

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

CAHIERS DU LAREPPS

No 13-03

**Étude des hybridations entre des formules
de logement social et d'hébergement.
Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées
à des personnes handicapées**

par

**Jean Proulx, Marie-Noëlle Ducharme
et Stéphane Grenier**

**École de travail social
Université du Québec à Montréal**

**© LAREPPS/UQAM
Mars 2013**

Dépôt légal –Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-922879-61-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-922879-69-9 (version pdf)

ISSN 1490-8069 (Cahiers du LAREPPS)

RÉSUMÉ

Le présent cahier présente les résultats préliminaires d'une recherche portant sur l'évolution des formules de logement social destinées à des personnes vulnérables. Cette recherche, intitulée *Vivre en zone frontalière : hybridation entre les formules de logement social et d'hébergement destinées aux personnes vulnérables*, a consisté en l'examen de 36 ensembles résidentiels réalisés dans le cadre du programme AccèsLogis et s'adressant à cinq populations différentes (filières) : les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes ayant une déficience physique, les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes à risques d'itinérance. La recherche est née d'une demande et d'un besoin exprimés par le Réseau québécois des OSBL d'habitation. Elle est financée par les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Elle a été réalisée en partenariat avec le Réseau québécois des OSBL d'habitation, la Société d'habitation du Québec, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le centre de réadaptation Normand-Laramée et la Ville de Montréal.

Le présent texte présente les résultats de notre investigation à partir de l'étude de huit ensembles résidentiels s'adressant à des personnes physiquement handicapées. Les autres filières à l'étude font, tout comme ici, l'objet de rapports distincts. Par hybridation, on entend essentiellement les processus d'emprunts d'un univers à l'autre (Boyer, 1998), ici, entre l'hébergement et le logement. Les dimensions examinées touchent les contextes de développement des ensembles résidentiels, les conditions d'attribution des logements, les conditions de séjour, les aménagements, l'offre et l'organisation des services et les représentations (dimensions symboliques du logement).

Ce *working paper* se présente en quatre chapitres. Le premier chapitre présente les objectifs de la recherche. Le second chapitre présente le contexte et le cadre d'analyse. Le chapitre 3 présente la méthodologie et le quatrième chapitre présente les résultats eux-mêmes. L'analyse révèle que, en dépit du fait que plusieurs ensembles résidentiels accueillent des personnes handicapées requérant une haute intensité de services, les attributs essentiels et caractéristiques du logement social sont généralement peu altérés. Ceci apparaît comme un paradoxe lorsque l'on compare cette filière aux autres groupes de personnes vulnérables. Les principaux emprunts à l'univers de l'hébergement tiennent au fait que plusieurs ensembles accueillent exclusivement des personnes handicapées, ce qui crée des regroupements par type de besoins spéciaux. De même, à l'admission, l'accent porte plus fortement sur les caractéristiques liées aux besoins de services qu'aux revenus, un aspect qui est souvent secondarisé. Ainsi, les locataires disposent de logements complets, permanents et avec bail, ils sont libres d'aller et venir à leur guise, et leur intimité et leur autonomie sont généralement préservées et encouragées.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---------|---|
| AVD | Activités de la vie domestique |
| AVQ | Activités de la vie quotidienne |
| CA | Conseil d'administration |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CLD | Centre local de développement |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CR | Centre de réadaptation |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| EESAD | Entreprise d'économie sociale en aide domestiques |
| GRT | Groupe de ressources techniques |
| HLM | Habitation à loyer modique |
| LAREPPS | Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OMH | Office municipal d'habitation |
| OSBL | Organisme sans but lucratif |
| OSBL-H | Organisme sans but lucratif en habitation |
| PSL | Programme Supplément au loyer |
| RI | Ressource intermédiaire |
| SHQ | Société d'habitation du Québec |
| TCC | Traumatisme craniocérébral |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| RÉSUMÉ | iii |
| LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES..... | iv |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE..... | 3 |
| 2. LE CONTEXTE ET LE CADRE D'ANALYSE | 5 |
| 2.1 Quelques éléments de contexte | 5 |
| 2.2 L'évolution des formules résidentielles chez les personnes handicapées physiquement | 6 |
| 2.3 L'hybridation, une notion polysémique | 13 |
| 2.4 Notre cadre d'analyse..... | 15 |
| 2.4.1 Le logement social et l'hébergement : deux univers..... | 16 |
| 2.4.2 Les dimensions d'analyse | 18 |
| 2.4.3 AccèsLogis, un programme aux objectifs multiples | 19 |
| 3. MÉTHODOLOGIE..... | 21 |
| 3.1 La collecte de données | 21 |
| 3.2 La méthode d'analyse | 23 |
| 3.3 Considérations éthiques | 24 |
| 4. LES RÉSULTATS..... | 25 |
| 4.1 Des degrés variables d'hybridation | 25 |
| 4.2 Principaux indices d'hybridation | 27 |
| 4.2.1 Les conditions d'attribution des logements..... | 27 |
| 4.2.2 L'offre et l'organisation des services | 28 |
| 4.2.3 Les aménagements | 29 |
| 4.2.4 Les conditions de séjour..... | 30 |
| 4.2.5 La mission des OSBL d'habitation pour personnes handicapées | 30 |
| 4.3 Les processus d'hybridation..... | 32 |
| 4.3.1 Les contextes de création des initiatives | 32 |
| 4.3.2 Les choix stratégiques et le rationnel des emprunts à l'univers de l'hébergement..... | 37 |
| 4.3.3 Les facteurs d'hybridation | 44 |
| 4.3.4 Opportunités et enjeux | 46 |
| CONCLUSION..... | 57 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 61 |
| LISTE DES ENTREVUES..... | 67 |

| | |
|---|----|
| ANNEXE 1 Brève description de chacune des initiatives étudiées..... | 69 |
| ANNEXE 2 Grille synthétique sur les attributs des ensembles résidentiels..... | 73 |
| ANNEXE 3 Schéma d'entretien | 77 |
| ANNEXE 4 Principaux paramètres du programme AccèsLogis | 83 |

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, au Québec comme ailleurs, les systèmes de prise en charge des personnes vulnérables évoluent constamment vers la recherche d'alternatives de milieux de vie moins lourds et moins coûteux. Dans ce contexte, on a assisté au cours des dernières années, à la naissance et au développement de nouvelles formules résidentielles qui se situent à la limite de l'univers du logement social (statut de locataire, permanence, appropriation d'un *chez soi*) et de l'univers de l'hébergement (statut de bénéficiaire, transition, traitement). En effet, pour répondre aux besoins particuliers de leurs locataires, les organismes voués au domaine de l'habitation sociale ont été nombreux à développer des pratiques d'intervention et des services visant le maintien et l'amélioration des conditions de santé et de bien-être de leurs résidents, empruntant ainsi d'une certaine manière au domaine de l'hébergement, ce qui a donné naissance à des formules que nous qualifions d'*hybrides*. Le présent *Cahier du Laboratoire sur les politiques et les pratiques sociales (LAREPPS)* présente une partie des résultats d'une recherche présentement en cours et portant sur ces nouvelles formules à cheval entre les domaines du logement et de l'hébergement. Cette recherche, intitulée *Vivre en zone frontalière : hybridation entre les formules de logement social et d'hébergement destinées aux personnes vulnérables*, consiste en l'examen d'une quarantaine d'initiatives réalisées principalement dans le cadre du programme AccèsLogis et s'adressant à cinq populations différentes (filières) : les personnes âgées; les personnes ayant des problèmes de santé mentale; les personnes ayant une déficience physique; les personnes ayant une déficience intellectuelle; et les personnes à risque d'itinérance.

La recherche est née d'une demande et d'un besoin exprimés par le Réseau québécois des OSBL (organisme sans but lucratif) d'habitation. Elle est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Elle a été réalisée en partenariat avec le Réseau québécois des OSBL d'habitation, la Société d'habitation du Québec, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le Centre de réadaptation Normand-Laramée et la Ville de Montréal.

Le présent texte présente les résultats de notre investigation à partir de l'étude de huit cas d'ensembles résidentiels s'adressant à des personnes physiquement handicapées. Il s'agit d'initiatives développées dans le cadre du programme AccèsLogis. Les autres filières à l'étude font donc l'objet de rapports distincts. En regard de la recherche, ces résultats doivent être considérés comme partiels. De même, nous en sommes encore, à cette étape-ci, à peaufiner nos outils d'analyse et, dans cette optique, la présentation des résultats est susceptible d'évoluer. Ainsi, pour nous, il ne fait aucun doute que l'investigation des quatre autres filières à l'étude nous permettra d'affiner encore nos concepts et notre cadre d'analyse. Ceci comportera également l'avantage de faire porter l'analyse sur l'ensemble des filières à l'étude. Dans ce *working paper*, nous présentons d'abord, dans un premier chapitre, le contexte de la recherche en cours ainsi que notre cadre d'analyse. Le chapitre 2 présente la méthodologie. Le troisième chapitre présente les résultats eux-mêmes. Ce chapitre est lui-même divisé en trois sections. Ainsi, après avoir décrit brièvement notre méthodologie, nous présentons d'abord le fruit de notre analyse faite à partir des indices d'hybridation que nous avons relevés dans les initiatives étudiées. Dans un second temps, nous nous attardons aux processus d'hybridation en analysant comment ces hybridations ont vu le jour et quels sont les facteurs qui sont en cause. La

dernière section du chapitre 3 dégage les principaux enjeux, les dangers et les opportunités potentielles de ces expériences.

1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Notre recherche porte sur les processus d'hybridation entre l'hébergement et le logement social dans les formules résidentielles destinées à des personnes vulnérables. Plus particulièrement, les objectifs de la recherche visent à :

- 1) Caractériser les manifestations d'hybridation entre les attributs du logement social et ceux de l'hébergement dans des ensembles résidentiels destinés à divers groupes de personnes vulnérables;
- 2) Analyser les enjeux intersectoriels et les dynamiques entre les acteurs du logement social et ceux de la santé (ou de l'univers de l'hébergement);
- 3) Identifier les facteurs qui, dans l'encadrement de ces pratiques d'hybridation, favorisent ou contraignent le développement de formules hybrides;
- 4) Dégager, à l'aide d'un groupe de discussion, des pistes qui permettront d'adapter les pratiques et les politiques en lien avec ces nouvelles formules.

2. LE CONTEXTE ET LE CADRE D'ANALYSE

2.1 Quelques éléments de contexte

De façon continue, depuis trois décennies, le système québécois du logement social et celui de la santé et des services sociaux sont touchés par les transformations concernant la prise en charge des personnes vulnérables. Les origines de ces changements sont multiples mais globalement elles reflètent la volonté des États de trouver des alternatives aux institutions lourdes et coûteuses qu'étaient les hôpitaux psychiatriques, les centres d'accueil, les hôpitaux pour malades chroniques, les refuges pour itinérants (Vaillancourt et Charpentier, 2005; Means, 1996; Jetté *et al.*, 1998; Morin, 2001). Une rationalité fondée sur l'autonomie et l'individualité des personnes tend à prendre le pas sur la prise en charge institutionnelle, type fordiste (Roehrer Institute, 1993). Ainsi, pour des populations vulnérables traditionnellement prises en charge par des institutions d'hébergement, le logement est aujourd'hui fortement pressenti non seulement en tant qu'abri, mais bien comme un outil d'intégration, d'autonomie, de construction de l'identité, d'*empowerment*. Les approches centrées sur le logement social entraînent une certaine convergence des politiques publiques relevant de l'habitation, d'une part, et de la santé et services sociaux responsables de l'hébergement, d'autre part. Cette tendance n'est guère spécifique à notre province. Elle s'observe un peu partout en Occident et intéresse les responsables canadiens en habitation (Dansereau, 2005 ; SCHL, 2008; Kelly, 2005).

La convergence entre les politiques d'habitation sociale et celles de la santé et des services sociaux se manifeste à travers des orientations gouvernementales, des politiques, des lois, des règlements, des mesures, des programmes pilotes. On en connaît bien les principaux jalons au Québec (Vaillancourt *et al.*, 2000). Plusieurs transformations sont incarnées au travers du courant du soutien à domicile. Celui-ci a largement contribué à transformer les filières d'hébergement destinées aux personnes traditionnellement institutionnalisées. Ce courant peut être défini comme le « *passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie* » (Dansereau, 2005). Au Québec, la dernière politique de soutien à domicile *Chez-soi : le premier choix* date de 2003. Celle-ci fait suite à une première politique adoptée en 1979 et sa mise à jour en 1994. La politique de 2003 vient affirmer qu'en toute circonstance, le domicile doit être la première option considérée. Par domicile, on entend « *le lieu où loge une personne de manière temporaire ou permanente* ». Les personnes qui habitent une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite *privée* (incluant les résidences communautaires pour aînés) sont admissibles aux services de soutien à domicile. (Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS, 2003a). On y reconnaît aussi le caractère privé du domicile ainsi que la préséance des personnes quant à leur choix de vie au quotidien et au choix des ressources qui les soutiennent (ibid : 5).

D'une manière plus générale, les années 1990 ont marqué une sorte de « redécouverte » du logement social. En 1992, la Politique de la santé et du bien-être misait sur le logement social à titre de déterminant social de la santé et de l'insertion (MSSS, 1992). Plusieurs plans d'action auprès de groupes vulnérables ont emboîté le pas. Le *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* de 1998 a montré quant à lui l'importance de soutenir des services « dans la communauté » incluant le logement social (MSSS, 1998). Quelques années plus tard, le Plan d'action 2005-2010 en santé mentale établissait des cibles précises quant au nombre souhaité de logements avec services de soutien pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale (MSSS, 2009). En 2001, le MSSS faisait la promotion du chez-soi pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Comparativement à la vie en ressources d'hébergement, le logement était vu comme un moyen d'accroître leur participation sociale (MSSS, 2001). En 2003, les orientations ministérielles en déficience physique avaient pour fer de lance « le maintien des personnes dans leur milieu de vie

naturel ». On souhaite « supporter la création de milieux résidentiels non institutionnels intégrés dans la communauté » et lancer des projets pilotes permettant la mise en place de liens de collaboration avec la Société d'habitation du Québec, l'organisme responsable du développement du logement social (MSSS, 2003a). Enfin, le Plan d'action 2005-2010 pour les aînés en perte d'autonomie mise sur l'adaptation de domicile et les programmes tel AccèsLogis pour le développement de formules alternatives à l'hébergement (MSSS, 2005). Le rapport déplore qu'en matière d'hébergement et de logement, en dépit d'efforts pour améliorer la continuité des services, on assiste encore à une représentation binaire : d'une part, le service à domicile et, d'autre part, le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour les personnes ayant des besoins importants, arguant que « cette vieille opposition ne tient plus ».

Partout en Occident, diverses formules de résidences adaptées se sont développées au cours des dernières décennies. Ces nouveaux modes de logement offrent la sécurité aux personnes âgées et permettent aux services publics d'expérimenter de nouvelles formes d'assistance, moins onéreuses que le soutien dans un domicile conventionnel et beaucoup moins dispendieuses que l'hébergement. Bref, il s'agit d'une alternative qui offre beaucoup de possibilités. Par ailleurs, habiter dans une telle résidence fait une différence majeure pour les personnes âgées : elles sont chez elles. (MSSS, 2005 : 11)

Le secteur du logement social, de son côté, a vu dès assez tôt les effets des courants de désinstitutionnalisation et du soutien à domicile. Dès la fin des années 1970, on a assisté aux premières expérimentations dans le cadre d'habitations à loyer modique (HLM) publiques et d'OSBL d'habitation (Y. Vaillancourt & Ducharme, 2000). L'année 1986 a marqué un tournant lorsque le gouvernement fédéral a réorienté ses politiques d'habitation sociale en ciblant les ménages à faible revenu ainsi que les personnes ayant des « besoins particuliers » (Québec, 1997). Le Québec, devenu du même coup maître d'œuvre des programmes de logements sociaux, a lancé, la même année, un programme qui prévoyait des volets spécifiques « avec services ». À l'époque, la préoccupation pour le logement des aînés allait de pair avec la première politique de maintien à domicile adoptée en 1979. En 1989, la Société d'habitation du Québec (SHQ) adoptait aussi un programme architectural spécifique pour ses habitations destinées aux aînés (accessibilité, aménagement, salles communautaires, etc.) (Renaud, 2008). 1997 correspond au lancement du programme AccèsLogis, programme qui prévoit des ensembles de logement social avec services.

2.2 L'évolution des formules résidentielles chez les personnes handicapées physiquement

L'évolution des interventions en matière résidentielle dans le domaine de la déficience physique, que ce soit au Québec ou ailleurs, a été fortement marquée par le mouvement de la normalisation ainsi que par le mouvement pour la vie autonome.

Le mouvement de la normalisation

Né dans les pays scandinaves dans les années 1970, le mouvement de la normalisation soutient l'idée que les personnes handicapées doivent pouvoir avoir accès « aux mêmes conditions de vie que les autres citoyens » (Perrin, 1999 : 183). Par ce principe, on affirme que les personnes handicapées sont « des citoyens ordinaires qui ont les mêmes droits et qui doivent avoir accès aux mêmes services et aux mêmes possibilités de développement que les autres membres de la communauté » (Dionne *et al.*, 2002 : 42). Ce principe de normalisation renvoie à la philosophie du *community living* qui, pour Mansell et Beadle-Brown, suppose pour les personnes handicapées :

- l'accès à un lieu de résidence dans la communauté;

- l'accès aux mêmes options résidentielles que la population en général;
- la possibilité de choisir, dans la mesure du possible, « où, avec qui et comment elles veulent vivre »;
- l'accès aux services requis pour permettre aux personnes de participer à la vie de la communauté (Mansell et Beadle-Brown, 2010 : 105).

Le mouvement pour la vie autonome

Mais plus encore, c'est sans doute le mouvement pour la vie autonome (*independent living movement*) qui a marqué le plus les politiques s'adressant aux personnes vivant avec une déficience physique. Proche du mouvement de la normalisation, il s'en distingue par le fait qu'en plus de prôner la vie dans la communauté, le mouvement pour la vie autonome met l'emphase sur les capacités des personnes handicapées plutôt que sur leurs incapacités et sur leurs droits, à titre de citoyens égaux, de participer comme tout un chacun à la vie de la communauté (Ramon, 1991 : XII). Ainsi, nous disent Cohu *et al*, « le concept d'intégration a été progressivement remplacé par celui de participation » (Cohu *et al*, 2003 : 463). Cette notion de participation à la vie de la communauté a pour corollaire la nécessité, pour les pouvoirs publics, d'adapter l'environnement physique de façon à pouvoir favoriser cette participation sociale. Le mouvement pour la vie autonome repose également sur l'idée que, à travers leur expérience de personnes handicapées, celles-ci sont les mieux placées pour décider des services dont elles ont besoin (Fuchs, 1987 : 193), et qu'elles ont le droit de recevoir chez-elles, voire de gérer elles-mêmes les services d'assistance dont elles ont besoin (Mansell *et al*, 2007b ; 38), ce qui, notamment, a donné lieu à la formule du *direct payment*, plus populaire en Europe, mais également présente au Québec et connue sous le nom d'allocation directe (chèque emploi-service). Ainsi, la notion d'*empowerment* est également au cœur du mouvement pour la vie autonome.

Né en Californie vers la fin des années 1960, ce mouvement s'est par la suite répandu un peu partout en Amérique du Nord et en Europe et guide aujourd'hui la plupart des politiques s'adressant aux personnes vivant avec une déficience physique (Vaillancourt, 2003 : 23; Cohu *et al*, 2003 : 463; Mansell *et al*, 2007b ; 38). C'est ainsi qu'aujourd'hui la plupart des pays occidentaux prônent le passage vers des formules diversifiées de logement qui permettraient aux personnes de choisir où et avec qui elles habitent et de vivre de façon plus indépendante. Que ce soit en Belgique (Declercq *et al*, 2007a), en France (Declercq *et al*, 2007b), en Finlande (Hayward, 2007a), en Suède (Hayward, 2007b; Cohu *et al*, 2003) ou au Royaume-Uni (Beadle-Brown et Hayward, 2007; DH, 2001; DH, 2009), les politiques nationales mises de l'avant visent toutes à ce que les personnes vivent dans un logement le plus normal possible, qu'elles aient recours aux services génériques offerts à l'ensemble de la population et qu'elles puissent participer le plus possible à la vie de la communauté comme citoyenne à part entière. Ainsi, soutiennent Mansell *et al*, « de plus en plus, l'objectif des services à l'attention des personnes handicapées n'est plus assimilé à la mise à disposition d'un bâtiment ou d'un programme particulier, mais à la fourniture d'un ensemble de moyens et d'accompagnements à la carte susceptibles d'être combinés voire ajustés comme il sied afin de permettre aux personnes handicapées de mener leur vie comme elles le souhaitent tout en bénéficiant du soutien et de la protection dont elles ont besoin » (Mansell *et al*, 2007a : 1). Selon les auteurs, cette nouvelle approche comporterait trois caractéristiques principales, à savoir :

- « des bâtiments et un accompagnement distincts », c'est-à-dire que les services requis par la personne ne sont plus liés au lieu d'habitation, de sorte que la personne peut choisir les services qu'elle désire recevoir en fonction de ses besoins individuels. Ainsi, « une aide optimale peut, par exemple, être prodiguée dans le cadre d'un logement ordinaire inséré au cœur du tissu social »;

- « avoir les mêmes choix que tout un chacun », c'est-à-dire que les personnes handicapées puissent jouir « du même éventail de possibilités que n'importe qui d'autre quant à leur lieu de vie et au soutien jugé nécessaire »;
- « choix et contrôle de la part des personnes handicapées et de leurs représentants », c'est-à-dire que « les personnes handicapées doivent exercer le plus grand contrôle possible sur les types de services dont elles bénéficient, sur la manière dont ils sont organisés et fournis afin d'être en parfaite adéquation avec les aspirations et les préférences de la personne » (Mansell *et al*, 2007a : 1).

Il est important de noter que, contrairement à ce que nous avons pu observer dans les domaines de la déficience intellectuelle et de la santé mentale, on n'a pas connu de phénomène de grande institutionnalisation pour les personnes vivant avec une déficience physique et donc pas non plus de phénomène de désinstitutionnalisation. La plupart des personnes vivaient alors dans leur famille. Toutefois, pour les personnes plus lourdement handicapées et nécessitant des soins plus importants, des ressources d'hébergement ont toujours existé et existent encore aujourd'hui, mais leur nombre et leur taille n'ont rien à voir avec ce que l'on a connu dans les domaines de la déficience intellectuelle et de la santé mentale. C'est ainsi que, dans la politique *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* adoptée en 1984, on peut lire que « les personnes ayant une déficience physique font partie des 59 579 adultes hébergés dans les différentes ressources du ministère des Affaires sociales, y compris les familles d'accueil. Une faible proportion d'entre elles sont hébergées en centre d'accueil et de réadaptation (...) Les autres sont dans les centres d'accueil pour personnes âgées, les centres hospitaliers de soins prolongés et certains départements des autres centres hospitaliers » (OPHQ, 1984 : 234)¹.

La situation au Québec

Ces deux mouvements ont trouvé écho au Québec avec l'adoption, en 1978, d'une première loi, la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*. Cette loi a constitué une reconnaissance légale des personnes handicapées, c'est-à-dire leur droit d'accéder aux mêmes possibilités que tout un chacun. Cette loi a aussi créé l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), un organisme public dont le mandat comportait essentiellement quatre composantes : la mise en place et la gestion de mesures et de programmes destinés à favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées; la représentation et l'accompagnement des personnes handicapées pour l'obtention de services d'aide et d'assistance; l'évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées et un rôle de recommandation auprès du gouvernement du Québec en ce qui a trait aux mesures, aux programmes et aux politiques susceptibles d'accroître l'intégration sociale des personnes handicapées (L.R.Q, chapitre 7, 1978). Cette loi a ainsi donné lieu à toute une panoplie de programmes et de mesures visant à favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées : le programme des aides techniques (fauteuils roulants, prothèses, etc.); le programme d'adaptation architecturale des édifices publics; le service de transport adapté; les centres de travail adapté (CTA – aujourd'hui les *entreprises adaptées*); le programme d'adaptation des véhicules automobiles; le programme d'adaptation du domicile; et, bien sûr, les services de soutien à domicile.

Par ailleurs, l'un des « premiers mandats » confié à l'OPHQ a été d'entreprendre des travaux en vue de l'élaboration d'une « politique d'ensemble » à l'égard des personnes handicapées (Boucher, 2002 :

¹ La série de 17 portraits régionaux de l'offre de services aux personnes ayant des incapacités produits par le LAREPPS en 2004 et en 2005 a de plus bien montré comment le nombre de personnes vivant en ressource de type familial (RTF) ou en ressource intermédiaire (RI) était de beaucoup inférieur à ce que l'on retrouve en déficience intellectuelle et en santé mentale. Nous avons fait le même constat en étudiant les données fournies par Mansell *et al* (2007b) dans leur étude portant sur 25 pays européens.

78). Cette politique, *À part... égale*, qui a vu le jour en 1984, établit 15 grandes orientations. Parmi celles-ci, on retrouve, notamment : « la participation entière des personnes handicapées à la vie sociale », « l'adaptation du milieu aux besoins des personnes handicapées », « la priorité aux ressources assurant le maintien ou le retour des personnes handicapées dans leur milieu de vie naturel », la participation active des personnes handicapées à la gestion des services » (OPHQ, 1984 : 45-50). La politique identifie 14 thématiques (adaptation/réadaptation, éducation, travail, loisirs, ressources résidentielles, soutien aux familles, etc.) pour lesquelles on dresse un état de situation, on cible des objectifs à atteindre et on formule des recommandations en vue de l'atteinte de ces objectifs.

Les orientations québécoises en matière de ressources résidentielles pour les personnes vivant avec une déficience physique

Au fil des ans, plusieurs documents d'orientation sont venus baliser le développement de mesures ou de ressources en matière résidentielle pour les personnes vivant avec une déficience physique, à commencer par la politique de 1984 dont nous venons de parler.

La politique À part... égale

La politique *À par ...égale* définit les ressources résidentielles comme étant « tous les types de domicile où résident les personnes handicapées, depuis l'hébergement institutionnel jusqu'au logement ordinaire » (OPHQ, 1984 : 229). Ainsi, il est frappant de constater que, dès 1984, le logement ordinaire fait partie intégrante des avenues envisagées pour les personnes handicapées. La politique fait par ailleurs état d'une « nouvelle orientation » pour l'hébergement des personnes handicapées définie 10 ans plus tôt dans un document de travail intitulé *Proposition de politique concernant les jeunes adultes et adultes inadaptés*, dans lequel le ministère des Affaires sociales recommandait de « recourir à des solutions normalisantes, c'est-à-dire dans la communauté et sous des formes s'apparentant le plus possible au logement de tout le monde (OPHQ, 1984 : 231)².

Plus concrètement, La politique *À part... égale* définit 12 orientations en matière de ressources résidentielles pour les personnes vivant avec une déficience physique. Parmi celles-ci, on retrouve :

- La reconnaissance par la communauté de toutes les personnes handicapées quelles que soient leurs différences et la possibilité pour elles de résider et de vivre en contact avec les citoyens de leur communauté;
- Le droit pour une personne handicapée de prendre les décisions qui concernent l'organisation de sa vie et la disposition de son avoir propre;
- La possibilité pour une personne handicapée de choisir le mode et le lieu de résidence qui correspondent à son développement optimal et lui assurent une meilleure qualité de vie;
- Le maintien des personnes handicapées dans le milieu;
- L'accès à tous les programmes de logement subventionné selon les besoins pour toutes les catégories de personnes handicapées;
- L'accessibilité architecturale des lieux de résidence, en fonction de tous les types de limitations fonctionnelles.

Ainsi, on voit comment l'accent est nettement mis sur la possibilité, pour les personnes handicapées, de vivre dans leur propre logement plutôt que d'être hébergées.

² *Proposition de politique concernant les jeunes adultes et adultes inadaptés*, ministère des Affaires sociales, 1974, p. 32.

Les orientations ministérielles de 1995

Si la politique *À part... égale* a constitué une politique « d'ensemble » visant les personnes ayant tous types de déficience (physique, intellectuelle et même « psychique »), le ministère de la Santé et des Services sociaux adoptait, en 1995, des orientations spécifiques à l'intention des personnes vivant avec une déficience physique. Intitulées *Pour une véritable participation à la vie de la communauté*, ces orientations ministérielles s'inscrivent toujours en droite ligne avec le mouvement de la normalisation et le mouvement pour la vie autonome. Adoptées 17 ans après la politique *À part... égale*, ces orientations s'appuient sur « la volonté de mieux adapter les services aux besoins et aux aspirations des personnes ayant une déficience physique » découlant « de l'évolution des mentalités et des pratiques en ce qui a trait à l'intégration sociale de ces personnes » (MSSS, 1995 : 15).

En matière résidentielle, la vie en logement ordinaire constitue toujours la première option à envisager puisque « l'accès à un logement adapté aux caractéristiques de la personne » constitue un des éléments de base de l'intégration sociale (MSSS, 1995 : 48). Toutefois, pour que cela soit possible, plusieurs personnes peuvent nécessiter des services de soutien. Ainsi, les orientations ministérielles prévoient la mise en place de « services de soutien à l'intégration », qui sont regroupés en quatre grandes catégories : les services de soutien à la personne, qui incluent les services d'assistance personnelle, les services d'aide domestique, mais aussi les services de transport et d'accompagnement; les services de soutien aux familles et aux proches, afin « soutenir leur engagement » et de « prévenir leur épuisement »; les mesures d'accessibilité universelle, qui ne concernent pas seulement l'adaptation architecturale des édifices publics, mais aussi « l'adaptation des services généraux aux particularités des personnes »; et, enfin, les mesures de soutien aux différents milieux de vie (services de garde, écoles, milieux de travail), afin d'assurer *de facto* la participation sociale des personnes handicapées (MSSS, 1995 : 49). Par ailleurs, pour les personnes pour qui, en raison d'un besoin « de protection et d'encadrement » plus grand ces services de soutien à l'intégration ne leur permettent pas de demeurer « dans leur milieu naturel », on prévoit des « milieux résidentiels substituts » qui, selon cas, peuvent être « les ressources d'hébergement institutionnel, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial ainsi que d'autres formules de ressources résidentielles ». On souligne par ailleurs que, dans ces cas, ces milieux résidentiels substituts doivent permettre à la personne de « vivre à proximité de son milieu naturel (...), de maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible » et de « poursuivre ses activités en accord avec ses capacités et ses aspirations ». On précise également que le recours à l'hébergement institutionnel ne doit être retenu « qu'en réponse aux besoins des personnes requérant un niveau élevé d'encadrement et de soins médicaux » (MSSS, 1995 : 52).

Ainsi, on constate que les orientations ministérielles en matière résidentielle misent davantage sur la mise en place de services de soutien afin de permettre aux personnes de vivre dans leur domicile et d'exercer au maximum leurs rôles sociaux plutôt que de miser sur les milieux de vie substituts.

Les orientations ministérielles de 2003

Les orientations ministérielles de 2003, *Pour une véritable participation à la vie en communauté*, font suite à un état de situation réalisé en 2002 sur les résultats observés suite à la mise en œuvre des orientations ministérielles de 1995. Bien qu'on note « les progrès réalisés » depuis l'adoption de ces orientations, on constate que « beaucoup reste à faire » et que les services offerts aux personnes vivant avec une déficience physique demeurent « dans l'ensemble insuffisants et disparates » (MSSS, 2003a : 11). Ainsi, les orientations de 2003 ne remettent pas en question celles de 1995 qui demeurent « pertinentes », mais visent plutôt à identifier, pour l'ensemble de la gamme de services requis, des objectifs concrets qui permettront d'améliorer la gamme de services offerts aux personnes vivant avec une déficience physique (MSSS, 2003a : 12).

Les orientations ministérielles de 2003 proposent d'abord sept lignes directrices, après quoi des objectifs à atteindre sont identifiés ainsi que les résultats attendus. Parmi les lignes directrices, on retrouve notamment : la participation sociale comme « finalité de l'ensemble des objectifs »; le maintien des personnes dans leur milieu naturel lorsque tel est leur choix, en insistant toutefois sur l'importance de rendre disponibles « des mesures concrètes de soutien aux personnes » pour rendre cette avenue possible; la nécessité d'apporter aussi le soutien nécessaire aux familles et aux proches (MSSS, 2003a : 27-28). En ce qui a trait aux objectifs visés pour améliorer la gamme de services, deux touchent le domaine résidentiel. Ainsi, on souhaite, d'une part « répondre plus efficacement aux besoins de la clientèle (...) en matière de soutien à domicile » puisque celui-ci « constitue la base incontournable de l'intégration et de la participation sociale ». On parle ici des services de soutien à domicile pour les personnes handicapées elles-mêmes, mais aussi des services de soutien aux familles et aux proches (MSSS, 2003a : 41). Le deuxième objectif relatif au domaine résidentiel touche les milieux de vie substitués. À cet égard, afin de pallier les lacunes observées en ce qui a trait à la diversification des milieux d'hébergement, on dit vouloir « supporter la création de milieux résidentiels non institutionnels intégrés dans la communauté et qui répondent aux choix des personnes ayant une déficience physique ». De façon plus précise, on souhaite « aménager de nouveaux lieux de résidence ou réorganiser les milieux existants », repenser l'aménagement des CHSLD lorsque ce sont « les seules ressources disponibles et qu'ils répondent au choix des personnes concernées » et « revoir le choix de l'institutionnalisation des personnes ayant une déficience physique actuellement hébergées en CHSLD faute d'autres possibilités ». On note enfin qu'il serait « souhaitable que soit établie une véritable stratégie gouvernementale en matière d'adaptation des milieux résidentiels ». Pour le MSSS, une telle stratégie serait l'occasion de mieux définir les besoins en matière de milieux résidentiels, de « définir le concept même de milieux résidentiels », de mieux définir le partage des responsabilités entre le MSSS et les autres ministères et organismes impliqués (OPHQ, SHQ, etc.) et d'expérimenter de nouvelles formules résidentielles (MSSS, 2003a : 49).

En somme, on constate que les orientations ministérielles de 2003 s'inscrivent en continuité avec celles de 1995, en mettant d'abord l'emphase sur le logement en milieu naturel et les services de soutien nécessaires et, ensuite, sur des formules de milieux de vie substitués. Mais on va également un peu plus loin en souhaitant le développement de nouvelles formules résidentielles, notamment à l'égard des personnes vivant en CHSLD.

La politique de soutien à domicile

On ne peut parler de maintien en milieu naturel pour les personnes vivant avec une déficience physique sans parler de la Politique de soutien à domicile. En effet, les services de soutien à domicile sont des services « essentiels, sans lesquels une personne ayant des incapacités ne pourrait vivre dans son milieu et exercer ses rôles sociaux » (MSSS, 2003b : 16).

La politique de soutien à domicile, *Chez soi : le premier choix*, date de 2003. Elle fait suite à une première politique de soutien à domicile datant de 1979, puis au cadre de référence qui a suivi en 1994. Ainsi, ce n'est pas d'hier que l'on parle de services de soutien à domicile au Québec, et ceux-ci ont accompagné « les grands changements qui ont marqué l'évolution du système de santé et de services sociaux ». Qu'il s'agisse de la « réinsertion sociale des personnes handicapées » ou de la « désinstitutionnalisation en santé mentale », ces changements « traduisent au fond la même réalité : le passage d'un mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003b : 1).

Bien que l'on ait souvent tendance à penser que la politique de soutien à domicile ne concerne que les personnes âgées en perte d'autonomie, elle s'adresse à « toute personne, quel que soit son âge, ayant une incapacité, temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou

psychosociale » (MSSS, 2003b : 16). Nous avons vu comment les services de soutien à domicile jouent un rôle important pour les personnes vivant avec une déficience physique et, à cet égard, elles en constituent de grands utilisateurs. Il y a lieu de rappeler ici que depuis l'année 1983-1984, outre les services « réguliers » de soutien à domicile, une enveloppe « protégée » pour des services « intensifs » à domicile a été octroyée à l'intention des personnes handicapées. Cette enveloppe était à l'époque gérée par l'Office des personnes handicapées du Québec, qui administrait en fait deux enveloppes distinctes : l'une pour le soutien intensif à domicile; et l'autre pour le soutien aux familles. Ces deux programmes existent toujours, mais ont depuis été transférés aux régies régionales de la santé au début des années 1990. Il est intéressant de noter par ailleurs que l'enveloppe pour les services de soutien intensif à domicile prenait la forme non pas d'un service offert par le Centre local de services communautaires (CLSC) ou autre organisme, mais d'une « allocation directe » versée aux personnes handicapées en vertu de laquelle les personnes embauchaient leur propre personnel (aujourd'hui le chèque emploi-service). L'enveloppe destinée au soutien aux familles prenait aussi (et prend toujours) la forme d'un montant versé en nature avec lequel les parents pourront s'offrir des services de répit (Vaillancourt, 1997 : 95-96).

Enfin, il est utile de souligner que la politique *Chez soi : le premier choix*, souhaite favoriser « la diversification des formules de logement » de façon à ce que les personnes ayant des incapacités puissent disposer à l'avenir « de véritables choix entre le domicile traditionnel et les formules actuelles comme le centre d'hébergement ». À ce titre, on souligne que « le réseau de la santé et des services sociaux entend accentuer son offre de collaboration pour le développement de nouvelles formules de logement et adapter son offre de services pour favoriser l'expérimentation et l'innovation dans ce secteur » (MSSS, 2003b : 33-34).

Des formules novatrices pour les personnes lourdement handicapées

Cette volonté affichée par les instances gouvernementales de développer des formules alternatives de logement n'est sans doute pas un hasard. Nous avons d'ailleurs trouvé cette même intention dans les orientations ministérielles en déficience physique de 2003. C'est que, depuis le début des années 1990, on a commencé à voir l'émergence de projets alternatifs de logement, souvent initiés par les personnes handicapées elles-mêmes ou par leur association (Proulx, 2002)³. Il s'agit d'appartements regroupés dans un même immeuble à logements à l'intention de personnes ayant une déficience physique sévère et dans lequel un appartement est réservé pour le personnel de l'organisme qui peut ainsi prêter assistance aux personnes 24 heures par jour et sept jours par semaine. Dans certains cas, il s'agit d'un certain nombre de logements réservés pour les personnes handicapées dans un immeuble à logements, par exemple 10 logements sur 45. Dans d'autres cas, il s'agit d'un immeuble à logements dans lequel tous les logements, habituellement entre 10 et 15, sont occupés par des personnes handicapées. Cette formule, dite de l'*îlot résidentiel*, existe aussi bien en HLM qu'en OSBL d'habitation. Les personnes qui y habitent sont habituellement des personnes dont les besoins en services de soutien à domicile sont devenus trop importants pour que le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) puisse les desservir, soit au-delà de 44 heures de services par semaine⁴. Il s'agit, par exemple, de personnes souvent jeunes, atteintes de la sclérose en plaques, de dystrophie musculaire, de paralysie cérébrale ou d'autres maladies sévères ou dégénératives qui, une fois épuisée la possibilité de recevoir des services à domicile du CSSS, n'ont d'autres alternatives que le CHSLD. Il est intéressant de constater, par ailleurs, que dès 1995 on reconnaît le rôle joué par les organismes communautaires « dans le développement de milieux résidentiels substitués correspondant aux

³ La série de 17 portraits régionaux de l'offre de services aux personnes ayant des incapacités produits par le LAREPPS en 2004 et en 2005 a aussi permis de répertorier plusieurs initiatives en matière de logement pour les personnes vivant avec une déficience physique.

⁴ Ce chiffre peut varier un peu selon les régions.

besoins et aux aspirations de leurs membres » (MSSS, 1995 : 53). La diffusion relativement importante qu'a connue ce type d'initiatives depuis le début des années 1990 nous rapproche certes du phénomène d'innovation sociale (Bourque, Proulx et Fréchette, 2007).

Conclusion

Marquées par le mouvement de la normalisation et par le mouvement pour la vie autonome, les politiques et les orientations gouvernementales en matière résidentielle dans le domaine de la déficience physique, que ce soit au Québec ou ailleurs, pointent toutes dans la même direction, à savoir le maintien des personnes dans leur milieu naturel. En cela, elles ne diffèrent pas des politiques s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie qui, depuis quarante ans, ont consisté à faire en sorte que les personnes puissent demeurer chez-elles le plus longtemps possible. Au Québec, pour les personnes vivant avec une déficience physique, cela a été rendu possible, notamment, par des programmes comme le programme d'adaptation du domicile et, plus largement par une série de mesures et de programmes qui ont consisté à adapter l'environnement plus large de la personne handicapée : adaptation des édifices publics; adaptation des véhicules automobiles, intégration des élèves en classe ordinaire, etc. Mais surtout, cette orientation, qui fait du domicile « la première option » (MSSS, 2003b : 5), est largement tributaire de la possibilité de recevoir des services d'assistance à domicile.

Pour les personnes dont les besoins de services sont trop importants, l'État a par ailleurs prévu un réseau de ressources d'hébergement qui, pour l'essentiel, est composé de ressources de type familial et de ressources intermédiaires et, pour les personnes dont les besoins sont plus lourds, du CHSLD. Par ailleurs, nous avons vu que depuis une vingtaine d'années des ressources alternatives à l'hébergement en CHSLD ont commencé à voir le jour. Le concept d'*îlot résidentiel* développé permet aux personnes lourdement handicapées de vivre en logement tout en pouvant bénéficier des services d'assistance dont elles ont besoin, une sorte de formule qui se situe entre le logement et l'hébergement. Ce qui introduit bien la section suivante.

2.3 L'hybridation, une notion polysémique

D'abord utilisé en biologie, le terme *hybridation* en est venu à faire image dans le langage courant. Sans être un concept sociologique à proprement parler, le terme *hybridation* est néanmoins fréquemment utilisé en sociologie. L'hybridation désigne avant tout des lieux d'échanges et d'emprunts d'un univers à un autre (Boyer, 1998; Lévesque, 2010). En référence à l'interdisciplinarité dans les sciences sociales, Dogan (1994) mentionne que : « *L'hybridation consiste en premier lieu à emprunter et à prêter des concepts, des méthodes et des théories* ». Pour l'économiste Boyer et ses collaborateurs (1998) les hybridations (créations de nouvelles formes institutionnelles) peuvent être vues comme des processus qui, sous l'effet du nouveau contexte de globalisation, sont créateurs de nouvelles régulations. Celles-ci se produisent à travers des essais et des erreurs, et bien qu'elles se heurtent à des obstacles, elles rencontrent aussi des opportunités nouvelles au contact de l'espace social et économique local. « *S'amorce un processus d'hybridation créateur de nouvelles régulations, de sorte que se trouve renouvelée la diversité* » (Ibid; p. 89).

D'autres sociologues se sont intéressés à l'économie sociale et solidaire sous l'angle des hybridations auxquelles celles-ci donnent lieu. Evers et Laville (2004) utilisent le terme *hybridation* pour caractériser le lieu et la fonction de l'économie sociale, soit un espace intermédiaire, caractérisé par la porosité des secteurs et le brouillage des frontières. Eme et Laville (2004) avancent également l'idée d'*hybridation* entre les économies marchandes, étatiques et de l'économie sociale, non pas comme

des juxtapositions, mais comme s'inter-influençant de manière dynamique, sous forme d'hybridation. Ainsi, dans son importante étude sur les services de proximité en Europe, Laville (1992) soutient que les entreprises d'économie sociale et solidaire représentent en fait une hybridation entre les trois formes d'économie que sont l'économie non monétaire, l'économie marchande et l'économie non marchande, dont le but est le « changement institutionnel » par le promotion de « solutions mixtes » où « l'impulsion communautaire est amplifiée par le recours au marché et à la redistribution dans le fonctionnement d'institutions macroéconomiques » (Laville, 1992 : 149). Pour décrire les entreprises d'économie sociale et solidaire, Laville parle également de « complémentarité » des économies privées, publiques et communautaires, ou encore de « nouvelles articulations entre ressources financières publiques et autofinancement » (Laville, 1992 : 190).

Dans le même ordre d'idées, Smith (2010) rend compte de l'accroissement des hybridations dans le secteur des politiques publiques, caractérisées par un mélange entre formules sans but lucratif, mixtes ou à but lucratif. Pour lui, les hybridations dans le tiers secteur reflètent la restructuration de l'État et un processus d'adaptation dans un environnement changeant. Dans la même veine, pour Joldersma et Winter (2010), le processus d'hybridation est l'intégration d'une logique marchande au sein du secteur public dans un contexte de restrictions budgétaires gouvernementales. Brandsen, van de Donk et Putters (2007) ont une vision plus large du phénomène et avancent que l'hybridation est devenue une condition générale des organisations au sein des secteurs public, privé et de l'économie sociale, ce qui rend difficile, à leur yeux, l'objectivation des caractéristiques propres à chacun des secteurs. Encore récemment, Billis (2010), un britannique, a rendu public un ouvrage formé d'une vingtaine d'articles (dont plusieurs études de cas) qui rend compte de l'accroissement et du rôle de plus en plus significatif des organisations hybrides dans le tiers secteur. Le dernier chapitre de son ouvrage propose une théorisation des processus menant à des formes hybrides, laquelle repose sur une typologie croisant les organisations du tiers secteur selon le degré de pénétration des caractéristiques de *l'autre univers* (*shallow à entrenched*) et le type de structure y ayant donné naissance (*organic à enacted*). Quatre dimensions d'analyse sont considérées à travers cette grille : propriété, gouvernance, ressources humaines, mission. (Billis, 2010) croit que l'ancrage identitaire demeure un vecteur important de reconnaissance et d'action pour les acteurs qui y puisent leurs valeurs et les principes qui commandent leur manière de répondre aux besoins des populations et des communautés.

(Lévesque, 2008) quant à eux parlent d'hybridation dans le champ des régimes de gouvernance. En effet, en conclusion d'un ouvrage collectif portant sur la gouvernance dans les services sociaux et de santé dans divers pays, les auteurs notent comme un trait commun aux divers cas étudiés « la coexistence de plusieurs formes de gouvernance », ce qui pour eux « ouvre la porte à l'hypothèse de l'hybridation des formes de gouvernance, notamment des gouvernances partenariales et concurrentielles ». Rappelant que le concept d'hybridation est emprunté à la biologie, ils soulignent que, « sous cet angle, l'hybridation ne permet la fécondation ou la reproduction que lorsqu'elle est réalisée entre espèces animales ou végétales assez voisines » et que, par conséquent, il faut bien distinguer ce qui pourrait être une *cohabitation* ou une *juxtaposition* de plusieurs régimes de gouvernance de ce qui peut constituer une *hybridation* (Ibid. : 256-257).

On comprend que le terme *hybridation* explore des territoires auparavant visités par études s'intéressant aux concepts de nouveaux compromis, de partenariats, d'intersectorialité. Si le partenariat réfère à l'association d'organisations distinctes qui s'allient pour répondre à des objectifs communs, l'action intersectorielle réfère surtout à des domaines d'activité. Ainsi, dans le secteur de la santé, on le décrit comme des liens noués par une partie du secteur de la santé ou par un autre secteur, pour résoudre un problème de santé de manière plus efficace ou plus efficiente que par le seul secteur de la santé. Le concept de l'action intersectorielle a été introduit à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978 (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Ce n'est que dans les années 1990 que les efforts en vue d'une

action intersectorielle se sont multipliés, à mesure que s'accumulaient les connaissances sur les déterminants de la santé.

Plus près de nos intérêts de recherche, Vaillancourt et Charpentier (2005) ont utilisé une notion voisine de l'hybridation, celle de *passerelles*, dans une recherche visant à identifier les liens entre l'économie sociale, le marché et le secteur public dans le secteur des résidences privées et le logement social destiné aux personnes âgées. Les auteurs ont utilisé cette expression pour décrire : « (...) assez intuitivement, (un phénomène qui) reflète le mieux notre conviction qu'il faut remettre en question les représentations dualistes entre le logement social et l'hébergement et, d'autre part, établir des liens entre l'État, le marché et l'économie sociale. D'abord, au niveau de l'analyse et à l'encontre de certaines idées préconçues, nous remettons en question les représentations sociales qui voient le secteur de l'hébergement et celui du logement social comme étant deux univers complètement distincts et aux valeurs divergentes. Nous posons ainsi l'hypothèse qu'il y a des zones de recoupement, des interfaces, entre l'hébergement et le logement social (Grenier, 2002), et que l'appartenance à un des trois grands secteurs d'activités (public, privé ou économie sociale) ne signifie pas nécessairement que la ressource reflète les valeurs qui sont traditionnellement associées à celui-ci. » (p13).

Une revue de littérature à travers divers champs d'étude laisse par ailleurs voir l'utilisation de termes anglais analogues, et reflétant l'idée de passerelles soit : *link*, *footbridge* (en architecture) ou *bridging et bounding* (Vaillancourt et Charpentier, 2005). On trouve, par ailleurs, des champs d'étude dont les procédés sont assez voisins de notre utilisation de la notion d'hybridation. C'est le cas des courants des études sur les transferts des politiques (*Policy Transfer Studys*) et ses déclinaisons (greffe, transplantation, transposition, circulation, *lesson-drawing*, apprentissage) ou des mouvements de convergence (diffusion, généralisation, harmonisation, imitation, isomorphisme, *bandwagoning*) (Delpeuch, 2008). Ce dernier auteur emploie indifféremment les termes de *transfert*, *greffe*, *transplantation* et *transposition* pour désigner une même catégorie de phénomènes qui correspond à la définition du transfert.

2.4 Notre cadre d'analyse

Notre cadre d'analyse s'articule autour des concepts d'hybridation et des formules résidentielles susceptibles d'expérimenter ces processus. Nous retenons à cette fin, dans un premier temps, la définition de Boyer qui, tout simplement, décrit l'hybridation comme un processus d'échanges et d'emprunts d'un univers à l'autre (Boyer, 1998). Aussi, l'idée d'emprunt demeurera centrale dans notre analyse, une idée également très répandue dans l'étude des transferts de politiques (Transfert Policy Studies) ou de programmes et qui trouve des échos dans notre manière d'appréhender les choses. Dolowitz, 2000⁵ parle, de son côté, du processus par lequel des informations et des savoirs concernant les politiques publiques propres à un système politique – passé ou présent – sont empruntées et utilisées dans le cadre du développement de politiques publiques dans un autre système politique. Une telle définition implique :

- la présence d'un modèle de référence;
- des acteurs engagés dans l'exportation et/ou dans l'importation de ce modèle;

⁵ David P. Dolowitz, *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the USA?*, Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 2000, p. 5.

- une variété de canaux, mécanismes et stratégies de transfert (emprunts), des processus de réception.

Ces processus aboutissant sous une forme altérée avec, le plus souvent, des conséquences et des résultats imprévus. L'apport du concept d'hybridation (par rapport aux simples transferts) est la possibilité de rendre compte du caractère croisé des emprunts et de l'influence de ceux-ci sur les univers ou secteurs en cause.

Si l'hybridation insiste sur les processus, nous n'ignorons pas les résultantes que nous appelons ici, *les hybrides*. Ainsi, et reprenant à notre compte le modèle développé par Billis (2010), une forme est hybride si la nature de l'une ou plusieurs des caractéristiques fondamentales constituant son univers d'origine sont altérées ou obliérées par le ou les emprunts à l'autre univers. Nous y revenons dans notre section sur l'analyse des hybrides.

2.4.1 Le logement social et l'hébergement : deux univers

Appliquée à notre démarche, l'hybridation naît de la rencontre entre deux univers, ceux du logement social et de l'hébergement. Les objets étudiés sont appelés *formules résidentielles*, un terme que nous jugeons plus neutre et qui peut désigner tout autant des formules de logement social que des formules d'hébergement. Voici quelques éléments constitutifs de ces univers.

Le logement social

L'univers du logement locatif est généralement encadré par des lois diverses. Au Québec, il est régi par le Code civil. Celui-ci encadre les obligations entre le locateur et le locataire, les réparations, la jouissance paisible des lieux, la sous-location, la cessation du bail, le loyer, etc. Fait crucial, le bail en logement locatif confère aux locataires le droit personnel au maintien dans les lieux. Les évictions ne relèvent donc pas de l'arbitraire et sont strictement balisées. Le logement social partage plusieurs attributs du logement locatif régi par le Code civil, ce à quoi on doit ajouter les notions de propriété publique ou collective et d'aides et d'interventions par l'État (Dansereau, 2005). Au Canada comme au Québec, le système de logement social est *résiduel*, c'est-à-dire que contrairement à d'autres États d'Europe par exemple, il se résume à palier les insuffisances du marché. Au Québec, le parc de logements sociaux représente environ 10 % du parc de logements locatifs. Il se partage essentiellement entre les HLM publics, les OSBL et les coopératives d'habitation.

Au dernier recensement, les logements sociaux destinés aux aînés représentent 35 000 HLM publics et 20 000 logements de type communautaire (OSBL et coopérative) (Dumais, Ducharme, & Vermette, 2008). Selon les données actuelles du Réseau québécois des OSBL d'habitation, c'est-à-dire en février 2013, 64 organismes offrent environ 1 500 logements à des personnes physiquement handicapées. De ce nombre, environ 700 unités ont été développées dans le cadre du programme AccèsLogis.

Hébergement

Si on associe l'univers du logement social aux besoins économiques, au louage (bail), au statut de locataire et au chez-soi permanent, l'univers de l'hébergement renvoie, quant à lui, aux besoins psychosociaux ou sanitaires des personnes (Means, 1996). L'accompagnement social ou le traitement sont inhérents à l'univers de l'hébergement. Au Québec, une bonne partie des ressources d'hébergement relève d'établissements dont les contours sont balisés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (CHSLD, ressources intermédiaires, ressources de type familial, etc.).

D'autres ressources, de type privé ou communautaire, accueillent des femmes victimes de violence, des jeunes ou des familles en difficulté, des personnes toxicomanes, des exdétenus, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des personnes présentant une déficience intellectuelle, etc. (ASSSMC, 2009; MSSS, 2008).

Bien distinguer l'univers du logement social et de l'hébergement

Les distinctions les plus fondamentales entre le logement et l'hébergement sont celles qui renvoient à la finalité du logis, à son utilisation. Ainsi, en logement social, l'accès se fonde avant tout sur des motifs économiques (revenus insuffisants) ou des mauvaises conditions de logement. En hébergement, l'accès est déterminé par les besoins reliés à la santé ou aux besoins psychosociaux des personnes. En hébergement, les séjours prennent fin lorsque l'intervention ou le traitement ne sont plus requis. En logement, la durée du séjour est déterminée par le bail. Elle s'étend potentiellement sur un long terme. Le fait de suivre ou non des traitements n'est pas lié à la résidence. En somme, dans le logement, le logis est la fin tandis que dans l'hébergement, le logis reste un moyen pour supporter une intervention ou un traitement. Spécialistes de la santé mentale, Ridway et Zipple (1990) ont schématisé les caractéristiques distinctives du logement et de l'hébergement. A plusieurs égards, ces principes distinctifs ont été repris par les tenants du courant dit du *Housing first* et que l'on peut opposer aux tenants du *Treatment first*. (Tsemberis, 2004). Ces dimensions se distinguent, quant aux logiques d'accès, aux conditions des séjours, aux logiques de financement et à l'aménagement. D'autres dimensions, bien que de manières plus nuancées teignent ces univers. Ainsi en est-il du libre choix (opposé au placement), de la réglementation (plus présente en hébergement) et de l'aménagement (plus d'espace commun en hébergement). Nous nous sommes aussi inspirés, dans un premier temps, de ce modèle qui offre plusieurs composantes distinctives essentielles de deux univers.

Tableau 1
Éléments distinctifs du logement social et de l'hébergement

| <i>New Paradigm</i> | <i>Old Paradigm</i> |
|---|---|
| <i>A home</i> | <i>Residential treatment setting</i> |
| <i>Choice</i> | <i>Placement</i> |
| <i>Normal Role</i> | <i>Client role</i> |
| <i>Client control</i> | <i>Staff control</i> |
| <i>Social Integration</i> | <i>Grouping by disabilities</i> |
| <i>In vivo learning in permanent setting</i> | <i>Transitional preparatory setting</i> |
| <i>Individualized flexible services and support</i> | <i>Standardized level of services</i> |
| <i>Most facilitative environment, long term support</i> | <i>Least restrictive environment</i> |

Source : Ridway et Zipple (1990), *Paradigm shift in residential services : from the linear continuum to supported housing approaches*. « Psychosocial rehabilitation Journal ».

Quant à l'idée du *chez-soi*, celle-ci est souvent associée au logement par opposition à l'hébergement. Outre les caractéristiques physiques de l'habitat, cette notion réfère à plusieurs dimensions de l'expérience : le sentiment d'appartenance; le contrôle; la sécurité; l'intimité; la permanence et la continuité dans le temps; etc. (Annison, 2000); Padgett, 2007). L'idée du *chez-soi*, du logement autonome et du logement social avec soutien sont pressentie depuis plusieurs années comme éléments constitutifs des processus d'adaptation et de réadaptation, d'insertion sociale et d'*empowerment*. Il est bien reconnu que le simple fait d'avoir un toit sur la tête est nécessaire mais insuffisant pour se proclamer d'un Chez-soi. Padgett (2007), qui s'est intéressé à des personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale, parle de *sécurité ontologique* pour faire référence à ces autres dimensions de nature plus subjectives et qui renvoient à la constance d'un environnement, à sa sécurité, à une certaine routine quotidienne, à la privauté et au contrôle sur ses décisions dans son logement ainsi qu'à la présence de repaires qui permettent la construction d'une identité.

De même, la relocalisation des personnes âgées dans des *milieux de vie substitués* n'est pas sans effets sur le sentiment d'être *chez-soi*. Une recherche québécoise qui donne la parole aux aînés vivant en contexte de centres d'hébergement ou de résidences privées pour aînés, (Charpentier et Soulières, 2006) apporte un éclairage nuancé. Même si la majorité ne dressent pas un bilan si sombre ou alarmant de leur résidence, comme pourrait le laisser penser quelques représentations sociales, les auteures concluent que « *la résidence pour personnes âgées demeure un milieu substitut et le sentiment de ne pas être chez soi est généralisé (...) Certains déplorent le rétrécissement de leur espace privé, qui se résume à leur chambre, la soudaineté du placement et le peu de consultation qui l'a précédé, la perte de pouvoir qui s'en est suivie, etc.* » (ibid: 87). Par exemple, en dépit de leurs capacités à prendre des décisions, peu de personnes avaient visité elles-mêmes leur résidence avant de s'y installer.

2.4.2 Les dimensions d'analyse

Nous avons d'abord identifié une cinquantaine d'indicateurs pouvant caractériser un univers ou l'autre⁶. Ces indicateurs sont regroupés selon six grandes dimensions. Il s'agit :

- de la mission et la gouvernance;
- des populations ciblées et des conditions d'attribution des logements;
- des aménagements physiques;
- des conditions de séjour;
- de l'offre et de l'organisation des services;
- des représentations (ou dimensions symboliques du logement).

Ces dimensions d'analyse sont, dans une large mesure, inspirées de Ridgway et Zippel (1990) dans leur article intitulé *The Paradigm Shift in residential services. From the linear continuum to the supported housing approaches*. Cet article, qui fait référence au système de santé mentale, a constitué un cadre d'analyse inspirant pour plusieurs autres recherches et interventions. Les grandes caractéristiques sont synthétisées. Enfin, dans l'univers du logement, il importe aussi de distinguer certaines caractéristiques propres à l'univers du logement en général, et d'autres qui sont plus spécifiques au logement social. Les caractéristiques propres au logement social se rapportent essentiellement aux subventions qui y sont rattachées ainsi qu'aux critères d'attribution des logements qui sont basés sur les faibles revenus ou l'impossibilité à accéder à un logement salubre ou adéquat.

⁶ La liste des indicateurs est à l'annexe 2.

Le contexte de création, la mission et la gouvernance réfèrent aux objectifs qui sont poursuivis par les acteurs tels que libellés dans les documents officiels, mais aussi tels que rapportés par les acteurs. Ils nous renseignent également sur le profil des acteurs à l'origine du projet et aux éléments de contexte de création du projet. Qui étaient les promoteurs? Quelle était leur vision à l'origine? Cette dimension inclut, en outre, la composition du conseil d'administration de l'organisme (locataires, parents, intervenants du secteur de la santé, etc.) qui, le cas échéant, peut avoir une influence importante sur les objectifs poursuivis par l'organisme. Comme son nom l'indique, les populations ciblées et les conditions d'attribution des logements réfèrent aux conditions qui sont rattachées à l'attribution des unités résidentielles. Celles-ci concernent aussi bien les critères de sélection des locataires (conditions économiques et/ou conditions psychosociales) que les acteurs qui les déterminent et qui procèdent de fait à la sélection des locataires (par exemple, la composition du comité d'admissibilité). Les aménagements physiques réfèrent aux caractéristiques physiques des unités d'habitation (logements complets ou chambres) et de l'immeuble, à l'aspect général des lieux et à la présence de pièces ou d'équipements destinés à la prestation de services ou à la surveillance des locataires. Les conditions de séjour réfèrent aux conditions qui sont rattachées à l'occupation des unités résidentielles, par exemple l'obligation de recourir à certains services ou de participer à certaines activités, la présence d'une annexe au bail ou d'un contrat de séjour et les conditions liées à la durée de séjour (logements permanents ou transitoires). L'offre et l'organisation des services réfèrent non seulement à la nature des services qui sont requis par les locataires à leur intensité, mais aussi à la manière d'y répondre. L'organisme prend-il directement en charge les services? L'organisation des services suppose-t-elle une supervision ou une présence 24 heures par jour? L'offre de services est-elle individualisée et adaptée aux besoins des personnes (souplesse, autonomie)?

Enfin, les représentations, ou dimensions symboliques, réfèrent à la façon dont les acteurs en présence appréhendent la réalité vécue dans l'ensemble d'habitation, qu'il s'agisse des locataires eux-mêmes, des intervenants ou des dirigeants : dans leur langage, dans leur regard sur la vie dans l'immeuble, sont-ils dans l'univers du logement ou dans celui de l'hébergement ?

2.4.3 AccèsLogis, un programme aux objectifs multiples

Nous avons choisi de nous centrer exclusivement sur des projets d'habitation sociale et communautaire émanant du programme AccèsLogis et plus particulièrement des projets dans le cadre des volets dit « avec services ». Nous avons ciblé les OSBL non seulement en raison de l'origine de la demande pour cette recherche, mais parce que la grande majorité des projets destinés à des personnes vulnérables ou présentant des besoins particuliers ont été développés dans ce type d'organismes. Le choix d'AccèsLogis nous permet de nous concentrer sur une période de vie à la fois courte et récente, le début des années 2000, ce qui permet de mettre en lumière des enjeux nouveaux, contemporains. AccèsLogis est, depuis son lancement en 1997, le principal producteur de projets d'habitation sociale et communautaire au Québec. Conçu au Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996, le programme AccèsLogis a été lancé en 1997 pour une période de cinq ans (1997-2001). Par la suite, il a été reconduit à diverses reprises, ce qui lui a donné une certaine durabilité. Le répertoire des programmes du gouvernement du Québec le décrit comme « *...un programme d'aide financière qui encourage le regroupement des ressources publiques, communautaires et privées afin de favoriser la réalisation de logements sociaux et communautaires pour des ménages à revenu faible ou modeste, ou pour des clientèles en difficulté ayant des besoins particuliers en habitation* »⁷.

Le programme se divise en trois volets : le volet I est destiné à des ménages à revenu faible ou modeste (familles, personnes âgées autonomes) et il offre des logements permanents. Le volet II est

⁷ Gouvernement du Québec (2011), Répertoire des programmes et services, Québec, en ligne.

destiné à des projets de logements permanents avec services pour des personnes âgées en perte légère d'autonomie. Le volet III est destiné à des projets de logement temporaire ou permanent avec services pour des personnes ayant des besoins particuliers de logement : logement permanent ou de transition pour de l'insertion sociale, hébergement d'urgence, etc. Les composantes du programme montrent que le programme fait largement place, lui-même, à des formes hybrides. Les principales normes du volet III du programme sont présentées à l'annexe 4.

Le troisième volet du programme AccèsLogis prévoit le développement d'unités de logement temporaire ou permanent pour des personnes ayant des besoins particuliers « et nécessitant des installations spéciales ou des services particuliers » (Ducharme et Vaillancourt, 2012 ; Roy *et al.*, 2003). C'est dans ce cadre administratif que se sont développés de nombreux projets de logements sociaux pour personnes handicapées.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 La collecte de données

Notre recherche s'appuie principalement sur une étude de cas multiples. Cette stratégie descriptive permet la systématisation et l'agrégation de données variées tout en assurant la validité externe (Gauthier, 2008; Contandriopoulos, 1990). Trente six (36) ensembles résidentiels ont été étudiés pour l'ensemble des cinq filières, dont huit cas d'ensembles résidentiels pour la présente filière touchant les personnes physiquement handicapées. Pour la sélection des projets, nous avons d'abord utilisé la base de données du Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH). Partant de cette liste, nous avons identifié les organismes ayant des projets qui pouvaient présenter des indices d'hybridation, par exemple, des partenariats avec le secteur de la santé, une offre importante de services, etc. Nous avons délibérément exclu les cas se situant trop clairement à l'extrémité du continuum entre l'hébergement et le logement social. Ensuite, nous avons considéré les cas en fonction de la diversité des milieux. Un dernier critère d'importance était évidemment l'intérêt et la disponibilité des intervenants impliqués ainsi que leur connaissance des cas et leur capacité à en expliciter les dynamiques, l'évolution, les rationalités, etc. Nous avons aussi choisi de limiter notre échantillon à des initiatives qui avaient une certaine durée de vie, c'est-à-dire qui étaient en opération depuis au moins quatre ans. Ce choix nous permet de nous concentrer sur une période de vie à la fois courte, globalement, le début des années 2000, et récente, ce qui permet de mettre en lumière des enjeux nouveaux, contemporains.

Dans le champ de la déficience physique, nous avons documenté huit cas provenant de sept régions différentes. La base de données utilisée comptait une trentaine de projets au total, mais seulement 11 étaient issus du programme AccèsLogis. De ce nombre, deux étaient des initiatives mixtes (clientèles déficience physique et déficience intellectuelle) que nous avons déjà documentées dans la filière déficience intellectuelle et que nous avons décidé de conserver. Un cas a été écarté à cause de la distance géographique (et des coûts que cela aurait engendré), un autre parce qu'il ne présentait pas suffisamment d'indices d'hybridation et un autre parce qu'il s'agissait d'une ressource d'hébergement transitoire qui se définit comme une *maison d'aidants*, c'est-à-dire qu'elle vise avant tout à offrir du répit aux proches, s'apparentant davantage à une ressource de répit, ce qui était de peu d'intérêt au plan de notre thématique de l'hybridation. Ceci nous laissait donc six cas, dont cinq ont été sélectionnés. Le cas que nous avons écarté l'a été parce qu'il était trop semblable à deux des cas sélectionnés. Par ailleurs, l'un des cas sélectionnés n'a pu être rejoint malgré des tentatives répétées. Ayant épuisé notre base de données, nous avons donc complété notre échantillon de la façon suivante : nous avons sélectionné une initiative dans la filière « santé mentale », qui est un cas mixte logeant également des personnes vivant avec une déficience physique et nous avons sélectionné une initiative provenant du programme Logement abordable Québec (LAQ). Même si, au départ, nous avons décidé de nous en tenir aux initiatives issues du programme AccèsLogis, nous n'avons jamais écarté l'idée que nous puissions, pour des circonstances particulières, y déroger. Outre le fait que nous aurions été réduits à un échantillon de sept cas seulement, le cas que nous avons choisi présentait une configuration originale qu'il nous apparaissait intéressant de documenter. Il a été développé dans le cadre du programme Logement abordable Québec. De plus, étant situé en milieu fortement urbain, il a permis de bonifier notre échantillon à cet égard.

Spécifions que, dans la présente filière, tous les cas étudiés relèvent, au sens strict et premier, de l'univers du logement social. Ce classement préliminaire se justifie selon ces deux critères :

1) l'utilisation effective du bail de logement; 2) et la conception même des promoteurs sur le statut de logement social (et non d'hébergement). Ce classement de base n'est pas fortuit. Il constitue la

base à partir de laquelle il devient possible d'identifier le sens des emprunts. Ici, donc, les cas seront étudiés sous l'angle des emprunts à l'univers de l'hébergement⁸.

Sur les huit cas que nous avons documentés, on en retrouve quatre qui sont des initiatives mixtes; deux qui regroupent des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec une déficience intellectuelle; un qui regroupe des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec un problème de santé mentale; et un qui regroupe des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes âgées en légère perte d'autonomie. De ces quatre initiatives mixtes, deux logeaient en majorité des personnes vivant avec une déficience physique, tandis que celles-ci étaient en minorité dans les deux autres initiatives. Notons enfin que les initiatives que nous avons étudiées ont vu le jour entre 2001 et 2006 et comportaient, selon les initiatives, entre huit et 70 unités de logement.

Pour chacun des cas documentés, nous avons rencontré les personnes responsables du projet qui pouvaient être, selon les cas, le coordonnateur-trice (ou directeur-trice), des intervenants-es, la personne à l'origine de l'initiative (fondateur-trice), ou toutes ces personnes. Pour chaque cas, des documents écrits ont aussi été recueillis, notamment les règlements et politiques internes de l'organisme. Nous avons aussi rencontré, selon les cas étudiés, un ou deux partenaires de l'initiative, qu'il s'agisse de personnes présentes au moment de l'élaboration du projet ou des partenaires actuels, ou encore les deux. Il s'agissait de personnes responsables d'organisations qui ont ou qui ont eu un rôle important à jouer au sein des cas étudiés. Il pouvait s'agir d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'organismes financeurs, de groupes de ressources techniques (GRT), etc. Au total, pour les huit cas étudiés, nous avons réalisé 23 entrevues. À noter que, dans un cas, nous avons utilisé des données secondaires, soit le compte-rendu d'un groupe de discussion tenu auprès des parents de personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle et occupant un logement dans l'initiative étudié, groupe de discussion que nous avons réalisé dans le cadre d'une recherche précédente.

Le tableau 2 résume un certain nombre d'informations sur les initiatives que nous avons documentées. On trouvera par ailleurs à l'annexe 1 une brève description de chacune des initiatives que nous avons étudiées.

⁸ A l'inverse, dans certains des cas à l'étude, par exemple dans les filières *santé mentale* ou itinérance, certains cas relèvent plutôt de l'univers de l'hébergement. L'analyse va alors dans le sens des emprunts à l'univers du logement social.

Tableau 2
Informations sur les cas étudiées

| No | Type de milieu | Statut de base | Année ouverture | Nombre d'unités | Entrevues réalisées |
|----|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|--|
| 01 | Ville moyenne en région | Logement social | 2002 | 10 | 3 entrevues : coordonnatrice; président fondateur; organisme communautaire. |
| 02 | Ville moyenne en région | Logement social | 2003 | 11 | 2 entrevues : coordonnatrice; président fondateur. |
| 03 | Ville moyenne en région | Logement social | 2006 | 21 (studios) | 3 entrevues : directeur général; GRT; CSSS (cadre). |
| 04 | Grande ville | Logement social | 2006 | 70 (dont 10 DP ⁹) | 4 entrevues : fondatrice; coordonnateur; organisme communautaires partenaires (2). |
| 05 | Petite ville en milieu rural | Logement social | 2003 | 28 (dont quelques DP) | 3 entrevues : coordonnatrice + intervenantes (2); fondatrice; CSSS (organisateur communautaire). |
| 06 | Petite ville en milieu rural | Logement social | 2004 | 45 | 2 entrevues : coordonnatrice; CSSS (travailleuse sociale). |
| 07 | Petite municipalité en milieu rural | Logement social | 2006 | 11 (dont quelques DP) | 3 entrevues : présidente fondatrice; CSSS (organisateur communautaire); GRT . |
| 08 | Ville moyenne en région | Logement social | 2001 | 8 (dont quelques DP) | 3 entrevues : coordonnatrice; parents (données secondaires); CSSS (organisateur communautaire). |

3.2 La méthode d'analyse

La méthode d'analyse que nous avons utilisée est celle de « l'approche par questionnement analytique » telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2003). Selon ces auteurs, en recherche qualitative, nombre de chercheurs s'en tiennent souvent à l'approche conventionnelle d'analyse thématique de contenu, avec ses méthodes de découpage du matériel en *unités de sens*, en catégories et en sous-catégories et d'encodage. Or, si cette méthode n'est « pas mauvaise en soi », soutiennent-ils, elle ne convient pas forcément à toutes les situations de recherche et n'est pas toujours « ni la plus appropriée ni la plus efficace », représentant dans certains cas « un travail supplémentaire peu profitable, voire un détour carrément contre-productif » (Ibid : 109-110). Concrètement, l'approche par questionnement analytique consiste à sélectionner et à formuler des questions « opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés par l'analyste » et à soumettre le matériau à ces questions « de manière à générer de nouvelles questions plus précises », ce qui permettra de constituer ce que Paillé et Mucchielli appellent un *canevas investigatif*. Il s'agit alors de répondre « progressivement » à ces questions en générant, « non pas des catégories ou des thèmes mais des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats (...) et de nouvelles questions, le cas échéant ». Ces questions deviennent ainsi des « guides » pour l'analyse du corpus, « des structures pour les réponses » et même des « balises pour la rédaction du rapport ». En générant constamment de nouvelles questions basées sur le corpus de données, le canevas investigatif n'est donc pas un outil « rigide » et est en constante

⁹ DP : personnes avec une déficience physique

évolution, une évolution qui s'appuie sur l'attention que l'on porte aux « phénomènes émergents » et sur la découverte de nouveaux éléments issus du travail terrain. En somme, outre le fait qu'elle soit économique, l'approche par questionnement analytique comporte l'avantage de travailler directement avec les questions posées par les commanditaires, permettant ainsi une analyse « en prise ferme à la fois avec les objectifs de l'enquête et les particularités du corpus de données », lui conférant « un niveau de validité important » (Ibid : 111).

Tout d'abord, partant des entretiens et de la documentation, nous avons travaillé avec deux sortes de fiches. Dans un premier temps, nous avons conçu une fiche « signalétique » dans laquelle nous avons consigné des informations factuelles et uniformes (donc comparables) sur chacune des initiatives étudiées, par exemple : année du début des opérations; mission; clientèle desservie; nombre et types d'unités; organisation des services; etc. Dans un deuxième temps, nous avons conçu une fiche « analytique » dans laquelle nous avons décrit le cas tout en répondant à un certain nombre de questions d'analyse.

3.3 Considérations éthiques

Pour chacune des entrevues que nous avons réalisées, nous avons demandé à nos interlocuteurs de signer un formulaire de consentement à la recherche. Il s'est agi d'un formulaire standard que l'on retrouve dans toutes les recherches qualitatives et en vertu duquel la personne interrogée accepte de participer de façon libre et volontaire et les chercheurs s'engagent à assurer la confidentialité des propos tenus par la personne interrogée. Le formulaire de consentement ainsi que les outils de collecte de données ont été soumis et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

4. LES RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de notre investigation en ce qui a trait au phénomène d'hybridation entre les formules d'hébergement et de logement social dans le champ de la déficience physique. Dans la section 4.1, à partir d'un travail d'analyse que nous pourrions qualifier de *vertical*, nous tentons de mettre en lumière le nombre et l'étendu des emprunts à l'univers de l'hébergement pour chacune des initiatives que nous avons étudiées. Dans un second temps, dans le cadre d'une analyse davantage horizontale, nous verrons quels sont les principaux éléments d'hybridation (ou emprunts) que l'on retrouve dans le champ de la déficience physique, c'est-à-dire que l'on retrouve dans une majorité de cas ou presque, ce qui permet de caractériser en quelque sorte les tendances dans cette filière. Les autres sections s'attardent, quant à elles, à la nature et aux processus entourant les emprunts à l'univers de l'hébergement.

4.1 Des degrés variables d'hybridation

L'un des premiers constats que nous pouvons dégager de l'analyse est à l'effet que le nombre et la configuration des emprunts à l'univers de l'hébergement sont très variables d'un ensemble résidentiel à l'autre. La grille préparée à cet effet et qui offre une distribution des indices constitutifs de l'univers du logement social est éloquente (voir annexe 3). Bien sûr, il peut être hasardeux de juger du degré d'hybridation d'un ensemble résidentiel en nous en tenant à un traitement strictement quantitatif, notamment par le fait que, comme nous l'avons souligné précédemment, certains indices sont plus importants que d'autres, qu'ils n'ont pas le même poids dans la configuration des modèles résidentiels qui ont été mis en place¹⁰. À cette étape-ci de la recherche, nous utilisons cette cinquantaine d'indices que nous avons déterminés au départ comme étant susceptibles de nous permettre d'analyser le degré d'hybridation des initiatives résidentielles que nous étudions. Comme nous l'avons mentionné en introduction, il nous apparaît que certains de ces indices ne s'avèrent pas significatifs ou encore qu'ils semblent s'avérer pertinents pour telle filière mais moins pour telle autre. Dans certains cas, nous pouvons même dire que certains indices s'avèrent tout simplement inopérants. De même, tous n'ont pas un poids égal, n'ont pas la même portée et nous devons en tenir compte au plan de l'analyse. Mais, quoi qu'il en soit, à cette étape-ci de la recherche, nous avons décidé de les conserver tous, quitte à raffiner notre grille d'analyse plus nous approcherons du produit final. Dans les faits, ils doivent encore être considérés comme des outils de travail.

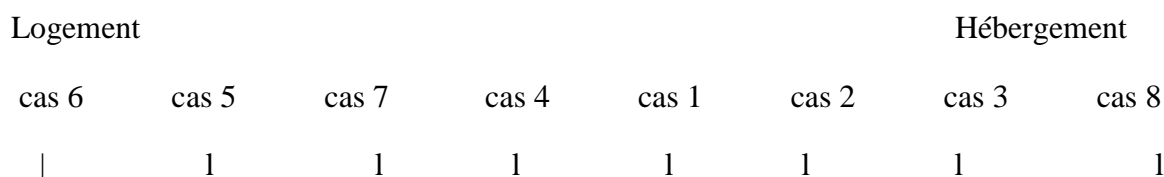
Ainsi, pour porter un jugement sur le degré d'hybridation d'une initiative donnée, il importe bien sûr d'identifier la somme des indices d'hybridation, mais il importe aussi de mettre en contexte telle ou telle autre caractéristique que l'on trouve dans l'ensemble d'habitation. Il importe également de porter

¹⁰ Par exemple, à l'analyse, nous avons constaté que la mission de l'organisme d'habitation telle que libellée dans les actes constitutifs ne donne pas toujours une bonne mesure du degré d'hybridation (souvent un libellé très technique voire copié textuellement du Guide d'élaboration des projets du programme AccèsLogis), et que, sur cet aspect, il fallait par conséquent accorder plus de poids et de crédibilité au discours tenu par les acteurs. De même, on ne peut mettre sur un même pied d'égalité le fait que, au plan des conditions d'attribution des logements par exemple, on trouve la présence de personnels du réseau de la santé et des services sociaux au comité de sélection des locataires, dans une participation qui peut être minoritaire, et le fait que celui-ci contrôlerait complètement la liste des requérants. Autre exemple, nous avons documenté une initiative qui, bien que globalement très peu hybridée, réserve des unités résidentielles à un organisme du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui heurte de plein fouet les normes du programme AccèsLogis, ce qui nous apparaît nettement plus important au plan de l'hybridation des modèles résidentiels.

une attention à l'intention formulée par les acteurs dans les choix qui ont été faits d'inclure telle ou telle autre caractéristique, ce que nous ferons plus loin.

Néanmoins, et malgré les limites de l'exercice, il est utile de constater que toutes les initiatives étudiées ne se présentent pas de la même façon, et d'illustrer, dans un exercice de systématisation de l'information recueillie, que certaines sont, à l'évidence, plus métissées que d'autres. Il y a en effet tout un monde entre l'initiative no 6, par exemple, et l'initiative no 8 (voir le résumé des cas aux annexes 1 et 2). En tenant compte du nombre d'emprunts (qui sont autant d'indices d'hybridation) retrouvés dans chacune des initiatives étudiées, on peut placer sur un continuum les huit initiatives étudiées partant *de la moins hybridée* à *la plus hybridée*. Dans cette optique, l'initiative comptant le moins d'emprunts à l'univers de l'hébergement signifie que c'est celle-ci qui se retrouve le plus près d'un modèle résidentiel de logement social *pur*. À l'inverse, l'initiative comptant le plus d'emprunts à l'univers de l'hébergement signifie qu'elle se révèle plus près d'un modèle d'hébergement *pur*.

Continuum reflétant le degré d'hybridation des initiatives étudiées



Par ailleurs, peut-être plus important encore, il est intéressant de constater que, s'il est rare que nous ne trouvions aucun élément d'hybridation dans un domaine donné, c'est dans certaines dimensions plus que dans d'autres que cette pénétration de l'univers de l'hébergement se fait davantage sentir selon les initiatives étudiées. Le tableau 3 de la page suivante illustre ce constat. Dans ce tableau, la présence de trois H (HHH) indique que, pour cette initiative, c'est dans ce domaine que l'hybridation s'exprime davantage. La présence d'un seul H indique, par ailleurs, que l'hybridation s'exprime aussi dans ce ou ces domaines, mais à un degré moindre.

Les principales dimensions affectées par des emprunts

Ainsi, pour les cas no 1 et no 2 par exemple, c'est surtout au niveau des conditions d'attribution des logements que l'on retrouve le plus d'éléments d'hybridation (ou d'emprunts à l'univers de l'hébergement), même si les aménagements et l'offre et l'organisation de services jouent également un rôle important. En ce qui a trait au cas no 3, l'un des plus hybridés, on constate que l'hybridation se retrouve de façon importante dans trois domaines (les aménagements, les conditions d'attribution des logements et les conditions de séjour), et de façon moins importante au niveau de l'offre et de l'organisation des services, et ainsi de suite.

Le cas no 4 n'emprunte à l'univers de l'hébergement qu'au chapitre des conditions d'attribution. Il faut noter également le cas no 6, tellement peu hybridé qu'aucun domaine en particulier ne se démarque quant aux éléments d'emprunts que l'on y trouve. On constate que pris dans leur ensemble, les aménagements, les conditions d'attribution des logements et l'offre et l'organisation de services sont les principaux lieux d'hybridation dans le domaine de la déficience physique. Ce qui nous amène à notre prochain point.

Tableau 3

: Principaux domaines d'hybridation, selon les dimensions constitutives des ensembles résidentiels

| Cas | Contexte de création | Mission | Aménagements | Conditions d'attribution | Conditions de séjour | Organ. des services | Représ. symbol. |
|-----|----------------------|---------|--------------|--------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| 1 | | | H | HHH | | H | |
| 2 | | | H | HHH | | H | |
| 3 | | | HHH | HHH | HHH | H | |
| 4 | | | | HHH | | | |
| 5 | | | | | | HHH | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | HHH | | | H | |
| 8 | H | | HHH | | HHH | | H |

Échelle d'interprétation : 1) absence de H : très peu d'emprunts; 2) un H : peu d'emprunts; 3) deux HH : assez d'emprunts; 4) HHH : plusieurs emprunts.

4.2 Principaux indices d'hybridation

D'entrée de jeu, soulignons que, comparativement au domaine de la déficience intellectuelle par exemple¹¹, les initiatives du domaine de la déficience physique apparaissent globalement beaucoup moins influencées par l'univers de l'hébergement, c'est-à-dire qu'elles campent plus nettement dans l'univers du logement social. Néanmoins, en raison de l'importante utilisation de services de santé par les locataires, ces unités d'habitation ne s'en trouvent pas moins imprégnées de certaines caractéristiques que l'on attribue davantage à l'univers de l'hébergement. Ces attributs propres à l'univers de l'hébergement touchent plus particulièrement les critères d'attribution des logements, les aménagements et, dans certains cas, l'organisation des services. La présente section examine les différents indices d'hybridation qui se manifestent essentiellement par des emprunts à l'univers du logement. Nous avons retenu ceux qui nous apparaissaient les plus significatifs, donc en mettant l'accent sur le principal. De même, ici, le mot indice n'est pas fortuit puisque que certains de ces emprunts peuvent s'avérer sans effet ou peu significatifs. Ils demeurent donc, dans la présente recherche, objets de discussion.

4.2.1 Les conditions d'attribution des logements

Dans l'univers du logement social, l'accès à un logement est déterminé par des revenus faibles et des conditions de logement inadéquates (insalubrité, petitesse, éloignement des services ou des transports publics). Or, dans certains projets à l'étude, les besoins en services marquent de façon importante, voire prédominante, les conditions d'admissibilité aux logements. L'accès au logement est alors mis en correspondance avec un lieu d'habitation offrant des services de soutien. L'offre de services étant parfois liée à un contrat de financement avec un établissement public, on trouve ces organismes actifs parmi les comités de sélection. L'engagement à une consommation prédéterminée de services fait partie intégrante du contrat ou du bail.

Par exemple, dans les cas nos 1 et 2, pour être admise, la personne doit « *présenter une déficience motrice significative et persistante* » et « *être admissible au programme de maintien à domicile pour*

¹¹ Voir Proulx, Ducharme et Grenier (2013, à paraître), Étude des initiatives entre des formules de logement social et d'hébergement dans les initiatives destinées aux personnes déficientes intellectuelles. Val d'Or, UQAT, LAREPPS.

personnes handicapées (MADPH) ou un programme équivalent à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) requérant un minimum de 25 heures et plus (c'est nous qui soulignons) par semaine de services d'assistance et d'aide ». Ainsi, le fait d'avoir besoin de services de soutien, et ce, de façon importante, constitue une condition *sine qua non* pour pouvoir accéder à un logement. On stipule également que la personne doit « *s'assurer que les services professionnels sont maintenus par un centre de santé et de services sociaux et/ou un centre de réadaptation en fonction du plan de services (besoins de la personne) pendant la période d'intégration du nouveau locataire* ». ¹²

Les emprunts à l'univers de l'hébergement se manifestent également par les modes de références et de sélection. Dans cinq des cas à l'étude (cas nos 1, 2, 4, 6, 8), des intervenants du réseau de la santé y sont présents. Dans deux cas, ils sont majoritaires (nos 2 et 4). Dans certains cas également, les personnes doivent obligatoirement être référées par un organisme du réseau de la santé (cas nos 3 et 4). On doit noter aussi que, dans ces deux cas, l'OSBL d'habitation doit réserver un certain nombre d'unités de logement pour la clientèle d'un organisme du réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, dans plus de la moitié des cas que nous avons documentés, les personnes doivent, en plus du bail et du règlement d'immeuble, signer un contrat de services (ou une annexe au bail) qui stipule qu'elles s'engagent à recevoir tels ou tels service, qui sont de faits inclus au bail, qu'il s'agisse du service de repas ou, plus fondamentalement, des services pour les AVD et les AVQ¹³. Dans certains cas, les services relatifs aux AVD et aux AVQ sont très détaillés et s'apparentent à un mode de fonctionnement que l'on pourrait retrouver, par exemple, dans un CHSLD. Dans le cas no 2, l'offre de services, qui figure dans le règlement d'immeuble et qui fait office de convention, stipule que le non respect de cette entente entraînera le départ de l'ensemble résidentiel.

Ainsi, on voit que, bien au-delà des conditions d'admissibilité relatives au revenu des locataires, d'autres critères empruntés à l'univers de l'hébergement entrent en ligne de compte. En fait, dans plusieurs cas, le critère du revenu, bien qu'obligatoire, apparaît nettement secondaire. D'ailleurs, dans trois cas, des unités de logement subventionnées sont occupées par des personnes qui n'y sont pas admissibles. Cela tend à démontrer à quel point, dans certains OSBL, l'accès à des services d'assistance semble constituer la raison première pour laquelle les personnes demandent à être admises ou, à tout le moins, constituer une raison incontournable. Par ailleurs, il est important de noter que, malgré ce qui précède, et comme il est de mise dans l'univers du logement social et communautaire, les requérants peuvent, dans la grande majorité des cas, s'adresser directement à l'organisme d'habitation pour accéder à un logement et celui-ci contrôle totalement sa liste de requérants, même s'il arrive que les personnes soient référées par un organisme du réseau de la santé et des services sociaux.

4.2.2 L'offre et l'organisation des services

Dans l'univers des personnes physiquement handicapées, les locataires requièrent souvent, vu leur condition, un niveau de services élevé. Cela se reflète notamment par la présence obligée, dans

¹² Il est intéressant de noter que, dans cette région, qui compte cinq OSBL d'habitation destinés aux personnes lourdement handicapées et tous conçus sur le même modèle, les responsables de ces organismes se sont concertés et ont adopté conjointement les mêmes critères d'admissibilité.

¹³ AVD : activités de la vie domestique. Ces activités réfèrent pour l'essentiel aux services d'entretien ménager (ménage, vaisselle, frigo, etc.), d'entretien des vêtements, etc.; AVQ : activités de la vie quotidienne. Ces activités réfèrent, pour l'essentiel, aux soins du corps (bains, cheveux, ongles, etc.), aux activités de transfert (du lit au fauteuil roulant, par exemple), etc.

l'immeuble, d'intervenants sur place 24 heures par jour et sept jours par semaine, comme ce serait le cas dans une ressource d'hébergement. Cela dit, l'intensité dans l'offre de services ne signifie pas pour autant une importation à l'univers de l'hébergement. En effet, plusieurs personnes bénéficient, chez elles, d'un volume important de services sans pour autant être transposée dans un environnement hospitalier, au contraire. Et c'est là tout l'avantage du soutien à domicile. Nous nous sommes néanmoins arrêtés sur quelques indices qui, à notre avis, méritaient notre attention dans la mesure où ces manières de faire se détachaient quelque peu du modèle plus pur du soutien à domicile régulier tout en s'approchant de l'univers de l'hébergement.

C'est le cas des initiatives nos 1, 2, 3 et 5), la moitié de nos cas à l'étude, qui organisent et offrent les services eux-mêmes, combinant à la fois le rôle de gestionnaires de logement sociaux et communautaires et d'organismes de services. Nous reviendrons plus loin sur les motifs qui sont invoqués pour faire le choix d'offrir soi-même les services ou, au contraire, de choisir qu'ils soient offerts par un organisme externe. À noter toutefois que le fait que les services soient dispensés par un organisme *externe* n'exclut pas forcément l'obligation d'assurer une présence sur place 24 heures par jour et sept jours par semaine. L'inverse est aussi vrai puisqu'un des organismes d'habitation qui offre lui-même les services n'assume pas, quant à lui, de présence 24/7, celle-ci n'étant jugée requise (cas no 5). Dans les initiatives où l'on a fait le choix de recourir à un organisme externe, les services sont dispensés, selon les cas, par une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD, cas nos 7 et 8), par un CSSS (cas no 6, incluant le recours au chèque emploi-service) ou par un organisme communautaire créé à cet effet, avec le financement du CSSS et de l'Agence régionale de santé et de services sociaux (cas no 4).

A noter que l'offre de services dispensés à l'interne demeure, dans l'ensemble, une caractéristique des ensembles destinés à des personnes qui nécessitent une haute intensité de services, bien que l'on ait fait un choix différent dans le cas de l'initiative no 4. En ce qui a trait aux trois cas où l'intensité de services est moins élevée, ceux-ci se rapprochent davantage, sous cet aspect de l'univers du logement *pur* en ce qu'aucune présence sur place n'est assurée. Néanmoins, même dans ces cas, certains locataires nécessitent une intensité de services qui peut être assez élevée voire très élevée. C'est le cas de l'initiative no 7 dans laquelle au moins une personne vivant avec une déficience physique est, selon notre interlocutrice, à la limite de pouvoir conserver son logement vu ses besoins de soutien devenus, avec le temps, trop importants (entrevue no 1).

4.2.3 Les aménagements

Les aménagements constituent un autre lieu potentiel d'emprunts à l'univers de l'hébergement, particulièrement dans les ensembles résidentiels abritant des personnes lourdement handicapées. Dans toutes les initiatives sauf une, on retrouve la présence d'un bureau pour les intervenants. Dans la grande majorité des cas (six sur huit), on retrouve aussi la présence d'éléments de surveillance tels que tirette d'alarme ou autres. Dans les initiatives qui accueillent des personnes lourdement handicapées, la majorité des logements sinon tous sont aussi équipés d'un lève-personne. Dans cinq initiatives, on retrouve également la présence d'une salle à manger (nos, 1, 2, 3, 7, 8). On notera toutefois que, dans trois d'entre elles, les locataires sont libres de prendre leurs repas à la salle à manger ou dans leur logement. Par ailleurs, si les locataires des huit initiatives que nous avons documentées bénéficient d'un logement complet avec cuisine et salle de bain, dans deux cas, les cuisinières ont été retirées par mesure de sécurité.

Il est important de noter qu'au-delà de ces éléments spécifiques d'aménagement, c'est sans doute le fait que ces logements soient regroupés dans un même immeuble qui lui confère une certaine

similitude avec l'univers de l'hébergement, pouvant ainsi donner l'impression de se retrouver dans un CHSLD avec tous ces logements dotés d'un lève-personne.

4.2.4 Les conditions de séjour

Dans les initiatives que nous avons étudiées, les conditions de séjour des locataires sont, en grande partie, les mêmes que pour tout locataire *ordinaire* qui ne présenterait aucune incapacité. Ainsi, dans les tous cas, tous bénéficient d'un bail en bonne et due forme et sont libres de le renouveler à leur guise sans aucune condition. En fait, la seule exception serait que la personne ne peut plus, par elle-même ou avec de l'aide, assurer ses responsabilités de locataire, comme il est prévu au Règlement sur l'attribution des loyers (article 14).

En revanche, si, comme nous l'avons vu, certains services sont indissociables du bail dans les initiatives pour personnes lourdement handicapées, il serait faux ici d'y voir une condition pour pouvoir conserver son logement puisque, étant donné leur condition, les personnes ne peuvent tout simplement pas se passer de ces services. De ce fait, le service ne peut être vu comme une obligation, mais bien comme une nécessité, sans quoi la personne ne pourrait vivre en logement et devrait être hébergée, sans doute dans un CHSLD. Il en est de même du plan d'intervention qui, dans ces circonstances, est davantage vu comme un outil de gestion des services que comme une contrainte à respecter afin de pouvoir conserver son logement.

4.2.5 La mission des OSBL d'habitation pour personnes handicapées

Comme on peut le constater, les OSBL d'habitation pour personnes handicapées naviguent à la fois dans l'univers du logement social, et à la fois dans l'univers de l'hébergement. Cela se reflète largement dans la mission des organismes. En effet, si, pour la majorité, le besoin exprimé à la base du projet était un manque de ressources d'habitation jugées adéquates, il exprimait également la nécessité de pouvoir bénéficier d'un logement abordable et de bonne qualité. Aussi, il est intéressant de noter que, dans la mission telle que libellée dans les lettres patentes, les deux aspects sont présents, à savoir avoir accès à un logement abordable mais également à des services d'assistance, les deux éléments se trouvent, à toutes fins utiles, sur un pied d'égalité. En cela, les missions exprimées reflètent la nature double des volets avec services du programme AccèsLogis.

Par ailleurs, surtout dans les initiatives destinées aux personnes lourdement handicapées, l'intention telle qu'exprimée par les promoteurs concerne le plus souvent davantage la dimension des soins. Ce qui n'empêche pas qu'au plan des représentations et contrairement à ce que nous avons constaté dans le domaine de la déficience intellectuelle, par exemple, on se situe d'emblée largement dans l'univers du logement. En effet, à une exception près (et il s'agit précisément d'une initiative mixte qui regroupe des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec une déficience intellectuelle), il apparaît bien clair dans l'esprit des acteurs rencontrés que l'immeuble qu'ils occupent est bien un immeuble à logements et non une ressource d'hébergement ou une « résidence ».

Conclusion

On le voit, malgré l'importance que revêt souvent la disponibilité de services d'assistance destinés aux locataires et qui sont même d'une intensité souvent élevée, on se situe bien davantage ici dans l'univers du logement et également, d'une manière générale, dans l'univers du logement social, même

si, comme on l'a vu, nous avons constaté quelques dérogations (nous y reviendrons). Dans le domaine de la déficience physique, on ne cherche pas, comme nous l'avons constaté en déficience intellectuelle par exemple, à faire de l'hébergement dans des immeubles à logements. On constate d'ailleurs que les acteurs à l'origine des projets ne sont pas, sauf dans un cas, issus du réseau de la santé et des services sociaux et qu'à ce titre, il est tout à fait clair dès le départ que l'on souhaite un projet de logements et non une ressource d'hébergement. Ainsi, d'emblée, on se situe dans une dynamique qui est propre à l'univers de l'habitation. Cela se reflète dans les éléments suivants :

- au plan des aménagements, nous sommes en présence de logements complets avec cuisine et salle de bain, même si plusieurs ont aussi aménagé une salle à manger;
- les personnes qui occupent ces logements ont un bail en bonne et due forme et elles sont libres de le renouveler à leur guise, la durée de séjour n'étant pas assujettie à un quelconque plan d'intervention ou de réinsertion (sauf dans un cas, nous y reviendrons plus loin) ;
- l'intimité des locataires est, de façon générale, préservée, et ils peuvent aller et venir librement sans qu'ils aient besoin de rendre des comptes;
- les OSBL disposent d'un conseil d'administration autonome malgré des liens souvent importants avec le réseau de la santé et des services sociaux, dont une présence au conseil d'administration;
- les OSBL contrôlent totalement la liste des requérants de l'organisme, ce qui n'empêche pas, par ailleurs, que les personnes puissent parfois être référées par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

On voit ainsi que les attributs propres à l'univers du logement sont bien présents et même prédominants. Ceci dit, comme nous l'avons vu, ces ensembles d'habitation sont aussi imprégnés, à des degrés divers, du monde de l'hébergement, des emprunts qui sont liés en grande partie aux besoins des locataires en matière de services d'assistance. Ces éléments d'emprunts sont, en gros :

- une intensité de services parfois élevée (jusqu'à 44 heures par semaine dans certains cas) qui nécessite souvent la présence d'intervenants sur place 24 heures par jour et sept jours par semaine;
- des aménagements en conséquence, notamment la présence d'un bureau pour les intervenants, des mécanismes de surveillance (clochette d'appel d'urgence, bracelet-avertisseur, etc.), de lève-personne et l'aménagement d'une salle à manger;
- des conditions d'attribution des logements qui, en plus du critère relatif au revenu, sont fortement en lien avec les besoins des locataires en matière de services d'assistance.

Mais il faut retenir également que dans le domaine de la déficience physique, le degré d'hybridation varie considérablement d'une initiative à une autre. En fait, essentiellement attaché à la présence de services d'assistance, il est directement en lien avec le profil des locataires. Des huit initiatives que nous avons documentées, nous pouvons en fait distinguer trois types d'initiatives :

- celles destinées à des personnes qui sont lourdement handicapées (cinq cas), dont le besoin premier, outre le logement, est la présence d'une forte intensité de services au plan des AVD et des AVQ;
- celles qui s'adressent à des personnes qui sont moins lourdement handicapées (deux cas), qui sont relativement autonomes au plan des AVD et des AVQ, et dont le besoin au départ était

surtout l'accès à un logement adapté, et dont l'offre de services est plus faible voire inexistante dans certains cas;

- celle qui s'adresse à des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC - un cas), qui requièrent une intensité de services assez élevée mais qui ne sont pas tant de l'ordre des AVD et des AVQ (bien qu'en partie) que de la surveillance, des rappels, de l'encadrement. Dans une certaine mesure, les services qui sont requis par les personnes ayant subi un TCC se rapprochent de ceux qui sont requis par les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, et sans doute dans une certaine mesure, de ceux qui sont requis par les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Ainsi, on constate que les initiatives du domaine de la déficience physique ne sont pas homogènes au plan de l'hybridation et c'est sans compter le fait que nous avons également à faire à des initiatives qui ont emprunté, comme nous le verrons, à des modèles différents. Ceci introduit bien la section suivante.

4.3 Les processus d'hybridation

Cette section s'intéresse aux processus d'hybridation eux-mêmes et aux facteurs qui les ont engendrés. Nous voulons, dans cette analyse, mettre en lumière le rôle des acteurs et les autres facteurs à l'origine des arrangements menant à des formes dites hybrides. L'analyse met particulièrement l'emphase sur les modèles ayant inspiré leur développement et surtout la manière dont les organismes se situent et agissent en regard de ces derniers. Partant de là, il est possible de mesurer l'écart entre le projet et son aboutissement. De même, les trajectoires des organismes et le récit du développement des ensembles résidentiels permettent de voir le degré d'adhésion à ces modèles initiaux et leur impact sur les « produits finaux ». Ceci permet, dans une première étape, de caractériser différents types d'hybridations et de formes hybrides. Ces perspectives d'analyse s'inspirent largement de celles utilisées dans certains courants d'étude néo-institutionnels ou encore sur l'étude des transferts de politique (*Transfert Studies*) tels que nous les avons présentés aux sections 2.3 et 2.4 du cadre d'analyse (Delpuech, 2008). Mais avant d'examiner les dynamiques entre les acteurs impliqués dans les initiatives étudiées, il est utile de s'intéresser aux contextes qui ont prévalu à leur création.

4.3.1 Les contextes de création des initiatives

Si les initiatives que nous avons étudiées présentent toutes, à des degrés divers, des éléments d'hybridation ou, si l'on préfère, des emprunts à l'univers de l'hébergement, cela peut tenir à plusieurs facteurs. Ceux-ci ne sont pas sans lien avec les acteurs qui ont initié les projets (leur provenance, les objectifs qu'ils visaient au départ), les modèles qui les ont inspirés et les choix qu'ils ont faits. Comme l'essentiel des modèles et des objectifs se dessinent dès les balbutiements des initiatives, il convient d'examiner, en tout premier lieu, les contextes ayant présidé à la création des ensembles résidentiels.

Les acteurs en présence et les buts qu'ils poursuivent

Les personnes ou les organismes qui sont à l'origine des projets, ainsi que les partenaires qui ont participé à leur élaboration, ont certainement un impact sur leur configuration. Ils peuvent en effet être porteurs de certaines valeurs, leur action peut être soutenue par une philosophie d'intervention qui leur est propre et ils peuvent poursuivre des objectifs particuliers qui viendront colorer la nature

des ensembles résidentiels. D'entrée de jeu, les ensembles résidentiels destinés aux personnes physiquement handicapées se distinguent des autres filières de personnes vulnérables (Itinérance, santé mentale, personnes âgées, etc.) par le fait que ce sont le plus souvent les personnes handicapées elles-mêmes (et leurs associations) qui agissent comme initiateurs et promoteurs.

Les initiatives nos 1 et 2 présentent un cas particulier. À l'origine, il s'agit d'un parent d'une jeune adulte handicapée qui, voyant son enfant perdre graduellement de l'autonomie, était à la recherche d'une alternative à la seule solution qui semblait se présenter à elle, soit l'hébergement dans un CHSLD. C'est alors qu'il interpella le bureau de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) de sa région qui, à l'époque, offrait un service de soutien aux acteurs du milieu désireux de travailler à l'élaboration de solutions collectives. Dans ces deux cas, l'OPHQ a donc joué un rôle central dans la mobilisation des acteurs du milieu qui, au total, ont donné naissance à cinq projets similaires dans la région sur une période d'environ cinq ans. Dans les initiatives nos 4 et 6, ce sont des personnes handicapées elles-mêmes qui ont interpellé leur association (organisme communautaire) afin que celle-ci s'implique afin de trouver une réponse à leurs besoins.

Logements adaptés et alternatives à l'hébergement

Nous l'avons vu plus haut, les initiatives du domaine de la déficience physique ne sont pas homogènes et elles ne visent pas toutes à répondre à un même besoin. Pour la moitié des cas que nous avons étudiés (cas nos 1, 2, 4 et 8), l'objectif visé était et reste le fait de trouver une alternative à l'hébergement en CHSLD. Ces projets sont issus de personnes qui vivent le plus souvent dans leur logement (ou chez leurs parents s'il s'agit de jeunes adultes), qui sont en lourde perte d'autonomie, qui reçoivent des services de soutien à domicile mais dont l'intensité requise ne leur permet plus de demeurer chez elles. En fait, comme on nous l'a expliqué, ces personnes font face à deux problèmes : un nombre d'heures de services insuffisant de la part du CLSC, d'une part, et la difficulté d'avoir accès à ces services au moment où elles en ont besoin, d'autre part, par exemple la nuit (entrevues nos 44 et 45). Dans ces circonstances, la seule avenue qui se présente à elles est le CHSLD. Ces projets s'adressent également à certaines personnes qui vivent déjà en CHSLD, mais qui souhaitent en sortir pour vivre une vie plus normale (entrevues nos 40 et 44). Cet extrait du document fondateur qui a donné naissance aux cinq projets de la même région dont nous avons parlé est éloquent sur l'objectif qui est poursuivi par ses promoteurs. Ainsi, par ce projet, on souhaite :

« permettre à chaque personne de mener une vie active quel que soit son âge et son niveau de capacités, d'acquérir une certaine maîtrise de leur vie et de leur environnement en exprimant leurs besoins et en participant activement à la prise en charge de ceux-ci tout en étant supportés au besoin (...) Les critères de base pour le projet tels que définis par les personnes handicapées initiatrices sont :

- *un logement (3 ½ ou 4 ½) individuel et accessible;*
- *l'assistance physique et l'aide domestique requise;*
- *service d'urgence disponible 24 heures sur 24;*
- *une cuisine communautaire.*

Ces critères trouveront leur réponse dans le projet de logement intégré, qui se présente comme une nouvelle ressource alternative d'habitation pour des personnes handicapées physiques. La réalisation du projet permet à chacune de ces personnes de vivre en logement individuel dans le

même immeuble afin de partager les services de maintien à domicile et autres services indispensables à leur autonomie résidentielle »¹⁴.

Le besoin à l'origine des initiatives nos 5, 6 et 7 est bien différent. En effet, ce n'est pas ici l'insuffisance de services de soutien à domicile qui a motivé le projet, mais bien l'absence ou le manque de logements adaptés pour des personnes handicapées vivant avec un fauteuil roulant, mais qui peuvent être relativement autonomes au plan des AVD et des AVQ. Ainsi, le but premier de ces initiatives a été de fournir des logements accessibles et adaptés aux personnes handicapées. La directrice d'un organisme communautaire que nous avons rencontrée raconte comment, dans cette ville, il y avait un problème important au plan de l'accessibilité, notamment pour les personnes handicapées à faible revenu, qui « habitaient le centre-ville dans des logements de mauvaise qualité et non adaptés à leur condition ». C'est ainsi que des membres de l'organisme ont interpellé le conseil d'administration pour que celui-ci travaille à un projet de logements « sans obstacle » (entrevue no 46).

L'initiative no 5 présente un cas similaire bien que particulier. En effet, cette initiative est d'abord née pour répondre aux besoins de personnes vivant avec un problème de santé mentale. En effet, dans le cadre des nouvelles orientations adoptées dans le domaine de la santé mentale, le CLSC avait mis sur pied, en collaboration avec des organismes communautaires, une équipe de « suivi dans la communauté » à l'intention de personnes vivant en logement. Or, on a tôt fait de se rendre compte que les personnes, vu leur situation financière précaire, vivaient dans des logements de mauvaise qualité voire insalubres dans certains cas. C'est alors qu'on a décidé de travailler à un projet de logement social et communautaire à l'intention de ces personnes. L'organisateur communautaire du CLSC affecté au dossier avait connaissance de besoins similaires pour les personnes handicapées. C'est alors qu'on a décidé de faire un projet qui inclurait également des logements sociaux pour les personnes handicapées (entrevues nos 19 et 31).

Il faut noter que ces projets s'adressent à des personnes qui sont relativement autonomes sur le plan des AVD et des AVQ et que, en ce sens, ils diffèrent considérablement des précédents. D'ailleurs, dans le cas de l'initiative no 7, il est bien spécifié dans les critères d'attribution des logements que, bien que tous aient besoin de services de soutien, « les locataires ne doivent pas nécessiter une surveillance et des soins d'assistance 24 heures/7 jours ». Ainsi, on voit bien que, dans ces initiatives, on est bien loin d'une alternative aux CHSLD.

Reste le cas no 3 qui s'adresse à des personnes qui ont subi un traumatisme craniocérébral, et qui constitue un cas particulier. Ce projet, initié par l'association des personnes traumatisées crâniennes de la région, vise à répondre aux besoins particuliers de ces personnes. Si, comme les personnes lourdement handicapées physiques, le besoin de services de soutien est très important (présence 24/7 notamment) et constitue, en fait, la raison première de ce projet, les services qui sont requis par les personnes sont, comme nous l'avons souligné, de nature très différente. Si certains locataires nécessitent de l'aide sur le plan des AVD et des AVQ, le besoin premier en est surtout un de surveillance et d'encadrement. D'ailleurs, en ce qui a trait aux AVD et aux AVQ, il est intéressant de noter que, dans la mission de l'organisme, on parle bien de personnes « autonomes ou en légère perte d'autonomie ». Selon un des interlocuteurs que nous avons rencontrés, c'est vraiment le besoin « d'encadrement » des locataires qui a justifié un tel projet qui, dans le secteur privé, « se faisaient mettre dehors » à cause de leurs comportements inadéquats ou inadaptés. En même temps, « ça prenait plus qu'un *coaching* une fois par semaine », d'ajouter notre interlocuteur (entrevue no 39). En somme, les problèmes d'ordre comportemental apparaissent comme étant une caractéristique majeure

¹⁴ « Résidence X. Projet de logements intégrés pour adultes avec déficience motrice : une ressource de maintien à domicile », version révisée du 11 décembre 1995, pages 1-4.

de beaucoup des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, et cela semble constituer, pour elles, un obstacle important à se loger sur le marché privé, d'où ce projet. Ainsi, on peut voir comment, dans le domaine de la déficience physique, les besoins à l'origine des projets peuvent être très différents, ce qui donnera lieu, par conséquent, à des configurations qui seront aussi différentes.

Les modèles de référence à la base des projets

On peut dire que les initiatives du domaine de la déficience physique que nous avons étudiées se sont inspirées essentiellement de deux modèles, et ce en fonction des besoins auxquels on cherchait à répondre. Dans le cas des initiatives qui s'adressent à des personnes lourdement handicapées, il semble bien que l'on se soit inspiré du modèle dit de l'*îlot résidentiel*, ou *îlot de services*. Selon un initiateur d'un des projets étudiés, ce modèle de services aurait été développé par le Centre de réadaptation (CR) Lucie-Bruneau à Montréal et remonterait aussi loin qu'au milieu des années 1970. Toutefois, selon notre interlocuteur, les premiers îlots de services étaient alors plutôt des « foyers de groupe ». Ce serait plus tard seulement que l'on aurait commencé à faire des îlots dans des immeubles à logements, assortis d'unités de supplément au loyer dont disposait le CR Lucie Bruneau¹⁵. Notre interlocuteur fait notamment référence à l'îlot Dupont, pour lequel le CR Lucie-Bruneau aurait pris des ententes avec les propriétaires d'un immeuble à logements pour que ceux-ci réservent un certain nombre de logements à l'intention de sa clientèle (entrevue no 45).

Essentiellement, l'îlot de services est un immeuble à logements occupé, en tout ou en partie, par des personnes handicapées et dans lequel sont regroupés les services de soutien dont elles ont besoin. Comme l'explique un de nos interlocuteurs, il s'agissait de « regrouper en un même endroit les heures de services auxquelles les personnes avaient droit du CLSC » (entrevue no 40) et, dans certains cas, de les augmenter (entrevue no 9). Ce modèle, assez répandu au Québec, peut comporter des variantes. Il peut s'agir d'un immeuble occupé en totalité par des personnes handicapées (cas nos 1, 2 et 8) ou encore d'un immeuble dans lequel les personnes handicapées n'occupent qu'une partie de l'immeuble (cas no 4). Par ailleurs, certains OSBL offrent eux-mêmes les services d'assistance (cas nos 1 et 2), tandis que d'autres font le choix de faire appel à un organisme externe : CSSS, EESAD; organisme communautaire (cas nos 4, 7 et 8). Si les cas que nous avons documentés sont tous des OSBL d'habitation, nous savons qu'il existe par ailleurs des cas où, dans cette même formule, les personnes handicapées occupent un logement dans un HLM (Proulx, 2002).

Sauf un cas, qui en l'occurrence est une initiative mixte regroupant des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, ces initiatives sont aussi fortement inspirées du « mouvement pour la vie autonome » (*Independent living movement*), dont la revendication principale est de pouvoir recevoir les services d'assistance dont les personnes ont besoin chez elles, et que l'on adapte leur environnement de façon à ce qu'elles puissent vivre normalement dans la communauté et avoir une participation sociale. Dans les initiatives que nous avons étudiées, cela se traduit concrètement par un fort accent qui est mis sur l'autonomie des personnes (comparativement à une approche de prise en charge que l'on retrouve dans les ressources d'hébergement) de façon à ce qu'elles mènent leur vie comme bon leur semble.

Notre deuxième cas de figure concerne les initiatives visant d'abord à permettre l'accès à un logement adapté, de qualité et à loyer modique. De façon évidente, le modèle de départ duquel les promoteurs se sont inspirés est celui du logement social et communautaire qui met notamment l'accent sur le soutien communautaire en logement social, la participation des locataires au conseil d'administration

¹⁵ Plusieurs centres de réadaptation en déficience physique au Québec disposent d'unités de supplément au loyer, qu'ils gèrent de la même façon que les offices municipaux d'habitation, et qu'ils peuvent mettre à la disposition de leurs usagers à revenu modeste qui désirent vivre en logement.

de l'organisme et, de façon plus globale, sur tous les aspects de la vie de l'organisme. Dans au moins deux de ces initiatives, on peut penser que les fédérations régionales d'OSBL d'habitation ont été un guide pour les promoteurs.

Dans le cas de l'initiative no 5, qui est une initiative mixte regroupant des personnes vivant avec un problème de santé mentale et des personnes vivant avec une déficience physique, il est évident qu'on s'est aussi inspiré de l'approche du « *supported housing* », telle que préconisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la région. Dans le rapport d'activité 1999-2000 de l'organisme, on reprend en effet cet extrait du « devis de programmation » de l'Agence de la santé (la régie régionale à l'époque) :

« Cette approche connue sous le terme de *supported housing* est fondée sur les concepts de choix individuels, de logements réguliers, de soutien flexible et d'intégration communautaire ». Le but est de « permettre à la clientèle cible d'accéder à un logement de son choix et offrir le support requis pour favoriser l'intégration dans la communauté »¹⁶. Cette approche est proche de celle dite du *Housing first* qui postule que l'offre de logement social permanent constitue une solution réalisable et plus favorable pour assurer la stabilité résidentielle et l'insertion sociale des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. L'accès aux logements est alors accordé sans prérequis reliés à l'état de santé de la personne et s'appuie sur le libre choix des personnes (Tsemberis *et al.*, 2004).

En somme, on constate que dans le premier modèle l'accent est mis davantage sur la disponibilité de services de soutien, indispensables par ailleurs, pour que les personnes puissent se maintenir en logement, tandis que dans le deuxième l'accent est mis davantage sur l'accès à un logement adapté et abordable et le soutien communautaire. Il est frappant de constater que dans le premier modèle cet aspect du soutien et de la participation communautaires est absent ou, à tout le moins, très marginal. Dans le premier modèle, les interfaces avec le réseau de la santé et des services sociaux sont aussi beaucoup plus importantes. Mais dans les deux cas nous sommes néanmoins tout à fait, au départ, dans l'univers du logement et non dans celui de l'hébergement.

Le modèle qui a inspiré les promoteurs de l'initiative no 3 est plus flou. En effet, dans les documents fondateurs, on trouve à la fois les expressions *ressource d'hébergement*, *milieu de vie substitut*, *logement* et *logement social* pour parler du projet que l'on souhaite réaliser. Les acteurs eux-mêmes tiennent un langage ambigu, évoquant tantôt une *ressource d'hébergement*, tantôt une *ressource d'habitation*. Cette ambiguïté se reflète d'ailleurs au plan des aménagements puisqu'on a opté ici pour des studios, une sorte d'*hybride* si l'on veut entre le logement complet et la chambre¹⁷.

En fait, par la présence importante des services de soutien qui apparaît ici comme étant l'aspect prédominant, cet ensemble immobilier se rapproche sans doute de l'îlot résidentiel. Il n'est pas exclu qu'on s'en soit inspiré puisque, selon un de nos interlocuteurs, un autre projet semblable était à l'époque en élaboration précisément dans la région où on retrouve cinq îlots résidentiels destinés aux personnes lourdement handicapées. Cette ressource se positionne clairement comme étant une alternative à l'hébergement. Toutefois, on ne retrouve pas l'influence du mouvement pour la vie autonome. Première initiative du genre au Québec à voir le jour à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, on voit bien qu'on est ici dans l'expérimentation, avec les tâtonnements que cela occasionne souvent.

¹⁶ Tiré du « Devis de programmation » décrivant le service d'appartements supervisés en santé mentale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région X, novembre 1998, p. 5.

¹⁷ À noter que les studios sont aussi dépourvus de cuisinière.

4.3.2 Les choix stratégiques et le rationnel des emprunts à l'univers de l'hébergement

Si, pour concevoir leur projet, les acteurs se sont inspirés de certains modèles, ils ont dû aussi les modifier ou les adapter de façon à répondre aux besoins particuliers des personnes qui occuperaient ces logements, ou encore pour faire face à des contraintes propres à leur réalité locale, financière ou autre. En d'autres termes, au-delà du modèle, ils ont été amenés à faire des choix qui forcément modifieront la configuration initiale du modèle et, le cas échéant, introduiront ou réduiront le degré d'hybridation de leur projet.

Cette section vise à mettre en lumière ces choix stratégiques qui ont été faits par les acteurs en présence et qui ont eu un impact sur la configuration des ensembles résidentiels. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés : aux services offerts directement par l'organisme; à une organisation de services impliquant une présence sur place 24 heures par jour et 7 jours par semaine; aux formules *tout inclus*; à l'aménagement de certains espaces communs; au regroupement exclusif de personnes handicapées physiques dans un ensemble résidentiel; aux logements de transition et aux logements réservés.

Le choix d'offrir les services soi-même

Nous l'avons évoqué plus haut, certaines initiatives ont fait le choix d'offrir les services d'assistance elles-mêmes, tandis que d'autres ont plutôt choisi de recourir à un organisme extérieur. Voyons d'abord quelques unes des raisons qui ont animé les organismes n'offrant pas directement des services. Pour les responsables du cas no 4, ce choix découle d'une certaine philosophie d'intervention où l'accès au logement est une chose et l'accès aux services de santé en est une autre, et que les personnes handicapées doivent pouvoir avoir accès à des services à domicile comme tout un chacun. « *Notre relation à nous, poursuit-il, c'est une relation propriétaire-locataire et qui passe par le bail. On est propriétaire, c'est tout* ». Ainsi, pour lui, une fois que les personnes handicapées ont leur logement « ce sont des locataires comme les autres » (entrevue no 38).

Les raisons évoquées par l'organisme no 6 semblent d'ordre à la fois pratique et philosophique. Avant de laisser l'offre de services à l'externe et prenant appui sur ce qui se faisait ailleurs, on a jonglé avec l'idée d'offrir, en plus du logement, les services d'assistance. « *Mais, de dire la coordonnatrice, on craignait que ce soit « trop lourd à porter* », faisant notamment référence aux problèmes de roulement de personnel qui leur avait été relaté. Puis, « *ça faisait assez institution, ajoute-t-elle, une chose que l'on ne voulait manifestement pas* » (entrevue no 46). Dans le cas de l'initiative no 7, on a aussi choisi dès le départ de ne pas se positionner comme un OSBL d'habitation avec services car « *les gens les recevaient déjà leurs services de soutien à domicile* » (entrevue no 9). Ainsi, pour les gens qui ont choisi cette approche, on a choisi de faire en sorte que les personnes reçoivent, comme toute personne qui vit à son domicile, les services auxquels elles auraient droit de toute façon, qu'elles vivent en OSBL d'habitation ou ailleurs. Cette approche se situe en droite ligne avec le Mouvement pour la vie autonome, et est conforme à la mission des OSBL d'habitation qui est de permettre l'accès à un logement abordable.

Ceci dit, d'autres ont fait le choix d'offrir eux-mêmes les services d'assistance. Il semble que cela tient au fait que les personnes nécessitent une présence 24/7, ce que ne pourrait pas offrir le CSSS. Cela dit, dans deux initiatives dans lesquelles on a jugé la présence 24/7 nécessaire, on a trouvé une autre avenue que d'offrir soi-même les services d'assistance. Dans un cas, les services d'assistance sont offerts en partie par une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) qui assure de nuit l'entretien des espaces communs, ce qui permet d'assurer une présence de nuit en cas d'urgence. Dans l'autre cas, on a créé un organisme communautaire dont la mission spécifique est d'assurer les services d'assistance aux locataires de l'immeuble. Cet organisme, contrôlé par les

locataires qui y reçoivent les services, occupe un « appartement de fonction » dans l'immeuble et y assure également une présence 24/7. Si cette façon de faire a l'avantage de bien distinguer les fonctions de gestion d'immeuble de celles de prestation de services (ce sur quoi nous revenons ci-après), les avantages apparaissent moins évidents au plan des aménagements et des représentations puisqu'elle reproduit, à toutes fins utiles, le mode de fonctionnement que l'on retrouve dans les OSBL qui ont fait le choix d'offrir eux-mêmes les services d'assistance.

Les formules tout inclus

Les formules, que l'on surnomme ici *tout inclus*, peuvent s'apparenter à l'univers de l'hébergement dans la mesure où le contrat de location lie à la fois le logement et une certaine offre de services de santé ou autres. Il peut s'agir de services d'alimentation ou d'entretien ménager, mais il peut s'agir aussi de services de surveillance, de soins personnels ou infirmiers, d'encadrement, de formation ou d'intervention prévus dans un plan d'intervention. L'emprunt principal à l'univers de l'hébergement tient au fait que le refus, pour un locataire, de payer ou de consommer les services prévus au bail peut entraîner la résiliation de celui-ci, ces services étant vus comme une condition à l'attribution du logement.

Nous avons vu que, dans l'initiative no 4, on a fait le choix de recourir à un organisme externe pour offrir les services d'assistance requis par les locataires. De cette façon, l'OSBL s'assure de bien distinguer les fonctions de gestion d'immeuble qui sont de son ressort de celles de prestation de services, qu'il juge qu'il n'a pas à assumer. Ces fonctions étant séparées, si un locataire refusait, par exemple, de recevoir tel ou tel service de la part de l'organisme externe, cela ne lui enlève pas son droit de conserver son logement.

La situation peut être différente lorsque l'OSBL d'habitation offre lui-même les services d'assistance et que ceux-ci sont inclus au bail. C'est le cas de la moitié des initiatives que nous avons étudiées. Toutefois, si le besoin de services constitue certes une condition à l'attribution du logement, dans aucun des cas ces services ne sont vus ici comme « obligatoires », au sens où le fait de refuser de recevoir un service ou de participer à des activités entraînerait la fin du bail. Dans le cas des initiatives nos 1 et 2, si les services de repas sont inclus dans le coût du loyer, les services d'assistance quant à eux sont offerts gratuitement, les OSBL bénéficiant d'une subvention de l'Agence régionale de santé et de services sociaux pour ce faire. De plus, dans les contrats de séjour auxquels nous avons eu accès, les services qui y sont décrits ne sont pas présentés comme étant obligatoires pour les locataires, mais bien comme étant les services auxquels ils ont droit. De fait, il n'y a pas d'obligation comme telle pour les locataires de recevoir ces services et, en fait, la question de l'obligation ne se pose pas puisque, vu leur condition, les locataires ont absolument besoin des services d'assistance pour pouvoir vivre en logement. Mais si c'était possible légalement, un locataire qui refuserait de recevoir les services conserverait son droit d'occuper le logement.

Le cas no 3, qui est une initiative destinée à des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, est plus ambigu. Les personnes doivent prendre un certain nombre de « services de base », que sont : tous les repas, « l'encadrement », un « système d'appel d'urgence dans chaque studio », des activités de « développement des habiletés sociales » et de loisirs, etc. Encore ici, ces services ne sont pas vus comme « obligatoires » par les promoteurs, au sens où le fait de refuser de recevoir un service ou de participer à des activités entraînerait la résiliation du bail. Toutefois, comme il y a un coût qui est rattaché à ces services, le locataire n'a pas la liberté de les prendre ou non, à tout le moins, il n'a pas le choix de déboursier pour ces services, même s'il ne souhaite pas en bénéficier. Mais, comme l'a dit l'un de nos interlocuteurs, si le locataire n'a pas besoin de ces services, « ce n'est pas sa place ici » (entrevue no 36).

Le cas no 5, qui concerne ici davantage les personnes vivant avec un problème de santé mentale, est néanmoins intéressant pour illustrer notre propos. Dans cette initiative, l'OSBL d'habitation est aussi l'organisme qui apporte les services de soutien aux locataires. Toutefois, inspirés de l'approche du *Housing first*, on a ici clairement fait le choix de bien séparer les fonctions de gestionnaire d'immeuble de celles de prestataire de services. Ainsi, les locataires ont ici pleinement le droit au maintien dans les lieux, et les services qu'ils reçoivent, s'ils en souhaitent, le sont sur une base tout à fait volontaire. Nous verrons plus loin que cette façon de faire apporte toutefois d'autres zones de tension.

En somme, on constate que des choix différents sont possibles quant à l'arrimage des fonctions de gestion d'immeuble et de prestations de services et que ces choix ont une incidence sur le degré d'hybridation. Mais, même dans les cas où les deux fonctions sont bien étanches, le droit au maintien en logement est tributaire du fait que, pour avoir accès à un logement à loyer modique, la personne « peut assurer, de façon autonome ou avec l'aide d'un soutien extérieur ou d'un proche-aidant, la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles »¹⁸. Cela signifie que, même dans le cas de l'initiative no 4 par exemple, la personne qui refuserait de recevoir les services qui lui sont requis pour pouvoir conserver son logement devrait démontrer sa capacité à se maintenir en logement et à assumer ses responsabilités de locataire. Par ailleurs, le fait de bien dissocier formellement les fonctions de gestion d'immeuble et de prestations de services, comme on l'a fait dans le cas no 4, par exemple, en recourant à un organisme externe pour la dispensation des services, ne garantit pas que ces deux fonctions seront, dans les faits, tout à fait étanches. Ainsi en est-il du cas no 8 où, en dépit du fait que la mission de l'OSBL d'habitation se limite formellement à la gestion du volet immobilier, les administrateurs (des parents) ne se gênent pas pour intervenir dans la gestion des services auprès des intervenants (entrevue no 16).

La présence sur les lieux 24/7

La majorité des initiatives que nous avons étudiées (cinq cas sur huit) assurent une présence sur place 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Cette disposition, qui vient forcément avec l'aménagement d'espaces à bureau pour des intervenants, peut faire penser à des contextes d'hébergement de type hospitalier, à la différence toutefois que dans les ensembles résidentiels étudiés les personnes occupent un logement complet et leur intimité est préservée.

Dans le cas des initiatives destinées aux personnes en perte importante d'autonomie, il s'avère que cette disposition est nécessaire, voire une condition essentielle à leur maintien dans leur domicile. Ces personnes sont en effet très dépendantes de services d'assistance dont elles ont absolument besoin si elles veulent vivre en logement : soins d'hygiène personnelle (aide pour le bain, laver les cheveux, les ongles, faire la barbe, habiller/déshabiller, etc.); aide à l'alimentation (préparation et/ou prise de repas); aide à la mobilité; transferts (du lit au fauteuil roulant, du fauteuil roulant aux toilettes, etc.); entretien ménager. De plus, elles peuvent avoir besoin d'aide à toutes heures du jour ou de la nuit.

Un de nos interlocuteurs, lui-même tenant du courant de Vie autonome, souligne l'importance qu'a pour lui cette disponibilité de services d'assistance à toutes heures du jour ou de la nuit. Il raconte que de pouvoir se déplacer à l'heure où il en a besoin, de pouvoir se lever à l'heure où il doit le faire, s'il travaille par exemple, constitue une condition à une pleine participation sociale. « *Si j'ai besoin d'aide pour mettre mon manteau à 2 heures de l'après-midi pour aller à un rendez-vous, j'ai besoin d'aide à ce moment-là, pas à 5 h 00* », donne-t-il en exemple (entrevue no 45). C'est ce qu'on

¹⁸ Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique, article 14, 2^e alinéa.

appelle, dans ces îlots résidentiels, les services *sur appel* par opposition aux services *prévisibles* (repas, bain, coucher, etc.). Dans ces cas, on peut dire que bien que la présence 24h/7 constitue un emprunt à l'univers de l'hébergement, cet emprunt permet la réalisation de son autonomie en contexte de logement.

On voit comment cette présence sur place 24 heures par jour et 7 jours par semaine constitue un incontournable pour ces personnes, même s'il introduit du coup des caractéristiques qui nous rapprochent de l'univers de l'hébergement. Dans un des cas que nous avons documentés, cet aspect est encore accentué par le plan d'intervention qui, s'il constitue d'abord un outil indispensable de gestion des heures de soutien à domicile alloués aux locataires, introduit une rigidité dans la façon dont les services sont dispensés, ce qui en fait une offre de services très encadrée et standardisée telle qu'on la retrouve en CHSLD. D'autres, au contraire, ont fait un choix différent où la flexibilité constitue une valeur de base qui permet aux personnes de vivre le plus librement possible. Ainsi, « *si une personne veut se coucher à deux heures du matin, elle peut le faire* », raconte l'une de nos interlocutrices. « *Ici, c'est le 5 étoiles, c'est la liberté totale* », poursuit-elle pour bien montrer que, sauf pour les repas et pour les bains où il y a un horaire, les gens peuvent vivre, à tous fins utiles, comme tout le monde (entrevue no 35), ce qu'ils souhaitent par dessus tout. Ces deux exemples illustrent bien comment les choix qui sont faits par les acteurs en présence modulent les attributs respectifs de l'univers du logement et de l'univers de l'hébergement que l'on retrouve dans les OSBL d'habitation avec services.

L'aménagement d'espaces communs

L'aménagement d'espaces communs dans l'immeuble à logements peut également avoir pour effet de reproduire, dans une certaine mesure, la ressource d'hébergement. Ainsi dans cinq initiatives on a aménagé une salle à manger où les repas peuvent être pris en commun. Dans certains cas, cette salle à manger s'avère nécessaire car, selon des interlocuteurs interrogés, des locataires seraient incapables de se faire à manger. Avec la salle à manger vient l'obligation, pour les locataires, d'acheter un certain nombre de repas par semaine. Dans certains cas, les locataires doivent acheter tous leurs repas de la semaine (sauf les petits déjeuners).

Dans d'autres, toujours dans le but de soutenir l'autonomie et l'indépendance des personnes, on a fait le choix de limiter au minimum le nombre de repas que les personnes doivent obligatoirement acheter. De même, dans la plupart des cas, si les personnes doivent acheter un minimum de repas par semaine elles peuvent toutefois les consommer dans leur logement plutôt qu'à la salle à manger. Dans une initiative, on avait prévu au départ que les locataires ne seraient tenus d'acheter que trois repas par semaine. Mais, après un certain temps, on a dû, pour des raisons de rentabilité, obliger les locataires à acheter 14 repas par semaine, ce qui a créé, semble-t-il, beaucoup d'insatisfaction chez les locataires (entrevue no 1). Ainsi, on voit comment cette obligation peut être perçue comme une contrainte à la liberté, un attribut important de l'univers du logement.

On a fait le choix, dans certaines initiatives, d'aménager une salle de séjour avec téléviseur et jeux de société où les personnes peuvent se rencontrer pour socialiser. Ce choix semble avoir été influencé par la cohabitation avec des clientèles autres (déficience intellectuelle) ou, dans cet autre cas, d'une initiative s'adressant aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. On sait que la présence d'une salle de séjour est une des caractéristiques des initiatives du domaine de la déficience intellectuelle, qui est vue comme une façon de briser l'isolement des locataires.

Les initiatives s'adressant strictement à des personnes vivant avec une déficience physique semblent avoir fait le choix contraire. Ainsi, aucune n'offre de salle de séjour, un choix qui semble avoir été motivé par un souci d'autonomie des locataires et de normalisation. « *On ne s'occupe pas de la vie*

sociale des gens, ce n'est pas notre rôle », de dire l'un de nos interlocuteurs (entrevue no 40). Une autre ajoute qu'on ne voulait pas reproduire quelque chose qui s'apparenterait à une résidence, « *comme la Résidence X ici à côté, ce n'est pas ce que les gens voulaient, on ne voulait pas que ça devienne ça* » (entrevue no 44). Par ailleurs, dans certaines initiatives on a aménagé une salle communautaire dont l'objectif n'est pas de faire en sorte que les locataires socialisent ensemble, mais bien de faire des réunions de locataires de façon à favoriser leur participation à la vie de l'organisme.

Le regroupement des personnes dans un même immeuble

On l'a vu plus haut, les ensembles résidentiels à l'étude offrent aussi des configurations variées en ce qui a trait à la cohabitation ou non avec d'autres catégories de ménages. Les cas nos 1, 2, 3 et 6 sont des ensembles exclusifs qui n'abritent que des personnes handicapées physiquement. Les quatre autres cas sont des initiatives mixtes dont trois regroupent des personnes physiquement handicapées avec, selon le cas, des personnes déficientes intellectuelles ou des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Le dernier cas est un ensemble mixte où se côtoient des personnes handicapées et des ménages familiaux ou des personnes seules. En cela, on peut distinguer deux types de mixité : une première où la mixité se résume à une cohabitation entre personnes handicapées; une autre, où l'immeuble permet une cohabitation avec des ménages de tout ordre et qui n'ont pas nécessairement de besoins particuliers.

A l'examen, il semble que le fait de regrouper des personnes handicapées dans un même immeuble ne soit pas le modèle optimal, notamment du point de vue des personnes handicapées elles-mêmes. Pour plusieurs, en effet, le fait de regrouper des personnes handicapées dans un même immeuble peut créer un effet *ghetto* et, à la limite, un effet *institution*. Cette impression peut encore être renforcée quand, dans un immeuble de 12 logements par exemple, tous sont équipés d'un lève-personne. Comme le souligne la directrice de l'un de ces îlots résidentiels exclusifs, ce modèle n'est pas forcément souhaité par toutes les personnes vivant avec une déficience physique sévère et certaines ne veulent pas venir y vivre. « *Il y en a, dit-elle, qui ne veulent pas être associés aux personnes handicapées* » et qui préfèrent un certain anonymat (entrevue no 35). « *Plus encore, ajoute-t-elle, ces personnes préféreraient vivre en logement ordinaire dans la communauté, même si cela signifie pour elles qu'elles devront se plier à l'horaire de l'intervenante du CSSS* ». Une autre intervenante souligne que, « *si on avait pu faire un projet mixte, on aurait préféré. Mais, entre ça et le CHSLD...* » (entrevue no 44). Dans au moins deux autres initiatives, des personnes auraient refusé d'aller vivre dans ces immeubles pour éviter cet effet *ghetto* (entrevues nos 19 et 43).

Cette situation est vécue avec beaucoup d'acuité dans l'initiative no 5 qui, rappelons-le, regroupe des personnes vivant avec un problème de santé mentale et des personnes vivant avec une déficience physique. Dans cette initiative, où l'immeuble est situé dans une petite ville où l'anonymat est plus difficile à préserver, on admet volontiers que l'immeuble est bien identifié dans la communauté, *stigmatisé* pour reprendre les propos d'une intervenante, parfois même nommé comme étant le « *bloc des fous* », et ce, malgré les efforts qui sont faits par les responsables pour briser ces préjugés dans le voisinage et la communauté (entrevue no 25). De surcroît, dans cette initiative, trois organismes communautaires ont pignon sur rue dans l'immeuble même. Le fait que les organismes communautaires qui apportent différents types de soutien ou d'aide aux locataires occupent aussi l'immeuble ne fait qu'accentuer cette impression que l'on a que ces gens vivent à part des autres. On se dit conscient d'ailleurs que le fait que les organismes soient dans l'immeuble n'aide pas à l'intégration dans la communauté puisque les personnes n'ont pas besoin de sortir. « *Il y trop d'organismes ici, ils ont tout* », de dire une intervenante (entrevue no 25).

Ainsi, on voit comment le fait de regrouper les personnes handicapées dans un même immeuble peut porter ombrage à la philosophie portée par le mouvement pour la vie autonome et constituer, de fait,

une source d'hybridation. Pour éviter ce phénomène, certains promoteurs de projets ont fait d'autres choix. Ainsi en est-il du cas no 6 où, selon notre interlocutrice, cette question a été l'objet de préoccupations. Elle souligne qu' « au départ, on souhaitait faire des projets mixtes ». « Toutefois, ajoute-t-elle, ce qui primait, c'était la question de l'accessibilité architecturale, de sorte qu'il devenait difficile de penser à des projets vraiment mixtes. Ainsi, une façon de contourner le problème, ou du moins d'amoindrir cet effet ghetto, a été de faire de petits immeubles, de sorte que, plutôt de construire un immeuble de 16 logements, on a plutôt opté pour quatre immeubles de quatre logements » (entrevue no 46).

Cette question de la mixité a aussi été très importante pour les promoteurs de l'initiative no 4. « En fait, raconte l'un des partenaires (au départ, on regardait pour créer un OSBL d'habitation qui, au fond, aurait la double mission : gérer le volet immobilier d'une part; et offrir les services d'autre part. Mais la difficulté à trouver un terrain disponible aurait amené le GRT à proposer aux promoteurs de se joindre à un autre projet d'habitation communautaire destiné à des familles et des personnes seules en cours d'élaboration et sur lequel travaillait déjà le GRT. Selon notre interlocuteur, cette avenue s'avérait encore plus intéressante pour eux du fait, justement, qu'elle permettait une mixité sociale ». C'est ainsi que l'on a conçu un projet dans lequel les personnes handicapées occupent 10 logements dans un immeuble à logements qui en compte 70. Un locataire à qui nous avons rendu visite, qui est l'un des membres fondateurs du projet et qui habitait auparavant dans un îlot résidentiel composé exclusivement de personnes handicapées a confirmé cette importance qu'il accordait à la mixité. Toutefois, pour faciliter la dispensation des services, les 10 logements sont regroupés sur les deux premiers étages de l'immeuble (entrevues nos 45 et 49)

Enfin, il est utile de souligner que plusieurs de nos interlocuteurs ont évoqué le fait que cette impression de *ghetto* n'est pas forcément vécue par tous les locataires qui habitent ces immeubles dans lesquels ils sont regroupés et que tous ne sont pas affectés par cette situation (entrevues nos 19, 44 et 46). Il faut rappeler également que dans le cas des initiatives qui s'adressent aux personnes qui sont lourdement handicapées, le but du projet était justement de regrouper les heures de services de façon à assurer aux personnes une plus grande accessibilité et une plus grande flexibilité. Sans doute que, pour plusieurs, cet avantage dépasse les inconvénients.

Les logements de transition

Dans deux des cas que nous avons documentés, on a fait le choix d'introduire des logements de transition. Dans le premier cas, il s'agit de trois unités de transition sur 21 unités de logement dans l'initiative destinée aux personnes ayant subi un TCC. Ces trois unités de transition ont vu le jour suite à une entente conclue avec le centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) de la région, dans laquelle il est stipulé que « la durée de l'hébergement ne doit pas excéder 6 mois ». Il est ici intéressant de noter que cette entente avec le CRDP est nouvelle (elle est datée d'avril 2011) et qu'au moment du dépôt du projet dans le cadre du programme AccèsLogis, il n'était pas du tout question d'unités de logement transitoires (le projet a vu le jour en 2006). En fait, il importe de souligner que cette entente avec le CRDP est survenue dans un contexte particulier, à savoir dans un contexte où l'OSBL a connu des difficultés financières majeures et où seulement neuf de ses 21 unités de logement étaient occupées. On comprend que cette entente avec le CRDP, par laquelle celui-ci verse à l'OSBL un montant annuel substantiel, a fait partie d'une stratégie visant à retrouver l'équilibre financier dans ce qui apparaît avoir été une véritable opération de sauvetage. Toutefois, un de nos informateurs au fait des débuts du projet soutient que, même au départ, les promoteurs n'excluaient pas l'idée d'avoir quelques logements de transition (entrevue no 39).

Le deuxième cas où l'on trouve des logements de transition est l'initiative no 5 qui est une initiative mixte regroupant à la fois des personnes vivant avec un problème de santé mentale et des personnes

vivant avec une déficience physique. Dans ce cas, on ne trouve toutefois qu'un seul logement transitoire sur un total de 28 unités de logement, un logement de taille 4 ½ qui peut accueillir deux personnes, dont le but est « d'éviter l'hospitalisation ». Jusqu'à présent, les séjours y ont été d'une durée « de un mois à un an » (entrevue no 25).

Les logements réservés

Enfin, il y a un autre élément qui a fait l'objet d'un choix de la part des promoteurs des initiatives étudiées et qui est source d'hybridation. En fait, il s'agit même ici d'un choix qui contrevient tout bonnement aux normes du programme AccèsLogis. En effet, dans deux des initiatives que nous avons étudiées, des unités de logement sont réservées pour la clientèle provenant d'un organisme du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le premier cas, il s'agit des trois unités de transition dont nous avons parlé précédemment (cas no 3), lesquelles sont destinées à la clientèle du centre de réadaptation. Il s'agit d'une entente conclue en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux par laquelle l'OSBL s'engage à mettre à la disposition du CRDP trois studios pour les seules fins de sa clientèle et d'y délivrer les services d'assistance requis et déterminés dans le cadre d'un plan d'intervention. Si pour ses 18 autres unités de logement l'OSBL est maître de sa liste de requérants et que les personnes peuvent s'adresser directement à lui pour accéder à un logement, les personnes qui occupent les trois studios réservés doivent être « référées par le centre de réadaptation » et répondre à des critères d'admissibilité qui ont toutefois été définis conjointement.

L'autre cas est celui de l'initiative no 4. Dans cette initiative, nous avons évoqué plus haut que cet OSBL avait fait le choix de ne pas offrir lui-même les services d'assistance requis par les personnes. Pour ce faire, l'organisme communautaire à la base du projet a donc décidé de créer un OSBL dédié spécifiquement aux fins de délivrer les services d'assistance aux 10 personnes qui occupent ces logements que L'OSBL d'habitation a bien voulu mettre à la disposition des personnes handicapées. Dans les faits, et bien qu'il n'y ait pas encore à ce jour d'entente signée entre les deux parties (on nous dit que c'est pour bientôt), ces 10 logements sont réservés à l'usage exclusif de l'organisme communautaire qui délivre les services, ce qui semble contrevénir aux normes du programme AccèsLogis. On pourra rétorquer que cet organisme communautaire n'est pas un établissement de santé et de services sociaux au sens de la loi, il n'en constitue pas moins un organisme dont la mission est clairement du domaine de la santé et des services sociaux¹⁹. De plus, les services d'assistance qu'il dispense sont financés à 100 % par le CSSS en vertu d'une entente de services. Ainsi, on peut sans doute avancer que cette norme ne s'en trouve pas moins bafouée ici, à tout le moins dans son esprit.

La façon dont ces dix logements sont attribués vient sans doute renforcer cette affirmation. En effet, dans cette initiative, l'OSBL d'habitation a remis entièrement la responsabilité de la sélection des locataires pour ces dix logements à l'organisme communautaire qui a par conséquent son propre comité de sélection, avec ses propres critères et sa propre liste des requérants. Autrement dit, dans cet OSBL d'habitation, il y a deux processus de sélection distinct : un pour les locataires de l'OSBL d'habitation; et un autre pour les locataires de l'organisme communautaire. Ainsi, l'OSBL d'habitation n'intervient aucunement dans le processus de sélection des locataires en provenance de l'organisme communautaire qui contrôle donc totalement sa liste d'attente et la sélection des locataires.

¹⁹ La mission de l'organisme est de « permettre à 10 personnes ayant une déficience motrice de vivre en logement de façon autonome avec des services optimisés de soutien à domicile 24 heures par jour et 7 jours par semaine ».

Ceci n'est pas sans rappeler la façon de procéder avec les logements de catégorie C en HLM. Le logement de catégorie C en HLM est destiné à « une personne qui a besoin d'installations spéciales ou d'assistance personnelle sur place, à l'exclusion de services alimentaires, en raison de son état physique, affectif ou psychosocial »²⁰. Dans ces cas, l'Office municipal d'habitation (OMH) conclura une entente avec un organisme (public ou communautaire) qui sera en mesure d'assurer les services de soutien dont les locataires ont besoin. Comme dans le cas qui nous occupe ici, cet organisme détermine lui-même ses critères de sélection et gère seul sa liste d'attente, l'OMH se limitant à s'assurer que la personne répond aux critères d'attribution pour un logement à loyer modique (citoyenneté canadienne, seuil de revenu, etc.). À noter également que, dans le logement de catégorie C en HLM, l'OMH s'assurera que les futurs locataires s'engagent par écrit à accepter de recevoir les services de soutien de l'organisme partie à l'entente et que cet engagement écrit est réputé faire partie du bail.

Conclusion

On le voit, dans l'élaboration de leur projet, les promoteurs sont appelés à faire différents choix, lesquels peuvent avoir une incidence sur le degré d'hybridation des initiatives. Ces différents choix ont pour but de répondre aux besoins particuliers des personnes visées par le projet ou encore de faire face à certaines circonstances particulières et ils peuvent être guidés par certaines valeurs ou par certains principes auxquels on tient. Mais, ce faisant, il arrive que ces choix soient en contradiction avec les attributs de l'univers du logement, ce qui contribue justement à faire de ces initiatives des hybrides.

4.3.3 Les facteurs d'hybridation

Ce qui précède nous fournit la matière nécessaire pour nous permettre maintenant d'identifier quels sont les facteurs qui sont à la source des lieux d'hybridation que nous avons identifiés dans les initiatives du domaine de la déficience physique. Nous en avons identifié essentiellement cinq.

Le degré d'intensité des services requis par les locataires

Il ne fait aucun doute que le degré d'intensité des services qui sont requis par les locataires constitue un facteur important d'hybridation et sans doute même le plus important. Il est facile de constater que les initiatives qui sont les plus hybridées sont celles qui s'adressent à des personnes qui ont des besoins de services importants. Cela se reflète dans les aménagements, dans les conditions d'attribution des logements et, bien sûr, dans l'offre et l'organisation des services. Mais ce qui contribue par-dessus tout à faire de ces initiatives des hybrides est sans doute le fait que les logements sont regroupés dans un même immeuble. En effet, on ne parlerait sans doute pas d'hybridation dans le cas d'une personne qui occuperait un logement ordinaire dans la communauté bien qu'elle reçoive de son CLSC par exemple, 40 heures de services par semaine et bien que son logement soit doté d'un lève-personne. Ce qui fait de ces initiatives des hybrides, c'est le fait que les logements soient regroupés dans un même immeuble, qu'il y ait sur place du personnel en permanence, un bureau et des espaces communs ce qui, au plan des représentations, peut donner l'impression de se retrouver dans un modèle d'hébergement. Il est par ailleurs intéressant de constater que l'intensité des services qui est requise par les locataires ne se reflète pas dans les conditions de séjour qui sont, comme on l'a vu, celles de tout citoyen ordinaire qui malgré ses limitations et l'assistance qui est nécessaire peut vaquer comme tout le monde à ses activités.

²⁰ Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique, article 6.

Les acteurs en place

Il ne fait aucun doute que les personnes en poste de responsabilité (promoteurs, directrices, partenaires) jouent un rôle déterminant dans la configuration des initiatives et par conséquent sur les dynamiques d'hybridation. Ils sont en effet porteurs d'une vision ou de valeurs qui influent sur les choix qui sont faits. Par exemple, dans les cas nos 1 et 4, on insiste beaucoup sur les notions d'autonomie et d'indépendance (par opposition à une approche de prise en charge), ce qui fait en sorte qu'on sera vigilant pour préserver au maximum les attributs du logement. À l'inverse, dans les cas nos 2 et 8, une attitude plus *maternante* où la difficulté à sortir des modèles appris, qui sont souvent ceux de l'hébergement (*path dependance*), feront en sorte que l'on aura tendance à reproduire, en logement, des pratiques propres aux milieux d'hébergement. De même, lorsqu'on se définit davantage comme un organisme *santé* plutôt que comme un OSBL d'habitation, il peut être difficile de se défaire de certains réflexes. En fait, le rôle des acteurs en place est sans doute encore plus déterminant que la lourdeur des incapacités des personnes et de l'intensité des services comme tels puisque, même dans des initiatives destinées à des personnes très lourdement handicapées, on a été en mesure de préserver au maximum les attributs de l'univers du logement.

L'influence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Dans la même veine, l'influence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux peut parfois se faire lourdement sentir, en important en contexte de logement, des pratiques ou des approches issues du monde de la santé, par exemple le logement de transition avec plan d'intervention/réinsertion obligatoire. Aussi, dans le cas no 5, on a vu que ce sont les orientations régionales en santé mentale qui ont été à la base du projet. Il faut noter ici toutefois que ce facteur n'est pas typique de la filière « déficience physique ». En effet, les trois cas où l'on retrouve cette influence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux sont les cas mixtes qui regroupent, d'une part, des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et, d'autre part, des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Notons aussi le cas no 3 qui s'adresse à des personnes ayant subi un TCC et dont le profil de besoin des locataires se rapproche davantage, comme on l'a vu, du profil des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

Les pressions budgétaires

Les pressions budgétaires vont parfois amener les promoteurs à devoir faire des choix qu'ils n'auraient pas souhaités et qui seront sources d'importation d'attributs de l'univers de l'hébergement. Le cas no 7 en est un bon exemple où, pour des raisons de rentabilité, on a dû passer de 3 à 14 repas obligatoires pour les locataires. Mais plus fondamentalement, il faut se rappeler que dans cette initiative, il ne devait même pas y avoir au départ ni de salle à manger ni d'espaces communs. Ces espaces communs ont été ajoutés à la suggestion du GRT afin de rentabiliser le projet et plus particulièrement pour rendre acceptable et possible la part du milieu au financement du projet, sans quoi celle-ci se serait avérée trop élevée. Le cas no 2 constitue un autre exemple dans lequel une gestion très serrée du plan d'intervention et des horaires plus rigides ont dû être introduits vu les ressources financières limitées dont dispose l'OSBL. Mais le cas no 3 est ici sans doute le plus éloquent, où des difficultés financières majeures ont amené les responsables à devoir faire des choix importants et lourds de conséquence en matière d'hybridation : entente de services avec le centre de réadaptation en vertu de laquelle trois studios de transition sont réservés à la clientèle du CRDP; admission de la clientèle de la SAAQ et de la CSST qui, parce qu'elle reçoit une prestation de l'un de ces organismes, est en mesure de payer pour les services de soutien, mais qui ne se qualifie pas au

supplément au loyer alors que la totalité des unités sont prévues pour des personnes à revenu faible ou modeste.

Les normes d'AccèsLogis

En soi, le programme AccèsLogis est lui-même porteur d'hybridation en favorisant des projets de logements avec services (volets II et III), et ici des projets où l'intensité de services est souvent très élevée. Dans les cas nos 1, 2, 4 et 8, une partie importante des locataires vivrait en CHSLD sans cette initiative. Le programme AccèsLogis est aussi porteur d'hybridation en ce qu'il permet la construction de logements de transition qui, souvent assortis d'un plan d'intervention/réinsertion obligatoire, sont en porte-à-faux avec le principe du maintien dans les lieux et, plus globalement, avec les attributs du logement social et communautaire. Dans le cas no 7, c'est la norme relative à la part de financement en provenance du milieu qui a été à la source de l'hybridation qui dans ce cas s'avérait trop élevée pour ce petit milieu situé en zone rurale.

Conclusion

En somme, on constate que plusieurs facteurs peuvent être à la source de l'hybridation. Dans le domaine de la déficience physique, il ne fait aucun doute que l'intensité des services qui est requise par les personnes qui sont lourdement handicapées constitue la principale source d'hybridation. Par ailleurs, la posture philosophique adoptée par les acteurs en place (promoteurs, partenaires) joue aussi un rôle déterminant dans la configuration des projets, soit en minimisant les impacts de cette source d'hybridation en protégeant le plus possible les attributs de l'univers du logement, soit au contraire en reproduisant des modes de prise en charge propres à l'univers de l'hébergement. Mais des facteurs plus structurants entrent aussi en ligne de compte telles les normes du programme AccèsLogis et les pressions budgétaires qui, parfois, vont forcer les promoteurs à faire des choix qu'ils n'auraient pas souhaités.

4.3.4 Opportunités et enjeux

Nous avons vu qu'essentiellement les promoteurs des initiatives du domaine de la déficience physique se sont inspirés de deux modèles et que ces modèles étaient en lien direct avec le profil des futurs locataires. Ainsi, pour les personnes plus lourdement handicapées, on s'est inspiré du modèle dit de l'îlot résidentiel, tandis que c'est le modèle du logement social et communautaire qui a inspiré les promoteurs pour les initiatives destinées aux personnes handicapées plus autonomes. Pour les premières, il ne fait aucun doute que ces initiatives constituent une opportunité très intéressante, soit celle de pouvoir vivre chez elles, en logement, et non pas d'être condamnées à vivre en CHSLD. Un parent a exprimé clairement l'opportunité que représente pour son fils le fait de vivre dans cet îlot résidentiel : « *mon fils serait en CHSLD* » s'il n'y avait pas cette opportunité. Quand on sait que son fils en question n'a pas encore 30 ans, on l'imagine en CHSLD, avec des personnes de 85 ans et plus en lourde perte d'autonomie et avec des pertes cognitives importantes, et on comprend la chance qu'il a de vivre en logement. Dans une recherche antérieure au Larepps, nous avons d'ailleurs mis en évidence cette situation de jeunes personnes de 35 ou 40 ans atteintes d'une maladie dégénérative et qui, faute de ressources adaptées, se retrouvent en CHSLD (Proulx, 2002).

En combinant logement et accès aux services dont les personnes ont besoin, on peut dire que ce type d'initiative constitue une solution adaptée aux besoins des personnes et au contexte d'aujourd'hui et permet de répondre au souhait des personnes handicapées, qui est de vivre en logement et non pas en ressource d'hébergement. Il procure ainsi aux personnes qui y vivent beaucoup plus d'autonomie et

d'indépendance. Il procure également une qualité de services supérieure (un bain par jour, par exemple), mais aussi et peut-être surtout une plus grande flexibilité dans leur vie (se lever, se coucher à l'heure qu'elles veulent), bref une meilleure qualité de vie et une vie plus normalisante. En somme, il s'agit en quelque sorte d'un *modèle* taillé sur mesure à leur condition, un modèle qui permet aux personnes d'avoir toute l'intensité des services dont elles ont besoin, et ceci, tout en conservant la possibilité de vivre une vie indépendante. Il n'est sans doute pas faux de dire qu'au Québec le modèle de l'îlot résidentiel constitue même une innovation sociale. En effet, depuis les premiers îlots développés par le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau à Montréal au milieu des années 1970, ce modèle a été repris avec différentes variantes, dans plusieurs régions du Québec. Il a aussi inspiré des initiatives dans le domaine de la déficience intellectuelle (Proulx, Ducharme et Grenier, 2013, à paraître). Comme nous l'avons vu précédemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux a par ailleurs reconnu ce type d'initiative dans ses orientations ministérielles en déficience physique (MSSS, 2003b) ainsi que dans sa politique de soutien à domicile (MSSS, 2003a).

Ceci dit, comme il a été noté précédemment, le modèle de l'îlot résidentiel ne constitue pas une réponse universelle aux besoins des personnes lourdement handicapées, certaines préférant le logement ordinaire avec services du CSSS, d'autres préférant même le CHSLD, un milieu qu'elles jugent plus sécuritaire (entrevue no 35). Il ne constitue pas non plus une « garantie à vie » dans la mesure où, généralement, le nombre d'heures de services qu'elles peuvent recevoir est plafonné autour de 44 heures par semaine²¹, au-delà desquelles le placement en CHSLD deviendra incontournable (entrevue no 45). On peut penser toutefois que cette limite touche surtout les personnes ayant une maladie dégénérative. Pour celles ayant une condition stable (sauf le vieillissement normal), cette « limite » a sans doute peu d'impact pour elles.

Enfin, même si dans les entrevues que nous avons menées c'est surtout la question de l'accès aux services qui a été prédominant, ce type d'initiative donne aussi accès à ses locataires à un logement abordable et à un environnement adapté, ce à quoi ils auraient plus difficilement accès s'ils vivaient dans un logement individuel. En effet, dans le cadre du programme AccèsLogis on peut prévoir les adaptations architecturales pour les personnes handicapées et elles peuvent être subventionnées jusqu'à hauteur 8 000 \$ par unité de logement « dans les cas où des adaptations au logement sont nécessaires et justifiées »; le coût est inclus dans les dépenses admissibles du projet via le programme *Subvention pour personne handicapée* (SHQ, 2008 : chapitre 7, p. 3).

Par ailleurs, l'accès à un logement abordable et adapté, basé sur le modèle du logement social et communautaire a été, comme on l'a vu, le leitmotiv dans les initiatives destinées à des personnes handicapées plus autonomes, leur permettant ainsi de vivre dans de meilleures conditions de logement. Cela est vrai également pour l'initiative regroupant des personnes aux prises avec un problème de santé mentale (cas no 5) qui, avant le projet, vivaient dans de médiocres conditions de logement.

Un paradoxe intéressant

Pour les initiatives qui s'adressent à des personnes qui sont plus lourdement handicapées, elle apparaissent d'autant plus intéressantes qu'on mise sur la plus grande autonomie possible des locataires, pour la majorité d'entre elles du moins. Ainsi, « on ne fait pas à la place de », de dire une interlocutrice (entrevue no 35) et, loin d'une dynamique de prise en charge, les locataires sont invités à faire eux-mêmes tout ce qu'ils peuvent faire, avec leurs incapacités, le personnel ne faisant que suppléer à ce qu'ils ne peuvent vraiment pas accomplir eux-mêmes. En fait, ce qui est frappant dans ces initiatives c'est que malgré la lourdeur de leurs incapacités, les personnes sont relativement

²¹ Le nombre d'heures peut varier selon les régions.

autonomes, c'est-à-dire qu'elles gèrent elles-mêmes (ou avec de l'aide de parents ou de proches) tous les aspects liés à leur vie en logement (faire leur épicerie; payer leurs comptes; s'occuper de leurs finances personnelles), et qu'elles sont totalement indépendantes en ce qui a trait à leur mode de vie (leurs sorties, leurs activités quotidiennes, etc.). Il est intéressant de constater que dans une de ces initiatives, la piste cyclable passe juste à côté de l'immeuble, de sorte que les personnes, en fauteuil roulant, peuvent l'utiliser facilement pour vaquer à leurs occupations, ce qui leur procure une grande liberté de mouvement.

Un autre aspect qui étonne dans ces initiatives est que malgré le fait que l'intensité de services qui est requise par les locataires soit très élevée, les services que les personnes reçoivent ne sont pas continuels, c'est-à-dire qu'ils en bénéficient à des moments très précis de la journée et cela fait, elles vivent une vie pratiquement comme tout le monde. Ces moments sont essentiellement le matin, au moment du lever, pour le transfert du lit à la salle de bain, au fauteuil roulant, aide à l'habillage, etc., à l'heure du midi si la personne a besoin d'aide pour préparer son repas, puis pour le repas du soir et le coucher. Bref, le service est donné sur appel et les préposées ne sont pas continuellement dans l'appartement de la personne. En somme, même si les locataires sont totalement dépendants pour certaines activités aussi essentielles que se lever, aller aux toilettes, s'habiller, ils sont complètement autonomes en ce qui a trait à leur mode de vie. Cela se manifeste également, comme nous l'avons vu précédemment, dans la grande souplesse des horaires qui fait en sorte que les personnes peuvent se coucher et se lever à l'heure qui leur plaît, vaquer à leurs occupations comme bon leur semble, vivre une vie totalement indépendante tout en étant fortement dépendantes des services qu'elles reçoivent.

Voilà sans doute là le grand paradoxe de la filière « déficience physique », et il s'agit là sans doute de son principal mérite, à savoir qu'on se trouve en présence d'initiatives dans lesquelles l'intensité des services est très élevée, proche de celle que l'on retrouve en CHSLD même, mais dans lesquelles les attributs du logement sont en très grande partie préservée. En fait, l'importance qu'on accorde à l'autonomie des locataires dans ces initiatives et, plus globalement, à la préservation maximale des attributs du logement, finit pratiquement par éclipser ou faire oublier les attributs associés généralement davantage à l'univers de l'hébergement, et fait en sorte qu'au final, on se retrouve avec des initiatives qui sont ce qu'on pourrait appeler de *beaux hybrides*. Sans doute faut-il y voir ici l'influence du mouvement pour la vie autonome (*Independent living movement*), auquel les personnes handicapées sont fortement attachées.

C'est ici qu'on comprend l'importance des acteurs en place, de leur capacité à défendre les attributs de l'univers du logement ou du logement social. Par exemple, dans certaines des initiatives documentées, en ce qui a trait à la présence d'une salle à manger, on a réduit au minimum les inconvénients que peut comporter cet aménagement, par la possibilité de prendre aussi ses repas dans son logement ou encore par l'obligation de n'acheter que quatre repas par semaine, ce qui est finalement peu contraignant. Ces initiatives nous démontrent en somme, et ce de façon plutôt convaincante, comment les univers de l'hébergement et de l'habitation sociale peuvent cohabiter de façon harmonieuse.

À l'inverse, là où il y a ce qu'on pourrait appeler des *glissements*, ils sont attribuables à une certaine « mollesse » de la part des acteurs en présence, à un manque de vigilance à préserver les attributs de l'univers de l'habitation ou, tout simplement à de la méconnaissance. L'initiative no 8 en constitue un bel exemple, une initiative dans laquelle l'intensité de services est pourtant beaucoup moindre que dans d'autres, mais dans laquelle il n'y avait pas de « porteur de ballon » pour défendre les attributs de l'univers de l'habitation.

Organismes « santé » ou OSBL d'habitation ?

La façon dont les promoteurs d'initiative se perçoivent conditionne un certain nombre d'éléments dans la configuration des projets et dans les façons de faire. Ainsi, certains se perçoivent avant tout comme des organismes *santé*, dont la mission est orientée surtout sur les services à rendre, tandis que d'autres se perçoivent davantage comme des OSBL d'habitation où la dimension de l'habitat prédomine. Ainsi, lorsqu'on demande au président fondateur de cette initiative quel est l'aspect dominant dans la mission de l'organisme, c'est sans hésitation qu'il répond : « les services ». « *On est là en premier pour les personnes,*, ajoute-t-il, *pour que les personnes aient accès aux services dont elles ont besoin* » (entrevue no 40). De même, la coordonnatrice d'un organisme soutient que ce que les locataires recherchent en premier ce n'est pas un logement social, mais « la sécurité » qui se traduit ici par la présence de services qui leur permet de continuer de vivre en logement plutôt qu'en CHSLD (entrevue no 49). Ainsi, dans ces initiatives, malgré le fait qu'il était très clair au départ qu'on voulait des logements, et que c'est même cet aspect qui, au fond, a été le moteur des initiatives, malgré le fait également que, l'autonomie et l'indépendance des locataires soient fortement valorisées dans ces initiatives, on se situe néanmoins, du point de vue des promoteurs, d'abord dans des projets *santé*. Souvent ces organismes auront aussi la double mission, c'est-à-dire qu'ils seront à la fois propriétaires de l'immeuble et en assumeront la gestion, et ils offriront aussi les services d'assistance requis par les locataires. À l'inverse, les organismes qui se perçoivent plutôt comme un OSBL d'habitation auront plutôt tendance à recourir à un organisme externe pour ce faire, par exemple, le CSSS ou une entreprise d'économie sociale.

Ce qui précède soulève au moins deux enjeux : la « *secondarisation* » de la question des revenus et une place plus congrue à la participation des locataires.

La « secondarisation » de la question des revenus

Le programme AccèsLogis est avant tout un programme de logement social, c'est-à-dire qu'il vise à permettre aux personnes à revenu faible ou modeste de se loger convenablement. Si par son volet III il accueille des personnes qui ont des besoins particuliers et qui peuvent nécessiter la mise en place de services de soutien, les personnes visées par le programme doivent également répondre au critère relatif aux revenus. Chez les organismes qui se perçoivent avant tout comme un organisme *santé*, il semble que, tel qu'on l'a vu en déficience intellectuelle, la question de l'accessibilité financière aux logements soit dans une bonne mesure secondarisée par les promoteurs et qu'à l'inverse, cette question est plus importante sinon tout à fait centrale chez les promoteurs qui se perçoivent davantage comme un OSBL d'habitation. Cela se traduit par des critères d'admissibilité très *santé*, c'est-à-dire dont l'emphase est définitivement mise sur les besoins en matière de soutien et d'assistance. Cela se manifeste également par le fait que, même si la mission officielle fait état de logements à l'intention des personnes « à revenu faible ou moyen », on constate que, dans leurs propos, les promoteurs accordent peu d'importance à cet aspect.

Ainsi, même si, dans la mission telle que libellée dans la charte constitutive, on parle de logements « *qui doivent respecter la capacité financière des personnes* », cet aspect n'est pas du tout abordé par l'une des interlocutrices rencontrée (entrevue no 35). De même, cet interlocuteur qui avoue que, « *ce que l'on cherchait avant tout avec ce projet, c'était des logements adaptés, et que le fait que ces logements doivent être subventionnés n'était pas important comme tel* » (entrevue no 41). Il avoue également qu'il est arrivé qu'on accepte une personne qui ne répondait pas au critère du revenu lorsqu'on n'arrivait pas à combler un logement devenu vacant avec une personne à faible revenu. Par ailleurs, c'est de façon quasi systématique qu'on le fait dans l'initiative no 3 où seulement le tiers des logements est occupé par une personne à revenu faible ou moyen. Dans cette initiative, qui a connu d'importants problèmes financiers et où les locataires doivent déboursier pour les services qu'ils

reçoivent, on a dû, pour remettre le projet à flot, accepter des personnes qui reçoivent des prestations de la SAAQ ou de la CSST et qui, par conséquent, ne sont pas admissibles au supplément au loyer. Ainsi, pour l'un de nos interlocuteurs, en faisant cela, « on a sûrement érodé quelque chose » par rapport au projet initial (entrevue no 39). En fait, dans cette initiative, l'enjeu réside dans le fait que la viabilité de la ressource est tributaire du fait que les personnes soient en mesure de défrayer le coût des services qu'ils reçoivent et, dans le cas qui nous occupe, seules les personnes sous le régime de la SAAQ ou de la CSST sont en mesure de le faire. Ainsi, alors que l'objectif de départ était de viser d'abord les personnes à revenu faible ou modeste, l'objectif aujourd'hui en est devenu un de rentabiliser les services.

En somme, s'il apparaît que dans ces initiatives on se situe bien dans l'univers du logement, cela ne signifie pas qu'on se situe (et même se perçoit) pour autant dans l'univers du logement social. Dans les faits, dans les initiatives que nous avons documentées, la grande majorité des personnes handicapées (sauf dans le cas no 3) sont à revenu faible ou modeste. Mais cela pose néanmoins une question importante à savoir que par son volet III, le programme AccèsLogis se présente peut-être moins comme un programme de logement social que comme un programme visant à permettre à des personnes qui veulent vivre en logement et qui ont besoin de services de soutien d'y avoir accès et, à la limite, peu importe leur situation financière. Il ne s'agit pas ici de discuter du bien-fondé ou non de cet état de fait, mais de mettre en lumière le fait que cela questionne la finalité même du programme AccèsLogis.

À l'inverse, ce type d'initiative pose par ailleurs un autre enjeu, soit l'accès à ce type de ressource (l'îlot résidentiel) pour les personnes qui ne sont pas à revenu faible ou modeste. En effet, comparativement à la filière « déficience intellectuelle », les personnes ayant une déficience physique, même sévère, n'ont pas forcément un faible revenu. On peut en effet être professeur d'université ou notaire et avoir une déficience physique, et souhaiter également vivre dans ce type d'alternative au CHSLD. Dans le contexte où le développement de telles initiatives passe presque obligatoirement par le programme AccèsLogis, est-ce que cela signifie que pour avoir accès à ce type de ressource, il faille avoir un revenu faible ou modeste ? Faudrait-il pouvoir favoriser un accès plus universel à de telles formules résidentielles ? Si oui, faut-il déplorer l'absence de programmes au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux qui permettrait le développement de ce type d'initiatives ? La question mérite certainement d'être posée.

Une place plus congrue à la participation des locataires

Un autre élément qui apparaît distinctif entre les promoteurs qui se perçoivent avant tout comme des organismes *santé* et ceux qui se perçoivent davantage comme des OSBL d'habitation a trait à la participation des locataires. Nous avons remarqué en effet que, dans les initiatives dans lesquelles les promoteurs se perçoivent avant tout comme des organismes *santé*, on avait tendance à minimiser la participation des locataires dans la vie et dans la gestion des organismes. Dans les cas nos 1 et 2, si des locataires sont effectivement présents au conseil d'administration de l'organisme, les propos tenus par nos interlocuteurs laissent entendre que leur participation est plutôt effacée. « Ce ne sont pas eux qui sont les plus contributifs », de dire un interlocuteur, ajoutant qu'ils seraient même « plutôt passifs » (entrevue no 40). Mais on peut se demander aussi à quel point leur participation est valorisée voire souhaitée. Dans ces deux initiatives, on reproche notamment aux locataires d'être « exigeants », de demander toujours plus de services, d'être « centrés sur leur intérêt personnel » plutôt que de travailler « dans l'intérêt commun » (entrevues nos 40 et 41). Dans une initiative, on raconte qu'on a aussi reproché à des locataires membres du conseil d'administration (CA) d'avoir, par le passé, rapporté des choses discutées au CA aux autres locataires, ce qui aurait causé de la « bisbille dans la boîte ». En somme, c'est comme si on ne souhaitait pas une véritable participation de la part des locataires. Par ailleurs, en ce qui a trait au cas no 3, les locataires sont complètement absents du

conseil d'administration et de toutes autres formes de participation²². L'un des interlocuteurs que nous avons rencontrés explique la situation par le fait que l'organisme étant en importante restructuration, il aurait été décidé de ne pas impliquer directement les locataires pour l'instant considérant les problématiques qu'ils vivent (entrevue no 36).

À l'inverse, dans les initiatives où l'on se perçoit davantage comme un OSBL d'habitation, on constate que la participation des locataires est souvent fortement valorisée. Si les locataires demeurent le plus souvent minoritaires au conseil d'administration, ils sont souvent impliqués à plusieurs autres niveaux de la vie de l'organisme : comité de bon voisinage; comité des locataires; comité de gestion de l'immeuble; comité de sélection des locataires. Dans une des initiatives étudiées, l'implication des locataires dans la vie de l'organisme « à la mesure de ses capacités » constitue même un critère de sélection important, selon la coordonnatrice (entrevue no 49). Par ailleurs, dans ces initiatives, le soutien à la participation des locataires est jugé important. D'ailleurs, sur les quatre initiatives dans lesquelles on se perçoit davantage comme un OSBL d'habitation, trois offrent du soutien communautaire en logement social. « *Le soutien communautaire, c'est la majeure* », de dire la coordonnatrice de l'une de celles-ci. Dans cette initiative, la vie communautaire est vue comme un moyen de briser l'isolement des personnes, mais aussi, et peut-être surtout, comme un outil d'*empowerment* pour les personnes et de participation démocratique (entrevue no 25).

En somme, il est frappant de constater comment cette préoccupation de la participation des locataires à la vie de l'organisme est absente chez les organismes qui se perçoivent appartenir davantage à l'univers de la santé et des services sociaux, et comment elle est présente chez ceux qui se perçoivent appartenir davantage au monde des OSBL d'habitation. On peut alors se demander si la préoccupation du soutien communautaire et, plus globalement, la question de la participation des locataires ne doit pas être vue comme étant un attribut de l'univers du logement social et, à l'inverse, son absence comme étant un attribut de l'univers de l'hébergement voire un « emprunt » à l'univers de l'hébergement. Il est d'ailleurs intéressant de constater que dans le cas de l'initiative no 3 il semble que l'on s'identifiait davantage au départ à l'univers du logement social et communautaire (entrevue no 39) et qu'effectivement, on y prévoyait plusieurs lieux de participation pour les futurs locataires (projet déposé à AccèsLogis p. 3). C'est suite aux difficultés financières rencontrées et au processus de restructuration qui a suivi que cette préoccupation du départ semble avoir été écartée.

Par ailleurs, les propos que nous avons recueillis auprès des personnes responsables d'initiative nous indiquent que la participation des locataires au conseil d'administration dans les OSBL d'habitation, si elle est sans doute souhaitable en soi, soulève au moins deux problèmes lorsqu'il s'agit d'OSBL d'habitation avec services : un problème au plan de la confidentialité, d'une part, et, d'autre part, un problème lié aux conflits de rôle lorsque l'OSBL est à la fois propriétaire et gestionnaire de l'immeuble à logements et à la fois gestionnaire de l'offre de services aux locataires.

En ce qui a trait au problème lié à la confidentialité, nous avons vu plus haut que, dans une initiative, on avait reproché à des locataires membres du conseil d'administration d'avoir rapporté des choses discutées au CA aux autres locataires, de sorte qu'aujourd'hui, les locataires qui sont membres du conseil d'administration sont tenus de ne plus divulguer le contenu des discussions qui se font au conseil d'administration.

²² Les normes du programme AccèsLogis stipulent que les locataires (ou leurs représentants) doivent compter pour au moins le tiers des membres du conseil d'administration. Dans le cas qui nous occupe ici, les locataires sont représentés par un représentant de l'association régionale des TCC et par un représentant du CSSS. Il y a lieu de penser que la notion de « représentant » des locataires est parfois élastique.

Cette question liée à la confidentialité au conseil d'administration des OSBL d'habitation peut par ailleurs revêtir un caractère sensible lorsque les membres du conseil d'administration sont amenés à échanger des informations de nature personnelle concernant un locataire, par exemple des informations concernant l'état de santé d'un locataire. En effet, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout usager du système de santé a droit à la confidentialité en ce qui a trait à son dossier médical²³ et, en ce sens, les autres locataires de l'immeuble, fussent-ils au conseil d'administration de l'organisme, ne devraient pas avoir accès à ce type d'information. Ainsi, la présence obligatoire de locataires au conseil d'administration des OSBL d'habitation, telle qu'édictée dans les normes du programme AccèsLogis, pose ici un enjeu éthique en regard de l'univers de la santé, obligeant les locataires à « naviguer entre transparence et confidentialité », comme on l'a noté dans un OSBL d'habitation (document interne de l'OSBL p. 16). Par ailleurs, il est pertinent de se demander comment un locataire peut bien représenter ses pairs au conseil d'administration s'il est tenu de ne pas divulguer le contenu des discussions qu'il y a eues.

Un autre enjeu lié aux OSBL d'habitation qui sont à la fois propriétaires de l'immeuble et à la fois gestionnaires de l'offre de services aux locataires est celui lié aux conflits de rôle que cette situation peut parfois engendrer. Une telle situation a été vécue à quelques reprises dans une des initiatives que nous avons documentées. Par exemple, on nous raconte qu'il est arrivé que l'OSBL se soit retrouvé à la Régie du logement, en quelque sorte « contre » son locataire, parce qu'un locataire ne payait pas son loyer ou encore à cause d'un locataire trop turbulent, l'organisme se trouvant en quelque sorte coincé entre son obligation morale de défendre le droit au logement et son obligation aussi d'assurer l'équité pour tous. « S'il était au privé, on l'accompagnerait à la Régie du logement contre son propriétaire », de dire notre interlocutrice (entrevue no 25). Cet exemple illustre la difficulté liée au fait d'assumer les deux missions (le volet immobilier et les services de soutien), et en fait la difficulté parfois de concilier les deux « mondes », celui de l'habitation et celui des services aux personnes.

En fait, cela pose même ici une contradiction qui est peut-être d'ailleurs inhérente à tout OSBL d'habitation qui souhaite impliquer les locataires dans sa gestion, tel que prescrit par le programme AccèsLogis : comment un OSBL d'habitation dont les locataires, par leur présence au conseil d'administration en sont aussi les propriétaires peut-il défendre les locataires ? Ainsi, on peut se demander si le programme AccèsLogis, en prescrivant la présence des locataires au conseil d'administration, ne porte en son germe une contradiction importante.

Les logements réservés

Nous l'avons vu, deux des initiatives que nous avons documentées ont des logements réservés pour les usagers d'un organisme appartenant au réseau de la santé et des services sociaux. Dans un cas il s'agit de trois unités sur 21, tandis que dans l'autre il s'agit de 10 unités sur 70. De surcroît, dans l'une de ces deux initiatives, l'OSBL d'habitation a aussi délégué à l'organisme santé la tâche de sélectionner lui-même ses locataires. Dans cet OSBL, il y a deux processus de sélection bien distincts : un pour les locataires qu'on qualifiera ici d'*ordinaires*, et un autre pour les locataires handicapés et qui proviennent exclusivement de l'organisme du réseau de la santé. Les locataires *ordinaires* doivent s'inscrire sur la liste d'attente de l'OSBL d'habitation, tandis que les locataires provenant de l'organisme du réseau de la santé doivent s'inscrire sur la liste d'attente de cet organisme, qui est donc le seul gestionnaire de la liste d'attente. Ainsi, l'OSBL d'habitation n'intervient aucunement dans le processus de sélection des locataires en provenance de l'organisme *santé* qui contrôle donc totalement sa liste de requérants et la sélection de ses locataires. Or, on le sait, cette façon de faire contrevient aux normes du programme AccèsLogis (SHQ, 2008 : chapitre 4, p. 2).

²³ Article 19 de la loi sur les services de santé et les services sociaux : « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec l'autorisation de l'usager (...) »

Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que cette façon de faire est exactement celle qu'on retrouve avec le logement de catégorie C en HLM. En effet, dans le logement de catégorie C en HLM, l'organisme qui dispense les services de soutien établit ses propres critères d'admissibilité et gère lui-même sa propre liste d'attente, l'office municipal d'habitation se limitant à vérifier l'admissibilité du requérant en ce qui a trait à la citoyenneté et aux revenus. Ceci soulève une question intéressante : pourquoi une telle pratique est-elle proscrite par le programme AccèsLogis, comme il est proscrit de réserver des logements à l'usage exclusif d'un organisme appartenant au réseau de la santé, alors qu'elle permise et déjà utilisée dans le réseau des HLM afin d'accueillir des personnes ayant des besoins particuliers ?

En somme, la question qu'il faut poser est la suivante : dans quelle mesure cette pratique constitue-t-elle une « perte » du point de vue de l'habitation communautaire, des attributs du logement social ? Cet OSBL d'habitation répond toujours à son objectif de fournir du logement social à ceux qui en ont besoin, et on pourrait même dire, en accueillant des personnes lourdement handicapées, à tous ceux qui en ont besoin. L'OSBL d'habitation n'est certainement pas le mieux placé pour décider de l'admissibilité des personnes en lourde perte d'autonomie et de leurs besoins. Faut-il voir cela comme une abdication de sa responsabilité de contrôler l'admissibilité des requérants, ou plutôt comme une façon de s'ajuster à une réalité différente d'une partie de ses locataires et d'accueillir tous ceux qui ont besoin d'un logement abordable ? N'est-ce pas faire preuve de souplesse que d'agir ainsi ? N'est-ce pas justement une façon de trouver une sorte d'accommodement entre l'univers de l'habitation et celui de la santé et des services sociaux ?

Instrumentalisation ou « accommodements raisonnables » ?

Ce qui précède pose une question importante : jusqu'où le programme AccèsLogis, et plus globalement le secteur de l'habitation, doit-il accommoder les usagers du réseau de la santé et des services sociaux ? Y a-t-il des situations dans lesquelles des dérogations pourraient être jugées *acceptables* ou qualifiées de *raisonnables* ? À l'inverse, y a-t-il des situations où l'on crée à coup sûr des effets pervers, où on assiste finalement à une instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis par des organismes issus du réseau de la santé et des services sociaux ?

Manifestement, il existe des situations où on a le sentiment que le réseau de la santé et des services sociaux utilise, à ses propres fins, le programme AccèsLogis. Le cas no 8 en est un bon exemple où, de l'aveu même de l'une des personnes que nous avons rencontrée, la première raison pour laquelle on s'est tourné vers le programme AccèsLogis est l'accès au financement. Notre interlocuteur raconte en effet que les parents ayant initié le projet ont d'abord exploré les possibilités du côté des ressources d'hébergement, mais que la difficulté à trouver le financement requis les a finalement orientés vers AccèsLogis (entrevue no 2). On a vu dans cette initiative que même si les personnes ont un logement complet et un bail, on a instauré une dynamique et des modes de fonctionnement qui sont plus proches de l'univers de l'hébergement. Si cette initiative constitue une alternative intéressante pour ces jeunes personnes lourdement handicapées qui, autrement, se retrouveraient en CHSLD, il semble bien que l'on ait fait avant tout ici un projet d'hébergement avec un programme destiné au logement social. Rappelons que nous avons constaté le même phénomène dans le domaine de la déficience intellectuelle où, dans un cas notamment, AccèsLogis a littéralement financé une ressource d'hébergement (Proulx, Ducharme et Grenier, 2013). Dans ces circonstances, il semble que le programme AccèsLogis soit utilisé en somme par défaut, ce qui traduit par ailleurs l'absence de programme ou de moyens financiers pour des projets qui se dessinent avant tout comme appartenant au secteur de la santé.

Un autre exemple est le cas no 3 qui au fil des ans est passé d'un projet destiné principalement à des personnes à faible revenu à un projet qui accueille aujourd'hui, pour les deux tiers, des personnes qui sont sous le régime de la SAAQ ou de la CSST et qui, par conséquent, ne sont pas admissibles au supplément au loyer, en dépit du fait que la mission officielle vise toujours les personnes « à revenu faible ou modeste ». Il est révélateur qu'un de nos interlocuteurs admette qu'ils n'avaient « pas le choix » d'inscrire « à revenu faible ou modeste » dans les lettres patentes, ce qui laisse entendre comment cette question était secondaire aux yeux des promoteurs (entrevue no 36). Même si, dans ce cas précis, cette évolution est survenue pour palier les difficultés financières importantes (un moyen de rentabiliser le projet), cela révèle un glissement important par rapport aux objectifs initiaux du projet, et sans doute un glissement important également eu égard à la mission même du programme AccèsLogis, qui est de rendre accessibles des logements à loyer modique pour les personnes qui en ont besoin.

Ces deux exemples illustrent comment les logiques d'action propres aux univers respectifs de l'habitation et du secteur de la santé et des services sociaux ont parfois de la difficulté à cohabiter. On trouve même des cas où les principes de l'univers de l'habitation sont tout simplement bafoués. Mais il existe aussi des situations où la ligne de démarcation est plus difficile à tracer.

Ainsi, même si le programme AccèsLogis n'est pas destiné à être au service des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, nous avons vu dans la section précédente comment le fait, pour un OSBL d'habitation, de réserver un certain nombre d'unités de logement à des personnes qui ont des besoins particuliers ne vient pas forcément porter ombrage aux principes fondamentaux de l'univers de l'habitation. On retrouve la même chose dans l'initiative no 3 où, pour cet interlocuteur par ailleurs critique en ce qui a trait à « l'invasion » du réseau de la santé dans l'univers de l'habitation, même l'idée d'avoir quelques studios transitoires réservés constitue une « entorse » acceptable à ses yeux. De même, le compromis qui a été fait relativement à la taille du logement (on a choisi des studios plutôt que des logements complets) et à l'absence de cuisinière dans les studios sont en fait, pour lui, des « adaptations » qu'on a faites eut égard aux caractéristiques particulières des personnes qui habiteraient ces unités de logement (entrevue no 39). Ainsi, pour cet interlocuteur, il s'agit d'une façon de répondre aux besoins particuliers des futurs locataires, mais d'une manière qui ne nous conduit pas dans une instrumentalisation du programme par le secteur de la santé et dans sa dénaturation, en fait une sorte d'accommodement raisonnable.

Depuis plusieurs années, on retrouve une présence importante des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux dans le processus de création d'initiatives d'habitation communautaire. Cette forte implication du réseau de la santé et des services sociaux révèle une tendance lourde en matière de ressources résidentielles. En effet, qu'on parle de *soutien à domicile*, de *housing first* ou d'*indépendant living*, cette tendance lourde est à l'effet que, toute filière confondue, les usagers du réseau de la santé et des services sociaux souhaitent de plus en plus vivre en logement. Cependant, pour répondre à ces besoins nouveaux, le secteur de la santé et des services sociaux ne contrôle pas le volet immobilier, une responsabilité qu'il avait auparavant lorsqu'il s'agissait plutôt de « placer » les personnes en ressource d'hébergement, une responsabilité qu'il doit, en quelque sorte, « déléguer » aujourd'hui. Cela signifie-t-il que le secteur de l'habitation communautaire doit aujourd'hui se substituer au secteur de la santé pour faire en sorte que les personnes qu'il dessert puissent habiter un logement social ?

Questionné à savoir si le réseau de la santé n'était pas en train d'envahir le secteur de l'habitation, « il va falloir qu'il s'y fasse avec le vieillissement de la population » a lancé spontanément un interlocuteur, dans le contexte où les gens veulent vivre en logement le plus longtemps possible. Cette réflexion ne laisse aucun doute sur sa position : pour lui, le secteur de l'habitation n'a pas à chercher à contrer ce genre d'initiative, mais doit plutôt s'adapter à cette nouvelle réalité (entrevue

no 45). Un autre de nos interlocuteurs plaide pour qu'on continue à pouvoir développer des formules originales qui allient des besoins en habitation et en services de santé. On entend dans ses propos qu'il n'a pas trop d'objections à ce que la SHQ, par exemple, assouplisse ses normes pour permettre à des projets *santé* de voir le jour, se développer, répondre à ces nouveaux besoins. Mais il questionne par ailleurs : « *c'est quoi un projet santé* » (entrevue no 48). On pourrait pousser la question plus loin et se demander : à quel moment un projet devient un projet *santé* ? Cela fait écho aux propos tenus par un autre interlocuteur qui soutient que les locataires de l'immeuble dans lequel il est impliqué ne constituent pas une *clientèle santé*, mais des citoyens qui ont besoin d'accompagnement et de soutien certes, qui ont surtout besoin d'un logement abordable, d'un endroit où vivre, d'un lieu qui leur appartient (entrevue no 19).

Cela questionne au fond la finalité même du programme AccèsLogis : qui doit servir le programme AccèsLogis ? Si on ne peut reprocher à des personnes, même si elles sont soutenues par le réseau de la santé et des services sociaux, de vouloir vivre en logement, de vouloir mener une vie la plus normale possible, un enjeu de taille consiste certainement, à tout le moins, à ne pas sacrifier l'accès au logement abordable pour les personnes qui en ont besoin et qui ne sont pas « suivies » par le réseau de la santé. À cet égard, vaudrait-il mieux distinguer ces deux « vocations » du programme AccèsLogis ? Dans les faits, si le volet I du programme a bien pour objectif de desservir ces personnes, les volets 2 et 3 apparaissent plus flous. Faut-il rappeler que, pour le volet III, le Guide d'élaboration des projets souligne que le volet III vise les personnes à faible revenu OU les personnes ayant des besoins particuliers (SHQ, 2008 : chapitre 4, p. 1). En fait, on doit se demander si, en créant les volets 2 et 3 du programme AccèsLogis, qui s'adressent à des clientèles ayant des besoins spéciaux, on n'a pas fait en sorte que l'aspect des services de soutien prédomine tout simplement sur la question des revenus. Il faut rappeler d'ailleurs que, selon les normes du programme, les projets du volet III peuvent contenir aussi peu que 20 % des logements admissibles au supplément au loyer²⁴.

En somme, sans doute que le secteur de l'habitation doit s'adapter de façon à accueillir des personnes qui présentent des caractéristiques particulières ou qui ont des besoins particuliers. Toutefois, comme l'a souligné un interlocuteur, cela doit se faire de façon à « préserver l'intégrité du locataire, son autonomie », tout en tenant compte des limites des personnes (entrevue no 39). Il s'agit de passer du logement vu d'abord comme un lieu d'intervention ou de dispensation de services, au logement vu d'abord comme un droit au logement, peu importe la condition de la personne et où celle-ci peut y recevoir les services dont elle a besoin si tel est le cas. Cela est tout à fait dans l'esprit du *Independent living movement*.

L'enjeu de la mixité

Dans le domaine de la déficience intellectuelle (Proulx, Ducharme et Grenier, 2013, à paraître), l'enjeu de la mixité se pose également dans le domaine de la déficience physique. Nous avons vu en effet comment le modèle de l'îlot résidentiel, qui consiste à regrouper des personnes handicapées dans un même immeuble afin de regrouper les services de soutien, n'est pas forcément souhaité par toutes les personnes vivant avec une déficience physique sévère parce que cela fait *ghetto*. « *Il y en a, dit la coordonnatrice d'un îlot résidentiel, qui ne veulent pas être associés aux personnes handicapées et qui préfèrent vivre dans un certain anonymat* » (entrevue no 35). Ainsi, ces personnes préféreront vivre en logement ordinaire dans la communauté, même si cela signifie pour elles qu'elles devront se plier à l'horaire de l'intervenante du CSSS. La situation s'est posée aussi dans une autre initiative, où au moins une personne handicapée n'a pas voulu joindre le projet pour cette raison (entrevue no 46).

²⁴ Selon le Guide d'élaboration des projets de la SHQ, les projets du volet III peuvent prévoir entre 20 % et 100 % de logements admissibles au programme Supplément au loyer, (SHQ, 2008 : chap. 7 : 5).

Rappelons également qu'après avoir lorgné du côté de la construction d'un îlot résidentiel, les promoteurs de l'initiative no 4 étaient bien heureux de se joindre à un projet d'habitation plus vaste qui permettait une certaine mixité. Enfin, cette question s'est posée aussi d'une façon assez intense dans l'initiative regroupant des personnes handicapées et des personnes vivant avec un problème de santé mentale (entrevue no 25).

Mais cet enjeu de l'effet *ghetto* n'est, semble-t-il, pas vécu de façon égale par tous. Ainsi, une interlocutrice raconte que bien que cette question ait été l'objet de préoccupations au démarrage du projet, elle n'est pas vécue comme telle par la majorité des locataires (entrevue no 46). Bien qu'il admette que « *certaines ne viendront jamais vivre ici* » pour cette raison et qu'au cours de l'élaboration du projet ce fut un sujet « sensible », un autre interlocuteur minimise cette problématique en soulignant que la question qu'il faut poser est dans quelle mesure ça « *touche ou affecte les gens qui vivent ici ?* » Pour lui, ce n'est pas la majorité des locataires qui sont affectés par cet enjeu (entrevue no 19).

Enfin, rappelons que l'enjeu de la mixité se vit aussi d'une autre façon dans les OSBL d'habitation qui regroupent des populations différentes, notamment dans les initiatives regroupant des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec une déficience, causant parfois des problèmes de cohabitation. Cette situation est aussi vécue dans l'initiative que nous avons documentée qui regroupe à la fois des personnes vivant avec une déficience physique et des personnes vivant avec un problème de santé mentale (entrevue no 19).

CONCLUSION

Dans le cadre de cette recherche, nous avons voulu chercher à identifier les manifestations d'hybridation dans les initiatives résidentielles destinées aux personnes vivant avec une déficience physique, ainsi que les enjeux que peuvent soulever les différents choix qui ont été faits par les promoteurs de projets sur le plan des politiques de santé et d'habitation. Le résultat de notre investigation montre que les initiatives du domaine de la déficience physique ne sont pas homogènes. En fait, nous avons pu distinguer deux types d'initiatives dont le degré d'hybridation varie d'une façon importante en fonction de la présence ou non de services d'assistance, une caractéristique qui est par ailleurs en lien avec le profil des locataires :

- d'une part, les initiatives destinées à des personnes qui sont lourdement handicapées (cinq cas), dont le besoin premier, outre le logement, est la présence d'une forte intensité de services au plan des AVD et des AVQ;
- et, d'autre part, les initiatives qui s'adressent à des personnes qui sont moins lourdement handicapées (deux cas), qui sont relativement autonomes sur le plan des AVD et des AVQ, dont le besoin au départ était surtout l'accès à un *logement adapté* et dont l'offre de services est plus faible voire inexistante dans certains cas.

Une autre initiative, celle s'adressant à des personnes ayant subi un Traumatisme crâniocérébral (TCC), se démarque par ailleurs des deux autres. Si les personnes ayant subi un TCC requièrent une intensité de services qui est assez élevée, ceux-ci ne sont pas tant de l'ordre des AVD et des AVQ (bien qu'en partie) que de la surveillance, des rappels, de l'encadrement. Dans une certaine mesure, les services qui sont requis par les personnes ayant subi un TCC se rapprochent davantage de ceux qui sont requis par les personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

En dépit de l'importance que revêt souvent la disponibilité des services d'assistance destinés aux locataires, ce qui caractérise sans doute le plus les initiatives du domaine de la déficience physique est qu'on se situe bien davantage dans l'univers du logement que dans celui de l'hébergement. En effet, comparativement aux initiatives que nous avons documentées dans le domaine de la déficience intellectuelle par exemple, on ne cherche pas ici à faire de l'hébergement dans des immeubles à logements. Ainsi, d'emblée, on se situe dans une dynamique qui est propre à l'univers du logement social. De façon générale, et bien qu'il puisse y avoir des exceptions, cela se reflète dans les éléments suivants :

- au plan des aménagements, nous sommes en présence de logements complets avec cuisine et salle de bain, même si plusieurs ont aussi aménagé une salle à manger;
- les personnes qui occupent ces logements ont un bail en bonne et due forme et elles sont libres de le renouveler à leur guise, la durée de séjour n'étant pas assujettie à un quelconque plan d'intervention ou de réinsertion ;
- l'intimité des locataires est, de façon générale, préservée, et ceux-ci peuvent aller et venir librement sans qu'ils aient besoin de rendre des comptes;
- les OSBL disposent d'un conseil d'administration autonome, malgré des liens souvent importants avec le réseau de la santé et des services sociaux, dont une présence au conseil d'administration;

- les OSBL contrôlent totalement la liste des requérants de l'organisme, ce qui n'empêche pas par ailleurs que les personnes puissent parfois être référées par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Ceci dit, ces ensembles d'habitation sont aussi imprégnés, à des degrés divers, du monde de l'hébergement, des emprunts qui sont liés en grande partie aux besoins des locataires en matière de services d'assistance. Les éléments d'emprunts qu'on retrouve sont essentiellement :

- une intensité de services parfois élevée (jusqu'à 44 heures par semaine dans certains cas), qui nécessite souvent la présence d'intervenants sur place 24 heures par jour et sept jours par semaine;
- des aménagements en conséquence, notamment la présence d'un bureau pour les préposées, des mécanismes de surveillance (clochette d'appel d'urgence, bracelet-avertisseur, etc.), des lève-personne et l'aménagement d'une salle à manger;
- des conditions d'attribution des logements qui, en plus du critère relatif au revenu, sont fortement en lien avec les besoins des locataires en matière de services d'assistance.

Mais, au-delà des différences que nous avons constatées, ce qui ressort de l'étude du phénomène d'hybridation dans le domaine de la déficience physique est que des cinq populations à l'étude dans cette recherche, il s'agit sans contredit de la filière dans laquelle les initiatives sont les moins hybridées. Ce constat n'est pas sans lien avec le fait que les promoteurs de ces initiatives sont en grande partie les personnes handicapées elles-mêmes, parfois par leur association, et qu'elles sont fortement portées par la philosophie du mouvement pour la vie autonome (*Independent living movement*). Ainsi, les valeurs d'autonomie et d'indépendance sont au centre des préoccupations des promoteurs qui souhaitent vivre de la façon la plus indépendante possible.

Et c'est ainsi que nous assistons à un curieux paradoxe. En effet, malgré le fait que les personnes soient très lourdement handicapées et très dépendantes des services d'assistance dans des domaines aussi essentiels que se lever le matin, se laver ou prendre un repas, par les choix qu'elles ont faits, elles ont réussi à préserver, dans une large mesure, les attributs fondamentaux de l'univers du logement, de sorte qu'elles peuvent quand même dans une bonne mesure vaquer à leurs occupations quotidiennes (travail, loisirs) et vivre de façon relativement indépendante. En fait, l'étude du phénomène d'hybridation dans le domaine de la déficience physique fait la démonstration qu'une cohabitation harmonieuse est possible entre l'univers du logement et celui de l'hébergement.

Ceci dit, malgré ce qui précède, notre investigation a aussi permis de soulever quelques écueils. Ainsi en est-il par exemple, surtout dans les initiatives destinées aux personnes lourdement handicapées, de la tendance à secondariser le critère du revenu dans les conditions d'attribution des logements. Ceci a aussi fait ressortir que les promoteurs de ces initiatives se perçoivent avant tout comme des organismes appartenant à l'univers de la santé et moins comme des OSBL d'habitation. Un autre enjeu qui est ressorti et qui n'est pas sans lien avec ce qui précède a trait à la participation des locataires au conseil d'administration des organismes et à la divulgation d'informations de nature personnelle qui peuvent parfois y circuler, par exemple en ce qui a trait aux conditions de santé des locataires, ce qui pose un enjeu éthique lié à la confidentialité. Nous avons aussi soulevé l'enjeu de la mixité, un enjeu qui n'est pas propre au domaine de la déficience physique. Il se pose toutefois ici d'une façon particulière dans la mesure où, dans le cas des projets destinés aux personnes lourdement handicapées, il s'agit, à la base même des projets, de regrouper dans un même immeuble les services d'assistance de façon à ce qu'ils puissent être offerts 24 heures par jour et sept jours par semaine.

Enfin, un autre enjeu a trait au fait que dans deux des initiatives étudiées un certain nombre d'unités de logements sont réservées à des usagers d'un organisme appartenant au réseau de la santé et des services sociaux. De plus, dans l'une de ces initiatives, l'OSBL d'habitation a délégué à l'organisme santé sa responsabilité de la sélection des locataires. De telles pratiques contreviennent *de facto* aux normes du programme AccèsLogis. En fait, ceci soulève une question importante : jusqu'où le programme AccèsLogis, et plus globalement le secteur de l'habitation, doit-il accommoder les usagers du réseau de la santé et des services sociaux ? Si nous avons noté des situations où on a le sentiment d'assister à une instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, il est d'autres situations où la ligne de démarcation apparaît moins précise. Dans les deux exemples des logements réservés, il nous a semblé assez clair que le fait pour ces deux OSBL de réserver un certain nombre d'unités de logement à des personnes qui ont des besoins particuliers ne vient pas forcément porter ombrage aux principes fondamentaux de l'univers de l'habitation. Faut-il rappeler qu'il s'agit d'ailleurs d'une pratique courante au sein des offices municipaux d'habitation dans le cadre du logement dit de « catégorie C ». En vertu du principe du droit au logement pour tous et dans la mesure où il s'agit de répondre aux besoins particuliers des futurs locataires, mais d'une manière qui ne conduit pas à une instrumentalisation du programme AccèsLogis par les acteurs du réseau de la santé, peut-être y aurait-il lieu de se pencher sur ce qu'on pourrait appeler des *accommodements raisonnables*?

En somme, l'étude du phénomène d'hybridation dans le domaine de la déficience physique montre qu'en dépit de quelques dérogations, il est possible de faire de *beaux hybrides*, c'est-à-dire des projets qui témoignent d'une cohabitation réussie entre les prérogatives de l'univers de l'hébergement et celles de l'univers du logement et, peut-être au final, de faire œuvre d'innovation.

Est-ce que les initiatives du domaine de la déficience physique pourraient servir de modèle pour les autres filières à l'étude ? Chaque filière à l'étude comportant ses caractéristiques propres et aussi ses enjeux propres, il serait sans doute hasardeux de parler de *modèle*. Il ne fait pas de doute par ailleurs qu'elle peut servir, à tout le moins, d'inspiration et qu'elle peut certainement contribuer à définir les conditions qui peuvent faire en sorte que logement et hébergement puissent cohabiter de façon harmonieuse.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009). *La transformation des services en santé mentale. Les services résidentiels*.

Agence de la santé publique du Canada (2007), Au croisement des secteurs. Expériences en action communautaire, en politique publique et en santé. Réponse du Canada au rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Annison, J.E. (2000). Towards a clearer understanding of the meaning of « Home ». *Journal of intellectual and developmental disability*, 25 (4).

Billis, D. (Ed.) (2010). *Hybrid organizations and the third sector. Theory for practice*. London: Palgrave MacMillan.

Boucher, N. (2002). « Politiques sociales et handicap au Québec. Une relecture historique de l'interface fédérale-provinciale, 1945-1980 », dans Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et éléments de bilan, sous la direction de Y. Vaillancourt, J. Caillouette et L. Dumais, Cahiers du LAREPPS no 02-11, LAREPPS, UQAM, juillet, pp. 58-97.

Bourque, D., Proulx, J. et L. Fréchette (2007). Innovations sociales en Outaouais. Rapport de recherche, ARUC Innovation sociale et développement des communautés, Université du Québec en Outaouais, octobre, 67 pages.

Boyer, R. C., E. Ulriche; J. et S. Tolliday (Ed.). (1998). Between imitation and innovation. The transfert and Hybridization of Productive models in the International Automobile Industry. Oxford: Oxford University Press.

Brandsen, Taco, Wim van de Donk, and Kim Putters. 2005. Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. *International Journal of Public Administration* 28: 749-765.

Charpentier, M. S., Maryse (2006). Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir des personnes âgées en résidence et en Centre d'hébergement. Montréal: Université du Québec à Montréal.

CMHC-SCHL (2009). Request for proposal - Appel de proposition. Retrieved June 1st 2009.
Dansereau, F. (2005). Politiques et interventions en habitation : analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe. Québec: Presses de l'Université Laval, Société d'habitation du Québec.

Cohu, S. et al. (2003). La Suède et la prise en charge du handicap, ambitions et limites, *Revue française des affaires sociales*, Vol 4, no 4, pp. 461-483.

Contandriopoulos, P.A., Bélanger, L. et Nguyen, H (1990), *Savoir préparer une recherche*, Québec, MSSS-GRIS, 196 pages.

Dansereau, F. (2005). *Politiques et interventions en habitation : analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*. Québec, Presses de l'Université Laval, Société d'habitation du Québec.

Declercq, A., Demaerschalk, M., Van Audenhove, C., De Keyser, H. and Zelderloo, L. (2007a). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3: Country Report. Belgium*, in Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors) (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report, Canterbury : Tizard Centre, University of Kent*, 20-36.

Declercq, A., Demaerschalk, M., and De Keyser, H. (2007b). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report. France*, in Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors) (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report, Canterbury : Tizard Centre, University of Kent*, 152-166.

Delpuech, Thierry (2008), *L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques: un état de l'art*, Paris, Centre d'études et de relations internationales, Série Question de recherche, vol 27, 70 pages.

DH (2009). *Valuing people now : a new Three-year strategy for people with learning disabilities*, Executive Summary, Department of Health, United Kingdom, 13 pages.

DH (2001). *Valuing people*, Department of Health, United Kingdom.

Dionne, C., Boutet, M. et Julien-Gauthier, F. (2002). *La nécessité d'une pratique spécialisée en soutien à la personne et à ses milieux de vie, Pratiques émergentes en déficience intellectuelle. Participation plurielle et nouveaux rapports*, s.l.d de Jean-Pierre Gagnier et de Richard Lachapelle, P.U.Q., p. 39-95.

Dogan, M. (1994). *Fragmentation des disciplines et croisements des spécialités dans l'histoire des sciences sociales*. *Revue Internationale des Sciences Sociales*(139), 37-54.

Dolowitz, D. (Ed.). (2000). *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the USA ?* Philadelphia: Open University Press.

Dubuc, N., Demers, L., Tousignant, M., Tourigny, A., Dubois, M.-F., Caron, C., et al. (2009). *Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement; Université Sherbrooke.

Ducharme, M.-N. V., Yves (2012). *The AccèsLogis Program: 15 years of Partnership between the State and the Social Economy*. *Canadian Review of Social Policy*, 66.

Ducharme, M.-N. (2003). *Les OSBL d'habitation: porteurs d'innovation sociale dans la reconfiguration du secteur de la santé et du bien-être* (pp. 10 pages). Montréal: ARUC, CAP Habitation.

Dumais, L., Ducharme, M.-N., & Vermette, F. (2008). *Habitation communautaire et personnes vulnérables*. In M. Bouchard & M. Hudon (Eds.), *Se loger autrement au Québec* (pp. 185-216). Québec: Éditions St-Martin.

Evers, Adalbert et Louis Laville (2004), (dir.) *The third Sector in Europe*, Cheltenham, Edward Alder, 266 pages.

Fuchs, D. (1987). « Breaking down Barriers : Independant Living Ressource Centers for Empowering the Physically Disabled », dans Ismael, J. et R.J.Thomlison (1987). *Perpectives on Social Services and Social Issues*, Canadian Council of Social Development, 187-198.

Gauthier, B. (dir.) (2008), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. Québec, PUQ,

Gouvernement du Québec (2009), *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q, S-4-2, à jour au premier janvier 2009.

Gouvernement du Québec (1978). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q, chapitre 7.

Grenier, S. (2002). *Logement ou hébergement ? Évolution des milieux de vie substituts pour personnes âgées*. Montréal: LAREPPS-UQAM.

Hayward, R. (2007a). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report. Finland*, in Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors) (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report*, Canterbury : Tizard Centre, University of Kent, 131-151.

Hayward, R. (2007b). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report. Sweden*, in Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors) (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 3 : Country Report*, Canterbury : Tizard Centre, University of Kent, 524-542.

Jetté, C., Thériault, L., Vaillancourt, Y. et Mathieu R. (1998). *Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM). Intervention auprès des personnes seules, à faibles revenus et à risque de marginalisation sociale dans les quartiers centraux de Montréal*. Québec à Montréal, . Montreal: UQAM.

Joldersma et Winter (2010) (voir page 18)

Kelly, M. (2005). Comment on Susan J. Popkin, Mary K. Cunningham, and martha burt's "public housing transformation and the hard-to-house". *Housing policy debate*, 16(1), 37 - 51.

Laville, Jean-Louis (1992), *Les services de proximité en Europe*, Paris, Syros/Alternatives, 292 pages.

Lévesque, Benoît (2010), *Les formes de gouvernance en santé. Vers des formules hybrides*. Communication présentée dans le cadre du 78^{ième} Congrès de l'ACFAS, 15 juin 2010. Colloque du LAREPPS, 20 pages.

Lévesque, B. T., B. (2008). *Conclusions. Concurrence et partenariat, deux vecteurs de la reconfiguration des nouveaux régimes de la gouvernance des services sociaux et de santé*. In B. d. Enjolras (Ed.), *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de santé* (pp. 227-261). Bruxelles: PIE, Peter Lang.

Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2010). Desinstitutionalisation and community living : position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group on the International Association of Scientific Study of Intellectual Disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 54, Issue 2, 104-112, February.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J. (2007a). La désinstitutionalisation et les services de proximité– coûts et résultats: rapport d'étude européenne. Volume 1 : Note de synthèse. Canterbury : Tizard Centre, University of Kent, 16 pages.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J. (2007b). Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs : report of a European Study. Volume 2 : Main Report. Canterbury : Tizard Centre, University of Kent, 135 pages.

Means, R. (1996). From 'special needs' housing to independent living? *Housing Studies*, 11(2), 207-231.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Programme de subvention aux organismes communautaires.

Ministère de la Famille et des aînés (2008), Préparons notre avenir. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Un défi de solidarité. Plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie. 2005-2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009, Direction des communications, 93 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Chez soi: Le premier choix* (pp. 45). Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux proches*, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 111 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Un continuum intégré de services en déficience physique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 87 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). La Politique de santé et de bien-être.

Morin, P. R., Dominique; Dorvil, Henri (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale des personnes classées malades mentale et déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 88-105.

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) (1984). À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous, 447 pages.

Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. [doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.02.011]. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925-1936.

Paillé, P. e. A. M. (Ed.). (2003). *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin.

Perrin, B. (1999). The original « scandinavian » normalization principle and its continuing relevance in the 1990s, dans R. J. Flynn et R. A. Lemay (dir), *A Quarter-century of Normalization and Social Role Valorisation : Evolution and Impact*, University Of Ottawa, p. 489-504.

Proulx, Jean, Ducharme, Marie-Noëlle et Stéphane Grenier (à paraître en 2013), *Étude deshybridations entre des formules de logement social et d'hébergement dans les initiatives d'AccèsLogis Québec destinés aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle*, Montréal, LAREPPS-UQAM, 105 pages.

Proulx, J. (2002). Les ressources résidentielles pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle : entre « l'ancien » et le « nouveau », *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et éléments de bilan*, sous la direction de Yves Vaillancourt, Jacques Caillouette et Lucie Dumais, LAREPPS, UQAM, juillet, p. 306-348.

Ramon, S. (sous la direction de) (1991). *Beyond community Care. Normalisation and Integration work*, Macmillan, London, 202 pages.

Société d'habitation du Québec (1997). *La Société d'habitation du Québec. Une histoire en trois mouvements*. Québec: Gouvernement du Québec.

Renaud, F. (2008). Des locataires âgés qui s'engagent dans le logement social au Québec. In L. e. s. p. *l'habitat* (Ed.), *Habitat social et vieillissement: représentations, formes et liens* (pp. 127-136). Paris: La Documentation française.

Ridgway, P. Z., A.M. (1990). "The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches." *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13: 11-31.

Roehrer Institute, R. (1993). *Social Well-Being, A Paradigm for Reform* (59 pages). Toronto.

Roy, S. N., Yannick, Thomas, Ghyslaine (2003). *Le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire*. Montréal: Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Société d'habitation du Québec (2008), *Guide d'élaboration des projets AccèsLogis*, en ligne.

Smith, S. R. (2010). Hybridization and nonprofit organizations: The governance challenge. [doi: DOI: 10.1016/j.polsoc.2010.06.003]. *Policy and Society*, In Press, Corrected Proof.

Tsemberis, S. G., Leyla and Maria Nakarea (2004). "Housing first, Consumer choice and Harm Reduction for Homeless individual with dual diagnostic." *American Journal of Public Health* 94: 651-656.

Vaillancourt, Y., Charpentier, M. (2005). *Les passerelles entre l'État, le privé et le secteur de l'économie sociale dans le domaine des résidences pour aînés*. Montréal: Université du Québec à Montréal.

Vaillancourt, Y. (2003). Jalons théoriques pour l'examen de politiques sociales touchant les personnes handicapées, Cahiers du LAREPPS no 03-03, LAREPPS, UQAM, avril, 44 pages.

Vaillancourt, Y., & Ducharme, M.-N. (2000). Le logement social, une composante importante des politiques sociales en reconfiguration: État de la situation au Québec. Montréal: Université du Québec à Montréal.

Vaillancourt, Y., avec la collaboration de C. Jetté (1997). Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel, SAC-LAREPPS, UQAM, mai, 302 pages.

LISTE DES ENTREVUES

| | |
|----------------|---|
| Entrevue no 1 | Entrevue avec la présidente fondatrice d'un OSBL d'habitation (OSBL-H) |
| Entrevue no 2 | Entrevue avec un organisateur communautaire |
| Entrevue no 7 | Entrevue avec un employé d'un GRT |
| Entrevue no 12 | Entrevue avec un organisateur communautaire |
| Entrevue no 13 | Entrevue avec un cadre d'une Agence de la santé et des services sociaux |
| Entrevue no 16 | Entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 18 | Groupe de discussion avec des parents d'adultes dans un OSBL (données secondaires) |
| Entrevue no 19 | Entrevue avec un organisateur communautaire |
| Entrevue no 25 | Entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 31 | Entrevue avec deux membres du comité fondateur d'un OSBL-H |
| Entrevue no 35 | Entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 36 | Entrevue avec un cadre d'un CSSS |
| Entrevue no 37 | Entrevue avec le directeur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 38 | Entrevue avec le coordonnateur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 39 | Entrevue avec un employé d'un GRT |
| Entrevue no 40 | Entrevue avec le président d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 41 | Entrevue avec le président fondateur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 42 | Entrevue avec un membre du comité fondateur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 43 | Entrevue avec une intervenante d'un CSSS |
| Entrevue no 44 | Entrevue avec un membre du comité fondateur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 45 | Entrevue avec un membre fondateur d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 46 | Entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 47 | Entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation |
| Entrevue no 48 | Entrevue avec un membre du comité fondateur d'un OSBL d'habitation |

ANNEXE 1 Brève description de chacune des initiatives étudiées

Cas no 1

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant 10 unités de logement (8 unités de 3 ½ pièces et 2 unités de 4 ½ pièces) situé dans une ville moyenne en région. Le projet a été initié par un groupe de partenaires régionaux afin de développer une alternative au CHSLD pour des personnes ayant une déficience physique sévère. Sous le leadership du bureau régional de l'Office des personnes handicapées du Québec, le comité réunissait des représentants de CHSLD, de CLSC, de centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, d'associations de personnes handicapées ainsi que des parents. Tous les logements sont adaptés et munis d'un rail au plafond pour faciliter les transferts (lève-personne). Outre les unités de logement, on retrouve une cuisine et une salle à manger ainsi qu'un bureau pour la coordination et les préposés. Les services d'assistance sont assurés par l'OSBL d'habitation lui-même grâce à une subvention récurrente de l'Agence de la santé et des services sociaux. Les services offerts concernent tous les AVD et les AVQ : préparation de repas, aide domestique, aide pour les soins personnels (soins d'hygiène, habillage, aide à la prise de médicaments, etc.) et aide aux transferts. Les préposés y assurent une présence 24/7. Si d'autres services sont requis par les locataires (ex. : soins infirmiers, loisirs), ceux-ci ont la responsabilité de se les procurer eux-mêmes.

Cas no 2

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant 11 unités de logement (10 unités de 3 ½ pièces et une unité de 4 ½ pièces) situé dans une ville moyenne en région. Le projet a été initié par un organisme de promotion des droits des personnes handicapées de la région afin de développer une alternative au CHSLD pour des personnes ayant une déficience physique sévère. Tous les logements sont adaptés et munis d'un rail au plafond pour faciliter les transferts (lève-personne). Outre les unités de logement, on retrouve une cuisine et une salle à manger ainsi qu'un bureau pour la coordination et les préposés. Les services d'assistance sont assurés par l'OSBL d'habitation lui-même grâce à une subvention récurrente de l'Agence de la santé et des services sociaux. Les services offerts concernent tous les AVD et les AVQ : préparation de repas, aide domestique, aide pour les soins personnels (soins d'hygiène, habillage, aide à la prise de médicaments, etc.) et aide aux transferts. Les préposés y assurent une présence 24/7. Si d'autres services sont requis par les locataires (ex. soins infirmiers, loisirs), ceux-ci ont la responsabilité de se les procurer eux-mêmes.

Cas no 3

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant 21 unités de logement situé en milieu urbain (couronne sud de Montréal). Il s'adresse à des personnes ayant subi un traumatisme crânien cérébral, pour lesquelles on a voulu développer une alternative aux ressources d'hébergement conventionnelle, tout en leur permettant de recevoir sur place les services d'assistance et d'encadrement dont elles ont besoin. Le projet a été initié par l'Association régionale des traumatisés crâniocérébraux. Tous les logements sont de type studio, mais sans cuisinières, jugées dangereuses pour certains locataires. En vertu d'une entente avec le centre de réadaptation en déficience physique de la région, trois des 21 studios sont réservés pour ses usagers et ont une vocation de transition. Outre les unités de logement, on retrouve une cuisine et une salle à manger dans laquelle on a aménagé un coin « salle de séjour », ainsi qu'un bureau pour la coordination et les préposés. Des services « de base » sont assurés par l'OSBL d'habitation lui-même et comprennent : un service d'alimentation (21 repas par semaine); une surveillance 24/7; le développement des habiletés sociales; un service d'encadrement général

(entretien ménager, lessive, soins personnels, etc.). Ces services sont directement facturés aux locataires (850 \$/ mois). D'autres services peuvent être offerts moyennant un coût supplémentaire.

Cas no 4

Il s'agit d'une de deux initiatives d'un OSBL d'habitation situé en milieu urbain qui offre 70 unités de logement à l'intention de ménages familiaux ou de personnes seules, dont 10 unités sont réservées pour des personnes ayant une déficience physique sévère (6 unités de 3 ½ pièces et 4 unités de 4 ½ pièces). Le projet de 70 unités a été initié par un comité formé d'acteurs communautaires locaux. Ce n'est qu'en cours de route que le projet pour les personnes handicapées s'est joint au projet. Ce projet destiné à des personnes handicapées avait lui-même été initié par un organisme de promotion des droits des personnes handicapées. Les dix logements réservés aux personnes handicapées sont répartis sur les deux premiers étages de l'immeuble et sont tous adaptés et munis d'un rail au plafond pour faciliter les transferts (lève-personne). Aucun espace commun n'a été prévu. Les services d'assistance sont assurés par un organisme communautaire qui a été créé spécifiquement à cet effet et qui occupe, dans l'immeuble, un « appartement de fonction ». Les services sont financés en vertu d'une entente de services avec le CSSS. Les services offerts concernent tous les AVD et les AVQ : préparation de repas, aide domestique, aide pour les soins personnels (soins d'hygiène, habillage, aide à la prise de médicaments, etc.) et aide aux transferts. Les préposés y assurent aussi une présence 24/7.

Cas no 5

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant 28 unités de logement (3 unités de 2 ½ pièces, 20 unités de 3 ½ pièces et 5 unités de 4 ½ pièces) répartis dans deux immeubles situés dans deux petites villes en milieu rural. Le projet a été initié par des organismes communautaires intervenant dans le domaine de la santé mentale, sous le leadership du CSSS, dans le but de permettre l'accès à des logements salubres et accessibles financièrement à des personnes vivant avec un problème de santé mentale. En cours de route, le projet a été ouvert aux personnes handicapées, qui vivaient également un problème d'accès à un logement abordable et adapté. Six des 28 unités de logement sont occupées par des personnes handicapées. L'OSBL d'habitation offre lui-même les services d'assistance. Ses locaux sont d'ailleurs situés dans un des deux immeubles. Deux autres organismes communautaires ont aussi leurs bureaux dans cet immeuble. Toutefois, à l'exception des services de soutien communautaire, les services ne s'adressent qu'aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Contrairement aux initiatives précédentes, les personnes handicapées qui occupent l'immeuble sont très autonomes et ne requièrent pas ou très peu de services d'assistance.

Cas no 6

Il s'agit d'un OSBL d'habitation qui a développé trois projets de logements abordables et universellement accessibles à l'intention de personnes handicapées et de personnes âgées en légère perte d'autonomie. L'OSBL compte au total 45 unités de logement, dont 31 sont occupées par des personnes handicapées (19 unités de 3 ½ pièces et 12 unités de 4 ½ pièces) répartis dans cinq immeubles situés dans une petite ville en milieu rural. Ces projets ont été initiés par un organisme de promotion des droits des personnes handicapées dans le but de permettre l'accès à des logements abordables et universellement accessibles aux personnes âgées et handicapées. Il s'agit d'immeubles à logements standards dans lesquels aucun espace commun n'a été prévu. Les services d'assistance (AVD et AVQ), d'intensité variable selon les locataires, sont assurés par le CSSS ou, dans certains cas, par l'entremise du chèque emploi-service, ou encore par une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD). Il n'y a aucune entente de services formelle entre l'OSBL d'habitation et le CSSS. Ce sont les locataires qui sont responsables de se prévaloir des services dont ils ont besoin auprès de l'organisme qui peut les offrir, l'OSBL d'habitation n'assumant aucune responsabilité à cet

égard. Par ailleurs, l'organisme initiateur offre un service de soutien communautaire, et c'est lui qui, en vertu d'une entente de services avec l'OSBL d'habitation, assure la gestion des immeubles et des loyers.

Cas no 7

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant 11 unités de logement (9 unités de 3 ½ pièces et 2 unités de 4 ½ pièces) situé dans une petite municipalité en milieu rural. Ce projet a été initié par un organisme de promotion des droits des personnes handicapées dans le but de permettre à des personnes vivant avec une déficience physique de vivre dans un logement abordable et adapté, tout en pouvant bénéficier des services de soutien dont elles ont besoin. Il s'agit d'une initiative mixte puisqu'en cours de réalisation se sont ajoutées des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Outre les unités de logement, on retrouve une cuisine et une salle à manger, une salle de séjour, ainsi qu'un espace de bureau pour les intervenants. Les services de soutien sont assurés par une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) en vertu d'une entente avec le CSSS qui permet le regroupement des heures de services auxquelles les personnes ont droit. Les services offerts touchent la préparation des repas, l'aide domestique et l'aide pour les soins personnels. En vertu d'une entente de services avec l'organisme à but non lucratif (OBNL), l'organisme communautaire initiateur du projet assure un service de soutien communautaire et du soutien civique. Le CSSS assure également des services de soins personnels, des soins infirmiers et du soutien civique.

Cas no 8

Il s'agit d'un OSBL d'habitation comprenant huit unités de logement de 3 ½ pièces situé dans une ville de dimension moyenne en région. Ce projet a été initié par des parents de personnes vivant avec une déficience physique et de personnes vivant avec une déficience intellectuelle dans le but de permettre à leurs enfants devenus adultes de vivre en logement, tout en pouvant bénéficier des services de soutien dont ils ont besoin. Deux logements seulement sont occupés par des personnes vivant avec une déficience physique, un logement est réservé pour du répit et les cinq autres sont occupés par des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Outre les unités de logement, on retrouve une cuisine et une salle à manger, une salle de séjour, ainsi qu'un espace de bureau pour la coordination et les préposés. Les services de soutien sont offerts par une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) en vertu d'une entente avec le CSSS qui permet le regroupement des heures de services auxquelles les personnes ont droit. Les services offerts touchent la préparation de repas, l'aide domestique et l'aide pour les soins personnels. Le CSSS assure également des services de soins personnels, ainsi que des soins infirmiers et du « soutien/accompagnement ». L'ensemble des services est coordonné par une éducatrice du CSSS, qui assure une présence sur place de jour. Des auxiliaires familiales du CSSS assurent une présence de soir et l'EESAD une présence de nuit par la personne qui assure l'entretien ménager.

| 2. Mission et gouvernance | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Le CA prévoit des postes désignés à des organismes <i>santé</i> . | O | O | N | N | N | N | N | N |
| L'aspect <i>accès au logement</i> est prédominant dans l'énoncé de la mission. | N | N | N | O | N | O | N | ON |
| L'aspect <i>réadaptation, insertion ou service</i> est prédominant dans l'énoncé écrit de la mission. | N | N | N | N | N | N | N | N |
| L'intention exprimée par les promoteurs et/ou intervenants concerne davantage la dimension des soins, des services. | O | O | O | N | O | N | N | O |
| 3. Les aménagements | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| Il s'agit de logements complets (avec cuisine équipée et salle de bain). | O | O | N | O | O | O | O | N |
| Présence et utilisation d'une salle de séjour commune. | N | N | O | N | N | N | O | O |
| Présence et utilisation d'une cuisine commune (repas pris en commun). | ON | ON | O | N | N | N | ON | O |
| Présence d'un dispensaire, d'une infirmerie. | N | N | N | N | N | N | N | N |
| Présence d'un bureau pour les intervenants. | O | O | O | O | O | N | O | O |
| Présence d'un hall d'accueil (de type hospitalier ou institutionnel). | N | N | N | N | N | N | N | N |
| Présence d'éléments de surveillance (autres que caméra). | O | O | O | N | N | O | O | O |
| 4. Les conditions d'attribution des logements | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| Les locataires ont participé eux-mêmes activement au choix de leur logement (choix vs « placement »). | O | O | O | O | O | O | O | ON |
| Les requérants peuvent s'adresser directement à l'organisme d'habitation pour accéder au logement. | O | O | O | N | O | O | O | O |

| | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| L'organisme d'habitation (politique de sélection) détermine et contrôle la liste de requérants. | O | O | O | N | O | O | O | O |
| Les requérants sont nécessairement référés par un organisme santé. | N | N | ON | O | N | N | N | N |
| Les <i>partenaires santé</i> participent, de façon minoritaire, au comité de sélection. | O | N | N | N | N | O | N | O |
| Les <i>partenaires santé</i> contrôlent le comité de sélection. | N | O | N | O | N | N | N | N |
| Les locataires doivent signer un contrat de services (ou contrat de séjour, ou annexe au bail). | O | O | O | O | N | N | O | O |
| Les critères de sélection sont teintés très <i>santé</i> . | O | O | ? | O | N | N | N | O |
| Dans les volets I et II d'Accèslogis, les unités subventionnées prévues ne sont pas toutes utilisées (+ volet III sans PSL) | n/a | O | O | n/a | n/a | O | n/a | n/a |
| Le faible revenu et les mauvaises conditions de logement constituent un critère de sélection important. | N | N | N | O | O | O | N | N |
| + Ajout : présence d'unités réservées au réseau SSS ? | N | N | O | O | N | N | N | N |
| 5. Les conditions de séjour | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| L'OSBL-H favorise le maintien dans les lieux . | O | O | ON | O | O | O | O | O |
| Les locataires ont un bail de logement. | O | O | O | O | O | O | O | O |
| Les locataires sont libres de renouveler leur bail. | O | O | ON | O | O | O | O | |
| La durée du séjour est assujettie à un niveau d'autonomie, de réinsertion ou de fin d'intervention. | N | N | ON | N | ON | ? | N | N |
| Certains services de santé ou sociaux sont indissociables du bail. | ? | O | O | N | N | N | N | O |
| Des frais pour certains services sont facturés au bail. | O | O | O | N | N | N | O | O |

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| La grande majorité des services sont facultatifs et offerts à <i>la carte</i> . | ? | ? | N | ? | O | ? | O | N |
| Les locataires ont nécessairement un plan d'intervention. | N | O | ? | O | N | N | N | O |
| Les locataires sont laissés complètement libres de participer ou non aux activités de groupe. | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | O | ON | ON |
| Les locataires peuvent aller et venir à leur guise sans rendre de comptes. | O | O | ON | O | O | O | O | ? |
| L'intimité des locataires est respectée (sonner avant d'entrer, avertir). | O | O | ON | O | O | O | ? | N |
| 6. L'offre et l'organisation des services | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| L'OSBL est impliqué directement dans l'organisation et dans la dispensation des services. | O | O | O | N | O | N | N | N |
| Présence d'intervenants sur place 24/7. | O | O | O | O | N | N | N | O |
| Niveau d'intensité de services élevé requis. | O | O | O | O | ON | ON | ON | O |
| Présence d'activités de loisir de groupes (si obligatoire) ou encouragées. | N | N | O | N | ON | N | O | N |
| Présence d'activités « thérapeutiques » de groupes requises. | N | N | N | N | N | N | N | N |
| Propension à suppléer plutôt qu'à développer l'autonomie. | N | ON | ? | N | ON | N | ON | O |
| 7. Les représentations et dimensions symboliques du logement | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| Les responsables qualifient l'immeuble d'immeuble à logements. | O | O | O | O | O | O | O | N |
| Les responsables ont tendance à utiliser le mot <i>résidents</i> ou <i>clients</i> pour désigner les locataires. | N | O | O | N | N | N | N | O |
| Les locataires ont le sentiment de <i>vivre chez soi</i> . | O | O | ? | ? | O | ? | ON | N |
| Les locataires ont le sentiment de vivre de façon relativement indépendante. | O | O | ? | ? | O | ? | ON | ? |

ANNEXE 3 Schéma d'entretien

SCHÉMA D'ENTRETIEN À L'INTENTION DES RESPONSABLES D'OSBL D'HABITATION

Introduction

Merci de nous recevoir, l'entretien devrait durer d'1 ½ heure à 2 heures. Nous allons peut-être aussi vous demander des documents. Voici une feuille (remettre une feuille avec 5-6 thèmes) qui contient les grandes lignes de l'entretien. Avez-vous des questions? Permettez-vous l'enregistrement ?

1. Signature de formulaire de consentement
2. Vérifications et compléments pour la fiche d'analyse
3. Contexte de création de l'organisme et/ou du projet
 - a. Principales étapes du projet, genèse.
 - b. Qui ont été les individus ou organismes à l'origine du projet ?
 - c. Leaders principaux ?
 - d. Évolution parmi les porteurs de projet.
 - e. Quels étaient les besoins perçus et exprimés dans le milieu ?
 - i. ; concernaient-ils davantage le besoin de logement ou le besoin de services (SAD – soutien à domicile, ou accompagnement)
 - f. Est-ce Accès-Logis qui vous a amené au projet ou le projet qui vous a amené à ce programme de la SHQ ?
 - g. Pourquoi Accès-Logis ? Avez-vous examiné d'autres options ?
 - i. Ex : RI, hébergement, privé, etc.
 - h. Quelles ont été les principales contraintes ? (finances, services, montage, partenaires, aménagement, respect de la mission, du projet initial)
 - i. Quel était l'état de vos connaissances de l'univers du logement ?
 - j. Vérifier si, dans la région, des acteurs régionaux (CLD, CSSS, MRC, municipalités, etc.) ont été structurants dans l'apparition de plusieurs projets
4. Énoncé de mission des organismes

Nous allons maintenant parler de la mission qui se rattache à ce projet Accès-Logis.

 - a. Quels sont les individus qui ont participé à l'élaboration de la mission ?
 - b. Comment vous y êtes-vous pris pour élaborer la mission ?
 - c. Quelle est la principale mission, quel en est l'aspect dominant ?
 - d. Pourquoi cette clientèle, pourquoi pas mixte ou autre ?
 - e. La mission a-t-elle évolué au fil du temps ?
 - f. De quelle manière celle-ci s'est-elle dessinée, quels étaient les paramètres négociables, non négociables?
 - g. Y a-t-il eu des recentrages en cours de route, pourquoi ?
 - h. Aviez-vous des modèles ? Quels modèles vous ont inspiré ? Pourquoi ?
 - i. Dans les cas d'organismes qui sont passés de l'hébergement pur vers des formules de logement ou hybride (ex : maison du père). Qu'est-ce qui vous a incité à aller vers

des formules davantage logement ? Quelles sont les principales différences entre vos formules d'hébergement et de logement ?

- j. Qu'est-ce qui distingue votre projet de ce qui serait un projet de logement social *pur* ?
 - k. Qu'est-ce qui distingue votre projet de ce qui serait un projet d'hébergement *pur* ?
5. La gouvernance
- a. Comment s'est décidée la composition du CA ?
 - b. A-t-elle subi des modifications depuis le début du projet ? Si oui, pourquoi ?
 - c. Y-a-t-il des interférences possibles en provenance de certains membres partenaires ? Des attentes, des demandes ?
 - d. D'après vous, en quoi la composition du CA influence-t-elle la mission en regard des services ?
6. Le rôle des partenaires « santé et services sociaux » et habitation
- a. Parlez-moi de vos principaux partenaires *santé*.
 - i. Quel est leur apport, leur contribution dans le projet ?
 - ii. Quand sont-ils arrivés dans le projet ? Dès le départ ? En cours de route ?
 - iii. Vos relations sont-elles formalisées ?
 - iv. Vos partenaires ont-ils des attentes particulières ? Lesquelles ?
 - b. Parlez-moi de vos partenaires en habitation (GRT, OMH, municipalité, SHQ, Fédérations, autres)
 - i. Quel est leur apport, leur contribution dans le projet ?
 - ii. Financement. Les partenaires (SSS) ont-ils participé au financement d'une partie de la réalisation (aménagement, contribution du milieu, autre) ?
 - iii. Quand sont-ils arrivés dans le projet ? Dès le départ ? En cours de route ?
 - iv. Vos relations sont-elles formalisées ?
 - v. Vos partenaires ont-ils des attentes particulières ? Lesquelles ?
 - c. Quel est selon vous l'avantage du programme Accès-logis par rapport à d'autres programmes d'hébergement ou formules d'hébergement ?
7. Les conditions d'attribution (la sélection des locataires)
- a. Parlez-nous des besoins de vos requérants (ou population cible).
 - i. Parlez-nous de leurs besoins en matière de logement (et/ou d'hébergement).
 - ii. Parlez-nous de leurs conditions sociales et de santé (ou besoins sociaux ou de santé).
 - b. On va maintenant aborder la question de vos clientèles-cibles.
 - i. Quel est le profil de vos locataires ? (Qu'est-ce qu'on veut savoir par « profil » ? Âge ? Sexe ? Revenus ? Problématique sociale ? Besoin de services ? etc.) Niveau d'autonomie : est-ce que le revenu est une considération centrale ou est-ce le niveau d'autonomie ?
 - ii. Comment celui-ci s'est dessiné ? Quel a été le rôle relatif de vos partenaires dans l'établissement des clientèles cibles ?
 - iii. Les cibles et les clientèles ont-elles évolué au cours des dernières années ?
 - c. Comment vos locataires entrent-ils chez vous ?
 - i. Quelles sont vos modes de recrutement ?
 - ii. Quelles sont vos critères de sélection ?
 - 1. Critères relatifs aux revenus ?
 - 2. Critères relatifs à leur condition sociale ?

d. Avez-vous un comité de sélection ? Qui le compose ?

8. Les conditions de séjour

On va maintenant s'intéresser aux règles entourant les conditions de location ou les conditions de séjour

- a. Vos baux sont-ils standard ? Comprennent-ils une annexe ? Si oui, que contient cette annexe ?
- b. Avez-vous d'autres contrats d'encadrement ou règlements encadrant les relations CA-locataires ?
 - i. contrats de séjours
 - ii. annexes au bail
 - iii. projet de vie, plan d'intervention
 - iv. règlements d'immeuble
 - v. code de vie
- c. Comment et pourquoi avez-vous élaboré ces outils ?
 - i. Aviez-vous des modèles ?
- d. Comment se détermine la fin d'un séjour :
 - i. Dans le cas des logements « permanents »?
 - ii. Dans le cas des ressources dites « de transition »?
 - iii. Comment avez-vous pu concilier jusqu'à maintenant (le cas échéant) les prérogatives du bail (maintien dans les lieux) et les séjours limités ?
- e. Pouvez vous parler de l'évolution des outils et des orientations encadrant les relations locataires-locateurs dans le temps (depuis 5 ou 10 ans)
- f. Avez-vous rencontré des contraintes ? Comment les avez-vous surmontées ?

9. Représentations, vocabulaires, dimensions symboliques du logement

- a. Qu'est-ce qui distingue ce projet de ce qui serait un projet de logement social *pur* ?
- b. Qu'est-ce qui distingue votre projet de ce qui serait un projet d'hébergement *pur* ?
- c. Comment qualifiez-vous cet ensemble d'habitation : logement ou hébergement ?
- d. Quels sont, selon vous, les traits distinctifs du logement et de l'hébergement ?
- e. Ces conceptions ont-elles évolué avec le temps, les contextes ?
- f. Comment vous situez-vous sur un continuum logement-hébergement ?
- g. Qu'est-ce qui prime selon vous chez les locataires, le besoin de sécurité, de soins, (ou de reprise en main) ou l'autonomie, le chez-soi, l'accès à un logement économique ?

10. Aménagement de l'édifice et des logements

- a. Salles communes : avez-vous des pièces communes ?
- b. A quoi servent-elles ? A quelles fins et comment sont-elles utilisées ?
- c. Quelle est la fréquence d'utilisation des pièces communes ? L'utilisation est-elle encadrée, si oui, comment ? Est-elle encouragée ?
 - i. Dispensaire ? Infirmerie, salle pour les intervenants ?
- d. Les logements sont-ils tous complets (salle de bain; chambre fermée; cuisine)?
- e. Les cuisines ont-elles poêles et réfrigérateur ?
- f. Les normes et les exigences d'aménagement excèdent-elles ou diffèrent-elles de celles d'AccèsLogis (volets II ou III) ?

11. Offre de services, ententes de services

Avoir en main ici la fiche signalétique complétée (points 16 et 17)

- a. Caractère facultatif (volontaire) de l'offre de services :
 - i. L'offre de services est-elle obligatoire ou facultative pour les locataires ?
 - ii. Quelle est la nature de l'offre de services de base qui a un caractère non négociable, indissociable dans le bail ?
- b. Ententes de services avec le réseau de la santé et des services sociaux :
 - i. Le cas échéant, pouvez-vous parler de cette entente ? Est-elle survenue au début ou en cours de route, ou modifiée ?
 - ii. Quel est l'impact de cette entente sur la mission, le modèle, les ressources ?
- c. Contrats de services entre l'organisme et locataire :
 - i. Incite-t-on les locataires à participer à des activités de groupe ?
 - ii. Incite-t-on les locataires à partager les repas ?
 - iii. Quelle est la fréquence des visites chez le locataire par :
 1. Préposé?
 2. Intervenant?
 3. Coordination?
 4. Autres responsables ou employés?
- d. L'intimité. Quelles sont les pratiques quotidiennes?
 - i. Présence omniprésente d'intervenants sur les planchers, salles communes?
 - ii. Portes fermées?

12. Environnement législatif et règlementaire

- a. Y a-t-il des règlements ou des balises qui, dès le départ ou en cours de route, vous ont posé problème?
 - i. Accès-Logis (et/ou autres programmes de logement social)?
 - ii. Règlements municipaux?
 - iii. Normes, règlements « santé et services sociaux »?
 - iv. Cadre sur le soutien communautaire en logement social?
 - v. Certification résidences pour aînés?
 - vi. Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)?
 - vii. Initiative des partenariats de lutte contre l'itinérance (IPLI)?
 - viii. Orientations d'un mandataire d'Accès-Logis?
 - ix. CSST?
 - x. Etc.
- b. Y a-t-il des règlements ou des normes qui se sont avérées ou s'avèrent inapplicables ?
Lesquelles ?
- c. Pouvez-vous évoquer des lois, règlements, certifications qui se sont ajoutés en cours de route, depuis l'ouverture ?
 - i. Si oui, quel impact, quelles contraintes, quels changements cela a-t-il pu apporter sur la nature de votre mission ?
- d. Avez-vous des suggestions ou des solutions en regard de la problématique de l'arrimage entre les secteurs de la santé et de l'habitation ?

13. Les demandes de document

Nous serions intéressés à examiner quelques-uns de vos documents d'orientation ou politiques internes. Est-ce possible? Pouvons-nous obtenir copie, etc.?

14. Remarques, questions et commentaires

Avez-vous des remarques, des questions ?

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

Il se peut qu'on vous téléphone pour des compléments d'information.

On vous tiendra au courant de la publication des résultats. Êtes-vous intéressé ?

ANNEXE 4 Principaux paramètres du programme AccèsLogis

Le Guide d'élaboration des projets présente ainsi le programme AccèsLogis : « AccèsLogis est un programme d'aide qui favorise le regroupement des ressources publiques, communautaires et privées pour la réalisation de logements sociaux et communautaire., Les logements réalisés dans ce cadre sont destinés à des ménages à revenu faible ou modeste de même qu'à une clientèle ayant des besoins particuliers en logement ». L'aide financière octroyée pour un projet prend la forme d'une aide à la réalisation du projet, d'un supplément au loyer pour une proportion des unités de logement et d'une garantie de prêt. À certaines conditions, une aide additionnelle peut aussi être versée : régions éloignées; adaptations pour personnes handicapées (SHQ, 2008, chap. 2 : 1).

Organismes admissibles

Les organismes admissibles sont :

- les coopératives d'habitation;
- les organismes à but non lucratif;
- les sociétés acheteuses à but non lucratif;
- et les offices municipaux d'habitation (SHQ, 2008, chap. 3 : 1).

Clientèles admissibles

Pour être admissible, « la clientèle doit être à revenu faible ou modeste ou avoir des besoins particuliers en logement. Elle doit occuper les unités résidentielles à titre de résidence principale et cette occupation doit avoir un caractère permanent sauf si cette occupation concerne des logements temporaires dans le cadre du volet III » (SHQ, 2008, chap. 4 : 1). Par ailleurs, « un projet est non admissible si la clientèle est référée par un établissement ou un organisme du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une entente de services qui prévoit la réservation d'unités résidentielles dans le projet pour l'hébergement de cette clientèle. Ainsi, un projet est non admissible si l'organisme qui le présente constitue une Ressource intermédiaire rattachée à un établissement public et dispensant des services d'hébergement et de soutien. En cas de doute, l'organisme devra démontrer qu'il n'est pas une « ressource intermédiaire ». (SHQ, 2008, chap. 4 : 1). Le programme AccèsLogis comporte trois volets, chacun s'adressant à une clientèle spécifique.

Volet I

Le volet I est destiné à la réalisation de logements permanents à l'intention des familles, des personnes seules et des personnes âgées autonomes. Mais il peut aussi, à certaines conditions, s'adresser à des clientèles ayant des besoins particuliers en habitation, comme des personnes handicapées autonomes (SHQ, 2008, chap. 2 : 1).

Volet II

Le volet II est destiné à des projets de logements permanents avec services (ex : repas, maintien à domicile, entretien ménager, etc.) pour des personnes âgées perte légère d'autonomie²⁵ (SHQ, 2008, chapitre 2 : 2). On vise les personnes de 75 ans ou plus, ainsi que les personnes âgées « n'ayant pas encore atteint cet âge mais éprouvant des problèmes d'autonomie fonctionnelle ». Les difficultés évoquées peuvent être de nature physique (handicap, maladie, incapacité) ou psychosociale (isolement, insécurité, difficulté à obtenir des services de soutien, etc.). Les personnes qui sont « grandement dépendantes » et dont la condition « requiert l'institutionnalisation » ne sont toutefois pas admissibles (SHQ, 2008, chap. 6 : 1).

Le volet III quant à lui est destiné à des projets de logements temporaires ou permanents avec services pour des personnes ayant des besoins particuliers de logement et « nécessitant des installations spéciales et des services d'assistance personnelle sur place » (SHQ, 2008, chapitre 2 : 1; Chapitre 6 : 5). Un logement est temporaire « lorsque c'est l'organisme (le propriétaire) qui décide lui-même ou participe à la décision de mettre fin au bail ou, en l'absence de bail, à l'utilisation du logement par l'utilisateur ». Les logements temporaires sont dits « d'urgence » ou « de transition ». Le logement d'urgence est « de courte durée (une nuit à quelques semaines), de type dépannage ou de type refuge pour sans-abri ». Le logement de transition vise, comme son nom l'indique, « une démarche de transition vers l'autonomie » dans laquelle s'engage l'utilisateur (SHQ, 2008, chap. 6 : 5-6).

Spécifications pour le volet III

Un minimum de 20 % et un maximum de 100 % des unités doivent être occupées par des ménages éligibles à des subventions au loyer. Le maximum peut atteindre 100 % dans le cas des logements permanents ou de transition de volet III.

La clientèle d'un projet peut aussi bénéficier de subventions à titre d'organisme communautaire au sens des articles 334 et 335 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Un projet est jugé non admissible si la clientèle est référée par un établissement ou un organisme du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une entente de services qui prévoit la réservation d'unités résidentielles dans le projet pour l'hébergement de cette clientèle. Ainsi, un projet est non admissible si l'organisme qui le présente constitue une ressource intermédiaire rattachée à un

²⁵ La perte d'autonomie est définie comme étant l'incapacité ou la difficulté à accomplir certaines activités de la vie quotidienne telles l'entretien ménager, la préparation des repas, la lessive ainsi que la difficulté à vivre dans un logement ou un bâtiment non adapté.

établissement public et dispensant des services d'hébergement et de soutien. En cas de doute, l'organisme devra démontrer qu'il n'est pas une ressource intermédiaire (chapitre 4.2). L'exclusion des ressources intermédiaires vise à préserver l'autonomie de la sélection des locataires par l'organisme.

Le volet III vise la réalisation de logements permanents ou temporaires avec services, pour des clientèles ayant des besoins particuliers et nécessitant des installations spéciales et des services d'assistance personnelle sur place (déficients intellectuels légers, handicapés physiques, personnes victimes de violence, personnes à risque ou en situation d'itinérance, familles monoparentales avec besoins particuliers, etc.).

Pour les fins du programme AccèsLogis Québec, le logement permanent et le logement temporaire du volet III sont ainsi définis :

Logement permanent

Dans le cadre du volet III, le logement permanent s'accompagne de services de soutien sur place. Il peut s'adresser, par exemple, aux personnes vivant certains problèmes légers de santé mentale, de déficience physique ou intellectuelle mineure, aux personnes vivant avec un problème chronique d'instabilité résidentielle. Dans ce contexte, les projets du volet III devront généralement avoir comme objectif la réinsertion sociale des clientèles visées et leur permettre de retrouver ou de développer progressivement l'autonomie compatible avec leurs capacités physiques et intellectuelles.

Logement temporaire

Un logement est temporaire lorsque l'organisme (le propriétaire) décide lui-même ou participe à la décision de mettre fin au bail ou, en l'absence de bail, à l'utilisation du logement par l'usager. Le logement temporaire comprend le logement d'urgence et le logement de transition. Le logement d'urgence est de courte durée (une nuit à quelques semaines), de type dépannage ou de type refuge pour sans-abri, femmes victimes de violence, jeunes en difficulté, etc. Le logement de transition soutient quant à lui une démarche de transition vers l'autonomie. On l'appelle parfois *logement de deuxième étape*. Par la signature d'un contrat de vie, l'usager s'engage dans une démarche de prise en charge personnelle, de réorganisation de vie ou d'insertion sociale et le logement y joue un rôle central : il lui offre l'occasion de développer certaines des habiletés nécessaires à sa prise en charge ou lui assure la sécurité et les conditions de vie qui lui permettent de concentrer ses énergies sur la démarche. Dans un projet de logement de transition, l'usager poursuit certains objectifs propres au projet (réinsertion sur le marché du travail, capacité d'habiter seul en logement, réorganisation de vie, etc.). Une fois ces objectifs atteints, il doit quitter le logement pour permettre à une autre personne d'entreprendre à son tour une démarche semblable. L'usager peut résider dans un logement de transition pour des périodes variables pouvant être renouvelées jusqu'à un maximum de 5 ans. Il est entendu que toute la durée de l'occupation doit faire l'objet d'un contrat de vie entre l'usager et l'organisme qui doit offrir des services tout au long du séjour. La date de signature du contrat de vie doit être antérieure à celle du bail ou être effectuée au plus tard à la signature du bail.

Sélection

Pour être admissible au programme, l'organisme doit être le seul responsable de la sélection de la clientèle, ce qui ne l'empêche pas de recourir à des expertises externes, notamment du réseau de la

santé et des services sociaux pour définir les critères de sélection ou pour évaluer les clientèles par exemple. Les critères de sélection de la clientèle doivent favoriser les ménages à revenu faible ou modeste (chapitre 4.2).

Projet physique

Selon les besoins de la clientèle, les projets de logements de transition ou de logements permanents pourront offrir des chambres, des studios ou des logements complets. Quant à eux, les projets de logement d'urgence offriront des chambres. Exceptionnellement, après justification, ils pourront comprendre des studios (le taux de subvention des studios est de 50%). Quant aux projets avec dortoirs (salles communes pour dormir), ils sont non admissibles au programme.

Services

Dans la conception et la définition de leur projet, les organismes auront à s'associer des représentants d'organismes locaux, communautaires ou institutionnels oeuvrant auprès des clientèles visées. Cette collaboration pourra s'exercer tant au plan de la conception du projet physique qu'au plan de la définition des services à offrir, de l'évaluation et de la sélection de la clientèle, du suivi de son autonomie, de la fourniture des services et du financement du projet.

Projets de volet III admissibles au Programme d'amélioration des maisons d'hébergement (PAMH)

Le Programme d'amélioration des maisons d'hébergement (PAMH) est un programme conjoint financé à 75 % par le gouvernement fédéral et à 25 % par le gouvernement du Québec. Ce programme est administré par la Société d'habitation du Québec. En décembre 1999, le gouvernement fédéral a annoncé un élargissement du PAMH. Avant cette date, il ne visait que la rénovation d'unités existantes destinées aux femmes victimes de violence familiale. L'élargissement vise la réalisation de nouvelles unités de logement temporaire ainsi qu'une nouvelle clientèle : les jeunes victimes de violence familiale. Ces nouvelles unités PAMH s'intègrent au volet III du programme AccèsLogis Québec. Les coûts de réalisation reconnus par la Société pour les projets du volet III admissibles au PAMH sont subventionnés à 100 %. Toutefois, ces projets ne sont pas admissibles au programme Supplément au loyer et la contribution du milieu n'est pas obligatoire. Les coûts maximaux de réalisation pour fins de subvention établis selon les normes du programme pour ces projets sont les mêmes que ceux des volets II et III (SHQ, 2008, chapitre 6 : 6).