sera moindre que s'il fallait deux programmes distincts. L'intégration des locataires atteints de démence aux programmes visant les personnes dont la faculté cognitive est intacte permet d'offrir aux premiers un soutien lorsque leur nombre est insuffisant pour justifier la mise en oeuvre d'un programme distinct.

2. Tous les programmes répondent à des situations différentes. Aucun programme ne peut convenir à tous les organismes d'habitation. Chacun des quatre organismes d'habitation a réagi à une situation propre à sa collectivité. La nécessité d'être conscient du contexte dans lequel oeuvre l'organisme d'habitation se constate dans les conseils prodigués par chacun d'eux et est bien résumée par certains conseils donnés par le directeur du logement de la Dufferin County Housing Authority :

«Connaissez le plus à fond possible vos clients.»

Pour être couronné de succès, le programme doit répondre aux besoins, aux préférences, aux capacités et aux modes de vie des locataires auxquels il s'adresse, d'où le conseil prodigué par la Lethbridge Housing Authority :

«Apprenez à connaître vos locataires, votre collectivité et la façon de convaincre d'autres personnes que votre projet est indispensable avant d'entreprendre tout projet nécessitant une aide extérieure.»

3. Les organismes d'habitation ont tiré parti des occasions à mesure qu'elles se sont présentées. À l'exception peut-être de l'OMH de Mont St-Hilaire, les programmes ont été mis au point pour profiter de ces occasions. Par exemple, le programme de la Lethbridge Housing Authority a évolué compte tenu du mal qu'elle a éprouvé à louer ses studios, alors que les programmes de l'OMH de Mont St-Hilaire et de la Yarmouth Regional Housing Authority ont tiré parti des fonds offerts dans le cadre d'un nouveau programme provincial (bien que l'OMH de Mont St-Hilaire avait prévu son projet avant que les fonds ne soient disponibles). La Dufferin County Housing Authority a présenté une demande de fonds au programme de logements supervisés au moment où ces fonds sont devenus disponibles.
4. Pour réussir la mise en oeuvre des programmes, il faut faire preuve de persistance et de souplesse. Si ces deux éléments revêtent une importance capitale dans tout genre de programme, les études de cas que nous avons examinées en fournissent la preuve. La Lethbridge Housing Authority et la Dufferin County Housing Authority ont déployé de multiples efforts pour atteindre les objectifs qu'elles s'étaient fixés. Lorsque le gouvernement provincial a refusé de financer le projet non traditionnel de logements supervisés mis au point par la Dufferin County Housing Authority, celle-ci a révisé sa stratégie et cherché du financement ailleurs. La Lethbridge Housing Authority a approché plusieurs fournisseurs de fonds éventuels afin de pouvoir mettre en oeuvre son projet.

À Mont St-Hilaire, l'OMH et le CLSC ont également modifié au besoin leur programme. Ils ont notamment apporté des changements à leur personnel et aux compétences exigées du personnel et accordé plus de congés à l'équipe d'aide.

Voici les conseils que donne la Dufferin County Housing Authority :

«Soyez sensibles et souples. Essayez de vous adapter aux besoins, aux situations, aux règles de conduite et aux politiques à mesure qu'ils changent.»

Aucun des trois projets existants (celui de Lethbridge n'avait pas été encore mis en oeuvre au moment de la rédaction du présent document) n'a fait l'objet d'une évaluation officielle, mais, si l'on en juge d'après leurs réalisations, ces projets sont plutôt réussis. Nous espérons que l'expérience positive de ces trois projets encouragera d'autres organismes d'habitation à élaborer des programmes permettant aux locataires âgés de vieillir chez eux.

Si ces projets n'ont pas été conçus spécifiquement pour les locataires atteints de démence, l'expérience qu'en ont tirée les organismes d'habitation municipaux de Mont St-Hilaire, du comté de Dufferin et de Yarmouth montre que les programmes destinés à

favoriser le vieillissement chez soi aident tous les aînés, peu importe l'état de leur faculté cognitive. L'augmentation éventuelle du nombre de personnes âgées atteintes de démence conjuguée à la diminution du nombre de lits réservés aux soins de longue durée signifient que les organismes d'habitation municipaux abriteront de plus en plus de telles personnes, qu'ils l'aient prévu ou non. Prévoir les besoins des locataires atteints de démence et de ceux dont la faculté cognitive est intacte améliorera leur qualité de vie et facilitera le travail du personnel et des membres du conseil d'administration des organismes d'habitation de même que des fournisseurs de services communautaires, qui constituent un élément important de l'intégration des personnes âgées à la collectivité.

Analyse

Les résultats de l'étude laissent à penser qu'il reste beaucoup à faire pour permettre aux organismes d'habitation municipaux de réagir à la présence de locataires atteints de démence. Les études de cas exposent des mesures que certains organismes d'habitation ont prises. La présente section renferme une analyse de questions et sujets ressortant de l'étude, en particulier en ce qui touche les données du sondage.

Si les réponses au sondage, et tout particulièrement celles aux questions ouvertes, laissent supposer que les organismes d'habitation ont de multiples besoins et problèmes, en examinant de plus près les résultats de l'étude, on s'aperçoit que les réponses se rangent dans quatre grandes catégories :

- o Éduquer les organismes d'habitation sur la nature du problème. Si à peine plus de la moitié des répondants affirment avoir un ou plusieurs locataires atteints de démence, peu semblent avoir mis au point une méthode systemique de résolution du problème. Ce qui nous étonne le plus au sujet de ceux qui prétendent ne pas avoir de résidents atteints de démence, c'est qu'ils semblent ne pas se soucier du problème éventuel. Il faut sensibiliser les organismes d'habitation à l'émergence éventuelle de cas de démence et au risque croissant que leurs immeubles abritent de plus en plus de personnes atteintes des troubles associés à cette maladie.
- o Encourager les organismes d'habitation à mettre au point un plan d'intervention. Après avoir été sensibilisés au problème, les organismes d'habitation doivent prévoir un plan d'intervention. En se penchant sur chaque cas, on permet au résident de demeurer plus longtemps dans son logement, mais une planification plus complète aidera l'organisme d'habitation à mettre au point une intervention qui réalise un équilibre entre les besoins et les droits des résidents atteints de démence et ceux des autres résidents et de leur famille ainsi que du personnel et de l'administration des logements. Une planification plus complète permettra aussi à l'organisme d'habitation d'envisager comment il peut assurer la sécurité de tous les locataires dans les limites imposées par sa structure actuelle, ses ressources financières et son mandat. Un tel plan permettrait également de mieux savoir quand il serait bon de confier une personne atteinte de démence à un établissement offrant plus de soins. Par ailleurs, il aiderait les membres de la famille à prévoir à long terme les soins à prodiguer à leurs parents atteints de démence.
- o Aider les organismes d'habitation à obtenir l'information, l'éducation et la formation dont ils ont besoin sur la démence et son traitement. Lorsqu'on leur a demandé de citer les choses les plus importantes qu'ils doivent savoir de manière à répondre aux problèmes occasionnés par le nombre croissant de locataires atteints de démence vivant dans leurs immeubles, les organismes d'habitation ont affirmé que, d'abord et avant tout, ils ont besoin d'en savoir

davantage sur la démence, ses signes, ses phases, ses conséquences, les besoins des personnes atteintes de cette maladie, la façon de traiter les locataires qui en souffrent et l'étape à laquelle ces locataires doivent être confiés à un établissement de soins de longue durée pour leur propre sécurité et pour celle des autres locataires. Ils ont également besoin de savoir à qui s'adresser (et où) pour obtenir de l'aide, ils veulent des noms et des numéros de téléphone. Enfin, ils veulent savoir comment rendre leurs immeubles sûrs et sans danger pour leurs locataires atteints de démence et pour ceux qui ne le sont pas. Ils veulent être éduqués et formés.

- o S'assurer que le personnel des organismes de services sociaux s'occupant des personnes atteintes de démence a l'information et les compétences voulues pour traiter comme il se doit les cas de démence. Puisque le plus souvent les offices d'habitation décident de charger ces organismes de s'occuper de leurs locataires atteints de démence, il est important qu'ils s'assurent que le personnel de ces organismes soit capable d'offrir à ces locataires des soins de qualité. Si la plupart des employés des organismes de services sociaux connaissent bien cette maladie, il y aura toujours des exceptions à la règle.

Questions stratégiques à prendre en compte

Les organismes d'habitation qui mettront au point un plan d'intervention en réaction au nombre croissant de locataires atteints de démence devront équilibrer plusieurs facteurs complexes, dont certains sont exposés ci-après :

- o Problème d'équité. Dans toute stratégie d'accommodation des résidents atteints de démence, il faut d'abord préciser quels besoins seront satisfaits et quels objectifs seront visés par l'intervention. La stratégie doit répondre de manière équitable et équilibrée aux besoins des résidents atteints de démence comme à ceux n'en sont pas atteints. Ces deux groupes de personnes ont droit à un environnement sûr et sans danger qui, dans la mesure du possible, facilite leur autonomie et assure leur qualité de vie.

L'intervention doit tenir compte du droit de tous les résidents de vieillir chez eux, de rester dans leur foyer (c.-à-d. dans l'appartement qu'ils habitent) aussi longtemps que possible. S'il est important de répondre aux besoins des résidents atteints de démence, il faut également reconnaître que les logements municipaux ne doivent pas devenir des foyers de soins infirmiers. La crainte d'adapter les immeubles et les services au point où les immeubles deviennent des établissements de soins de longue durée a été exprimée par plusieurs répondants; c'est là une crainte légitime des organismes d'habitation, du personnel, des résidents et de leur famille.

Cette crainte renvoie en partie à l'image de soi des résidents qui ne sont pas atteints de démence, lesquels s'inquiètent de leur avenir en raison de la dégradation de la faculté cognitive de leurs voisins. Selon des études menées

dans les établissements de soins de longue durée, il est clair que les personnes dont la faculté cognitive est intacte ne tiennent nullement à passer le reste de leur vie avec des personnes atteintes de trouble cognitif.

Les résultats de l'étude révèlent que les résidents de logement municipal qui souffrent de trouble cognitif peuvent entreprendre des activités qui dérangent leurs voisins (p. ex. faire du bruit, frapper à leur porte, pénétrer dans l'appartement de leurs voisins). Si l'on compte sur les locataires qui ne sont pas atteints de démence pour s'occuper de ceux qui en sont atteints ou de leur bien-être, on expose le concierge à l'épuisement professionnel.

En outre, il est important de s'assurer que le logement municipal continue d'attirer de nouveaux résidents, qui ont le droit de tirer parti de cette forme de logement et en ont besoin. Si la population croit que le logement municipal est devenu un établissement où les personnes atteintes de démence sont intégrées à la collectivité, les personnes dont la faculté cognitive est intacte ne voudront plus y emménager.

- o **Obstacles juridiques et réglementaires.** Quelques répondants ont fait allusion aux obstacles juridiques et réglementaires s'opposant à la satisfaction des besoins des locataires atteints de démence. Le plus souvent, ils ont parlé du mandat de l'organisme d'habitation et de son rôle, se demandant s'il se limitait à offrir un toit ou s'il prévoyait également la prestation de services. Cette question, qui implique d'autres ordres de gouvernement, doit être prise en compte dans la planification d'une intervention.

Le droit de refuser de l'aide est un autre facteur à prendre en compte. Ce problème épineux ne se pose pas exclusivement dans la façon de traiter les locataires de logement municipal qui souffrent de démence, il doit également être abordé dans toute stratégie.

- o **Sources de financement.** Répondre aux besoins de locataires atteints de démence implique des coûts supplémentaires, obstacle le plus souvent cité comme s'opposant à l'apport de changements. On se demande donc qui devra assumer le coût des services additionnels, question particulièrement épineuse au moment où les gouvernements resserrent de plus en plus les cordons de leur bourse.

Chaque organisme d'habitation devra trouver où puiser des fonds de plus en plus volumineux. Si l'on estime que ce problème incombe au gouvernement provincial plutôt qu'à l'administration municipale, des pourparlers devront être entamés entre le ministère responsable de la santé et le ministère responsable du logement dans chaque province ou territoire.

Plusieurs raisons pourraient être invoquées pour justifier que les ministères provinciaux responsables de la santé fournissent des fonds aux programmes

aidant les résidents atteints de démence à demeurer plus longtemps dans les logements municipaux, la plus simple touchant les budgets relatifs des ministères responsables du logement et de ceux des ministères responsables de la santé. Dans toutes les provinces, le budget du ministère responsable de la santé est de beaucoup supérieur à celui du ministère responsable du logement. Qui plus est, si l'on obligeait les locataires de logement municipal atteints de démence à déménager dans un établissement de soins de longue durée, il en coûterait beaucoup plus cher pour s'en occuper, coût qui incomberait alors en totalité au ministère responsable de la santé. En outre, le coût des programmes spécifiques s'adressant aux locataires de logement municipal atteints de démence et qui reçoivent des soins à domicile pourrait être couvert par une réaffectation de certains fonds consacrés aux foyers de soins infirmiers. En fait, cette manière de procéder constituerait une utilisation plus efficace des ressources existantes, car on permettrait, sans dépenser un seul dollar additionnel, à un plus grand nombre de résidents atteints de démence de recevoir des services.

Dernières remarques

Le vieillissement de la population, conjugué aux politiques de vieillissement chez soi, a pour conséquence que le logement municipal abritera de plus en plus de locataires atteints de démence. Selon le sondage que nous avons mené auprès des organismes d'habitation municipaux, il faut élaborer des méthodes systémiques d'intervention. Selon les principaux thèmes ressortant du sondage, les organismes oeuvrant dans le domaine de la maladie d'Alzheimer pourraient grandement aider les organismes d'habitation à répondre aux besoins de leurs locataires atteints de démence.

Tout intervention à long terme doit réaliser un équilibre entre les besoins des résidents atteints de démence et ceux des résidents dont la faculté cognitive est intacte. L'intervention doit également tenir compte des obstacles juridiques et réglementaires s'opposant au logement des personnes atteintes de démence et des implications financières. Si ces facteurs constituent des obstacles de taille qui entravent l'élaboration d'une intervention à long terme, les organismes d'habitation municipaux ne doivent pas pour autant s'avouer vaincus par eux dans leur quête d'une solution aux problèmes éprouvés par leurs locataires atteints de démence.

Notes de bas de page

Division des services institutionnels professionnels, 1991, L'aménagement des établissements pour les personnes atteintes de démence, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Cluff, Pamela J., 1990, Alzheimer's disease and the institution: Issues in environmental design, The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, vol. 5, n° 3, mai-juin 1990, pp. 23 à 32.

Calkins, Margaret P., 1988, Design for Dementia: Planning Environments for the Elderly and the Confused, Owings Mills, Maryland: National Health Publishing.

Gnaedinger, N., 1989, Housing Alzheimer's Disease at Home, rapport de recherche de la SCHL, Bureau national de la SCHL, Ottawa.

SCHL, 1990, La Maladie d'Alzheimer chez soi : comment créer un environnement adapté au malade.

Zgola, J., 1990, Alzheimer's disease and the home: Issues in environmental design, The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, vol. 5, n° 3, mai-juin 1990, pp. 15 à 22.

Dans une certaine mesure, cette question suppose que le répondant en sait suffisamment sur la démence pour pouvoir dire si des personnes atteintes de démence habitent l'immeuble. Toutefois, cette étude n'était pas nécessairement axée sur des diagnostics de démence confirmés médicalement, mais plutôt sur des personnes présentant les symptômes typiques de la démence. C'est cette distinction qui est à l'origine de la formulation singulière de cette question.

ANNEXE A

DOCUMENTS DE RECHERCHE :
QUESTIONNAIRE, LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT
ET CARTE DE RAPPEL

Pour chaque question, veuillez encercler le numéro correspondant à votre réponse selon le cas. Remplir et retourner le questionnaire avant le 29 juin 1995 à l'adresse suivante : Myra Schiff Consultants Limited, Suite 213, 110 Richmond Street East, Toronto, ON M5C 2P9.

1. Dans quelle province se trouve votre organisation immobilière ?

2. Votre organisation immobilière est responsable de quel type d'environnement géographique ? (Veuillez encercler toutes les bonnes réponses.)

urbain 1 banlieue 2 rural 3

3. Votre organisation est responsable de combien d'immeubles ? _____ immeubles

4. Votre organisation est responsable de combien d'unités résidentielles ? _____ unités

5. Combien de locataires vivent dans vos unités résidentielles ? _____ locataires

5a. Parmi vos locataires, combien y-a-t-il de personnes âgées? (personnes de 55 ans et plus) ?

_____ personnes âgées *(s'il n'y a aucune personne âgée parmi vos locataires, il n'est pas nécessaire de poursuivre. Veuillez retourner le questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe. Nous vous remercions de votre collaboration.)*

6. Quelle est votre pratique en ce qui a trait à l'intégration dans le(s) même(s) immeuble(s) des personnes âgées et des plus jeunes ? (Veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux à votre manière d'aborder la question.)

1. Tous nos locataires sont des personnes âgées (55 ans et plus).
2. Tous les locataires âgés vivent dans des immeubles « pour personnes âgées seulement ».
3. Certains immeubles sont réservés aux personnes âgées et d'autres sont ouverts aussi bien aux personnes âgées qu'à d'autres locataires.
4. Tous nos immeubles abritent aussi bien des locataires âgés que des plus jeunes.
5. Autres arrangements *(veuillez décrire)*.

7. Savez-vous si certains de vos locataires âgés sont atteints, semblent être atteints ou passent pour être atteints de démence (telle la maladie d'Alzheimer) ?

oui 1 non 2 (dans la négative, veuillez passer à la question 10.)

7a. À votre avis, combien y a-t-il de ces personnes âgées dans vos immeubles ?

7b. Ces résidents vivent-ils dans des immeubles « pour personnes âgées seulement » ou dans des immeubles abritant également d'autres locataires ?

1. Tous vivent dans des immeubles « pour personnes âgées seulement ».
2. Tous vivent dans des immeubles abritant aussi bien des locataires âgés que des plus jeunes.
3. Certains vivent dans des immeubles pour « personnes âgées seulement » et d'autres dans des immeubles abritant également des locataires plus jeunes.

7c. De quelle source avez-vous appris que ces locataires souffraient de démence ?
(Veuillez encercler toutes les bonnes réponses.)

1. Association des locataires.
2. Club social.
3. Autre(s) locataire(s)
4. Auxiliaire familiale, infirmière ou autre prestataire de soins à domicile
5. La famille du locataire
6. Personnel de l'immeuble (veuillez préciser—administrateur, responsable du ménage, personnel d'entretien)

7. Autre (veuillez préciser) _____

8. Vous êtes-vous déjà inquiété de la présence dans vos immeubles de certains de ces locataires ?

Non 1 (*dans la négative passez à la question 10*)

Oui 2 (*veuillez donner des exemples*)

9. De quelle façon votre organisation immobilière a-t-elle répondu à vos préoccupations en ce qui a trait à ces locataires ? (Veuillez en donner la description.)

10. Le tableau ci-dessous dresse la liste de certaines stratégies qui pourraient être efficaces afin de répondre aux besoins des locataires atteints de démence et vivant dans vos immeubles. Veuillez inscrire un X dans la case qui décrit le plus fidèlement la position actuelle de votre organisation immobilière au sujet de chacune de ces stratégies.

Stratégie	Mise en pratique	Prévoit mettre en pratique	Idée considérée	Jamais considérée
mettre en place une nouvelle règle de conduite				
modifier une pratique existante				
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles				
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration				
augmenter notre personnel				
collaborer avec d'autres agences				

10a. Veuillez élaborer sur toutes les mesures prises ou que vous prévoyez prendre .
(Veuillez préciser le plus possible. Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.)

10b. Nous aimerions en savoir plus long sur l'efficacité de chacune des stratégies énumérées à la question 10 en ce qui a trait à la **promotion de la sécurité des locataires atteints de démence dans votre ou vos immeubles**. Dans le tableau ci-dessous, veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux, selon vous, aux résultats de chacune de ces stratégies.

- 1 = très efficace
- 2 = efficace
- 3 = ne pourrait dire avec certitude
- 4 = pas très efficace
- 5 = pas efficace du tout
- X = sans objet; cette mesure n'a pas été prise

mettre en place une nouvelle règle de conduite	1	2	3	4	5	X
modifier une pratique existante	1	2	3	4	5	X
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	1	2	3	4	5	X
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	1	2	3	4	5	X
augmenter notre personnel	1	2	3	4	5	X
collaborer avec d'autres agences	1	2	3	4	5	X

10c. Veuillez évaluer les mêmes six stratégies de la question 10 en ce qui a trait à l'efficacité de chacune de celles-ci dans la **promotion de la sécurité des autres locataires dans les immeubles qui abritent également des personnes atteintes de démence**. Dans le tableau ci-dessous, veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux, selon vous, aux résultats de chacune de ces stratégies.

- 1 = très efficace
 2 = efficace
 3 = ne pourrait dire avec certitude
 4 = pas très efficace
 5 = pas efficace du tout
 X = sans objet; cette mesure n'a pas été prise

mettre en place une nouvelle règle de conduite	1	2	3	4	5	X
modifier une pratique existante	1	2	3	4	5	X
procéder à des rénovations sur notre ou nos immeubles	1	2	3	4	5	X
offrir des services d'éducation et de formation au personnel et à l'administration	1	2	3	4	5	X
augmenter notre personnel	1	2	3	4	5	X
collaborer avec d'autres agences	1	2	3	4	5	X

10d. Veuillez décrire toutes les autres stratégies ou mesures prises afin de répondre aux besoins des locataires atteints de démence dans vos immeubles.

11. La liste ci-dessous propose des objectifs possibles pouvant vous aider à planifier les façons de répondre aux besoins des locataires atteints de démence. Dans votre choix des actions à prendre, veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux à l'importance que vous avez accordée, que vous accordez ou que vous accorderez probablement à chacun de ces objectifs .

1 = très important
 2 = important
 3 = pas certain
 4 = pas très important
 5 = pas du tout important

Promouvoir la sécurité du locataire atteint de démence	1	2	3	4	5
Aider la personne atteinte de démence à vivre de manière autonome	1	2	3	4	5
Prolonger la période de temps pendant laquelle le locataire atteint de démence pourra vivre dans votre immeuble	1	2	3	4	5
Promouvoir la sécurité des autres locataires	1	2	3	4	5
Réduire le stress des autres locataires	1	2	3	4	5
Soulager le fardeau du personnel et de l'administration face aux locataires atteints de démence	1	2	3	4	5
Aider le personnel et l'administration à mieux faire face aux incidents perturbateurs.	1	2	3	4	5

12. De manière générale, quelles sortes de changements aux logements sociaux pour personnes âgées seraient les plus efficaces, selon vous, pour vous aider à répondre aux besoins des locataires atteints de démence dans l'avenir ?

- 12a. Quels obstacles voyez-vous à la mise en application de ces changements ?
13. Quelles suggestions ou conseils aimeriez-vous donner aux autres fournisseurs de logements sociaux qui ont des locataires âgés atteints de démence ?
14. Quelles associations communautaires ou à but non lucratif, agences ou services gouvernementaux aimeriez-vous consulter, ou avec qui vous aimeriez collaborer, afin de vous permettre de répondre aux besoins des locataires atteints de démence ?

- 14a. Comment pourraient-ils vous aider à garder dans vos immeubles les locataires atteints de démence ?
15. Selon vous, quels sont les choses les plus importantes que les fournisseurs de logements sociaux doivent savoir de manière à répondre aux problèmes occasionnés par le nombre croissant de locataires atteints de démence vivant dans leurs immeubles ?

Nous vous remercions de votre coopération !

Myra Schiff Consultants Limited

213, 110 Richmond Street East
Toronto, ON M5C 2P9
Tel. (416) 360-8200
Fax (416) 360-1207

*Planning environments and
services for older adults*

Le 7 juin 1995

Monsieur Henri Bouchard directeur
OMH DE VILLE
123, rue Principale
Ville, PQ

Monsieur,

La population canadienne vieillit. Les compressions budgétaires entraînent une réduction du nombre de lits réservés aux soins de longue durée. En conséquence, un nombre croissant de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences connexes vivent dans la communauté. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (S.C.H.L.) m'a demandé d'étudier la façon dont les gestionnaires de logements sociaux répondent à cette situation.

Votre nom a été choisi au hasard à partir de la liste des offices municipaux d'habitation du Québec afin de participer à cette enquête. Cela devrait vous prendre environ 15 minutes pour répondre au questionnaire. Cependant, de manière à donner une réponse précise et détaillée à certaines des questions, vous voudrez peut-être consulter les autres membres de votre organisation, y compris le personnel qui a un contact direct avec les locataires. Veuillez remplir et retourner le questionnaire avant le 21 juin.

Vos réponses resteront confidentielles. Votre questionnaire et celui des autres personnes interrogées seront utilisés à des fins statistiques seulement. Le numéro imprimé sur la première page est un numéro de participation unique dont je suis la seule à détenir la clé. Une fois que j'aurai analysé les résultats de l'enquête, j'utiliserai ce numéro de participation si je désire obtenir de plus amples informations auprès de certaines des personnes interrogées.

Le rapport de la S.C.H.L. contiendra des recommandations qui aideront les gestionnaires de logements sociaux à répondre aux besoins des locataires atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences connexes, dont le nombre grandit sans cesse. Si vous avez des questions, il suffit de m'écrire, de m'appeler au (416) 360-8200 ou de m'envoyer une télécopie au (416) 360-1207. Je vous remercie de collaborer à cet important projet.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

MYRA SCHIFF CONSULTANTS LIMITED

Myra R. Schiff, Ph.D.
présidente

Enquête : Adapter le logement aux besoins des personnes démentes

La semaine dernière, nous vous avons envoyé un questionnaire portant sur le logement et les besoins des personnes démentes. Si vous avez déjà rempli et retourné le questionnaire, nous vous remercions beaucoup. Sinon, nous vous prions de le faire le plus tôt possible. Vos réponses nous aideront à nous faire une idée plus juste sur la façon dont les gestionnaires de logements répondent aux besoins des personnes atteintes de démence.

Si vous n'avez pas reçu le questionnaire, ou s'il a été perdu, veuillez nous appeler aussitôt que possible à frais virés au (416) 360-8200, ou nous télécopier vos coordonnées au (416) 360-1207, et nous vous en enverrons un autre immédiatement.

Nous vous remercions de votre coopération.

Myra Schiff