

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales**

***CAHIERS DU LAREPPS***

**No 13-06**

**Étude des hybridations entre des formules  
de logement social et d'hébergement  
Rapport d'étape portant sur des initiatives destinées  
à des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale**

**par**

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

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

**© LAREPPS/UQAM  
Juin 2013**

**Dépôt légal –Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013**

**Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013**

**ISBN 978-2-922879-67-4 (version imprimée)**

**ISBN 978-2-922879-68-1 (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 sept ensembles résidentiels s'adressant à des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. 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 les initiatives sont très majoritairement le fait d'organismes communautaires ou d'établissements publics intervenant en santé mentale (dont deux centres hospitaliers psychiatriques). Dans les ressources en logement social, les principaux emprunts à l'univers de l'hébergement se manifestent surtout dans les conditions d'entrée (être classé malade mentale, avoir un suivi psychiatrique) et dans les conditions de séjour (baux de complaisance, obligation de suivre un plan d'intervention, etc.). La diversité des configurations des projets et les trajectoires illustrent les processus d'hybridation à l'œuvre. Bien que plusieurs se soient inspirés des courants associés au « *housing first* », on demeure souvent prisonnier d'une certaine approche de « réadaptation », et les positionnements concrets à l'égard du droit au logement et au « chez soi » demeurent souvent flous ou sujets à des compromis parfois boiteux.

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
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
SOC	Soutien aux organismes communautaires (MSSS)

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	iv
INTRODUCTION .....	1
1. OBJECTIFS, CONTEXTE ET CADRE D'ANALYSE.....	3
1.1 Les objectifs de la recherche .....	3
1.2 Quelques éléments de contexte .....	3
1.3 L'évolution des formules résidentielles pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.....	5
1.4 L'hybridation, une notion polysémique .....	11
1.5 Notre cadre d'analyse.....	13
1.5.1 Le logement social et l'hébergement : deux univers .....	14
1.5.2 Les dimensions d'analyse .....	16
1.5.3 AccèsLogis, un programme aux objectifs multiples.....	17
2. LA MÉTHODOLOGIE .....	19
2.1 La stratégie de recherche.....	19
2.2 La cueillette des données.....	20
2.3 La méthode d'analyse.....	22
3. LES RÉSULTATS .....	25
3.1 L'hybridation dans le domaine de la santé mentale .....	25
3.2 Des degrés variables d'hybridation .....	25
3.3 Les principaux lieux d'hybridation .....	29
3.3.1 Les conditions d'attribution des logements .....	30
3.3.2 Les conditions de séjour .....	31
3.3.3 Le contexte de création des initiatives.....	32
3.3.4 L'offre et l'organisation des services et les aménagements .....	33
3.3.5 Conclusion .....	34
3.4 Les processus et facteurs d'hybridation .....	35
3.4.1 Les contextes de création des initiatives.....	36
3.4.2 Les buts poursuivis et les modèles de référence.....	37
3.4.3 Les choix qui ont été faits par les acteurs en présence .....	42
3.5 Les facteurs d'hybridation.....	43
3.5.1 La présence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux .....	44
3.5.2 L'importance du courant du « <i>Housing First</i> » .....	45
3.5.3 Les contraintes budgétaires .....	45
3.5.4 Les normes d'AccèsLogis .....	46
3.5.5 L'absence de leadership des acteurs de l'habitation sociale.....	47
3.5.6 Conclusion .....	48
3.6 Opportunités et enjeux .....	48
3.6.1 Difficile conciliation entre une certaine approche de réadaptation et le bail .....	50
3.6.2 Une tendance à reproduire des modèles d'hébergement .....	54

3.6.3 Des cas d'instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis .....	55
3.6.4 Conflits de rôles et confidentialité.....	59
3.6.5 L'enjeu de la mixité.....	60
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXE 1 : LISTE DES ENTREVUES .....	75
ANNEXE 2 : BRÈVE DESCRIPTION DES INITIATIVES RÉSIDENTIELLES À L'ÉTUDE .....	77
ANNEXE 3 : GRILLE SYNTHÉTIQUE SUR LES ATTRIBUTS DES ENSEMBLES RÉSIDENTIELS .....	81
ANNEXE 4 : PRINCIPAUX PARAMÈTRES DU VOLET 3 DU PROGRAMME ACCÈSLOGIS .....	85
ANNEXE 5 : SCHÉMA D'ENTRETIEN À L'INTENTION DES RESPONSABLES DES OSBL D'HABITATION .....	89

## 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 d'habitation (RQOH). Outre le RQOH, la recherche a été menée en partenariat avec les organismes suivants : 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. Elle est financée par les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Le présent texte présente les résultats de notre investigation à partir de l'étude de sept cas d'ensembles résidentiels s'adressant à des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces initiatives ont été développées dans le cadre du programme AccèsLogis, un programme québécois d'habitation sociale et communautaire. 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, les objectifs, le contexte de la recherche en cours ainsi que notre cadre d'analyse. Le second chapitre présente la méthodologie.

Le troisième chapitre présente les résultats eux-mêmes. Il est lui-même divisé en trois sections. La première section expose les principaux phénomènes d'emprunts à l'hébergement dans les ensembles de logement (ou l'inverse le cas échéant). Dans un second temps, nous nous attardons aux processus d'hybridation en analysant, notamment, les contextes de développement et les facteurs en cause. La dernière section du chapitre 3 dégage les principaux enjeux, les dangers et les opportunités potentielles de ces expériences.



# 1. OBJECTIFS, CONTEXTE ET CADRE D'ANALYSE

## 1.1 *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.

## 1.2 *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 (Grenier, 2002; Vaillancourt et Charpentier, 2005). Une rationalité fondée sur l'autonomie et l'individualité des personnes tend à prendre le pas sur la prise en charge institutionnelle, de 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* (Jetté *et al.* 1998; Morin, Robert et Dorvil, 2001; Vaillancourt et Charpentier, 2005; Means, 1996). 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 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 (SCHL, 2009; Dansereau, 2005; OCDE, 1996).

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 Charpentier, 2005). 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 » (MSSS, 2003a : 1). 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 à sa mise à jour en 1994. La politique de 2003 vient affirmer qu'en toutes circonstances, 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. (MSSS, 2003a : 16). On y reconnaît aussi le caractère privé du domicile, la préséance des personnes quant à leur choix de vie au quotidien et au choix des ressources qui les soutiennent (MSSS, 2003a : 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. En 1998, 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, 2005 : 54). 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 est 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, 2003b : 49). Enfin, le *Plan d'action 2005-2010 pour les aînés en perte d'autonomie* mise sur l'adaptation de domicile et les programmes comme AccèsLogis pour développement des formules alternatives à l'hébergement. 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 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 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'HLM publics et d'OSBL d'habitation (Vaillancourt et 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 ». 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 » (SHQ, 1992). 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 SHQ adoptait aussi un programme architectural spécifique pour ses habitations destinées aux aînés (accessibilité, aménagement, salles communautaires, etc.) (Renaud, 2008). L'année 1997 correspond au lancement du programme AccèsLogis, programme qui prévoit des ensembles de logement social avec services.

### ***1.3 L'évolution des formules résidentielles pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale***

Cette section s'intéresse à l'évolution des ressources résidentielles au sein de la filière des services en santé mentale. Historiquement, que ce soit au Québec ou ailleurs dans le monde, les personnes classées malades mentales vivaient regroupées en institution. À partir des années 1950, ce mode de prise en charge commence toutefois à être remis en question, ce qui a conduit, dans les années subséquentes, à ce qu'on a appelé le phénomène de la désinstitutionnalisation. Non spécifique au domaine de la prise en charge des personnes malades mentales, ce phénomène, comme son nom l'indique, a consisté à « sortir » les personnes des institutions pour leur permettre de vivre dans des ressources plus légères et davantage intégrées dans la communauté (Proulx, 2012). Selon Mansell *et al.*, ce phénomène de désinstitutionnalisation trouve son origine à travers trois mouvements distincts, mais qui se rejoignent :

- le mouvement pour la vie autonome (*Independent Living Movement*) chez les personnes vivant avec une déficience physique. Ces personnes revendiquaient de pouvoir recevoir les services d'assistance dont elles ont besoin chez elles, et que l'on adapte leur environnement de façon à ce qu'elles puissent vivre dans la communauté;
- le mouvement anti-psychiatrique chez les personnes vivant avec une problématique de santé mentale, qui misait sur l'empowerment des usagers (droit aux décisions les concernant), le droit de vivre dans la communauté et le remplacement de l'approche médicale par une approche sociale de la santé mentale;
- et le mouvement du *community living* chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle (et leur famille), qui revendiquaient de pouvoir recevoir les services d'assistance dont elles ont besoin dans la communauté et non dans de grandes institutions (Mansell *et al.*, 2007b : 1).

Jusqu'aux années 1960 au Québec, les réflexes quant aux personnes classées malades mentales vont dans le sens de l'hébergement, voire de l'enferment en asile. Les premières préoccupations en matière de désinstitutionnalisation remontent au *Rapport Bédard* (1962). Ce rapport, qui propose une modernisation de l'ensemble des soins et services en santé mentale, préconise alors la prise en charge des patients par leur famille ou par une forme d'hébergement, les résidences d'accueil, plutôt que sur l'institution psychiatrique. Les recommandations du *Rapport Bédard* vont se traduire par une diminution de 3 519 places dans les hôpitaux psychiatriques de 1962 à 1970 (Dorvil, Morin et Robert, 2001). Pendant ce temps, plus de 2000 places en résidence d'accueil seront créées au Québec. Cette opération n'est que la première des trois phases de désinstitutionnalisation en santé mentale que va connaître le Québec. Elle se traduit surtout par des solutions de type hébergement dans la communauté. Quelques années après le *Rapport Bédard*, la réforme du système de santé, « Réforme Castonguay », l'émergence de groupes de défense des droits critiques de la psychiatrie traditionnelle vont, sur fond de révolution tranquille, accélérer le mouvement de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation. Certaines formes novatrices de prise en charge communautaire font alors leur apparition en marge du secteur institutionnel. D'autres sont créées à partir d'ententes de services avec des établissements du secteur public. Les années 1970 et 1980 vont assister à la création d'une panoplie de formules d'hébergement : foyers de groupe, pavillons, familles d'accueil, appartements supervisés, maisons de transition. Le secteur de l'habitation sociale voit, surtout à partir des années 1980, ses premières initiatives résidentielles en logement social destinées à des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il s'agit le plus souvent d'initiatives communautaires de type OSBL financées par la SCHL ou la SHQ. À Montréal, par exemple, on y retrouve la Maison Saint-Dominique (Église Unie), la Résidence de l'Académie, impulsées par des organisateurs communautaires du CLSC Plateau Mont-Royal.

Plusieurs auteurs se sont essayés à recenser et caractériser les différentes ressources résidentielles dans le champ de la santé mentale, souvent en les classant selon le niveau d'autonomie que celles-ci peuvent fournir aux bénéficiaires, aussi appelé *continuum résidentiel* (Ridway et Zippel, 1990). L'une des grilles de classification les plus souvent reprises présentent ces formules selon leur appartenance au logement et à l'hébergement d'une part et selon le degré d'encadrement d'autre part (voir ci-bas). Ainsi, sur le champ logement, on trouve des appartements anonymes et isolés ou des appartements dans des coopératives, des HLM ou des OSBL, mais sans encadrement particulier. Les formules dites de *Supported Housing* correspondent aux pratiques de logement avec soutien communautaire, ou *Housing First*. Elles encouragent le libre choix et le soutien demeure léger. Les formules de *Supportive Housing* incluent les foyers de groupe, les familles d'accueil, les appartements supervisés et autres ressources intermédiaires. Des équipes d'intervenants y favorisent la réadaptation à partir de l'idée d'un *continuum* résidentiel. Enfin, le *custodial model* comprend les ressources hospitalières ou les pavillons où l'accent est mis sur la sécurité et la prise en charge, contre peu d'apprentissages. Le tableau ci-dessous reprend ces catégories.

**Tableau 1**  
Exemples de continuum entre hébergement et logement en santé mentale

<b>HÉBERGEMENT</b> (sécurité et manque d'autonomie)		<b>LOGEMENT</b> (plus grande liberté et risque d'isolement)						
<b>CUSTODIAL MODEL</b> (longue durée de type hospitalier, ni responsabilités ni apprentissages)		<b>SUPPORTIVE HOUSING</b> (équipe de thérapeutes professionnels favorisant la réhabilitation dans un <i>continuum</i> résidentiel)			<b>SUPPORTED HOUSING</b> (encourage le choix personnel du logement, augmente les capacités fonctionnelles)		<b>HABITATION AUTONOME</b> (retour dans la vie en société, suivi médical réduit au minimum)	
Résidence d'accueil (capacité limitée)	Pavillon (grande capacité)	Foyer de groupe (intervenant 24/7)	Appartement supervisé (intervenant présent dans l'immeuble)	Appartement relais (intervenant à domicile une fois par semaine)	Appartement Encadré (intervenant sur place)	Appartement regroupé pour clientèle spécifique (HLM, COOP, OBNL)	Appartement anonyme et isolé	Appartement sans encadrement et non dédié à une clientèle spécifique (HLM, COOP, OBNL)

Source du tableau. Inspiré Déviance et société (2002), vol 26, no 4 pp. 497-515

Si ces décennies offrent l'occasion d'expérimentations et d'innovations multiples en matière résidentielle, on constate aussi l'échec de la désinstitutionnalisation, avec le phénomène de la porte tournante (Dorvil, *et al.*, 1997). Selon Dorvil, en effet, les vagues de désinstitutionnalisation en santé mentale ont entraîné un bilan plus que mitigé, engendrant de l'exclusion et de la marginalisation. La discontinuité des services s'est soldée, en plus de la *porte tournante*, par un alourdissement du fardeau des familles, la montée de l'itinérance et de la judiciarisation. Les solutions se doivent d'être différentes, intersectorielles.

Au Québec, les premières évocations quant à l'intérêt de collaborations intersectorielles en logement datent de 1989, avec la première Politique québécoise de santé mentale (MSSS, 1989). On y encourageait alors la mise en place de solutions impliquant la « concertation entre les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et ceux d'autres secteurs ». Toutes les politiques suivantes interpellent plus avant le secteur du logement social. En 1998, le *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* donne son véritable coup d'envoi à une vague de désinstitutionnalisation. Il recommande de mettre au point des actions intersectorielles dans deux domaines jugés prioritaires : le logement et l'intégration au travail. Le document mentionne :

*Depuis une quinzaine d'années, l'orientation favorisée en matière d'hébergement des personnes aux prises avec des troubles mentaux a complètement changé. Ainsi, on*

*privilégie actuellement un accès aux services de santé mentale qui ne sont pas liés au fait d'être logé dans une structure résidentielle déterminée. (...) Dans tous les cas, on doit s'assurer que ces logements (sociaux) sont accessibles aux personnes ayant des troubles mentaux et offrir les services nécessaires au maintien dans leur logement (MSSS, 1998 : 31)*

C'est ainsi que les courants de désinstitutionnalisation, caractéristiques des années 1960 à 1980 font graduellement place, au tournant des années 1990, aux courants de réadaptation et de rétablissement (*recovery*) (Shulamit, Haile et Renouf, 2007). Les formules résidentielles normalisantes en logement social ou en logement anonymes sont au cœur de ce courant. Le *Plan d'action 2005-2010 en santé mentale* faisant écho à ces orientations, pose des moyens concrets et mesurables pour la mise en place de formules de logement autonome avec soutien, mais sans véritablement en définir les contours. Les agences de la santé et des services sociaux doivent en assurer le développement, en collaboration avec la Société d'habitation ou les OMH (MSSS, 2005 : 53)

Peu ou pas de recherches permettent de savoir où vivent les personnes présentant des troubles de santé mentale. On sait que plusieurs demeurent dans leur famille ou dans des logements privés autonomes. En 2005, le MSSS recensait environ 9 000 places dans différentes ressources d'hébergement, réparties de la façon suivante :

- 937 places en hébergement en soins de longue durée dans les établissements de type hospitalier ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 967 places dans les ressources intermédiaires (RI) ;
- 385 places dans les ressources de type familial (RTF) ;
- 451 places dans les organismes communautaires d'hébergement (OCH) ;
- 491 places dans des logements autonomes avec soutien (nombre sous-estimé). (MSSS, *Plan d'action 2005-2010*)

En 2007, on recensait un peu plus de 70 OSBL d'habitation ayant pour principale mission le logement des personnes ayant des troubles mentaux. Ces initiatives totalisaient 1 600 unités, ce qui fait dire que si les OSBL d'habitation offrent certaines solutions résidentielles, il ne s'agit pas là d'une option dominante (Dumais et Ducharme, 2008). Par ailleurs, les maisons de chambres occupent une place et un rôle spécifiques auprès des personnes marginalisées, en situation de transition ou affligées de troubles mentaux. Certaines d'entre elles présentant des troubles mentaux graves ont été expulsées des autres ressources résidentielles (pour comportements déviants par exemple) et ces ressources constituent le dernier rempart avant la rue. Pour plusieurs, les maisons de chambres privées offrent l'avantage d'allier liberté et sécurité, le principal désavantage étant l'absence de structure de réadaptation, voire même d'abus (Linhorst, 1991; Morin, Dorvil et Grenier, 2003). C'est pourquoi plusieurs organismes agissent en faveur de la « socialisation » des maisons de chambres.

Quant aux préférences des personnes concernées, une étude exploratoire menée dans des ressources d'hébergement de Montréal montre que 22,0 % des usagers préféreraient habiter dans leur propre appartement, 16,0 % dans les HLM ou OSBL, 14,1 % dans les appartements

supervisés et 11,5 % dans les ressources de type familial. On note aussi que 31,7 % d'entre eux préfèrent le type de logement dans lequel ils habitaient au moment de l'étude. Notre réflexion sur les résultats de cette étude nous amène à conclure qu'une variété de types de ressources résidentielles demeure nécessaire pour rencontrer la diversité de besoins des usagers (Piat, Lesage et Dorvil, 2008).

Plusieurs recherches pointent désormais vers les contours du soutien résidentiel en contexte « ordinaire », régulier. Une recherche, menée par Dorvil, Morin et Robert (2001) fait état des avantages et des inconvénients des logements privés sur le marché régulier, des ressources d'hébergement et des logements sociaux regroupés auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. On y apprend que tant les formules d'hébergement et les logements sociaux regroupant des personnes diagnostiquées offrent aux résidents des occasions d'interactions, des espaces de tolérance à la maladie mentale (marginalité) de même qu'un sentiment d'appartenance. En revanche, à l'égard du développement de soi, si l'hébergement permet des apprentissages, le logement sur le marché régulier ou en OSBL d'habitation avec soutien permet davantage de développer le sens de son identité propre, de son individualité.

Depuis quelques années au Québec, certains groupes communautaires d'intervention en santé mentale tels que Clé en main, à Québec et Le Tremplin, à Sherbrooke, mettent de l'avant la formule des suppléments au loyer en logement privé en complément des formules d'aide à la pierre (coopératives, HLM, OSBL). Une coalition a fait publier un document de promotion à cet effet, « sachant qu'une majorité de personnes avec un problème de santé mentale vit en logement autonome privé ... » et que des études démontrent la contribution du logement autonome et anonyme sur des facteurs de rétablissement tels que la diminution de l'effet de ghettoïsation et l'augmentation de la qualité de vie en général (Vincent et Morin, 2010).

Enfin, l'approche dite « Logement d'abord » (ou *Housing First*) est sans contredit celle qui suscite de plus en plus l'intérêt des chercheurs et des décideurs. Le *Housing First* est une approche qui vise à mettre fin à l'itinérance en fournissant aux sans-abri (plus particulièrement ceux qui présentent des problèmes de santé mentale) un logement social le plus vite possible, sans conditions et indépendamment de leurs symptômes. Ce n'est qu'après que ces locataires ont accès à des services de base ou qu'ils participent à un traitement formel, si le cas l'exige. Au Québec, l'approche Logement d'abord a été expérimentée puis formalisée au cours des années 1980 par la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) dans les quartiers centraux de Montréal en lutte contre des problèmes d'itinérance, souvent des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'effet de cette intervention, appelée logement social avec soutien communautaire, a été évaluée par une équipe du LAREPPS (Jetté *et al.*, 1998) auprès d'une centaine de personnes logées dans des logements sociaux administrés par la FOHM. La recherche intitulée « *Évaluation du logement social avec support communautaire à la FOHM* » rapporte une véritable amélioration de la stabilité résidentielle ainsi qu'une diminution des méfaits et des récidives au niveau juridique et une diminution de la consommation.

D'autres recherches axées sur l'approche du *Housing First* en logement privé subventionné ont été menées et largement diffusées par l'équipe de Sam Tsemberis et de son organisme

*Pathways to Housing*, à New York (Tsemberis et Nakarea, 2004). Plus récemment, des expériences ontariennes et canadiennes ont emboîté le pas (Shaefer, 2009). L'évaluation de ces pratiques est concluante à plusieurs égards : une plus grande stabilité résidentielle et un retour au bien-être individuel. Initié en 2008, le projet Chez Soi/ At Home, de la Commission de la santé mentale du Canada (CCSM, 2012) mène actuellement une expérience impliquant un groupe empirique et un groupe contrôle dans le cadre d'un essai sur le terrain mené dans cinq villes canadiennes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. La recherche compare l'approche Logement d'abord aux modes d'intervention actuels. Les résultats portent notamment sur les plans du rétablissement, de l'emploi et du fonctionnement social, l'ajout des utilisateurs aux prises avec une incapacité ou un trouble mental modéré à la définition de la population ciblée et l'inclusion de deux niveaux d'intensité aux services de soutien approfondira le corpus des données probantes. Les résultats préliminaires montrent que:

*plus de 900 personnes qui étaient hébergées dans un refuge ou qui vivaient dans la rue, dont les besoins n'étaient pas comblés par le système actuel, bénéficient désormais d'un logement abordable qui leur convient. En août 2012, 86 % des participants habitaient encore leur premier ou second logement. Un an après la mise en œuvre du projet, les participants du groupe d'intervention Logement d'abord ont joui d'une stabilité de logement durant 73 % de la période, tandis que les personnes du groupe témoin, qui se voient offrir les services habituels, n'ont occupé un logement de façon stable que durant 30 % de la période. L'approche Logement d'abord rend possible l'amélioration de l'état de santé à long terme et de l'insertion sociale de ces personnes qui ont un passé de traumatismes et de mauvaise santé. Parce qu'ils ont un logement, plusieurs éprouvent un sentiment de sécurité et prennent des décisions mieux éclairées, notamment en ce qui concerne un emploi, qu'il soit à temps partiel ou à temps plein (ibid : p. 2).*

Enfin, une méta-analyse des recherches portant sur les pratiques de *Housing First* indique que plusieurs agences gouvernementales et organismes communautaires ont mené, ou mènent actuellement, des recherches (WeageMakers et Rook, 2012). Plusieurs d'entre elles présentent des faiblesses méthodologiques, soit en raison de la taille (trop petite) des échantillons, de l'emploi rétrospectif de données ou du manque de consistance sur la sélection des participants. Hormis les recherches de Sam Tsemberis (*Pathways to housing*) peu de recherches probantes ont été menées. À ce titre, la reconnaissance du *Housing First* comme meilleure pratique relève plutôt d'une décision politique que de conclusions scientifiques. Toutefois, le nombre important d'études faisant état des résultats sur le relogement des personnes sans-abri, couplé avec d'autres études probantes, permet de conclure que les résultats ont été efficaces chez les adultes ayant des problèmes de santé mentale, célibataires, ayant des dépendances, dans les milieux urbains où des logements sont disponibles. Les autres preuves portent surtout sur les économies de programmes (ibid. 17)



#### ***1.4 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 où il 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 » (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 (2000) et 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 (1999) 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 (1999). 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 la 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'idée, 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 der Donk et Puffers (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) et 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 et Thiery (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 au 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 » (Lévesque et Thiery 2008, 256-257).

On comprend que le terme hybridation explore des territoires auparavant visités par des 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, en santé, il s'agit de 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 ce seul secteur. 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 domaine des résidences privées et le logement social destiné aux personnes âgées. Les auteurs ont convoqué 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'études, 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* (en sciences sociales) (Ibid, p. 14). On trouve, par ailleurs, des champs d'études 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 Studies*) et ses déclinaisons (greffe, transplantation, transposition, circulation, *lesson-drawing*, apprentissage) ou des mouvements de convergence (diffusion, généralisation, harmonisation, imitation, isomorphisme, *bandwagoning*). Pour sa part, Delpeuch (2008), emploie indifféremment les termes de transfert, greffe, transplantation et transposition pour désigner une même catégorie de phénomènes qui correspond à la définition du transfert.

### **1.5 Notre cadre d'analyse**

Notre cadre d'analyse s'articule autour des concepts d'hybridation et des formules résidentielles<sup>1</sup> 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 (*Policy Transfer Studies*) ou de programmes et qui trouve des échos dans notre manière d'appréhender les choses. Dolowitz et Marsh (2000) parlent de leur côté du processus par lequel des informations et des savoirs concernant les politiques publiques propres à un système politique – passé ou présent – sont empruntés et utilisés 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;
- D'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 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'interinfluence de ceux-ci sur les univers ou secteurs en cause.

---

<sup>1</sup> Nous optons pour le terme formule ou ensemble résidentiel qui, selon nous, demeure assez neutre et réfère à la fois au logement ou à l'hébergement.

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 est altérée ou oblitérée par le ou les emprunts à l'autre univers. Nous y revenons dans notre section sur l'analyse des hybrides.

### **1.5.1 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. 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'aide 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 pallier les insuffisances du marché. Au Québec, le parc de logements sociaux représente environ 10 % du parc de logements locatifs (SHQ, 2007). Il se partage essentiellement entre les HLM publics, les organismes sans but lucratif (OSBL) et les coopératives d'habitation.

#### **Hébergement**

Si on associe l'univers du logement social au besoin économique, 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, un bonne partie des ressources d'hébergement relèvent d'établissements dont les contours sont balisés par la Loi sur la 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 ex-détenus, 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 demeurant 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 liés 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. À 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 qu'elles soient plus empreintes de nuances, teintes caractéristiques respectives des 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 des deux univers.

**Tableau 2**  
Caractéristiques du logement et d'hébergement

<b>Logement</b>	<b>Hébergement/santé</b>
Accès sur la base des besoins impérieux en logement	Accès sur la base d'une condition psychosociale ou médicale
Apprentissage <i>in vivo</i>	Lieu d'apprentissage préparatoire
Chez-soi (intimité, personnalisation, déco, visite, etc.)	Lieu de traitement résidentiel
Libre choix	Placement
Rôle social normal	Rôle de client
Services sur une base volontaire et optionnelle	Adhésion à un plan de service ou traitement
Services flexibles et individualisés	Services individualisés

Source : Inspiré de Ridway, P et A. Zipple (1990)

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; Drolet, 1993). L'idée du chez soi, du logement autonome et du logement social avec soutien, sont pressentis 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 subjective 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. Toutes formes 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 ». Dans 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) apportent un éclairage nuancé. Même si la majorité ne dresse pas un bilan si sombre ou alarmant de leur résidence, comme pourrait le laisser penser quelques représentations sociales, l'auteur conclut 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 suivi, 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.

### 1.5.2 Les dimensions d'analyse

Nous avons d'abord identifié une cinquantaine d'indicateurs pouvant caractériser un univers ou l'autre<sup>2</sup>. Ces indicateurs sont regroupés selon six grandes dimensions. Il s'agit :

- 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* (voir le tableau ci-haut). Cet article, qui fait référence au système de santé mentale, a constitué un cadre d'analyse inspirant pour plusieurs autres recherches et interventions.

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 eux. 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

<sup>2</sup> La liste des indicateurs est à l'Annexe 2.

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 à la nature des services qui sont requis par les locataires, à leur importance, ainsi qu'aux acteurs chargés de dispenser ces services (services offerts par l'organisme d'habitation lui-même ou par un organisme externe). 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 ?

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 fondés sur les bas revenus ou l'impossibilité d'accéder à un logement salubre ou adéquat.

### 1.5.3 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 dits « avec services ». Nous avons ciblé les OSBL puisque la grande majorité des projets destinés à des personnes itinérantes ont été développés dans ce type d'organisme. Le choix d'AccèsLogis 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. AccèsLogis est, depuis son lancement en 1997, le principal producteur de projets d'habitation sociale et communautaire au Québec. Conçu au Sommet de 1996, le programme AccèsLogis a été lancé en 1997 pour une période de 5 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 décrit le programme de la manière suivante :

*AccèsLogis Québec est 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 (Gouvernement du Québec, 2011).*

Le programme se divise en trois volets : le volet 1 est destiné à des ménages à revenu faible ou modeste (familles, personnes âgées autonomes) et il offre des logements permanents. Le volet 2 est destiné à des projets de logements permanents avec services pour des personnes

âgées en perte légère d'autonomie. Le volet 3 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 qu'il fait largement place, lui-même, à des formes hybrides. C'est dans ce dernier volet que la majorité des logements sociaux pour personnes itinérantes, ou à risque d'itinérance, ont été développés par des ressources du communautaire. Les principales normes du volet 3 du programme sont présentées à l'Annexe 3.



## 2. LA MÉTHODOLOGIE

### 2.1 *La stratégie de recherche*

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 sept cas d'ensembles résidentiels pour la présente filière touchant les personnes ayant des problèmes de santé mentale. 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 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. 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.

Nous avons toutefois choisi de privilégier les projets d'habitation sociale et communautaire émanant du programme AccèsLogis et, plus particulièrement, dans les volet 3 « avec services ». AccèsLogis est, depuis 1997, le principal producteur de projets d'habitation sociale au Québec. La plupart des projets avec services ont été développés dans le cadre d'organismes sans but lucratif. En 2009, il a été reconduit à nouveau pour cinq 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.

Par ailleurs, le programme AccèsLogis est lui-même, dans sa forme, largement hybride, notamment pour ses composantes avec services (volets 2 et 3 du programme). Notre démarche dépasse toutefois, tout en l'incluant, la seule analyse du programme et de ses normes et paramètres. En effet, l'analyse se positionne sous l'angle des processus à l'œuvre sous l'action des acteurs locaux. Comment évoluent les projets à l'échelle des promoteurs et de leurs partenaires ? On pourrait donc dire que notre analyse s'articule suivant trois échelles. Le premier niveau, le plus central, s'intéresse à ce qui se passe au niveau micro, celui des projets, en aval des régulations établies dans le cadre du programme AccèsLogis. Il s'agit d'examiner les processus d'hybridation à l'œuvre et qui, parfois, peuvent aller au-delà des frontières déjà établies. À un second niveau, on pourra tenir compte des évolutions ayant pu survenir entre 1997 et 2009 dans le programme lui-même. Enfin, l'analyse tiendra compte des contextes environnants, celui des politiques publiques ou des tendances démographiques par exemple.

Nous avons documenté sept ensembles résidentiels provenant de six régions différentes. La base de données des OSBL d'habitation ayant pour principale mission la « clientèle » santé mentale comptait plus de 80 projets au total, dont 25 étaient issus du programme AccèsLogis. De ce nombre, nous en avons sélectionné sept sur la base des critères exposés plus haut. L'un de ces cas était une initiative mixte (clientèle avec déficience physique et santé mentale), que nous avons déjà documentée dans la filière déficience physique et que nous avons déjà décidé de conserver pour l'étude de la filière santé mentale. Notons enfin que les initiatives que nous avons étudiées ont vu le jour entre 2001 et 2009 et comportaient, selon les initiatives, entre cinq et 42 unités de logement.

## ***2.2 La cueillette des données***

Pour chacun des cas documentés, nous avons rencontré des acteurs clés en regard de l'ensemble résidentiel, qu'il s'agisse d'administrateurs, de directeurs, d'intervenants sociaux, d'agents de GRT, des fondateurs, etc. Nous avons aussi rencontré, selon les cas étudiés, un ou deux partenaires de l'initiative, que ce soit au moment de l'élaboration du projet, 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 GRT, etc. Pour chaque cas, des documents écrits ont aussi été recueillis, notamment les règlements et politiques internes de l'organisme. Au total, pour les sept cas étudiés, nous avons réalisé 16 entrevues. Avec l'autorisation des personnes, les entretiens ont été enregistrés, assurant la fidélité des informations. Le tableau qui suit résume un certain nombre d'informations sur les initiatives que nous avons documentées. On trouvera par ailleurs à l'Annexe 2 une brève description de chacune des initiatives que nous avons étudiées.

**Tableau 3**  
Informations sur les cas étudiés

No	Type de milieu	Statut de base	Année d'ouverture	Nombre d'unités	Entrevues réalisées
1	Grande ville	Logement	2006	45	2 entrevues: directrice générale, GRT
2	Grande ville	Logement	2003	10	1 entrevue: directeur général
3	Village en milieu rural	Logement	2004	5	2 entrevues: fondateur, membre du CA et coordonnateur (bénévole)
4	Grande ville	Hébergement	2004	20	3 entrevues: resp. des ress. résid., CH (2 cadres)
5	Petite ville en milieu rural	Logement	2003	28 (dont 22 SM)	3 entrevues: coordonnatrice + intervenantes (2), fondatrice, CSSS (organisateur communautaire)
6	Grande ville	Logement	2009	25	3 entrevues: directrice générale, CH (cadre), CH (prés. du CA à l'époque)
7	Ville moyenne en région	Hébergement	2001	7	3 entrevues: coordonnateur, CSSS (cadre), Agence de la santé (cadre)

Logement ou hébergement ? Le statut de base des initiatives étudiées

Notons enfin que, bien que nous parlions ici d'initiatives qui sont des « hybrides », nous avons établi au départ pour chacune d'elles un « statut de base », lequel a été élaboré en fonction de deux critères. Ainsi, pour qu'un cas puisse se « qualifier » comme appartenant à l'univers du logement : 1- les locataires devaient disposer d'un bail « effectif », c'est-à-dire qui n'est pas « bidon » et qui garantit effectivement le maintien dans les lieux au sens du Code civil et 2- les responsables de l'OSBL d'habitation devaient considérer (ou se représenter) le projet comme en étant un vraiment de logement, non comme étant une ressource d'hébergement. Cette distinction de départ est importante puisqu'elle nous permet d'identifier si les éléments d'emprunt à l'autre univers le sont à l'univers de l'hébergement ou à celui du logement. Ainsi, pour les cas qui ont au départ un statut de logement, nous considérons, aux fins d'analyse, que les emprunts sont faits à l'univers de l'hébergement, ce

qui est généralement le cas<sup>3</sup>. À l'inverse, pour les cas qui ont au départ un statut l'hébergement, nous considérons, aux fins d'analyse, que les emprunts sont faits à l'univers du logement. Comme on peut le constater dans le Tableau 2, deux des sept cas étudiés en santé mentale ont un statut de base d'hébergement.

### ***2.3 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, celle-ci 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 » (Paillé et Mucchielli, 2003 : 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 de 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 » (ibid, p.110). 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 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 (Paillé et Mucchielli, 2003 : 111-113). 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 ainsi « un niveau de validité important » (Paillé et Mucchielli, 2003 : 111).

Les données recueillies ont donné lieu à deux types de fiche. 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 formulé un certain nombre de questions

---

<sup>3</sup> Toutes filières confondues, la très grande majorité des initiatives étudiées ont en effet un statut de départ qui les place dans l'univers du logement, de sorte que les emprunts sont faits à l'univers de l'hébergement. Toutefois, la situation se présente différemment dans les filières itinérance et santé mentale, d'où l'introduction de cette distinction.

d'analyse auxquelles, pour chacun des cas étudiés, nous apportons des réponses à la lumière du matériel recueilli. On trouvera les deux types de fiches aux Annexes 4 et 5.

#### 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'agit 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 dans lequel 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.



### 3. LES RÉSULTATS

#### 3.1 *L'hybridation dans le domaine de la santé mentale*

Cette section présente le résultat de notre investigation en ce qui a trait au phénomène d'hybridation entre logement et hébergement dans les ensembles résidentiels ayant des missions en santé mentale. Dans la section 3.1, à partir d'un travail d'analyse que nous pourrions qualifier de *vertical*, nous tentons de mettre en lumière le nombre et l'étendue 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 sections 3.2 et 3.3 s'attardent, quant à elles, à la nature et aux processus entourant les emprunts à l'univers de l'hébergement.

Pour ce faire, nous avons eu recours à une cinquantaine d'indicateurs, lesquels nous permettent de procéder à l'analyse des formules résidentielles étudiées en identifiant, pour chacune des initiatives, les caractéristiques relevant de l'univers du logement et celles relevant de l'univers de l'hébergement. Ces indicateurs ont été regroupés sous les sept grands domaines dont nous avons parlé dans la section précédente. Ces dimensions d'analyse ont été, dans une large mesure, inspirées de Ridgway et Zipple (1990)<sup>4</sup>. Cet article, qui fait référence au système de santé mentale, a constitué un cadre d'analyse inspirant pour plusieurs autres recherches et interventions.

Au départ de la recherche, nous avons utilisé une cinquantaine d'indicateurs que nous avons déterminés comme étant susceptibles de nous permettre d'analyser l'étendue de l'hybridation des initiatives résidentielles que nous étudions. Comme nous l'avons mentionné en introduction, à l'usage, il nous est apparu que certains de ces indicateurs ne s'avèrent pas significatifs, ou encore qu'ils semblent s'avérer pertinents pour une ou des filières en particulier, mais moins pour d'autres. Dans certains cas, nous pouvons même dire que certains s'avèrent tout simplement inopérants. De même, tous ces indices n'ont pas un poids égal, n'ont pas la même portée, et nous devons en tenir compte au plan de l'analyse. Or, quoiqu'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. Par ailleurs, le fait de les conserver tous assure une uniformité au plan de la méthode.

#### 3.2 *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 l'étendue des emprunts d'un univers à l'autre est très variable selon les initiatives étudiées (voir la grille à l'Annexe 2). Bien sûr, il est sans doute hasardeux de porter un jugement sur

---

<sup>4</sup> *The Paradigm Shift in residential services. From the linear continuum to the supported housing approaches, "Psychosocial Rehabilitation Journal", vol. 13, pp. 11-31*

le caractère plus ou moins hybridé d'un ensemble résidentiel en nous en tenant à un traitement strictement quantitatif. Comme nous l'avons souligné, certains indices sont plus importants que d'autres, ils n'ont pas tous le même poids dans la configuration des modèles résidentiels qui ont été mis en place. Ainsi, pour juger de l'hybridation d'un ensemble résidentiel, il importe bien sûr d'identifier la somme des indices d'hybridation, mais il importe également de mettre en contexte telle ou telle autre caractéristique que l'on trouve dans l'ensemble d'habitation. Il importe également de porter 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.

#### Hybridations en contexte de logement social

Parmi les cinq initiatives étudiées et qui appartiennent formellement à l'univers du logement social, on peut considérer que trois sont assez peu *hybridées*. C'est sans doute le cas no 2 qui se rapproche le plus intégralement du modèle de logement social. Cette initiative de logement origine d'un organisme communautaire qui apporte différents types de soutien aux personnes aux prises avec un problème de santé. Dans cette initiative, outre le fait que l'organisme promoteur est un organisme dont la mission se situe dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'hybridation vient essentiellement du fait que la base de sélection n'est pas qu'économique, c'est-à-dire qu'elle est également fondée sur le diagnostic de la personne et sur l'obligation qui lui est faite, du moins à l'entrée<sup>5</sup>, d'être suivie. La liste des requérants est également constituée exclusivement des utilisateurs de l'organisme. Pour le reste, la philosophie d'intervention est basée sur la reconnaissance du droit au logement et des prérogatives qui l'accompagnent (logement permanent, intimité, etc.). Quant à l'immeuble, il se présente de manière tout à fait standard, avec des 3 ½ pièces, dans lesquels les locataires vivent tout à fait librement.

Le cas no 5 est assez semblable et présente, lui aussi, très peu d'emprunts à l'univers du logement. Comme pour le cas no 2, l'initiative est issue d'un organisme communautaire intervenant auprès des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et qui s'identifie davantage à une « ressource alternative en santé mentale » qu'à un OSBL d'habitation. Il s'agit également d'un immeuble à logements tout à fait standard, mais dans lequel, à la différence du cas no 2, on trouve des espaces communs et la présence d'intervenants sur place (de jour seulement). Aux dires même des intervenantes rencontrées, on a ici un peu tendance à prendre les personnes en charge, même si par ailleurs, dans un souci d'*empowerment*, beaucoup d'efforts sont faits pour impliquer les locataires dans la gestion de l'immeuble et dans la vie de l'organisme. L'approche préconisée s'appuie aussi, fondamentalement, sur le droit au logement, bien que l'on dispose d'un logement de transition (un logement sur 28). Il est par ailleurs utile de noter que le projet a bénéficié d'un appui important du CSSS, qui a notamment fait don du terrain, et que celui-ci a été développé dans le cadre des orientations régionales en santé mentale. Nous y reviendrons.

Le cas no 3, bien que plus près de l'univers du logement social, emprunte à l'univers de l'hébergement, mais de manière différente que les deux cas précédents et qui se rapporte essentiellement aux conditions d'attribution des logements. En effet, le processus

---

<sup>5</sup> Il semble en effet que cette obligation tende à s'atténuer avec le temps. D'ailleurs, les locataires ne sont pas tenus de signer un contrat de séjour à cet égard.



d'admission est entièrement contrôlé par l'organisme initiateur, lequel gère une ressource d'hébergement en santé mentale et toxicomanie et qui voit à l'ensemble résidentiel auquel il a contribué à mettre en place (et qui appartient à un autre OSBL d'habitation), une sorte de prolongement à sa mission. Ainsi, même si, formellement, on y offre des logements permanents, on a plutôt tendance à considérer la ressource comme une transition dans le cheminement de ses usagers en route vers une intégration complète dans la communauté. L'ensemble résidentiel s'inscrit ainsi dans une sorte de continuum résidentiel pour les personnes hébergées par l'organisme promoteur. Par ailleurs, en ce qui a trait aux autres conditions de séjour, elles sont tout à fait normalisantes. Les locataires y vivent en effet très librement, dans un logement complet ou un studio, et on ne trouve pas sur place la présence d'intervenants.

Le cas no 1 emprunte davantage à l'univers de l'hébergement. Pourtant, au départ, l'OSBL d'habitation avait été créé spécifiquement pour développer des logements à loyer modique à l'intention de personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Il semble qu'en chemin, des contraintes d'ordre architectural et financier l'ont amené à devoir modifier de façon importante son projet initial<sup>6</sup>. Ainsi, bien que l'on souhaitait au départ des logements de 3 ½ pièces, on retrouve au final un immeuble comprenant 17 chambres individuelles et 25 studios, avec des espaces communs et des repas pris en groupe. De même, à la faveur d'une entente de services avec des centres hospitaliers psychiatriques, le projet résidentiel a perdu le contrôle sur la sélection d'une partie importante des locataires, qui sont en fait « placés » par ces centres hospitaliers psychiatriques à des fins de « réadaptation ». Au plan des conditions de séjour, les locataires n'ont pas de bail, bien que l'on encourage la stabilité résidentielle. À l'exception des places qui sont issues des centres hospitaliers, l'organisme s'efforce de faire en sorte que les conditions de séjour soient les plus normalisantes possibles.

Comparativement aux cas précédents, c'est l'importance qu'attache l'organisme promoteur à la promotion du chez-soi qui fait que l'on se situe néanmoins ici dans un projet de logement social, et qui en fait une initiative passablement hybridée.

Le cas no 6 est aussi intéressant du point de vue de l'hybridation. En fait, il constitue presque l'opposé du précédent. Alors que, dans le cas no 1, l'OSBL d'habitation a dû mettre de l'eau dans son vin sous l'influence des acteurs du réseau de la santé, c'est un peu l'inverse qui s'est produit dans ce projet dont l'initiateur est un centre hospitalier. En effet, alors que ce dernier souhaitait faire dans cet immeuble des logements de transition, avec admissibilité conditionnelle à une obligation de traitement, l'OSBL promoteur, affilié à l'hôpital, s'est appliqué de son côté à respecter les prérogatives du programme AccèsLogis, de sorte qu'au final, si l'obligation de traitement est toujours officiellement en vigueur, celle-ci est, dans les faits, appliquée avec énormément de souplesse. C'est le cas de l'application du statut transitoire d'origine qui s'est transformé graduellement de manière à respecter le principe du maintien dans les lieux, puisque les résidents disposent d'un bail<sup>7</sup>. À noter également que, dans cette initiative, les locataires disposent d'un logement complet. On y a aussi aménagé une salle de séjour, mais pas de salle à manger, de sorte que les locataires préparent eux-

<sup>6</sup> Nous reviendrons plus loin sur ces circonstances.

<sup>7</sup> Dans cette région spécifique, suite à une orientation régionale, les ensembles de type volet 3 étaient tous développés sous forme de logement permanent.

mêmes leurs repas et les consomment dans leur logement. On y trouve par ailleurs la présence sur place d'intervenants 24 heures par jour et sept jours par semaine, en l'occurrence des employés. Encore ici, on est bien en présence d'un réel hybride où logement et hébergement se côtoient.

#### Hybridations en contexte d'hébergement

Les ensembles résidentiels no 4 et no 7 sont traités dans cette étude comme des formules d'hébergement. Les emprunts, dans ces deux cas, proviennent de l'univers du logement social. Le cas no 7, qui est une maison de chambres, est intéressant. Ainsi, les locataires/chambres vivent dans une chambre individuelle où il y a également deux salles de séjour et une cuisine, mais où chacun, par ailleurs, prépare lui-même ses repas, à l'heure qui lui convient (par opposition aux repas préparés par un cuisinier et pris en commun). Ce qui rend cette initiative intéressante est le fait que, même si les personnes vivent en ressource d'hébergement et qu'elles y sont admises sur la base de leur diagnostic (mais aussi de leur revenu), elles jouissent de la même liberté (ou presque) que si elles vivaient en logement. En effet, leurs allées et venues ne sont pas contrôlées<sup>8</sup> et leurs conditions de séjour se rapprochent beaucoup de celles que l'on retrouve dans les immeubles à logement standard, bien que les locataires ici n'aient pas de bail. En somme, bien que ressource d'hébergement, on voit que, dans cette initiative, on emprunte largement à l'univers du logement.

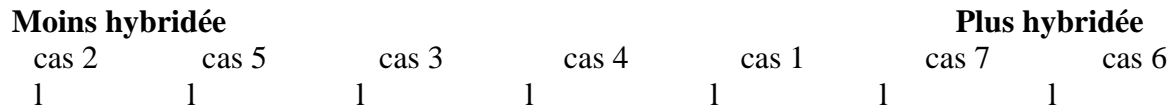
Enfin, le cas no 4 présente très peu d'emprunts à l'univers du logement. Hormis l'accès à des suppléments au loyer, il s'agit d'une ressource d'hébergement standard, dont la visée première est la réadaptation en vue d'une insertion ultérieure en logement ou dans une autre ressource d'hébergement plus stable. Dans ce cas, le promoteur du projet est un CH psychiatrique ayant établi une entente avec un OSBL local. L'OSBL est propriétaire mais la gestion des résidents, de l'admission à l'encadrement, est assurée par le CH. L'ensemble résidentiel est composé de chambres individuelles, avec des espaces communs, des repas pris en groupe à heure fixe et la présence sur place d'intervenants 24 heures par jour et sept jours par semaine. En fait, le seul élément d'emprunt significatif à l'univers du logement dans cette initiative est la présence d'un bail de logement. Appliqué à des fins administratives, celui-ci demeure sans signification réelle. Il faut noter toutefois que le bail est en quelque sorte fictif ici et sans signification réelle pour les locataires puisque ce sont les intervenants qui, dans les faits, décident de la durée de séjour en fonction du cheminement des locataires/résidents. Nous y revenons plus loin.

En tenant compte de l'étendue de l'hybridation retrouvée dans chacune des initiatives étudiées, on peut les placer sur un continuum en partant de la moins hybridée à la plus hybridée. En somme, on peut dire que les trois cas situés les plus à gauche sur le continuum sont des initiatives qui présentent très peu d'hybridation, tandis que les trois situés les plus à droite se présentent comme de vrais hybrides. Le cas no 4, situé en plein centre du continuum, est aussi en somme très peu hybridé, et pourrait de ce fait être regroupé avec les trois premiers. Il s'en distingue toutefois par le fait qu'il s'agit, presque à l'identique, d'une ressource d'hébergement conventionnelle.

---

<sup>8</sup> Il y a en fait une restriction quant aux visites et à la consommation de psychotropes, qui sont contrôlées par l'organisme. Comme il s'agit d'une ressource pour des personnes qui sont aux prises à la fois avec un problème de toxicomanie et un problème de santé mentale, cette restriction touche en fait les « *dealers* ».

### Continuum reflétant l'étendue de l'hybridation des initiatives étudiées



Par ailleurs, puisque deux des sept cas étudiés ont été classés d'emblée comme faisant partie de l'univers de l'hébergement (cas no 4 et 7), ce continuum ne représente pas l'idée que l'initiative la moins hybridée est celle qui se retrouve le plus près d'un modèle résidentiel de logement « pur » et que, à l'inverse, l'initiative la plus hybridée est celle qui se retrouve le plus près d'un modèle résidentiel d'hébergement « pur ». Nous avons vu, en effet, que c'est le cas no 4 qui se situe le plus près d'un modèle résidentiel d'hébergement « pur », ici situé au centre du continuum. Ce dernier exprime tout simplement le fait que, si les initiatives no 2 et no 6 se retrouvent chacune à une extrémité du continuum, toutes présentent un degré variable d'hybridation qui se rapproche plus ou moins de l'un des deux pôles. Comme nous le verrons plus loin, plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour faire en sorte qu'une initiative soit plus ou moins hybridée. Cependant, ce qui est important de retenir ici est que, pour des ensembles résidentiels s'adressant à des populations similaires (en l'occurrence ici des personnes aux prises avec un problème de santé mentale), en fonction des choix qui sont faits par les acteurs en présence, l'étendue de l'hybridation peut varier considérablement d'une initiative à une autre.

### 3.3 Les principaux lieux d'hybridation

Ce premier niveau d'analyse nous a permis de situer sur un continuum les sept cas étudiés en fonction de l'étendue de l'hybridation qu'ils présentent. Or, plus important encore, il est intéressant de constater que les emprunts à l'autre univers touchent plus particulièrement certaines dimensions. Le Tableau 3, ci-bas, illustre ce constat. Il met en évidence le fait que, prises dans leur ensemble, les conditions d'attribution des logements, les conditions de séjour et le contexte de création des initiatives constituent les principaux lieux d'hybridation dans les ensembles résidentiels étudiés. Ainsi, pour le cas no 1, on constate que c'est surtout au niveau des aménagements et au niveau des conditions d'attribution des logements que se trouvent des manifestations d'emprunts, même si le contexte de création et les conditions de séjour y jouent également un rôle important. En ce qui a trait au cas no 6, le cas le plus hybridé de tous, on constate que l'hybridation se manifeste de façon importante dans trois domaines, (le contexte de création, les conditions d'attribution des logements et les conditions de séjour) et, de façon moins importante, au niveau des aménagements et de l'offre et de l'organisation des services, et ainsi de suite. Le tableau reflète également le fait que les trois cas qui sont les plus hybridés (les cas no 1, 6 et 7) sont ceux dans lesquels l'hybridation se manifeste dans le plus de domaines différents et aussi de façon plus importante. À l'inverse, il est intéressant de noter que, pour le cas no 2 par exemple, le moins hybridé de tous, l'hybridation se manifeste seulement dans deux domaines, et ce, à un faible degré. Nous présentons plus en détail ces manifestations dans les lignes qui suivent.

**Tableau 4**  
Principaux domaines d'hybridation, selon les cas étudiés

cas	Contexte de création	Mission	Aménagements	Conditions d'attribution	Conditions de séjour	Organ. des services	Représ. symbol.
1	X		XXX	XXX	X		
2	X			X			
3	X			XXX	X		
4		X			X		
5	X	X		X		X	
6	XXX		X	XXX	XXX	X	
7				XXX	XX	XXX	XX

Échelle d'interprétation : absence de X : très peu d'emprunts Un X : peu d'emprunts Deux XX : assez d'emprunts XXX : plusieurs emprunts

### 3.3.1 Les conditions d'attribution des logements

Dans l'univers du logement social, l'admission s'appuie sur les revenus ou la piètre qualité des logements des requérants. La majorité des locataires visés par les initiatives résidentielles sinon tous répondent d'emblée au critère de bas revenu pour accéder à un logement à loyer modique, d'autres critères viennent s'ajouter afin qu'ils puissent accéder à un logement.

Par exemple, dans les cas no 2 et 5, outre le critère relatif au revenu, les personnes doivent présenter un problème de santé mentale pour être admises. En fait, cette exigence est elle-même tributaire du volet 3 du programme AccèsLogis qui, par définition, s'adresse à des personnes ayant des besoins particuliers. Toutefois, on va un peu plus loin dans le cas no 2, où l'accès est limité aux personnes qui ne sont pas « en crise » OU en « désorganisation » au moment où elles font leur demande d'admission, c'est-à-dire qu'elles doivent présenter une condition qui est stable (entrevue no 28).

Dans d'autres cas par ailleurs, les critères d'admissibilité impliquent, pour les locataires, d'accepter d'être suivis par un intervenant ou par son psychiatre. On a vu, dans le cas no 2 par exemple, que cette exigence était appliquée avec passablement de souplesse. Dans d'autres cas, cette obligation est formalisée par une annexe au bail, ou encore par un contrat de séjour, signé par le locataire, en vertu duquel il s'engage à accepter d'être suivi par un intervenant et/ou « à se conformer au plan de réinsertion sociale (...) sous peine d'être expulsé »<sup>9</sup>.

La question des conditions d'attribution touche aussi aux acteurs qui en ont la prérogative. Quels sont les canaux de sélection et d'admission et à qui incombent-ils ? Dans trois des initiatives que nous avons classées comme étant du logement social, le contrôle de l'admission revient à un organisme externe appartenant au réseau de la santé et des services

<sup>9</sup> Extrait de l'annexe au bail, cas no 6.

sociaux, qu'il s'agisse de tous les locataires ou d'une partie d'entre eux. Dans les cas no 1 et no 6, il s'agit d'un hôpital psychiatrique; dans le cas no 3, il s'agit d'un organisme communautaire d'hébergement en santé mentale dont l'accès est réservé « en priorité » aux personnes qui y sont hébergées. À ces trois initiatives, il faut encore ajouter les deux initiatives qui se définissent comme organisme communautaire en santé mentale, mais qui assurent aussi la gestion de l'immeuble à logements et qui contrôlent aussi totalement le processus d'admission. Il est intéressant de noter enfin le cas no 7 qui, comme on l'a vu, est une ressource d'hébergement (maison de chambres) mais où l'hybridation se manifeste, à cet égard, par des emprunts à l'univers du logement. Ainsi, même si, dans cette initiative, une bonne partie des futurs locataires sont référés par un organisme du réseau de la santé et des services sociaux, l'organisme d'habitation contrôle totalement sa liste de requérants. Ceux-ci accèdent aussi à leur logement sur une base totalement volontaire et aucun contrat de séjour ne vient formaliser une démarche qui s'inscrit par ailleurs dans une perspective de réinsertion sociale.

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. Nous avons aussi observé, dans trois cas sur sept, que le critère du revenu, bien qu'obligatoire, apparaît nettement secondaire aux yeux des promoteurs. Dans les autres, bien que d'autres critères entrent aussi en ligne de compte, le critère relatif au revenu et/ou aux mauvaises conditions de logement demeure important. Ces constatations mettent néanmoins en évidence le fait que, dans le domaine de la santé mentale, l'accès au logement se fait souvent dans une perspective de réinsertion sociale, et ce, même dans les projets où l'on privilégie un logement permanent et où la notion de « chez-soi » est à la base des projets. Nous reviendrons plus en détail sur cet aspect important dans une section ultérieure.

### 3.3.2 Les conditions de séjour

En ce qui a trait aux conditions de séjour, les emprunts à l'hébergement ont surtout trait aux conditions entourant leur durée. C'est le cas des initiatives no 1, 3, 6 et 7 où les durées de séjour sont assujetties à un niveau d'autonomie ou de réinsertion dans le cadre d'un processus de réadaptation<sup>10</sup>. Il est à noter que, selon les initiatives, le caractère transitoire des logements est appliqué avec plus ou moins de rigueur. S'il est formalisé dans le cas de l'initiative no 6, nous avons vu qu'il est par ailleurs appliqué avec souplesse. Il est aussi formalisé dans le cas de l'initiative no 1, mais pour une partie seulement (mais importante) des locataires. Le caractère transitoire est beaucoup moins formalisé dans le cas des initiatives nos 3 et 7. C'est d'ailleurs ce qui fait que l'on puisse parler d'hybridation dans cette dernière. Étant une ressource d'hébergement, on se serait attendu en effet à ce que le caractère transitoire soit beaucoup plus formalisé dans cette initiative. Tous les locataires des initiatives qui ont été identifiées au départ comme appartenant à l'univers du logement ont un bail de logement en bonne et due forme, à l'exception de ceux du cas no 1. Dans ce dernier cas, bien qu'attachés aux formules valorisant le « chez-soi », les responsables semblent avoir été influencés par des préoccupations liées aux fins de bail dans le cas des personnes

<sup>10</sup> Nous avons vu que, dans le cas 5, on a aussi prévu un logement de transition (mais sur un total de 28 unités de logement).

difficiles à loger ainsi que par un avis juridique de la Régie du logement qui leur suggérerait plutôt d'utiliser des « ententes de séjour ».

En revanche, les résidents du cas no 4, un ensemble d'hébergement, disposent de baux de logement. Dans ce cas, les baux sont utilisés de manière instrumentale, comme condition d'obtention des suppléments au loyer.

Finalement, les conditions de séjour concernent également les aspects touchant à l'intimité, au chez-soi et à la liberté dont peuvent jouir les locataires. À ces égards, il apparaît<sup>11</sup> que, sauf pour le cas no 1, l'intimité des locataires est largement respectée dans les initiatives qui ont été identifiées au départ comme appartenant à l'univers du logement et il semble bien que les locataires peuvent aussi y vivre de façon relativement indépendante.

Les restrictions citées pour le cas no 1 tiennent à des éléments du Code de vie. Celui-ci se divise en plusieurs rubriques : loyer, sécurité, visiteurs, consommation, entretien des chambres et studios, respect mutuel, espaces communs. Si la plupart des aspects du Code de vie s'appliquent aisément à tout ensemble de logements locatifs, quelques clauses s'avèrent plus intrusives. Il en est pour l'encadrement des visites (fréquence, durée, registre, horaires) ou de la consommation (interdiction de drogue, abus d'alcool, jeu). Par ailleurs, le cas de l'initiative du no 7, (une ressource d'hébergement), se démarque par le fait que les locataires/chambres jouissent de beaucoup de liberté. En somme, les observations que nous avons faites en ce qui a trait aux conditions de séjour montrent bien à quel point on se situe ici dans des modèles où les emprunts sont croisés, contribuant à la redéfinition des modèles (théoriquement purs) entre logement et hébergement.

Le positionnement souvent flou des acteurs à l'origine des initiatives en ce qui a trait au caractère transitoire ou non des unités d'habitation en constitue sans doute la caractéristique la plus importante, ce que nous examinons plus loin.

### 3.3.3 Le contexte de création des initiatives

Sans être des caractéristiques en soi du logement ou de l'hébergement, certains aspects entourant les contextes de création des ensembles résidentiels peuvent être déterminants. C'est du moins notre hypothèse. Ces contextes peuvent être caractérisés, par exemple, par la présence marquée d'acteurs issus du secteur de la santé et des services sociaux ou par des conceptions des missions teintées, voire dominées, par les services ou la réadaptation, même en contexte de logement social. Il s'avère que les ensembles résidentiels que nous avons étudiés se caractérisent par une forte présence d'acteurs appartenant au secteur de la santé et des services sociaux, une présence plus marquée dans la présente filière « santé mentale » que dans les autres filières que nous avons étudiées<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Ces indications n'ont pu être mesurées directement auprès des locataires. Elles émanent des responsables des initiatives et c'est ce point de vue, forcément partiel, qui est présenté ici.

<sup>12</sup> Les autres filières étudiées : déficience intellectuelle, itinérance, personnes âgées, personnes physiquement handicapées.

En effet, sauf pour le cas no 1, tous les projets ont été initiés par des acteurs appartenant au secteur de la santé et des services sociaux, qu'ils soient publics ou communautaires.

En fait, jusqu'à un certain point, on pourrait dire que, même dans le cas no 1, ce sont des acteurs appartenant au secteur de la santé et des services sociaux qui sont à l'origine du projet puisque l'OSBL d'habitation qui a initié le projet a lui-même été créé par un organisme offrant des services en santé mentale, et ce, dans le but express de développer des logements à loyer modique pour ses usagers vivant une problématique de santé mentale.

Quoi qu'il en soit des acteurs à l'origine de ce projet, comme nous le verrons plus loin, le développement de celui-ci a été marqué par une forte présence des centres hospitaliers. Soulignons également que, dans le cas des initiatives no 4 et 6, ce sont les centres hospitaliers psychiatriques eux-mêmes qui sont à l'origine des projets. Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux a participé au financement des immeubles (brique et béton) ou de certains aménagements dans trois des sept cas étudiés, qu'il s'agisse de subventions directes (cas no 1), du don du terrain (cas no 5) ou de la fourniture de l'ameublement pour les logements (cas no 6).

Enfin, il faut souligner que les initiatives no 4 et 7 ont également été initiées par des acteurs issus du secteur de la santé et des services sociaux, même si, parce qu'identifiées au départ comme étant des ressources d'hébergement, on ne peut parler ici d'hybridation. Il est utile de souligner par ailleurs que, dans le cas de l'initiative no 7, l'organisme initiateur du projet est également un OSBL d'habitation.

Il ne fait pas de doute que cette forte présence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux dans la naissance des projets constitue une source importante d'hybridation, et ce, par l'impact que cela peut avoir sur différents aspects des projets, qu'il s'agisse des conditions d'attribution ou de séjour, des aménagements, des philosophies d'intervention, etc. Nous y reviendrons.

### **3.3.4 L'offre et l'organisation des services et les aménagements**

Nous avons observé un certain nombre d'emprunts à l'univers de l'hébergement en regard de l'organisation des services et de l'aménagement. Dans le cas des initiatives no 5 et 6, cela se manifeste par une intensité de services qui peut être parfois passablement élevée, au moins pour une partie des locataires, et par une propension à prendre les locataires en charge. Cela se manifeste d'une manière particulièrement importante dans le cas no 6, avec la présence assez imposante de personnel sur place (intervenants, infirmière, « responsable de l'unité de vie »), une présence « invasive » aux dires mêmes de la personne responsable que nous avons rencontrée (entrevue no 26).

Le cas no 5 présente une situation particulière. En effet, outre les unités de logement, trois organismes communautaires, qui offrent différents types de soutien aux locataires, occupent l'immeuble. Bien que les locataires soient laissés complètement libres de fréquenter ou non ces organismes, il n'en demeure pas moins que cela impose une présence visible et prégnante

dans l'immeuble. On trouve ici une certaine ressemblance avec le cas no 1 où, outre les unités d'habitation (qui sont ici des chambres et des studios), l'immeuble est doté d'une salle de séjour où les locataires/résidents peuvent se retrouver et participer à certaines activités avec la présence de personnel sur place. Si le personnel des organismes de l'initiative no 5 n'est sur place que du lundi au vendredi aux heures de bureau, on trouve la présence d'intervenants 24 heures par jour et sept jours par semaine dans les cas no 1 et 6 et la présence d'un bureau pour les intervenants dans les initiatives no 1, 5 et 6.

Enfin, il faut parler ici des cas no 4 et 7, que nous avons identifiés au départ comme appartenant à l'univers de l'hébergement. À cet égard, le cas no 4 est sans surprise et présente toutes les caractéristiques de ce type de ressource : chambres individuelles avec salle de séjour et salle à manger, bureau pour les intervenants et présence 24/7, intensité de services élevée, activités thérapeutiques sur place, etc. À l'inverse, le cas no 7 présente de nombreux emprunts à l'univers du logement en matière d'intervention. En effet, bien qu'il s'agisse de chambres avec espaces communs et d'un bureau pour les intervenants, les éléments suivants sont distinctifs puisqu'un fort accent est mis sur le développement de l'autonomie des locataires. L'intensité des services varie en fonction des besoins des locataires et on trouve peu d'activités de groupe sur place. Il n'y a pas de surveillance 24h / 7 jours ni de services d'alimentation.

### 3.3.5 Conclusion

L'examen de sept initiatives résidentielles développées dans le cadre du programme AccèsLogis et s'adressant à des personnes ayant des problèmes de santé mentale offre un portrait contrasté. D'un côté, on trouve des initiatives qui sont assez près du modèle de logement social standard et de l'autre, des initiatives qui présentent de nombreux emprunts à l'univers de l'hébergement. C'est surtout au niveau des conditions d'attribution des logements (sélection par des établissements de santé, attributions en fonction d'un type de suivi, de diagnostic) et des conditions de séjour (logements de transition, instrumentalisation du bail) que se présentent les emprunts à l'hébergement. Comparativement au domaine de la déficience intellectuelle par exemple, c'est dans les attributs « durs » des univers du logement ou de l'hébergement que se forment ces hybrides.

Qu'il s'agisse d'initiatives plus près de l'hébergement ou d'ensembles où les acteurs se réclament du droit au logement « ordinaire », les responsables ont en commun d'entretenir un certain flou dans la manière d'aborder les conditions d'admission et de séjours des résidents, notamment sur le caractère transitoire des logements.

En fait, même dans les initiatives qui sont peu hybridées et dans lesquelles les acteurs en place font la promotion du droit au logement, on voit qu'ils entretiennent un certain flou à l'égard des conditions d'admissibilité aux logements et des conditions de séjour, notamment quant au caractère transitoire du logement. Ceci n'est sans doute pas étranger au fait que ces acteurs sont, à la base, issus du secteur de la santé et des services sociaux et que leur action s'inscrit, par la force des choses pourrait-on dire, dans une visée et des traditions de réinsertion sociale héritées de pratiques inspirées de l'hébergement.



Dans plusieurs cas les processus d'hybridations, faits d'allers-retours et d'ambiguïtés, reflètent la difficulté qu'éprouvent les acteurs à concilier les attributs de l'univers du logement, auxquels ils semblent par ailleurs tenir, et les attributs qui sont propres à l'univers de l'hébergement. La situation se présente toutefois différemment dans les initiatives no 1 et 6 et dans lesquelles les centres hospitaliers ont joué un rôle important dans la configuration des projets.

Dans ces cas, où l'approche logement est moins présente, voire absente, l'hybridation reflète sans doute davantage une méconnaissance de l'univers du logement et de ses attributs caractéristiques. Dans le cas de l'initiative no 4, on a d'ailleurs tout simplement ignoré les attributs propres à l'univers du logement (sauf la présence d'un bail), reproduisant ainsi à l'identique une ressource d'hébergement.

En définitive, et à quelques exceptions près, on peut dire que les initiatives résidentielles en logement social et communautaire donnent lieu à de « beaux hybrides ». Nous utilisons cette expression parce que, malgré les influences inévitables des approches préconisées dans le réseau de la santé et des services sociaux (tous les promoteurs de projets en sont issus), la majorité des acteurs en présence sont aussi sensibles, quoiqu'à des degrés variables, aux approches d'autonomie, de normalisation et de droits que recèlent l'univers du logement social (cas no 1, 2, 5, 6 et 7).

Le cas no 7 apparaît à cet égard particulièrement intéressant puisque, même si les promoteurs définissent l'immeuble comme étant une ressource d'hébergement, on a vu comment ils souhaitent que les locataires/chambres vivent de la façon la plus indépendante possible. Il est d'ailleurs intéressant de constater que le cas no 7 est le seul où l'hybridation se manifeste au niveau des représentations symboliques. On y parle le plus souvent de locataires, de résidents, de chambres et non de clients ou de bénéficiaires.

Cela signifie que les promoteurs qui définissent leur initiative comme étant une ressource d'hébergement, à l'exception du cas no 7, adoptent des approches qui sont congruentes (on parle de « résidents » ou de « clients », faible sentiment de « chez-soi », faible autonomie des résidents), et que les promoteurs qui définissent leur initiative comme étant un immeuble à logements adoptent aussi, dans une bonne mesure, des approches conséquentes (on parle de « locataires », sentiment de « chez-soi », sentiment de vivre de façon relativement indépendante).

### ***3.4 Les processus et facteurs d'hybridation***

Nous venons de voir, dans la partie précédente, quelles dimensions des hybridations sont affectées et de quelle manière. La présente partie s'intéresse, quant à elle, aux facteurs sous-jacents à ces hybridations, aux processus liés à leur mise en œuvre. L'analyse met l'emphase sur les contextes de création, les modèles ayant inspiré leur développement et la manière dont les promoteurs se sont ajustés au fil des étapes du développement des projets résidentiels.

### 3.4.1 Les contextes de création des initiatives

Si les initiatives que nous avons étudiées présentent toutes, à des degrés divers, des éléments d'hybridation, 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.

#### Les acteurs en présence

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 feront en sorte que les projets qui en naîtront seront plus ou moins teintés par ces valeurs ou ces pratiques d'intervention.

Cette section montre bien que la dimension du contexte de création pose problème. Dimension constitutive des ressources résidentielles ou facteur d'hybridation ? Cette section, qui redit ce qui a été présenté plus haut à la section 3.2.3, l'illustre bien.

Ce qui frappe dans les cas qui nous occupent ici, c'est la présence importante des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à titre d'initiateurs des projets. En fait, tous les projets ont été initiés par des organismes appartenant au réseau de la santé et des services sociaux, qu'ils soient publics (deux cas) ou communautaires (quatre cas). Le cas no 5 est particulier du fait qu'il est le fruit d'une démarche de partenariat local impliquant plusieurs organismes communautaires et le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui, par l'entremise de son organisateur communautaire, a assumé le leadership de ce projet. Il est intéressant de noter aussi que cette démarche partenariale s'est inscrite, de façon plus large, dans les orientations régionales en santé mentale, qui consistaient à implanter des services de suivi dans la communauté pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

L'initiative no 1 est formellement née, quant à elle, d'un OSBL d'habitation. Toutefois, comme nous l'avons souligné plus haut, cet OSBL d'habitation est lui-même né d'un organisme communautaire offrant des services aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Il s'agit d'un centre communautaire de soutien en santé mentale qui offre un centre de jour, des services psychosociaux et de l'accompagnement et le nouvel OSBL a été créé aux fins expresses de développer des unités de logement à l'intention des personnes qui fréquentent l'organisme. À ce titre, il ne fait pas de doute que l'initiative en est bien une qui est le fruit d'acteurs appartenant au réseau de la santé et des services sociaux. Quant à l'initiative no 7, elle est née d'un organisme offrant des services de soutien en santé mentale (et soutenu en ce sens par l'Agence de la santé et des services sociaux de sa région dans le cadre du programme SOC) et qui agit également à titre d'OSBL d'habitation. Cet organisme est d'ailleurs actif dans le domaine du logement social depuis 1985 et a à son actif la gestion d'une trentaine d'unités de logement (chambres ou logements complets)<sup>13</sup>, toutes occupées par des personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

---

<sup>13</sup> Un projet de 23 unités de logement est également en cours de réalisation.

Enfin, deux des sept cas que nous avons étudiés ont été initiés par un centre hospitalier psychiatrique. Dans les deux cas, on a fait appel à un OSBL pour prendre en charge le volet immobilier du projet, le centre hospitalier se chargeant de son côté du volet clinique. Sans risque de nous tromper, on peut dire qu'il s'agit ici d'une sorte d'instrumentalisation d'un OSBL aux fins poursuivies par le centre hospitalier, et plus largement d'une sorte d'instrumentalisation du programme AccèsLogis<sup>14</sup>. Nous y reviendrons plus loin.

Notons également que si deux projets ont été directement initiés par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, d'autres établissements ont aussi joué un rôle important dans le processus de création de l'organisme dans deux autres initiatives, soit, comme nous l'avons vu, dans l'initiative no 5 et aussi dans l'initiative no 1.

Les initiatives de quelques-uns des organismes œuvrant dans le domaine de la santé mentale traduisent la volonté de ceux-ci de se doter d'un « volet immobilier » dans le but d'assurer un logement aux utilisateurs de leurs services.

C'est le cas, comme nous l'avons vu, de l'initiative no 1, dont l'OSBL d'habitation a été mis sur pied par un organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé mentale. Le cas no 4, quant à lui, est né d'un organisme communautaire d'hébergement en santé mentale et qui a développé un volet de logements sociaux. Dans une certaine mesure, c'est le cas aussi de l'initiative no 3, dont l'OSBL d'habitation a été créé pour répondre, mais sur une base régionale, au besoin de développement d'unités de logement à l'intention des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, soutenu d'ailleurs par l'Agence de la santé et des services sociaux, dans la foulée des orientations régionales en santé mentale. Sans doute que cette façon de faire reflète un moyen qu'ont trouvé les organismes appartenant au réseau de la santé et des services sociaux de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle qui, pour l'essentiel, consistent à passer de l'hébergement au logement, et ce, sous l'influence des courants et des politiques qui ont été développés au cours des dernières années.

### **3.4.2 Les buts poursuivis et les modèles de référence**

Même si les initiatives de la filière santé mentale que nous présentons ici ont en commun d'avoir été largement initiées par des établissements ou des organismes communautaires œuvrant en santé mentale, cela ne signifie pas pour autant que tous aient opéré selon un cadre et des objectifs uniformes. En schématisant, on peut dire que, parmi les projets étudiés, quatre étaient portés, au départ, par des objectifs et des modèles de type logement social (les cas no 1, 2, 3, 5). De ces quatre cas, trois étaient plus spécifiquement inspirés du modèle de logement social avec soutien communautaire. Quant aux cas, 4, 6 et 7, ceux-ci visaient la mise en place d'ensembles résidentiels transitoires, donc d'hébergement, allant de la maison de chambres aux appartements supervisés. Comme vous le verrez, ces postures de départ ont évolué pour plusieurs, de sorte que certains projets d'hébergement se sont transformés en ensembles de logements et certains projets de logement social ont vécu des altérations telles qu'ils peuvent difficilement prétendre au modèle dont ils se réclamaient au départ. Les lignes

---

<sup>14</sup> Rappelons que le programme AccèsLogis s'adresse à des OSBL, des coopératives et des offices d'habitation. Il exclut spécifiquement les établissements de santé et de services sociaux.

qui suivent exposent plus en détail les rationalités et les circonstances ayant guidé les promoteurs, à commencer par les quatre organismes guidés par des modèles de type logement social.

#### De l'intervention en santé mentale au logement social

Dans le cas de l'initiative no 2 par exemple, après des années d'intervention auprès des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, il est apparu de plus en plus clairement aux responsables de l'organisme que le principal obstacle des personnes qu'ils desservait était le coût du logement et son manque d'accessibilité. C'est ainsi que cette dimension est devenue de fil en aiguille absolument centrale pour l'organisme, à savoir de développer du logement social, d'où cette initiative. Aux dires du directeur de l'organisme, leur modèle de référence a été le « *Housing First* », développé à New York sous le leadership de Tim Tsemberis, qu'il avait d'ailleurs rencontré lors de l'un de ses passages au Québec, il y a déjà 25 ans. Les promoteurs de cette initiative sont depuis longtemps sensibles au fait qu'il faille agir avant tout sur les déterminants de la santé, ainsi qu'aux approches centrées sur le rétablissement. L'approche développée par cet organisme s'appuie donc sur une prémisse axée sur le droit au logement, qui remet en question l'idée qu'il faille d'abord acquérir des habiletés domestiques et budgétaires avant d'accéder à un logement.

L'initiative no 1 est également née du besoin de permettre aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale d'accéder à un logement à loyer modique, d'où, comme on l'a vu, la création d'un OSBL dont la mission spécifique est de « procurer des ressources résidentielles adéquates à coût modique à des personnes qui ont un problème de santé mentale capables de faire preuve d'autonomie en résidence locative privée ». Comme l'explique la directrice, « on passait beaucoup de temps à chercher des logements économiques, salubres pour nos usagers. Ça s'est imposé comme une continuité logique » (entrevue no 34). Selon la directrice, leur modèle d'inspiration a été le « *recovery movement* » en santé mentale (mouvement de suivi intensif dans la communauté), lequel place le logement à la base du processus de « *recovering* ». En somme, et bien que, selon la directrice, il y ait bien eu des discussions au conseil d'administration qui opposaient d'une part des modèles plus près de l'hébergement traditionnel et d'autre part son point de vue qui proposait un toit permanent, en bout de ligne, le modèle de départ consiste à offrir un chez-soi permanent aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale, mais assorti de services de soutien.

L'initiative no 5 est née d'un besoin similaire, bien que le besoin de logements se soit fait sentir dans un deuxième temps. 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<sup>15</sup>. Ici aussi, le modèle d'inspiration est celui que l'on peut assimiler au « *Housing First* » ou au « *recovery movement* ». En fait, dans

---

<sup>15</sup> Constatant des besoins similaires pour les personnes handicapées dans la région, on a conçu un projet qui a inclus également des logements sociaux et adaptés pour les personnes handicapées.

les documents d'orientation de l'Agence régionale, auquel on fait mention dans les documents fondateurs de l'OSBL d'habitation, on parle du « *supported housing* », une approche « fondée sur les concepts de choix individuels, de logements réguliers, de soutiens flexibles et d'intégration communautaire » (rapport d'activités 1999-2000 : 11).

Si la source d'inspiration de l'initiative no 3 est plus difficile à cerner, il demeure certain par ailleurs que, ici aussi, on cherchait bien à offrir un logement à l'intention des personnes qui, après un séjour dans la ressource d'hébergement de l'organisme fondateur, étaient prêtes à passer à une autre étape, à savoir un logement avec encadrement plus léger, qui implique une forme de soutien dans la communauté.

En somme, dans ces quatre initiatives, on voit bien comment, au départ, on s'inscrit dans une approche « logement ». Ainsi, bien que l'on s'inscrive aussi, par la mission même des organismes fondateurs, dans une approche de réadaptation propre au réseau de la santé et des services sociaux, on réussit assez bien à intégrer les principes et les prérogatives qui sont propres à l'univers du logement, ce qui en fait, au final, des initiatives qui sont peu hybridées.

Cependant, la situation se présente différemment en ce qui a trait à l'initiative no 1. En effet, bien que, au départ, on se soit inspiré clairement d'une approche qui mise sur le logement d'abord, des circonstances particulières ont amené l'organisme fondateur à devoir modifier de façon importante son projet initial. En fait, le développement du projet d'habitation, étalé sur près de 15 ans, s'apparente à un véritable parcours du combattant puisqu'il a été ponctué de plusieurs refus avant son acceptation en 2004. Un partenariat avec un centre hospitalier a finalement fait débloquer le projet. Ce partenariat consistait (et consiste toujours) à faire en sorte que le centre hospitalier puisse référer des patients en échange de quoi celui-ci offrait des services de suivi et des services communautaires. Selon la directrice, ce partenariat était naturel puisque la grande majorité des clients référés par le centre hospitalier étaient déjà des membres de l'organisme. De plus, selon elle, la mission telle que définie par l'organisme et axée d'abord sur le développement de logements salubres, économiques et sécuritaires était aussi partagée par le centre hospitalier (entrevue no 34). Toutefois, par la suite, des contraintes financières ont fait en sorte que certains aspects du modèle initial ont subi des modifications substantielles.

C'est le cas d'abord de ce qui a trait à la typologie des logements (nous parlons toujours du cas no 1). Le projet de départ prévoyait des unités de 3 ½ pièces, les promoteurs estimant que des logements complets sont « plus normalisants » (entrevue no 34). Or, comme le territoire de desserte de l'organisme était le centre-ville, cela limitait beaucoup les possibilités en termes de terrain, et bien sûr, en termes de coût. Ainsi, on a dû composer avec un immeuble existant, un ancien hôtel doté de chambres avec salle de bains et certaines installations, et dont la transformation en logements complets aurait été trop onéreuse, de sorte que, au final, on s'est retrouvés avec des chambres et des studios. La configuration de l'immeuble acquis a aussi entraîné, de manière naturelle, l'inclusion d'espaces collectifs qui servent notamment au centre de jour (salle à manger, cuisine).

Par ailleurs, en cours de projet, une erreur de budget a entraîné l'organisme dans un autre partenariat, cette fois avec trois autres centres hospitaliers, ce qui a engendré d'autres

modifications importantes au projet. Plus contraignant, ce partenariat impliquait des « placements » de clients de ces hôpitaux en échange d'une contribution financière au projet. Il impliquait aussi une perte de contrôle partielle sur la sélection des locataires référés par ces trois centres hospitaliers. Selon la directrice, ce partenariat ne s'est pas opéré de gaité de cœur : « On s'est fait gruger 17 unités, c'était beaucoup pour moi », dit-elle (entrevue no 34). Ainsi, avec ces deux partenariats, l'organisme ne dispose plus entièrement que de 13 unités sur 42, bien qu'il conserve un contrôle sur la sélection des locataires issus de la première entente de partenariat. Ainsi, même si, du côté des promoteurs, on s'efforce de conserver une approche qui s'inspire du « *recovery movement* », on voit bien que ceux-ci ont dû, pour assurer la survie du projet, composer avec des façons de faire qui sont tout à fait en porte-à-faux avec cette approche.

### Trois projets axés sur l'hébergement au départ

Par ailleurs, comme nous l'avons souligné précédemment, deux des sept initiatives étudiées, soit les cas no 4 et no 6, sont issues de centres hospitaliers psychiatriques. Selon leurs promoteurs, ces deux projets s'inscrivent nettement dans la foulée du « virage vers la communauté » pour les personnes qui sont hébergées. Ainsi, l'une de nos interlocutrices, qui a été à la base du projet, raconte qu'un rapport du vérificateur général avait identifié un manque de ressources d'hébergement en santé mentale dans la région. De plus, le centre hospitalier devait trouver des solutions d'hébergement dans la communauté parce que, de plus en plus se retrouvaient dans ses lits de courte durée des personnes qui ne « sortaient pas », ce qui engendrait un engorgement au niveau des autres services. « En clair, dit-elle, il fallait libérer des lits, et par conséquent trouver des solutions dans la communauté » (entrevue no 32).

Les promoteurs des deux projets se sont inspirés du même modèle, à savoir celui dit des « appartements regroupés »<sup>16</sup>. D'ailleurs, aux dires mêmes des promoteurs du cas no 6, ceux-ci se sont inspirés directement des promoteurs du cas no 4, à qui on avait demandé de venir leur présenter leur « modèle » (entrevue no 32). Les « appartements regroupés » sont une installation de l'établissement qui y déploie son propre personnel sur place 24 heures par jour et 7 jours par semaine<sup>17</sup>. Toutefois, le même modèle d'inspiration a donné lieu à deux projets différents à plusieurs égards. Dans le cas de l'initiative no 4, il s'agit en fait d'une ressource d'hébergement conventionnelle, où les locataires occupent une chambre individuelle et où l'on retrouve une salle de séjour et une salle à manger. L'établissement assure, de manière exclusive, la sélection des résidents. Fait incongru pour une ressource d'hébergement, les locataires ont un bail de logement, bien que, dans les faits, ce sont les intervenants qui décident de la durée de séjour des locataires. Dans ces circonstances, on voit bien que le bail a ici un caractère qui est plus ou moins fictif.

Le cas no 6, un ensemble initié par un établissement psychiatrique, bien qu'inspiré du même modèle, a donné lieu à une formule différente qui montre plusieurs signes d'inclinaison vers l'univers du logement social. Tout d'abord, l'aménagement prévoit des logements complets (2 ½ et 3 ½ pièces). Celui-ci est toutefois meublé par l'établissement, ce qui montre bien

<sup>16</sup> Selon l'expression de l'établissement

<sup>17</sup> Contrairement à la ressource intermédiaire où l'établissement contracte avec un promoteur, le plus souvent privé à but lucratif, qui y embauche son propre personnel.

l'intention des promoteurs d'en faire, au départ, des lieux de transition. On y trouve aussi une salle de séjour (mais pas de salle à manger) bien que, selon la responsable de la ressource, celle-ci soit, dans les faits, assez peu utilisée (entrevue no 26). Le personnel du centre hospitalier y assure aussi une présence 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Cependant, ce qui distingue peut-être le plus ce projet par rapport à l'initiative no 4 est le fait que l'on souhaitait au départ que les futurs locataires vivent vraiment en logement (et non dans des chambres), qu'ils aient vraiment leur « chez-soi », que les personnes aient « leur clé », un endroit où elles ont « le droit de barrer leur porte », de laisser entrer qui elles veulent, où elles ont leur « propre liberté » (entrevue no 32). Pour illustrer son propos, notre interlocutrice donne l'exemple de cette jeune fille qui reçoit des « clients » chez elle. « Ça ne me regarde pas, dit-elle, et elle a le droit, comme les autres, d'avoir son chez-soi. Ce n'est pas parce que des personnes ont un problème de santé mentale important, qu'elles ont toutes sortes de problématiques, qu'elles n'ont pas le droit d'avoir leur clé, d'avoir leur « chez eux » (entrevue no 32). Ce cas met en lumière la capacité d'influence et de pénétration des modèles liés au logement social, même dans l'univers de l'hébergement.

Or, dans le cas no 6, l'évolution la plus tangible vers l'univers du logement social concerne sans doute le passage du caractère transitoire au caractère permanent des logements. C'est surtout pour se conformer aux directives des représentants de la ville mandataire, responsables de l'application d'AccèsLogis, que les promoteurs sont passés du transitoire au permanent. Dans cette région spécifique, en effet, des orientations régionales avaient décidé que tous les ensembles développés avec AccèsLogis seraient de type permanent. Or, au départ, il était clair que le centre hospitalier destinait cet immeuble à logements comme une ressource transitoire pour ses usagers, pour des séjours de « six mois maximum ». L'idée étant de faire « rouler les lits » du centre hospitalier (entrevue no 23).

En somme, dans cette initiative, on constate que, bien que l'on souhaitait que les personnes vivent en logement, on ne connaissait pas les principes liés au monde de l'habitation, notamment les limites qu'impose la détention d'un bail en ce qui a trait à l'aspect transitoire des logements. Comme on l'a vu précédemment c'est l'OSBL d'habitation qui, d'abord totalement instrumentalisé par le centre hospitalier, s'est par la suite porté à la défense des attributs fondamentaux du logement, de sorte que, au final, on nage allègrement entre logement et hébergement, l'aspect transitoire est traité avec beaucoup de souplesse.

Enfin, l'initiative no 7 constitue un cas à part. Ici, l'objectif visé au départ était clairement d'offrir une ressource d'hébergement de transition. En fait, l'OSBL, déjà actif dans le domaine du logement social à l'intention des personnes aux prises avec un problème de santé mentale a, semble-t-il, profité d'une occasion d'élargir son parc immobilier en faisant l'acquisition d'un immeuble abritant des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie et qui allait fermer. Pour ce faire, on a simplement reproduit le modèle alors en vigueur, soit la maison de chambres, bien que l'on ait supprimé la présence 24/7. On a vu précédemment comment on a aussi introduit plusieurs éléments que l'on associe généralement à l'univers du logement, ce qui en fait un bel hybride. Il est intéressant de noter par ailleurs que, bien que l'on affirme que ce modèle de la maison de chambres réponde aux besoins de certains usagers, notamment « des jeunes qui n'ont jamais vécu en logement », on affirme du même que coup que, « si ça brûlait, on ne reconstruirait pas » (entrevue no 20).

D'ailleurs, l'organisme travaille actuellement au développement d'un autre projet AccèsLogis de 23 unités, dont six unités seront des logements de transition. Toutefois, plutôt que de miser sur un modèle « maison de chambres », on mettra plutôt sur des logements complets de 4 ½ pièces, lesquels seront partagés par deux locataires.

### **3.4.3 Les choix qui ont été faits par les acteurs en présence**

En fonction des objectifs qu'ils poursuivent et du modèle qu'ils ont en tête, les promoteurs sont amenés à faire certains choix qui auront un impact sur la configuration des projets et, bien sûr, sur les conditions de vie des locataires/résidents. Par exemple, les tenants du modèle du logement social et communautaire feront le choix d'offrir aux futurs locataires des logements permanents avec baux, lesquels sont assortis d'un minimum de conditions au plan de l'attribution des unités. Ainsi, dans ces immeubles à logements, on ne retrouvera pas, par exemple, la présence d'intervenants sur place 24 heures par jour et sept jours par semaine, mais plutôt une forme d'encadrement plutôt léger. En somme, on cherchera, pour ces locataires, une sorte de normalisation des conditions de vie.

C'est le cas notamment de l'initiative no 2 où la seule condition pour avoir accès à un logement est de vivre avec une problématique de santé mentale « stabilisée » assortie d'un suivi minimal à l'entrée, cette exigence n'étant par ailleurs pas formalisée par une annexe au bail ou un contrat de séjour. C'est le cas également de l'initiative no 5 bien que, dans ce cas-ci, on a fait le choix d'offrir sur place les services de soutien (mais de jour seulement, du lundi au vendredi), qui ne constituent pas par ailleurs une condition d'accès à un logement. En fait, le choix qui a été fait ici a été d'aménager les locaux de l'organisme dans l'immeuble à logements et, en fait, les locaux de deux autres organismes aussi, dont l'un d'eux fait un peu office de « centre de jour ». Dans cette initiative située en milieu rural, ce choix qui a été fait n'est pas sans avoir créé une sorte d'effet « ghetto ». En effet, aux dires mêmes de la directrice, l'immeuble est fortement « stigmatisé » et certains n'hésitent pas à en parler comme étant « le bloc des fous ». Ceci dit, hormis ce fait, on peut dire que les locataires vivent dans des conditions « normales » de logement en ce sens qu'ils ont leur bail, qu'ils sont chez eux et qu'ils demeurent totalement libres de le renouveler. À noter que ces deux organismes (les initiatives no 2 et 5) ont aussi fait le choix d'offrir les services de soutien eux-mêmes plutôt que de recourir à un organisme externe. Comme ils étaient déjà actifs auprès des personnes aux prises avec un problème de santé mentale (et sans doute même auprès d'une partie des futurs locataires), on peut penser que ce choix était dans l'ordre des choses. Pour quel motif en effet auraient-ils décidé de recourir à un autre organisme pour offrir les services de soutien ?

Ce n'est pas le cas des initiatives no 1 et 3 qui, elles, ont fait le choix de recourir à un organisme externe. En fait, comme on l'a vu précédemment, c'est plutôt l'inverse qui s'est produit : deux organismes, qui offraient déjà des services de soutien aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale, ont développé un projet d'immeuble à logements, mais avec une corporation indépendante. Ainsi, ils ne sont pas propriétaires de l'immeuble, mais ils continuent d'offrir les services de soutien aux personnes qui occupent les logements, des personnes qu'ils desservaient déjà dans une large mesure. Par ailleurs, comme pour les



initiatives no 2 et 5, les promoteurs ont voulu mettre en place des conditions de logement les plus normalisantes possibles. Ainsi, dans le cas de l'initiative no 3, les locataires occupent un logement complet avec bail, sans espaces communs et sans présence d'intervenants sur place. Dans le cas de l'initiative no 1, on a vu comment le projet initial, qui misait sur tous les attributs du logement social et communautaire, a toutefois connu un dénouement moins heureux suite à diverses circonstances : chambres et studios plutôt que les logements complets souhaités au départ, absence de bail, salle à manger et salle de séjour assorties d'une présence 24/7, une partie des unités réservées à l'usage des centres hospitaliers et pour lesquelles l'OSBL n'a pas le contrôle de la sélection, etc. Dans ce cas, à cause essentiellement de contraintes financières importantes, on voit comment les promoteurs ont été amenés à faire des choix qui ont complètement dénaturé le projet initial pour en faire un projet qui, au final, se rapproche, sous certains aspects, de la ressource d'hébergement.

Les initiatives no 4 et 6 sont, comme on l'a vu, à la fois semblables et différentes. On a fait le choix de chambres dans un cas et de logements complets dans l'autre; d'une salle à manger dans un cas et pas dans l'autre. Par ailleurs, si, dans les deux cas, on a fait le choix que les locataires disposent d'un bail, celui-ci revêt un caractère plutôt fictif dans le cas de l'initiative no 4, alors qu'on applique le droit au maintien dans les lieux dans le cas de l'initiative no 6. De même, si les promoteurs des deux initiatives voyaient les « appartements regroupés » comme étant des ressources transitoires pour les locataires, le caractère transitoire est appliqué avec beaucoup plus de souplesse dans le cas de l'initiative no 6. Les locataires de l'initiative no 6 disposent également de plus de liberté et leur droit à l'intimité est davantage respecté. En somme, il est intéressant de constater que, bien que les promoteurs se soient au départ inspirés du même modèle et qu'ils poursuivaient le même objectif, le jeu des acteurs en présence et les choix qui en ont résulté ont donné deux initiatives complètement différentes. Cet exemple, sans doute davantage que tous les autres, montre comment le jeu des acteurs est important dans la configuration des initiatives.

Enfin, l'initiative no 7 vient aussi illustrer comment, en dépit de certains attributs forts d'un univers ou de l'autre (ici de l'univers de l'hébergement), les choix qui sont faits par les promoteurs peuvent venir modifier de façon importante le modèle de base (l'hébergement « pur ») pour l'imprégner d'attributs caractéristiques de l'autre univers. C'est ainsi que, dans cette initiative, en dépit du fait qu'il s'agisse d'une ressource d'hébergement, les promoteurs ont fait des choix qui accordent un statut de « quasi-locataire » aux personnes qui habitent les unités résidentielles : absence de présence 24/7, absence de repas en commun (autonomie à ce chapitre), respect de l'intimité, les personnes choisissent elles-mêmes de venir y habiter, le caractère transitoire est appliqué avec souplesse, etc.

### ***3.5 Les facteurs d'hybridation***

Ce qui précède nous fournit la matière nécessaire pour tenter d'identifier les principaux facteurs en cause dans le phénomène d'hybridation touchant les initiatives résidentielles du domaine de la santé mentale. Nous en avons identifié cinq : le rôle des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, l'influence du modèle *Housing First*, la place du programme

AccèsLogis et ses normes, les contraintes budgétaires et les lacunes de leadership de certains acteurs responsables de la mise en œuvre du programme AccèsLogis.

### 3.5.1 La présence des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Nous l'avons noté, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux sont très présents dans les initiatives du domaine de la santé mentale. Dans la grande majorité des cas, on peut même dire qu'ils ont été les initiateurs des projets. Cela n'est pas sans teinter de façon importante la configuration des initiatives qu'ils ont développées. Parce qu'ils s'inscrivent souvent dans une approche de réadaptation/réinsertion, cela a un impact important, comme nous l'avons vu, sur les conditions d'attribution des logements et sur les conditions de séjour. C'est le cas, par exemple, de l'initiative no 2 où les acteurs, même s'ils se sont fortement inspirés de l'approche du « *Housing First* », doivent néanmoins conjuguer avec les prérogatives du bail, lesquelles peuvent parfois sembler « encombrantes » lorsque l'action s'inscrit dans une perspective de réinsertion ou de réadaptation. Le cas no 3 en est un autre exemple où, pour les promoteurs, le développement de ce projet résidentiel s'inscrivait nettement dans un continuum de services pour les usagers qu'ils desservaient déjà en ressource d'hébergement. Ainsi, bien qu'on y prévoyait au départ des logements permanents, avec seulement cinq unités à leur disposition, on a tôt fait de constater que, de cette façon, on ne pourrait pas desservir beaucoup de personnes. Il en est de même des deux projets initiés par les centres hospitaliers, qui ont vu, dans ces projets, un milieu de vie transitoire pour leur clientèle.

L'appartenance au secteur de la santé et des services sociaux des promoteurs de projets a aussi un impact sur les aménagements ainsi que l'offre et l'organisation des services. Ainsi en est-il du cas no 1. Malgré une approche de départ basée sur le modèle du « *recovery movement* », et bien avant la conclusion de son entente de partenariat avec les trois centres hospitaliers, l'OSBL avait prévu des espaces de vie en commun, incluant une salle à manger et des suivis individuels. Le cas no 6, issu d'un centre hospitalier, est aussi illustratif de cette tendance à reproduire finalement, en partie du moins, un modèle d'hébergement, avec plan d'intervention, présence importante de personnel sur place, etc. Dans le cas de l'initiative no 4, aussi issue d'un centre hospitalier, on a tout simplement créé, dans le cadre du programme AccèsLogis, une nouvelle ressource d'hébergement avec chambres individuelles, salle à manger, salle de séjour et présence 24/7. En somme, pour les acteurs en cause, on peut sans doute dire que, imprégnés d'une culture et de façons de faire qui leurs sont propres, il n'est pas forcément facile pour eux de concilier ces attributs avec ceux de l'univers du logement.

Plus largement, on peut sans doute avancer que, dans la mesure où elles font la promotion d'une approche basée sur le logement et les services dans la communauté, les orientations et les politiques gouvernementales dans le domaine de la santé mentale constituent un facteur d'hybridation. Ainsi, et contrairement à ce que nous avons pu observer dans les domaines de la déficience physique et de la déficience intellectuelle par exemple, il ne fait pas de doute que les orientations gouvernementales ont joué un rôle structurant dans le développement des initiatives du domaine de la santé mentale. Cela est explicite dans le cas de l'initiative no 5 où, comme nous l'avons vu, le projet a pris naissance dans la foulée de l'implantation de

services de suivi dans la communauté par l'Agence régionale de la santé et des services sociaux. Nul doute que les orientations régionales en santé mentale ont également eu un effet structurant dans le cas de l'initiative no 3, où l'Agence de la santé a soutenu la création d'un OSBL d'habitation régional destiné à développer des projets de logements à l'intention de personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Cela est encore plus flagrant dans le cas des deux initiatives développées par des centres hospitaliers qui, explicitement, ont indiqué que ces initiatives s'inscrivaient dans la nécessité de développer des services dans la communauté en lieu et place des services d'hébergement. Jusqu'à un certain point, on peut dire que c'est la même situation qui a prévalu dans le cas de l'initiative no 1, dans la mesure où le projet n'aurait peut-être jamais vu le jour n'eût été de l'entente que l'OSBL a conclue avec le centre hospitalier qui, venant d'implanter des services de suivi intensif dans la communauté, était à la recherche de logements pour sa clientèle.

En somme, si les politiques et les orientations gouvernementales dans le domaine de la santé mentale n'ont pas eu, par elles-mêmes, d'impact sur la configuration des initiatives qui ont été développées, on peut sans doute dire qu'elles constituent un facteur d'hybridation dans la mesure où elles ont incité de nombreux acteurs issus du réseau de la santé et des services sociaux à développer des projets de logements à l'intention de leurs usagers/clients. Ainsi, ces acteurs, à cause de la mission qu'ils poursuivent, transportent forcément avec eux leur bagage qui ne peut faire autrement que de teinter, à des degrés qui peuvent être plus ou moins élevés, les projets qu'ils mettent en place.

### **3.5.2 L'importance du courant du « *Housing First* »**

Nous avons constaté que pour quatre des sept initiatives à l'étude, les promoteurs ont été porté par les modèles du « *Housing First* » ou du « *Supported housing* » qui, toutes, mettent l'accent sur le logement comme milieu de vie permanent, par opposition au logement vu comme lieu de réadaptation, avec les attributs que cela comporte en termes de liberté, d'autonomie et d'accompagnement. Ces courants ont visiblement influencé certains choix faits par les promoteurs. Ces modèles de référence ont eu pour effet d'atténuer les emprunts à l'univers de l'hébergement. C'est certainement le cas ici des initiatives no 2 et 5, dans lesquelles on cherchera à favoriser une certaine normalisation des conditions de vie des locataires. C'est aussi le cas de l'initiative no 1, bien que, pour les raisons que l'on connaît, la tâche s'est avérée plus ardue et marquée par les compromis. Inversement, dans les initiatives qui définissent leur projet comme étant une ressource d'hébergement, cette philosophie d'intervention a amené certains promoteurs à introduire des emprunts à l'univers du logement, comme nous l'avons constaté dans le cas de l'initiative no 7 où les locataires, bien qu'ils n'aient pas bail, ont néanmoins le sentiment de vivre chez eux, mènent une vie relativement indépendante et jouissent de passablement de liberté.

### **3.5.3 Les contraintes budgétaires**

Les contraintes budgétaires vont parfois amener les promoteurs à devoir faire des choix qu'ils n'auraient pas souhaités et qui pourraient être sources d'hybridation. L'initiative no 1

en est certainement l'exemple le plus patent, et ce, à deux niveaux : d'une part au plan de la typologie des logements et d'autre part au plan des conditions d'attribution des logements.

Comme nous l'avons vu, les promoteurs souhaitaient au départ un immeuble comprenant des logements de 3 ½ pièces, une typologie plus « normalisante » selon eux. Cependant, ils ont dû composer avec un immeuble existant, un ancien hôtel doté de chambres individuelles avec salle de bain, qu'il aurait été trop onéreux de convertir. Ce fut là un premier compromis. Puis, à cause d'un manque budgétaire important pour assurer la viabilité du projet, ils ont été amenés à conclure une entente de partenariat avec trois centres hospitaliers, en vertu de laquelle ils cédaient 17 unités aux trois hôpitaux, en échange de quoi ces derniers allaient contribuer aux coûts d'opération du projet. Outre le fait que ces 17 unités réservées à des établissements du réseau de la santé et des services sociaux constituent une entorse aux normes du programme AccèsLogis, l'OSBL d'habitation a perdu du coup le contrôle sur la sélection des locataires de ces 17 unités, qu'il doit dorénavant choisir parmi ceux qui sont référés par l'établissement. Cette entente a aussi eu pour effet de faire de ces unités des unités de transition, alors que les visées de départ des promoteurs étaient d'offrir, en s'appuyant sur la philosophie du « *recovery movement* », des logements permanents.

Les promoteurs de l'initiative no 5 ont aussi été amenés à modifier leur projet initial pour des raisons financières, bien que, dans ce cas-ci, ces modifications ont eu un effet moins dramatique. Ainsi, l'un de nos interlocuteurs raconte que, pour l'un des deux immeubles du projet, on aurait souhaité construire un immeuble de 12 logements mais que, pour des raisons de rentabilité, on a dû augmenter à 16 logements. Pour d'autres raisons, on aurait aussi souhaité n'avoir que des logements de 3 ½ pièces mais que, là encore, pour toutes sortes de contraintes, la réalité a été différente. En somme, notre interlocuteur soutient que, pour des raisons de rentabilité des projets, le programme AccèsLogis créerait, par sa nature même, une « pression » à augmenter le nombre d'unités ou à faire certains choix qui ne sont pas toujours ceux des promoteurs (entrevue no 19).

En résumé, on voit bien que, entre les besoins ou désirs des promoteurs et les normes du programme AccèsLogis, il peut y avoir une zone où des compromis doivent être faits et que ces compromis peuvent avoir des conséquences qui sont plus ou moins importantes en termes d'hybridation.

### **3.5.4 Les normes d'AccèsLogis**

En soi, le programme AccèsLogis, par ses volets 2 et 3, est lui-même porteur d'hybridation en favorisant des projets de logements avec services. Or, il est également source d'hybridation en soutenant des projets qui privilégient la chambre ou le studio plutôt que le logement complet, quand il ne s'agit pas tout simplement de créer une ressource d'hébergement, comme c'est le cas avec l'initiative no 4 (une installation du centre hospitalier qui s'apparente à une ressource intermédiaire), et aussi avec l'initiative no 7 (maison de chambres). On retrouve également des chambres dans l'initiative no 1, et des studios dans les initiatives no 1 et no 3. Dans un programme destiné à soutenir le développement du logement social, la configuration de type « logement complet » devrait

sans doute être la norme. Par ailleurs, il est pour le moins étonnant de constater que les résidents de l'initiative no 4, une ressource d'hébergement avec chambres individuelles, disposent d'un bail, ce qui dénote une certaine porosité des normes du programme AccèsLogis.

Le programme AccèsLogis est aussi porteur d'hybridation dans la mesure où il rend possible 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 les initiatives que nous avons documentées, on retrouve des logements de transition dans les cas no 1, 4, 5 et 7. Dans le cas de l'initiative no 5, il ne s'agit toutefois que d'un seul logement sur un total de 28 unités. Notons également que, bien qu'il s'agisse de logements permanents dans les documents officiels, les promoteurs de l'initiative no 6 ont toujours considéré les unités de logement comme étant transitoires. Dans ce cas, c'est la vigilance de l'OSBL d'habitation qui fait en sorte que cette volonté soit appliquée avec souplesse et que les personnes conservent leur droit au maintien dans les lieux. Avec la filière « itinérance », cet aspect des logements de transition apparaît comme un enjeu très important dans le domaine de la santé mentale, davantage que dans toutes les autres filières à l'étude.

### **3.5.5 L'absence de leadership des acteurs de l'habitation sociale**

L'analyse permet aussi de penser que le leadership de certains acteurs du logement social, responsables de la mise en œuvre d'AccèsLogis, ou son absence, peuvent influencer la nature des ensembles résidentiels, qu'il s'agisse de la SHQ et de ses villes mandataires, des GRT ou des fédérations d'habitation communautaire. L'exemple des initiatives créées par des établissements psychiatriques est illustratif. Tout d'abord, l'utilisation, par ces établissements, d'OSBL d'habitation, a constitué une manière de contourner la contrainte d'admissibilité de ces établissements à ce programme de logement social et communautaire. Si, dans le cas de l'initiative no 6, l'OSBL d'habitation, après avoir été instrumentalisé par le centre hospitalier, a décidé de jouer son rôle et de se porter à la défense des normes du programme AccèsLogis, ce n'est pas le cas de tous les OSBL d'habitation.

En effet, il semble bien que l'OSBL propriétaire de l'immeuble où sont logés les locataires/résidents de l'initiative no 4 soit complètement instrumentalisé par le centre hospitalier initiateur du projet. Celui-ci ne contrôle en effet aucunement la liste des requérants. De plus, puisque, dans cette ressource d'hébergement les résidents ont un bail, il semble bien que l'OSBL ne fait rien pour assurer le respect de celui-ci. En somme, il semble bien que, dans cette initiative, le rôle de l'OSBL d'habitation se limite à collecter les loyers et à assurer la gestion matérielle et financière de l'immeuble.

Dans cette initiative, on pourrait sans doute reprocher aussi au GRT qui y a soutenu les promoteurs d'avoir usé de beaucoup de laxisme par rapport aux normes du programme AccèsLogis. Bien que, au plan strict, il ne s'agisse pas ici d'une ressource intermédiaire, la logique qui sous-tend cette initiative apparaît bien être celle d'une ressource intermédiaire puisque les unités sont réservées aux seuls usagers du centre hospitalier, qui décide par

ailleurs de l'entrée et de la sortie des résidents. On pourrait dire la même chose du GRT qui a soutenu les promoteurs de l'initiative no 6 bien que, dans ce cas, l'évolution du projet a connu un dénouement différent.

On peut sans doute parler aussi de manquements de la part de l'acteur logement social dans le cas de l'initiative no 3. Ici aussi, c'est l'organisme promoteur, un organisme communautaire d'hébergement en santé mentale, qui contrôle entièrement la sélection des locataires. Les logements sont d'ailleurs attribués « en priorité » aux usagers de l'organisme que l'on juge prêts à vivre dans la communauté. Ici aussi, le rôle de l'OSBL d'habitation propriétaire de l'immeuble apparaît très limité.

### **3.5.6 Conclusion**

Ce qui précède démontre comment plusieurs facteurs peuvent intervenir pour produire de l'hybridation, à commencer par le programme AccèsLogis lui-même, en permettant des configurations de type « chambre » ou « studio » d'une part et le logement de transition d'autre part, deux phénomènes que nous avons pu observer dans le domaine de la santé mentale. Or, ce que ces phénomènes traduisent sans doute encore plus est l'importance des acteurs qui sont à l'origine des projets qui, dans le domaine de la santé mentale, sont largement issus du milieu de la santé et des services sociaux. Ils transportent avec eux leurs approches ou leurs philosophies d'intervention qui, le plus souvent, s'inscrivent dans une logique de continuum de services et de réadaptation. Plus globalement, cela traduit l'importance des politiques et des orientations gouvernementales comme facteurs d'hybridation qui, dans le domaine de la santé mentale, mettent nettement l'accent sur la vie en logement avec services de soutien dans la communauté en lieu et place de la ressource d'hébergement. À cet égard, nul doute que celles-ci jouent un rôle structurant dans le développement des initiatives de logement avec services de soutien. Cela contraste, par exemple, avec les filières « déficience physique » et « déficience intellectuelle » dans lesquelles les initiatives étaient le plus souvent le fait de parents ou de personnes handicapées elles-mêmes. Dans ces filières, on a vu que les initiatives s'inscrivaient davantage dans une sorte d'expérimentation et de recherche de solutions nouvelles à un problème vécu par les usagers eux-mêmes plutôt que d'être le fruit des politiques gouvernementales (Proulx, Ducharme et Grenier, 2013a; Proulx, Ducharme et Grenier, 2013b).

### **3.6 Opportunités et enjeux**

Cette dernière section se penche plus avant sur certains points de tension révélateurs des dynamiques intersectorielles à l'œuvre entre habitation et santé, des enjeux et aussi des opportunités qui apparaissent à travers l'examen de ces expériences. Nous abordons plus spécifiquement : les effets positifs de la convergence entre les programmes de logement social et l'univers spécialisé de l'intervention en santé mentale, les différentes conceptions et visées des logements de transition, les contradictions entourant l'utilisation du bail de logement, les conflits découlant pour les promoteurs, du double rôle d'intervenant et de propriétaire, le caractère multi-facette du programme AccèsLogis, les modes d'utilisation et

de contrôle entourant le programme, les contraintes intrinsèques des projets résidentiels « spécialisés », etc.

Une première remarque s'impose, au moment d'examiner à travers ces expériences les forces, faiblesses et les points de tensions de cette zone frontalière entre logement social et hébergement. Nonobstant les modèles d'inspiration des promoteurs et l'importance des besoins des personnes concernées par ces projets résidentiels, dans tous les cas, les projets développés permettent aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale un accès à un logement abordable et sécuritaire. Cela est certainement le cas en ce qui a trait à l'initiative no 1, où l'accès à un logement économique constituait l'objectif même du projet. Cela est encore plus vrai dans le cas de l'initiative no 5, où la présence déficitaire de logements salubres et abordables dans le milieu a été la bougie d'allumage du projet. En ce sens, AccèsLogis permet non seulement l'amélioration des conditions de vie de ces personnes, il permet aussi à des acteurs impliqués dans la réadaptation et l'intégration ou l'hébergement des personnes ayant des problèmes de santé mentale d'approprier un univers qui leur était souvent étranger, celui du logement social. En ce sens, les programmes tels AccèsLogis peuvent être vus comme des formidables outils d'arrimage entre le secteur de la santé et les services sociaux et l'habitation sociale.

AccèsLogis et les projets « spécialisés », une convergence positive

Selon certains des interlocuteurs que nous avons rencontrés, les initiatives qu'ils ont développées permettent également une plus grande stabilité résidentielle. « Les déménagements sont très rares », nous dit cet interlocuteur, pour qui le fait de vivre dans des logements neufs, subventionnés et bien situés n'incite guère les locataires à déménager (entrevue no 28). Cette plus grande stabilité résidentielle serait également le fait du soutien qui est apporté aux personnes pour se maintenir en logement. « Avant d'arriver ici, il n'est pas rare que les personnes s'étaient brûlées deux ou trois propriétaires », de dire cet autre interlocuteur (entrevue no 20). De plus, deux de ceux que nous avons rencontrés ont souligné le fait que le soutien qui est apporté aux locataires pouvait permettre d'éviter des périodes d'hospitalisation (entrevues no 19 et 29).

Dans les initiatives qui ont choisi le modèle du « *Housing First* » ou du « *recovery movement* » (cas no 1, 2, 3 et 5), le fait de vivre en logement permet sans doute également aux locataires de développer une plus grande autonomie, comparativement aux approches de prise en charge caractéristiques des modèles d'hébergement. Dans une bonne mesure, cela est également vrai dans le cas de l'initiative no 7 dans laquelle, même s'il s'agit d'une ressource d'hébergement transitoire, beaucoup de liberté est laissée aux résidents, comme nous l'avons vu. Outre le développement de l'autonomie, tous les efforts qui sont faits, dans le cas de l'initiative no 5, pour mousser la participation des locataires à tous les niveaux de l'organisme (conseil d'administration et comités divers) font dire aux intervenantes qu'il s'agit également là d'un moyen important d'accroître l'*empowerment* des locataires, voire un facteur de rétablissement (entrevue no 25).

Enfin, dans certains cas, les initiatives qui ont été développées à l'intention des personnes aux prises avec un problème de santé mentale leur permettront surtout de vivre dans un milieu de vie sécuritaire. Ainsi, questionnée à savoir si les locataires cherchaient surtout la

sécurité ou, à l'inverse, surtout un logement économique, cette interlocutrice estime que « c'est 50 %-50% ». Ainsi, même si c'est le logement économique qui aurait été la motivation principale pour certains d'entre eux, notre interlocutrice souligne qu'il y a un bon nombre de locataires pour qui le logement qu'ils occupent, avec les services de soutien qui sont disponibles sur place, est surtout un lieu où ils se sentiraient en sécurité et où ils recevraient l'aide dont ils ont besoin (entrevue no 23). Il peut être utile de souligner ici que les locataires qui sont visés par le projet sont des personnes qui ont un problème sévère de santé mentale et qui vivent également d'autres problématiques, par exemple des problèmes de consommation, de compulsions de toutes sortes, de prostitution, etc. Ainsi, ce profil de clientèle a peu à voir avec les locataires de l'initiative no 5, par exemple, qui apparaissent beaucoup plus autonomes. Cet aspect de la sécurité a aussi été souligné en ce qui a trait aux résidents de l'initiative no 7, pour qui la sécurité constituerait également un aspect important (entrevue no 33).

Il est intéressant de souligner par ailleurs que, pour les promoteurs et les partenaires de cette ressource d'hébergement transitoire, ce type de ressource de transition trouve sa place dans la panoplie des ressources destinées aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale (entrevues no 20, 29 et 33). S'adressant surtout aux jeunes (« les plus vieux, dit un interlocuteur, ne veulent pas vivre en groupe »), ce type de ressource leur offrirait un « temps de maturation » et constituerait une étape dans leur cheminement vers le logement autonome (entrevue no 29). Il faut noter également que, dans cette initiative, la notion de transition est appliquée avec beaucoup de souplesse, que celle-ci peut, dans les faits, s'échelonner sur plusieurs années et qu'elle ne constituerait pas pour cette raison une entrave au fait que les locataires se sentent chez eux. « Le temps qu'ils sont ici, ils sont chez eux », de dire le coordonnateur de la ressource (entrevue no 20). On retrouve la même réflexion de la part de la directrice de l'initiative no 6, qui se veut un immeuble à logements de transition, qui considère également que les locataires sont chez eux, et qu'ils se sentent chez eux, « sauf qu'ils savent qu'ils vont devoir partir un jour », dit-elle. Ainsi, on comprend que, dans la perspective où ce jour n'est pas vraiment proche (ce serait différent s'il s'agissait de séjours de six mois par exemple), les locataires ont le temps de s'installer et de se sentir vraiment chez eux. Notre interlocutrice ajoute que les locataires, ou à tout le moins plusieurs d'entre eux, sont conscients qu'ils ont un bail et que, par conséquent, ils sont chez eux, même s'ils savent qu'ils doivent se soumettre à un plan d'intervention.

En somme, ces propos tendent à montrer que transition et chez-soi ne sont peut-être pas incompatibles, dans la mesure où l'échéance n'est pas trop rapprochée. On peut effectivement concevoir assez aisément que, si l'on croit habiter le logement pour au moins deux ans, on peut avoir le sentiment de vivre chez soi. Il suffit sans doute de nous rappeler nos années aux études où l'on déménageait tous les ans. Cela ne nous empêchait pas vraiment de nous sentir chez soi.

### **3.6.1 Difficile conciliation entre une certaine approche de réadaptation et le bail**

S'il ne fait pas de doute que les ensembles résidentiels que nous avons documentés constituent une opportunité intéressante pour bon nombre des personnes qui y habitent, elles



n'en soulèvent pas moins certains enjeux au plan des arrimages entre les univers respectifs de l'hébergement et celui du logement social. L'un de ces enjeux est sans conteste une conciliation difficile entre une certaine approche de réadaptation, propre aux acteurs issus du milieu de la santé et des services sociaux, et les prérogatives de l'univers de l'habitation. En effet, comme nous l'avons vu, ce sont souvent des acteurs du milieu de la santé et des services sociaux qui sont à l'origine des initiatives dans le domaine de la santé mentale. Or, bien qu'ils souhaitent souvent une vie en logement la plus normale possible pour les personnes à qui ils viennent en aide, ils n'en sont pas moins porteurs d'une approche de réadaptation ou de réinsertion centrée sur les services, de sorte que le logement peut parfois être perçu comme un outil d'intervention, ce qui, à l'occasion, vient se buter aux règles habituelles en matière de logement, en particulier en ce qui a trait au bail. Cela se manifeste de plusieurs façons.

Ainsi en est-il, par exemple, de l'initiative no 3. Dans cette initiative, l'optique de départ était d'offrir des logements permanents, sans limite de durée de séjour, de sorte que les baux sont les baux réguliers de la Régie du logement. Toutefois, comme les interventions s'inscrivent dans la suite des plans d'intervention établis par l'organisme promoteur et qu'il y a « 40 personnes par année qui passent par l'organisme, alors, à un moment donné, si ça tourne pas, on arrive à un cul de sac », de dire le coordonnateur de l'OSBL (entrevue no 21). Ainsi, bien qu'il veuille le faire, avec des baux permanents, l'OSBL ne dispose d'aucun moyen de faire en sorte que les personnes quittent leur logement pour faire de la place à d'autres usagers.

Si cet exemple parle de lui-même quant à la difficulté de concilier, dans la pratique, les approches de réadaptation et l'accès et le soutien dans de véritables logements sociaux, l'exemple de l'initiative no 6 est encore plus intéressant. En effet, dans cette initiative, bien que les personnes disposent d'un bail de logement en bonne et due forme et même si les activités et les services proposés demeurent, selon nos interlocuteurs, optionnels (entrevues no 23 et 26), le refus de collaborer au plan d'intervention peut néanmoins entraîner l'expulsion. Cette obligation est en effet inscrite dans une annexe au bail de façon on ne peut plus claire : « la personne locataire doit, sous peine d'être expulsée, se conformer au plan de réinsertion sociale que les vigilants et son référent ont préparé pour elle ». Cela est d'autant plus étonnant que, dans la convention signée avec la SHQ, on parle bien de logements permanents. Cette contradiction dans des documents officiels illustre bien cette difficulté qu'ont les promoteurs de projets du domaine de la santé mentale à concilier leurs visées de réadaptation et le bail de logement. Dans cet exemple, dans les faits, l'obligation de suivre le plan d'intervention est appliqué avec beaucoup de souplesse, de sorte que, depuis l'ouverture de la ressource, « on a expulsé personne » (entrevues no 26).

Cette contradiction, chez les promoteurs, entre le fait de vouloir faire en sorte que les personnes vivent dans un logement comme tout le monde et, en même temps, se garder une sorte de « poignée » pour intervenir en cas de besoin, se vit même chez les partisans de l'approche du « *Housing First* ». L'initiative no 2 en est un bel exemple où, pendant quelques années, on a expérimenté ce qu'on a appelé le « bail thérapeutique ». En effet, certaines craintes et certaines expériences avaient, à l'époque, incité les promoteurs à prendre quelques « précautions » quant aux conditions de séjour. Les formes ont évolué avec le temps et ont impliqué, pour un moment, la signature de baux thérapeutiques. Il s'agissait de baux qui

étaient annexés au bail et qui limitaient, en principe, la durée de séjour à quatre ans. Ces baux contenaient de plus un engagement moral de la part du locataire à suivre le règlement, à défaut de quoi il serait expulsé. En fait, le bail thérapeutique a été un outil reflétant une certaine crainte de la part de l'organisme promoteur de ne pas pouvoir expulser des personnes dont la situation serait devenue ingérable. Une expérience qui s'est par ailleurs avérée « rapidement inopérante », de dire notre interlocuteur puisqu'une tentative d'expulsion plaidée devant la Régie du Logement a échoué, le commissaire se contentant de la jurisprudence relative au Code civil, et n'ayant donc pas reconnu cet outil complémentaire. Cette tentative d'implantation de cet outil reflète, aux dires mêmes du directeur de l'organisme, l'inexpérience du groupe en matière de logement permanent auprès des personnes vulnérables. Les logements y étaient d'ailleurs présentés comme étant « des logements permanents de transition » (!) (entrevue no 28). Aujourd'hui, les conditions de séjour consistent, pour le locataire, en un simple engagement à un certain accompagnement, et ce, pour une période d'au moins un an.

L'initiative no 1 illustre encore un autre cas de figure. Cependant, dans cet exemple, pour contourner la difficulté, on a tout simplement décidé d'éliminer les baux au profit de contrats de séjour, qui tiennent alors lieu de bail. Pour cet organisme qui, inspiré du « *recovery movement* » en santé mentale, place le logement normal à la base des processus de *recovering*, il a toujours été clair que l'on voulait développer des logements permanents et non de l'hébergement transitoire. Le changement de formule est survenu en cours de route, lors des toutes premières années après l'ouverture, alors qu'un résidant devenait violent et agressif. L'Association avait alors demandé à ce locataire de rencontrer son professionnel régulièrement, ce qu'il n'a pas fait. C'est sur une recommandation de la Régie du logement que l'on a décidé d'opter pour la formule de l'entente de séjour, qui permet ainsi à l'organisme d'évincer, le cas échéant, des locataires qui ont des comportements qui peuvent présenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Toutefois, dans cette initiative, le maintien en logement n'est pas lié comme tel à un traitement, l'offre de suivi individuel n'est pas obligatoire et ce sont les personnes elles-mêmes, pour la grande majorité des cas, qui décident du moment de leur départ. En ce sens, et c'est là que cela apparaît paradoxal, le modèle de départ, qui consistait à offrir un chez-soi permanent avec du soutien d'après le modèle du « *recovery movement* », est resté fondamentalement inchangé, sauf que les locataires n'ont pas de bail.

Enfin, l'initiative no 4 représente en quelque sorte l'opposé de l'initiative no 1, en ce sens que, dans cette initiative, le bail de la Régie du logement est utilisé, mais il n'est tout simplement pas appliqué. En effet, même si la durée de séjour inscrite au bail est de un an, ce sont dans les faits les intervenants qui contrôlent la durée des séjours et qui décident si un locataire conservera son logement ou s'il sera orienté vers une autre ressource. Il n'existe pas non plus d'autres types de contrat et c'est le plan d'intervention finalement qui constitue le principal outil pour déterminer la durée de séjour des résidents. En fait, dans cet exemple, le bail est complètement dépourvu de sa portée juridique et on ne nie pas d'ailleurs que son utilisation vise surtout l'accès au Supplément au loyer pour les résidents (entrevues no 27 et 30).

Tous ces exemples illustrent comment les acteurs du domaine de la santé mentale éprouvent de la difficulté à concilier leurs visées de réadaptation avec les prérogatives de l'univers du logement social, et ce, même chez les partisans de l'approche du « *Housing First* ». Des moyens différents sont utilisés, le plus souvent plutôt maladroitement, pour tenter de concilier les règles régissant le bail de logement et leur approche centrée sur la réadaptation, quand ce n'est pas tout simplement pour contourner ces règles. Ces pratiques à tâtons développées par les promoteurs de projets révèlent le malaise des intervenants du domaine de la santé mentale face aux prérogatives de l'univers du logement, quand ce n'est pas tout simplement une méconnaissance de cet univers avec lequel ils ne sont pas habitués de composer. Ces pratiques reflètent peut-être également l'absence de modèles qui pourraient faire en sorte que les promoteurs du domaine de la santé mentale puissent développer des pratiques plus assumées et centrées sur une logique de logement, et non sur une logique de soins. À cet égard, il semble que les principaux agents chargés de soutenir les promoteurs dans la réalisation de leur projet<sup>18</sup> n'ont pas forcément été à l'avant-garde pour la résolution ou l'élucidation de ces difficultés.

Par ailleurs, il faut sans doute rappeler ici que le programme AccèsLogis lui-même, en permettant la réalisation de projets de logement de transition, participe en quelque sorte à cette confusion des genres, à cette « intrusion » du monde de la santé dans l'univers du logement social. D'ailleurs, avec les volets 2 et 3 du programme AccèsLogis, il est devenu clair qu'il n'est plus qu'un programme de logement social, mais qu'il se veut aussi, d'une certaine manière, au service du réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de sa clientèle qui a des « besoins particuliers ». Il y a d'ailleurs peut-être une chose ici qu'il vaut la peine de souligner. Dans le cadre d'une recherche antérieure, nous avons rencontré une personne dans un office municipal d'habitation (OMH) qui était en charge des logements dits de « catégorie C ». Cette personne avait alors souligné que, de toute façon, les personnes qui ont des besoins particuliers se retrouvent dans les habitations à loyer modique. Ainsi, disait-elle, aussi bien prévoir les services de soutien nécessaires et les encadrer, les réguler (Prohet et Proulx, 2011). N'est-ce pas ici le même phénomène, la même logique avec AccèsLogis ? Or, à ce moment, la question est de savoir jusqu'à quel point le programme AccèsLogis doit-il s'ajuster aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux ? Doit-il aller jusqu'à permettre des « appartements-écoles », comme aurait souhaité le faire l'un de nos interlocuteurs (entrevue no 20) ?

Ce qui précède illustre bien les « points de tension » que constitue le droit au maintien dans les lieux, conféré par le Code civil, et l'obligation de se plier, par exemple, à un plan d'intervention. Toutefois, on voit que, dans cet univers, tout n'est pas noir et tout n'est pas blanc non plus. Comment concilier le droit au logement pour toute personne qui le désire, même lorsque celle-ci nécessite des soins importants ? Y a-t-il une limite à ne pas franchir ? Si les promoteurs du réseau de la santé et des services sociaux souhaitent vraiment une formule de logement, avec un accent fort sur l'idée du « chez-soi » et tout ce que cela implique (indépendance, droit de décider), peut-il alors être justifié que l'on fasse appel à AccèsLogis ou, au contraire, il faudrait voir cela comme une instrumentalisation du secteur de l'habitation au profit d'une clientèle issue du réseau de la santé ? Posée autrement, peut-on nier le droit à une personne, fut-elle une « cliente » d'un établissement de santé et vivant une

---

<sup>18</sup> On parle ici de la SHQ, de leurs villes mandataires et des GRT.

problématique qui puisse être lourde, de vivre en logement comme tout le monde ? Voilà des questions auxquelles il faudra bien trouver des réponses.

### **3.6.2 Une tendance à reproduire des modèles d'hébergement**

Cette difficile conciliation entre les univers de l'hébergement et celui du logement social peut être illustrée également par une tendance, chez une partie des promoteurs de projets, à reproduire des modèles d'hébergement, ceux qui leur sont les plus familiers. Cela se manifeste d'une part au plan des aménagements, mais aussi d'autre part au plan de la présence clinique.

Au plan des aménagements, nous avons vu que les promoteurs des initiatives no 1 et 4 ont choisi un modèle résidentiel basé sur des chambres avec des espaces communs (et des studios dans le cas de l'initiative no 1) plutôt que sur des logements complets. Ainsi, dans le cas de l'initiative no 4 par exemple, sauf pour le petit déjeuner, les « résidents » ne peuvent préparer leurs repas eux-mêmes puisqu'une cuisine avec cuisinier a été prévue, et doivent donc manger à heure fixe dans une petite salle à manger. En fait, nous sommes ici en présence d'une ressource d'hébergement pure, à l'ancienne, dans laquelle les personnes ont très peu de pouvoir sur leurs conditions de vie. Cela contraste avec l'initiative no 2 par exemple où, pour les promoteurs, le choix de logements complets de 3 ½ pièces avec cuisine et salle de bain a été un choix raisonné, bien que plus coûteux, au nom de l'intimité et d'une certaine normalisation.

Outre la typologie des unités d'habitation, la présence d'espaces communs peut aussi témoigner d'une certaine tendance à vouloir reproduire des modèles d'hébergement. C'est ainsi que, dans le cas de l'initiative no 6, on a prévu une salle de séjour, bien que l'on n'ait pas ici fait le choix d'une cuisine commune avec salle à manger. On trouve par ailleurs sur place, dans les initiatives no 1 et 5, un « centre de jour », ce qui fait dire à une intervenante que nous avons rencontrée que « il y a trop d'organismes ici, ils ont tout », laissant entendre que cela ne facilite pas l'intégration sociale et la normalisation des conditions de vie, les locataires n'ayant pas à sortir de l'immeuble (entrevue no 25). Dans le cas de l'initiative no 6, outre la présence d'une salle de séjour, c'est la présence d'espaces à bureaux vitrés qui donnent sur le hall d'entrée qui créent l'impression de se retrouver dans une ressource d'hébergement, les allées et venues des locataires étant surveillés.

Le deuxième aspect qui emprunte parfois de façon importante à la ressource d'hébergement a trait à la forte présence clinique qui est assurée sur place. C'est ainsi qu'une présence 24 heures par jour et sept jours par semaine est assurée dans les initiatives no 1, 4 et 6. Dans le cas de l'initiative no 6, outre la présence du plan d'intervention obligatoire et la présence 24/7, et bien que les locataires disposent d'un logement complet de 3 ½ pièces, c'est l'intensité des services qui sont requis par les locataires qui fait dire à notre interlocutrice que « ça ressemble davantage à une ressource d'hébergement qu'à un immeuble à logements » (entrevue no 23). Elle souligne également la présence sur place d'une infirmière cinq jours par semaine et l'attitude « maternante » des intervenants, ce qui a aussi été souligné par la responsable des services cliniques du centre hospitalier (entrevue no 26). En somme,

davantage que les attributs plus « durs » de l'univers de l'hébergement (plan d'intervention obligatoire, caractère transitoire des logements), la forte présence clinique apparaît ici comme un élément qui pèse plus lourd dans le phénomène d'hybridation et qui fait que l'on a le sentiment de vivre dans une ressource d'hébergement et moins dans un immeuble à logements. Cela contraste, encore une fois, avec les initiatives no 2 et 3, où les services dispensés aux locataires le sont sur une base externe et consistent essentiellement en un accompagnement et un encadrement plus léger.

### 3.6.3 Des cas d'instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis

Comme nous l'avons vu précédemment, le programme AccèsLogis par ses volets 2 et 3, se reconnaît une certaine responsabilité à l'égard des besoins particuliers en logement des personnes plus vulnérables. Nous avons évoqué, plus haut, des cas qui s'apparentent à une instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. C'est le cas, nous apparaît-il, des initiatives no 4 et 6.

Dans le cas de l'initiative no 4, celle qui, comme nous l'avons vu plus tôt, a été initiée par un centre hospitalier psychiatrique qui, suivant les directives de l'Agence de la santé et des services sociaux, souhaitait développer des places en hébergement dans la communauté dans le cadre d'un plan de désinstitutionnalisation. Pour réaliser le projet, le centre hospitalier a alors lancé un appel de proposition sur invitation auprès de ses partenaires avec qui il avait des collaborations. La commande était la suivante : il s'agissait de développer une « installation d'établissement »<sup>19</sup> et, pour ce faire, de trouver un immeuble qui correspondrait aux caractéristiques suivantes<sup>20</sup> :

- Chambres individuelles pour 15 à 20 personnes;
- Espaces communs pour les résidents;
- Espaces à bureaux pour les intervenants.

Il s'agissait par ailleurs d'offrir un milieu de vie transitoire à l'intention d'adultes âgés entre 25 et 40 ans provenant du centre hospitalier psychiatrique et de deux autres centres hospitaliers et ayant des problèmes d'adaptation et de toxicomanie. Le modèle de services était centré sur la réadaptation et visait, après quelques semaines ou quelques mois, à intégrer les personnes dans des logements réguliers.

Un OSBL d'habitation, œuvrant déjà dans le domaine de l'hébergement, a répondu à l'appel et a acquis un immeuble pouvant loger une vingtaine de personnes. Une entente de services a alors été conclue avec le centre hospitalier. En vertu de cette entente, celui-ci assure entièrement les services et l'encadrement des résidents. La seule responsabilité de l'OSBL d'habitation (propriétaire de l'immeuble) est de recueillir les loyers et de s'occuper de l'entretien de

<sup>19</sup> Ce terme n'a pas d'assise juridique. Il est utilisé par les établissements du réseau de la santé pour désigner des ressources d'hébergement relevant de ces établissements.

<sup>20</sup> À la différence de la ressource intermédiaire dans lequel le personnel est celui du propriétaire de la ressource qui agit en sous-traitance avec l'établissement public, c'est le personnel de l'établissement qui fournit l'encadrement et le soutien aux résidents dans la ressource d'établissement.

l'immeuble. En ce qui a trait au placement des personnes, les centres hospitaliers impliqués se voient réserver un certain nombre de places. La sélection est entièrement opérée par ces centres hospitaliers. Les « clients » sélectionnés doivent ensuite fournir les documents nécessaires pour se conformer aux normes d'AccèsLogis (preuve de revenus, etc.), lesquels sont ensuite remis à l'OSBL d'habitation qui fait les calculs, achemine la demande à l'office municipal d'habitation (qui gère le supplément au loyer) et prépare le bail.

En somme, on se trouve ici clairement face à une ressource d'hébergement traditionnelle. Les unités d'habitation sont des chambres, ne disposent pas de cuisine et les repas sont pris en commun, à heure fixe, dans une salle à manger. Les séjours sont à durée limitée et déterminés par l'atteinte d'objectifs de réadaptation et les résidents sont très encadrés. De plus, il semble bien que l'utilisation du bail n'est qu'une modalité administrative afin d'avoir accès au Supplément au loyer et qu'il ne sert nullement les fins pour lesquelles il est prévu, à savoir établir un contrat entre un locateur et un propriétaire. En somme, on voit que certaines règles élémentaires ont tout simplement été contournées afin de réaliser un projet d'hébergement de type hospitalier. S'agissant clairement d'un ensemble résidentiel d'hébergement, les principaux emprunts à l'univers du logement tiennent donc aux contraintes imposées par le programme AccèsLogis.

Or, comment peut-on arriver à utiliser le programme AccèsLogis dans un cas pareil ?

Au centre hospitalier, on se défend d'avoir voulu instrumentaliser le programme AccèsLogis, alléguant que les programmes de logement social ne faisaient pas du tout partie de leur plan, « mais pas du tout », soutient-on (entrevue no 30). Il semble que ce soit plutôt le GRT qui aurait amené l'OSBL d'habitation, et plus tard le centre hospitalier, à considérer le programme AccèsLogis. Ce serait également le GRT qui, en collaboration avec l'OSBL, aurait fait les démarches auprès de la Ville afin d'examiner la possibilité d'utiliser AccèsLogis dans certains cadres et à certaines conditions. Ça ne serait qu'après l'ouverture que se serait développée la perception que le centre hospitalier avait mis en place une ressource d'hébergement au détriment d'un immeuble d'habitation. « Aux yeux de la Ville, après coup, c'était comme si on avait fourré le système », de dire notre interlocuteur (entrevue no 30). Pour la Ville, il semble que l'enjeu ici ne soit pas tant que l'on ait assuré le développement d'une ressource d'hébergement au détriment d'un immeuble à logements (le programme AccèsLogis permet le développement de ressources d'hébergement), mais bien que les budgets du programme AccèsLogis ne profitent pas indument à des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, qui disposent déjà de budgets pour l'hébergement de leur clientèle. Par ailleurs, il faut rappeler que le Supplément au loyer doit en principe être accordé pour soutenir l'aide au logement, et non pas à l'hébergement. Quoiqu'il en soit, et même si l'on plaide « l'innocence », on était bien heureux au centre hospitalier de pouvoir avoir accès au programme AccèsLogis puisqu'il « donnait accès au Supplément au loyer, garantissait les rénovations du bâtiment pour le rendre conforme à nos normes et nous offrait une opportunité près de notre territoire » (entrevue no 30).

Dans cet ensemble, d'une part, toutes les unités d'habitation sont réservées à la clientèle des trois centres hospitaliers impliqués et, d'autre part, l'OSBL d'habitation n'exerce aucun contrôle sur la sélection des locataires. À cet égard, il semble bien que celui-ci ait abandonné

plusieurs de ses prérogatives et qu'il ait fait preuve d'une certaine faiblesse puisqu'il n'a pas défendu une approche logement, comme l'indique pourtant sa mission. En fait, dans ce dossier, il a agi comme il avait toujours agi à titre de ressource intermédiaire sans but lucratif dans une optique de sous-traitant de ressources institutionnelles et dans une optique d'hébergement. Le modèle souhaité par le centre hospitalier n'a pas été négocié, pas plus que les modalités de sélection des locataires. À ce titre, ce n'est pas seulement le programme AccèsLogis qui a été instrumentalisé, mais également l'OSBL d'habitation.

L'initiative no 6 a connu un cheminement similaire. Comme dans le cas de l'initiative no 4, celle-ci est venue d'un centre hospitalier psychiatrique dans le but de développer des ressources dans la communauté. D'ailleurs, on a vu plus tôt que, pour développer son projet, ce centre hospitalier s'est inspiré du précédent. La différence principale réside dans le fait que, ici, on n'a pas développé des unités d'hébergement, mais bien des unités de logements complets avec cuisine et salle de bain. Notre interlocutrice qui a piloté le projet souligne que l'on cherchait une alternative à l'hébergement traditionnel pour « des jeunes psychotiques multi-problématiques » et que, « cliniquement, ça prenait des appartements », ce qui apporterait aux personnes une « stabilité » et dans lesquels elles seraient « chez elles ». Par ailleurs, même s'il s'agit ici de logement social, il est très clair pour elle qu'il s'agit avant tout d'une ressource clinique, « un édifice où le volet clinique est très grand », un lieu où placer la clientèle du centre hospitalier et où les personnes recevront les services dont elles ont besoin (entrevue no 32).

Une autre différence a trait au fait que le projet a été piloté ici par le centre hospitalier, avec l'aide du GRT, et non pas par l'OSBL. D'ailleurs, dans ce projet, l'OSBL avec qui le centre hospitalier a contracté a été complètement instrumentalisé dans la phase de développement du projet. Il semble que le centre hospitalier se serait d'abord adressé à la Ville, qui l'aurait alors orienté vers le GRT. C'est celui-ci qui aurait donc orienté le centre hospitalier vers le programme AccèsLogis puisque, au centre hospitalier, on ne connaissait pas l'existence de ce programme. D'ailleurs, d'apprendre l'existence du programme AccèsLogis a été, semble-t-il, comme une sorte de révélation : « quelle belle façon de financer le projet » puisque, « de toute façon, c'est du logement social », de dire notre interlocutrice. Celle-ci admet d'ailleurs volontiers que c'est pour le financement que l'on s'est tournés vers AccèsLogis (entrevue no 32). D'ailleurs, sans AccèsLogis, on se demande bien comment ils auraient fait pour financer ce projet de 4 M \$ ! Bien sûr, le centre hospitalier n'était pas admissible à Accès-Logis, d'où le fait que l'on a approché un OSBL pour ce faire.

Ainsi, on voit bien que ce projet est un projet du centre hospitalier, qui n'a pu s'actualiser que par le recours à un OSBL, que l'on a en quelque sorte instrumentalisé. Or, peut-on parler aussi d'instrumentalisation du programme AccèsLogis ?

Ce qui apparaît clair à tout le moins, c'est que le projet vise à répondre avant tout aux besoins du centre hospitalier, qui manque de ressources d'hébergement/logement pour sa clientèle. Ainsi, si ce projet ne contrevient pas, au sens strict, aux normes du programme AccèsLogis, il contrevient sans doute à son esprit puisque, avec AccèsLogis, on veut éviter de soutenir des « ressources intermédiaires » (RI) qui sont sous la responsabilité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Or, hormis le fait que les services aux locataires sont ici dispensés par le personnel du centre hospitalier, on peut se demander quelle est la

différence d'avec une ressource intermédiaire. En fait, il semble bien que de passer par un OSBL constitue ici un moyen de contourner les normes du programme AccèsLogis, du moins dans son esprit. De plus, dans cette initiative comme dans l'initiative no 4, la liste des requérants est contrôlée par le centre hospitalier, même si ici, l'OSBL siège au comité de sélection et a son mot à dire sur la sélection des locataires. N'empêche, cela n'est-il pas contraire à l'esprit de cette norme, qui veut que l'OSBL d'habitation soit le maître d'œuvre de la liste des requérants et qu'il ne doit pas être au service d'un établissement ?

Il y a par ailleurs un autre enjeu que cette initiative soulève. En effet, il est difficile, dans cette initiative, d'évaluer à quel point le fait de vivre en logement plutôt qu'en ressource d'hébergement constitue une opportunité intéressante pour les personnes. Certes, les personnes disposent d'un bail en bonne et due forme, mais on a vu aussi comment elles ont en quelque sorte intégré la présence constante du personnel dans leur vie et, à ce titre, on peut se demander à quel point leur vie quotidienne se démarque de la vie en ressource d'hébergement. Bien sûr, les personnes sont plus libres que si elles vivaient en ressource d'hébergement, mais on a l'impression que ce sont des personnes qui sont très fragiles et qui, jusqu'à un certain point, sont limitées dans leur capacité à jouir des avantages liés habituellement au fait de vivre en logement. En fait, dans le contexte où, dans cette initiative, les locataires ont des limitations qui apparaissent, pour plusieurs du moins, très importantes, on peut se demander si AccèsLogis apparaît comme le programme approprié pour répondre aux besoins de cette clientèle. En réalité, si on ne peut reprocher aux acteurs en place de prévoir des mesures pour assurer la sécurité de personnes qui vivent avec des problématiques importantes, on peut toutefois se demander si les personnes visées par le projet ont une autonomie suffisante pour vivre en logement. Leur place ne serait-elle pas plutôt en ressource d'hébergement ? Cependant, en même temps, peut-on leur nier leur droit au logement ?

À cet égard, il peut être intéressant de citer cet agent de projet dans un GRT qui, avant d'accepter de travailler avec les promoteurs d'un projet destiné à des personnes vulnérables, pose la question suivante : « les personnes sont-elles en mesure d'assumer, seules ou avec de l'aide, leurs responsabilités de locataires » (entrevue no 39) ? On peut rappeler ici également que le Règlement sur l'attribution des loyers stipule que, pour être admis, le demandeur doit pouvoir « 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 » (article 14, 2<sup>e</sup> alinéa). Or, dans cette initiative, ce n'est peut-être pas tant le fait que les personnes aient un plan d'intervention obligatoire, ou encore qu'il s'agisse de logements de transition qui font en sorte que l'on pourrait douter de la pertinence de recourir à AccèsLogis pour cette clientèle, mais plutôt le fait que les locataires aient besoin d'une surveillance constante, qu'elles aient besoin d'être prises en charge, à toute fins utiles, et qu'elles n'ont peut-être pas les capacités requises pour assumer, même avec de l'aide, « leurs responsabilités de locataire ». Il peut être intéressant ici de faire un parallèle avec la filière « déficience physique », dans laquelle des personnes pourtant lourdement handicapées et très dépendantes en matière de services de soutien arrivent néanmoins à vivre en logement parce que, ayant toutes leurs facultés intellectuelles et cognitives, sont tout à fait capables d'assumer leurs responsabilités de locataire (Proulx, Ducharme et Grenier, 2013b). Ainsi, sans doute faut-il faire une distinction entre avoir besoin de soutien, et le besoin d'être pris en charge. Il est d'ailleurs peut-être révélateur que, dans la



*Politique de soutien à domicile*, on parle de « soutien » à domicile, et non de « prise en charge » à domicile !

En somme, cette initiative pose la question à savoir si le programme AccèsLogis constitue la réponse appropriée pour répondre aux besoins des personnes qui sont visées par le projet, et c'est en ce sens que l'on peut sans doute parler d'instrumentalisation. Par ailleurs, dans cette initiative comme dans celle qui précède, on peut penser que les GRT n'ont pas joué leur rôle pour faire en sorte que les normes minimales du programme AccèsLogis soient respectées. Sans doute faudrait-il également questionner davantage et évaluer plus sérieusement le rôle des organismes d'habitation, s'assurer qu'ils ne sont pas que de simples sous-traitants des établissements de santé, qu'ils ont leur propre autonomie et qu'ils s'inscrivent pleinement dans la philosophie du programme AccèsLogis.

### **3.6.4 Conflits de rôles et confidentialité**

Lorsqu'un OSBL d'habitation est à la fois l'organisme qui est propriétaire de l'immeuble à logements et celui qui apporte les services de soutien aux locataires, il peut arriver que cela occasionne des conflits de rôle. Les initiatives que nous avons documentées ont permis de mettre en lumière deux situations où cela peut être problématique. La première a trait à la question de la défense des droits des locataires et la seconde à la question de la confidentialité.

En ce qui a trait au premier aspect, il peut être embarrassant, par exemple, pour un intervenant qui est en relation d'aide avec un locataire, de devoir l'interpeller parce que ce dernier n'a pas payé son loyer depuis trois mois. C'est pourquoi, dans le cas de l'initiative no 2, on a décidé de confier la tâche de la collecte des loyers au GRT, de façon à bien séparer les fonctions.

L'autre cas de figure que nous avons documenté est celui où un OSBL a dû se présenter devant la Régie du logement « contre » son locataire. Or, en de telles circonstances, l'OSBL propriétaire défend-il le locataire ou le propriétaire ? « Le propriétaire », de répondre notre interlocuteur, comme quoi, parfois, « les choses nous reviennent en pleine face », dit-il (entrevue no 19). Une telle situation révèle la difficulté parfois à concilier les deux mondes ou, plus justement encore, à concilier deux rôles. En fait, cela pose même ici une contradiction, qui est d'ailleurs inhérente à tout OSBL d'habitation qui veut impliquer les locataires dans sa gestion et tel que prescrit par le programme AccèsLogis. En prescrivant la présence des locataires au conseil d'administration, le programme AccèsLogis porte-t-il en son germe une contradiction importante ? Comment, en effet, un OSBL d'habitation dont les locataires, par leur présence au conseil d'administration, en sont aussi les propriétaires, peut-il défendre les locataires ?

Si les conflits de rôle en ce qui a trait à la défense des droits des locataires sont susceptibles de toucher l'ensemble des OSBL d'habitation, l'aspect qui a trait à la confidentialité est peut-être spécifique à la filière « santé mentale ». En effet, dans cette filière, le fait d'avoir un diagnostic constitue souvent, sinon toujours, une condition d'admissibilité. Or, cela pose une

question importante : dans de tels cas où les requérants doivent avoir un diagnostic en bonne et due forme et où, dans le processus de sélection, on y présente le dossier clinique des personnes, n'y a-t-il pas ici atteinte à la confidentialité dans les cas où d'autres locataires siègent au comité de sélection ? En fait, la question se pose même lorsque l'OSBL d'habitation n'est pas l'organisme qui assure les services de soutien puisque, selon les normes du programme AccèsLogis c'est l'OSBL qui doit procéder à la sélection des locataires. Or, un propriétaire d'un immeuble à logements ordinaire pourrait-il exiger d'avoir accès au dossier médical d'un futur locataire ? Cette question a été soulevée dans deux des initiatives que nous avons étudiées.

On le voit, on trouve ici un point de tension important entre l'univers de l'hébergement et celui du logement, un point de tension qui pourrait être de nature à remettre en question la participation de l'OSBL d'habitation à la sélection des locataires, qui est par ailleurs de sa prérogative selon les normes du programme AccèsLogis. Il peut également être intéressant de noter que, dans le logement de catégorie C en HLM, qui accueille des personnes ayant des besoins particuliers, la sélection des locataires est déléguée à l'organisme qui en assure les services de soutien, sauf en ce qui a trait aux critères généraux d'accès à un logement à loyer modique. Peut-être y aurait-il lieu de s'inspirer de cette pratique ?

Enfin, un autre enjeu lié au cumul des rôles de propriétaire et d'intervenant-thérapeute est, selon l'un de nos interlocuteurs, le caractère captif des clientèles (entrevue no 28), ce qui nous amène à l'enjeu de la mixité dans les ensembles résidentiels.

### **3.6.5 L'enjeu de la mixité**

Comme nous l'avons vu dans les domaines de la déficience physique et de la déficience intellectuelle, le fait de regrouper dans un même immeuble des personnes vivant avec un problème de santé mentale peut porter atteinte à l'objectif de normalisation et d'intégration des personnes dans la communauté et entraîner ce que certains appellent un effet « ghetto ».

Cette question a été soulevée dans au moins trois des initiatives que nous avons documentées. L'exemple le plus frappant est sans doute le cas de l'initiative no 5 où, dans cette petite ville située en milieu rural, l'immeuble où sont regroupées les personnes vivant avec un problème de santé mentale est bien identifié dans la communauté, « stigmatisé » pour reprendre les propos d'une intervenante, parfois même nommé comme étant le « bloc des fous » (entrevue no 25). Dans cette initiative, le fait que les organismes communautaires qui accompagnent les locataires occupent aussi l'immeuble ne fait qu'accentuer cette impression que l'on a que ces gens vivent à part des autres. Dans le cas de l'initiative no 1, on trouve également au rez-de-chaussée de l'immeuble un « centre de jour » que les locataires peuvent fréquenter. Cet aspect du ghetto a aussi été soulevé dans le cas de l'initiative no 7 où l'OSBL d'habitation travaille actuellement au développement d'un projet de 23 logements. Or, l'un des partenaires au projet soutient que, même s'il s'agit de logements complets et permanents, « il se peut, dit-il, qu'il y ait des personnes qui, après un certain temps à vivre dans un immeuble dans lequel il n'y a que des personnes vivant avec un

problème de santé mentale, voudront aller vivre dans un logement dans la communauté » (entrevue no 29).

Cependant, tous ne partagent pas ce point de vue, en l'occurrence, cet interlocuteur qui refuse d'admettre que le fait de regrouper les personnes dans un même immeuble puisse constituer un problème. Pour lui, la question est surtout de savoir dans quelle mesure ça touche ou affecte les gens qui vivent dans l'immeuble. Ainsi, même s'il admet que « certains ne viendront jamais vivre dans cet immeuble », il soutient que la majorité des locataires ne sont pas affectés par le fait d'être regroupés dans un même immeuble (entrevue no 19). La directrice d'un OSBL apporte également un point de vue différent sur cette question. Pour elle, non seulement cela n'affecte pas les personnes mais, au contraire, le fait d'être regroupées dans un immeuble avec des « semblables », si l'on peut s'exprimer ainsi, fait en sorte qu'elles ne se sentiront pas jugées par les autres, ce qui ne serait probablement pas le cas dans un immeuble à logements ordinaire où elles seraient les seules dans leur condition. En somme, on voit bien que les points de vue sont partagés sur cette question.



## CONCLUSION

Dans le cadre de cette recherche, nous avons cherché à identifier et à comprendre les processus d'hybridation entre logement et hébergement dans des ensembles résidentiels destinés aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Nous avons étudié deux ensembles d'hébergement et cinq ensembles de logement social développés dans le cadre du programme AccèsLogis.

Dans le cas des cinq initiatives qui se situent, préalablement, dans l'univers du logement, certaines initiatives montrent peu d'hybridation tandis que d'autres ont fait des emprunts importants à l'univers de l'hébergement. Il semble bien que ces différences marquées que nous avons observées entre les initiatives tiennent en bonne partie aux modèles de référence qu'avaient en tête les promoteurs de ces initiatives. Ainsi, pour un certain nombre d'entre eux, on s'est clairement inspirés de l'approche du « *Housing First* », ou encore du « *recovery movement* », de sorte que l'on a voulu valoriser le logement permanent, l'*empowerment* des locataires, la normalisation, même si cela n'a pas toujours été facile à mettre en pratique. Pour d'autres, surtout dans les projets initiés par les centres hospitaliers, il semble que l'on se soit situé davantage dans une approche d'hébergement, que l'on a cherché finalement à reproduire. Toutefois, ici encore, des nuances s'imposent, de sorte que, au final, nous avons observé une diversité de situations qui nous ont amené au cœur de l'hybridation.

Pour ce qui est des ressources d'hébergement « au départ », l'un des cas est une reproduction presque à l'identique d'une ressource d'hébergement conventionnelle tandis que, dans l'autre, on a fait des emprunts importants à l'univers du logement.

Les hybridations, c'est-à-dire les emprunts à l'univers de l'hébergement (dans le cas du logement social) se manifestent essentiellement dans deux domaines, à savoir les conditions d'attribution des logements et les conditions de séjour. En effet, même si, dans certaines initiatives, les aménagements et l'offre ainsi que l'organisation des services ont constitué des lieux importants d'hybridation, il semble que ce soit dans ces deux domaines que les acteurs en présence éprouvent le plus de difficultés à concilier les univers de la santé et des services sociaux et de l'habitation. Selon les initiatives, cela se manifeste de plusieurs façons : encadrement « léger » en principe obligatoire des locataires, mais souple dans l'application, obligation formelle d'être suivi par son intervenant ou par son psychiatre, plan d'intervention obligatoire inscrit formellement dans une annexe au bail ou dans un contrat de séjour, rigoureusement appliqué dans certains cas, peu ou pas appliqué dans d'autres, etc. Il en est de même en ce qui a trait au bail. S'il est rigoureusement respecté dans certaines initiatives, c'est-à-dire que l'on garantit effectivement le droit au maintien dans les lieux, il y a des cas où, malgré le bail, l'intervenant pourra décider d'y mettre fin s'il juge, par exemple, que le locataire est prêt à passer à une autre étape. Il y a aussi des cas où, pour contourner cette difficulté, il n'y a tout simplement pas de bail. Il en est de même en ce qui a trait au caractère transitoire des logements qui, selon les initiatives, est appliqué tantôt avec rigueur et tantôt avec beaucoup de souplesse. Bref, sur ces aspects, nous avons observé une diversité de situations qui, toutes à leur manière, montrent bien à quel point on se situe ici dans des modèles hybrides. Elles illustrent au fond un positionnement souvent flou des

acteurs à l'origine des initiatives à l'égard de ces prérogatives propres à l'univers du logement, qui peuvent leur paraître parfois encombrantes et avec lesquelles on semble ne pas trop savoir comment composer. Cette difficulté tient en grande partie à la provenance des promoteurs des initiatives qui, à la différence de ce que l'on retrouve dans d'autres filières, sont tous issus du secteur de la santé et des services sociaux. Il ne fait aucun doute qu'il s'agit-là d'un facteur important d'hybridation. En effet, qu'ils proviennent d'un établissement public ou d'un organisme communautaire, ils sont tous portés, mais à des degrés divers, par une certaine approche de réadaptation/réinsertion, ce qui n'est pas toujours facile à concilier avec les prérogatives de l'univers du logement, qu'ils ne connaissent pas toujours bien par ailleurs.

Le mouvement du « *Housing First* » soutient en effet qu'il faut considérer le lieu d'habitation comme un logement permanent d'abord et que l'accès au logement ne doit aucunement être assujéti à un quelconque plan d'intervention ou autres conditions. Or, la filière santé mentale, sans doute plus que toutes les autres, marque bien ce point de tension entre deux logiques d'action opposées, à savoir le logement vu comme outil de réadaptation et le logement vu d'abord comme un lieu de citoyenneté, de chez-soi. À cet égard, il ressort de l'étude que, dans certains cas, et malgré les difficultés, on a assez bien réussi à concilier réadaptation et logement ou, de façon plus précise, plan d'intervention et logement. Cependant, nous avons constaté également des cas de dérives et, en fait, des cas d'instrumentalisation pure et simple du programme AccèsLogis à des fins de réadaptation. Il ne faut toutefois pas conclure que cela a été forcément fait de façon consciente de la part des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Il faut y voir plutôt une méconnaissance déterminante des attributs fondamentaux de l'univers du logement de leur part qui, un peu malgré eux, parce que portés par une culture et des façons de faire qui leurs sont propres, continuent de s'appuyer, même inconsciemment, sur des prémisses qui appartiennent à l'univers de l'hébergement dans une sorte de « *path dependance* ». Or, si l'on veut poursuivre dans la voie du développement de formules de logement plutôt que dans celle des formules d'hébergement, cela impliquera donc, de la part des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, un changement de paradigme, une nouvelle façon de voir qui fera en sorte que l'on considère les personnes aux prises avec un problème de santé mentale qui vivent en logement non pas comme des « clientes », mais davantage comme des citoyennes ayant pleinement droit à un logement abordable et décent. Il s'agit en somme ici de passer du logement comme lieu d'intervention ou de réadaptation au logement de plein droit, ce qui implique, notamment, le droit au maintien dans les lieux, à l'intimité et le droit de décider pour soi-même.

Néanmoins, si les « dérives » auxquelles nous avons assistées sont imputables à une méconnaissance des « fondamentaux » de l'univers du logement de la part des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, elles sont aussi imputables aux acteurs du secteur de l'habitation qui, dans certains cas, ont fait preuve d'un laxisme évident dans la défense de ces « fondamentaux », quand ils n'ont pas tout simplement fermé les yeux. Nous pensons ici aux GRT, mais aussi à la SHQ et à ses villes mandataires qui, dans certains cas, ont permis en bout de ligne que le programme AccèsLogis finance ce qui ressemble en tous points à des ressources intermédiaires. À cet égard, la SHQ et ses villes mandataires devraient sans doute favoriser plus clairement l'accès à du logement (et non à de l'hébergement) pour les

clientèles ayant des besoins particuliers. Ainsi, les établissements de santé qui souhaitent soumettre des projets devraient recevoir des messages plus clairs à cet effet, à défaut de quoi ceux-ci risquent trop facilement de reproduire à l'identique les modèles d'hébergement temporaires. Il semble en effet que, pour l'instant, la porosité du programme AccèsLogis permet de répondre à une panoplie de besoins qui, même si ceux-ci peuvent être légitimes, peut entraîner le programme hors des objectifs propres à une politique d'habitation sociale.

Par ailleurs, après plus de 15 ans de pratiques et d'expérimentations intersectorielles entre les secteurs de la santé et de l'habitation, peut-être y aurait-il lieu aussi de revoir certaines normes ou certains paramètres du programme AccèsLogis. Il est d'ores et déjà acquis, en effet, que le programme AccèsLogis, par ses volets 2 et 3, n'est plus qu'un programme de logement social et qu'il a déjà adapté ses paramètres pour répondre à des besoins qui, a priori, ne relèvent pas de sa mission. Il ne s'agit pas ici de remettre cela en question. Ces personnes, fussent-elles des « clientes » du réseau de la santé et des services sociaux, ont aussi droit, comme tout un chacun, à un logement décent et abordable. Or, à la lumière de l'expérience passée, il y aurait peut-être lieu de redéfinir ou de préciser certains paramètres, de mieux aménager en quelque sorte des zones de confort entre les univers de la santé et de l'habitation de sorte que la cohabitation soit plus harmonieuse, optimale, de façon à ce que chacun des deux univers n'y perde pas son identité propre. Nous pensons, par exemple, au logement de transition, qui est actuellement autorisé par le programme AccèsLogis et qui, en vertu du bail de logement, se situe en porte-à-faux avec le droit au maintien dans les lieux. Est-ce que le programme AccèsLogis constitue le bon outil pour répondre à ce besoin de transition qui, par ailleurs, peut être perçu comme tout à fait légitime par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ? Ou, si la réponse à la question est oui, faudrait-il alors adopter une approche moins « légaliste » et permettre, par exemple, la détention d'un bail temporaire ?

Dans ce grand mouvement qui, depuis une vingtaine d'années, invite les acteurs du domaine de la santé mentale à passer de l'hébergement au logement pour leur clientèle, ce flou que nous avons observé dans le positionnement des acteurs en ce qui a trait aux conditions d'attribution des logements et de séjour illustre sans doute une période de transition, une période au cours de laquelle on a procédé par essais et erreurs, une période de tâtonnements qui indique que l'on n'a pas encore tout à fait trouvé comment concilier les deux mondes. Avec l'expérience acquise à ce jour, on voit que certaines questions mériteraient sans doute d'être revues ou, à tout le moins, approfondies. Car, si les passerelles entre logement et hébergement ont sans doute avantage à être développées pour le bien-être des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, leur permettant l'accès à de meilleures conditions de vie, le programme AccèsLogis ne doit pas être vu comme un simple réceptacle visant l'application des politiques et les approches d'hébergement. Ces passerelles doivent impliquer un respect minimum de certains attributs qui sont propres à l'univers du logement. Plus fondamentalement, il s'agit d'examiner jusqu'où le programme AccèsLogis peut-il ou doit-il s'adapter pour répondre aux besoins particuliers des personnes qui ont des limitations qui peuvent être parfois importantes tout en ne trahissant pas sa mission.





## BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Plan d'action stratégique. Des priorités urbaines pour des montréalais en santé*. Montréal.

Agence de la santé et de services sociaux de Montréal. (2009). *La transformation des services en santé mentale. Les services résidentiels*, Montréal, 16 pages.

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).

Archambeault, A. (2009). *Logement et santé: opportunités et enjeux*. Société d'habitation du Québec. Québec.

Bédard, D .(1962). *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques au ministère de la santé de la province de Québec*, Québec.

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

Bouchard, Marie et Hudon, Marcellin. (2008). *Se loger autrement au Québec. Le mouvement de l'habitat communautaire, un acteur de développement social et économique*. Montréal, Éditions St-Martin.

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

Brandsen, Taco, Wim van der Donk et Putters, Kim.( 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. et Soulières, Maryse. (2006). *Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement*. Rapport de recherche remis au Ministère de la Santé et des Services sociaux et au Secrétariat des aînés. É. d. t. social. Montréal, Université du Québec à Montréal: 92 pages.

Commission de la santé mentale du Canada .(2010). *Bulletin du projet At Home/ Chez soi*, vol 1, no 1, Ottawa.

Conseil canadien de développement social. (1973). *Plus qu'un gîte*. Étude des logements financés par la Loi nationale de l'habitation pour personnes âgées, Ottawa.

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.

Dansereau, F. (2007). *Étude visant à évaluer les conditions d'implantation du bail glissant comme stratégie d'insertion des jeunes marginalisés*, Montréal, Comité ad hoc sur les baux glissants, 37 pages.

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.

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.

Dolowitz, D. et Marsch, D. (2000). Learning from abroad. The role of Policy Transfer in contemporary Policy Making in « *Governance* », volume 13, no 1, pp. 5-23

Dorvil, H., Robert, D. et Morin, P. (2001). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles*. GRASP, Université de Montréal.

Dorvil, H., Guttman, H. (1997). *35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996*. Québec: Gouvernement du Québec. Document Web, Adresse web <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/>, (consulté le 17 mars 2009)

Dorvil, H., Guttman, N.A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale*. Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 230 pages.

Drolet, N. (1993). Le logement permanent avec support communautaire : une solution préventive à l'itinérance. *Intervention*, vol 94, pp.6-14.

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, 195 pages.

Ducharme, M.-N. et Vaillancourt, Yves. (2012). The AccèsLogis Program: 15 years of Partnership between the State and the Social Economy. In « *Canadian review of Social policy* » 66.

Ducharme, M.-N. (2008). *Les OSBL d'habitation au Québec, l'offre et les besoins en soutien communautaire*. Montréal, École de travail social, Université du Québec à Montréal.

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. et al. (2008). *Habitation communautaire et personnes vulnérables. Se loger autrement au Québec*. M. Bouchard and M. Hudon. Québec, Édition St-Martin: 185-216.

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

Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM). (2008). *L'itinérance, responsabilité partagée... Qui répond présent?* Montréal.

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

Gouvernement du Québec.(2009). *Projet de loi 56. Loi modifiant la loi sur la santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement*. Québec. A. n. d. Québec. Québec: 10.

Gouvernement du Québec. (2011). Répertoire des programmes et services.[Document web] Adresse web? (Consulté le 12 décembre 2011).

Gouvernement du Québec (1986). *Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique*, Loi sur la Société d'habitation du Québec, Éditeur officiel du Québec, à jour au 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Grenier, S. (2002). *Logement ou hébergement ? L'évolution des milieux de vie substitués pour les personnes âgées*. Montréal, École de travail social, Université du Québec à Montréal.

Gurstein, P. et Small, D. (2005). *From Housing to Home: Reflexive Management for those Deemed Hard to House*. *Housing Studies* 20(5): 717 - 735.

Harris, R. et Giles, C. (2003). *A mixed message: the agents and forms of international housing policy, 1945-1973*. *Habitat International* 27(2): 167-191

Hayward, D., Beadle-Brown, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study, Country Report*. United Kingdom, Tizard Centre, University of Kent, p. 563-599 in Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors) (2007). . Volume 3: Country Reports. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 602 pages. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. U. o. Kent. Canterbury, Beadle-Brown, J. and Kozma, A. (Editors). 3: 563-599.

Jetté, C., Thériault, L., Mathieu, R. et Vaillancourt, Y. (1998). *Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal*, Montréal, LAREPPS-UQAM, 211 pages.

Joldersma, Cisca et Winter, Vijco. (2002). Strategic Management in Hybrid Organizations. *Public Management Review* 4 (1): 83-100.

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.

Laberge, D., Cousineau, M-M., Morin, D. et Roy, S. (1995). *De l'expérience individuelle au phénomène global : configuration et réponses sociales à l'itinérance* [Rapport de recherche]. Les cahiers de recherche du CRI, No 1, UQAM, Montréal.

Lalonde, Luc, Mercier, Nathalie et Tremblay, Diane. (2001). Brique et éthique. Du logement autrement mais comment ? *Nouvelles pratiques sociales*, vol 14, pp. 28-37.

Lamy, D. (2008). *Le bail résidentiel, la Charte québécoise et les dommages exemplaires*. Montréal, Wilson et Lafleur.

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

Leduc, S. (2008). *Profil des locataires du programme AccèsLogis Québec*. Québec: 51.

Lévesque, Benoît .(2010). *Les formes de gouvernance en santé. Vers des formules hybrides*. Communication présentée dans le cadre du 78<sup>o</sup> congrès de l'ACFAS, 15 juin 2010. Colloque du LAREPPS, 20 pages.

Lévesque, Benoît et Thiery, 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. Enjorlas (Ed.), *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de santé* (pp. 227-261). Bruxelles: PIE, Peter Lang.

Linhorst, D. (1991). The Use of Single Room Occupancy (SRO) Housing as a Residential Alternative for Persons with a Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, vol. 27, no. 2, pp. 135-143.

- Mansell, J. et J. B.-B. (2010). Deinstitutionalisation 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 numéro 2, 104-112
- Means, R. (1996). From 'special needs' housing to independent living? *Housing Studies* 11(2): 207-231.
- Minnery, J. et Greenhalgh, E. (2007). Approaches to homelessness policy in Europe, the United States, and Australia. *Journal of Social Issues*, 63 (3), 641-655.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Programme de subvention aux organismes communautaires*, Québec, 34 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Plan d'action interministériel en itinérance*, Québec, 52 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 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. Les services aux aînés en perte d'autonomie*. Plan d'action 2005-2010, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003a). *Chez soi: Le premier choix* (pp. 45). Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003b). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles 2004-2009*.
- 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. (1992). *Politique de santé et de bien-être*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de Santé mentale*. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1979). *Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales*. Québec.

Morin, P. et Baillergeau, E. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social*. Québec, Presse de l'Université du Québec.

Morin Paul, Dorvil, H., Grenier, S. et L'abée, C. (2003). *Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale logeant en maison de chambres*. Rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, GRASP/ Centre FCAR, 102 pages.

Morin, Paul, Robert, Dominique et Dorvil, Henri. (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale des personnes classées malades mentales ou déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, volume 14, no 2, pp. 88-105.

Nelson, G., Hall, G.B. et Walsh-Bowers, R. (1997). A comparative evaluation of supportive apartments, group homes, and board-and-care homes for psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community Psychology*, pp.111-226.

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

Paillé, Pierre et Mucchielli, Alex. (2003). *L'analyse qualitative en sciences sociales*. Paris, Armand Collin.

Piat, M., Lesage, A., Dorvil, Henri, Boyer, Richard, Couture, Audrey et Bloom, David. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, volume 33, no 2, automne, pp. 247-249.

Popkin, S. J., Cunningham, M. K. A. et al. (2005). Public housing transformation and the hard-to-house. *Housing policy debate* 16(1).

Prohet, A. et Proulx, J. (dir.) L. Dumais. (2011). *Les Habitations Papineau : évaluation d'un projet-pilote de soutien au logement autonome au CRDI Gabrielle-Major*. Cahiers du Larepps no 11-07, LAREPPS, UQAM, avril, 99 pages (+ annexes).

Proulx, Ducharme et Grenier, S. (2013a). *Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées à des personnes vivant avec une déficience intellectuelle*. Cahiers du Larepps, UQAM (à paraître).

Proulx, J., Ducharme, M.-N. et Grenier, S. (2013b). *Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement. Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées à des personnes handicapées physiques*. Cahiers du Larepps, UQAM (à paraître).

Proulx, Jean .(2012). *L'évolution des interventions résidentielles auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle*. Une revue de littérature internationale, Montréal, LAREPPS-UQAT, 28 pages.

Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). (2011). *Définition d'une personne en situation d'itinérance*, [Document Web], Adresse Web : [http://www.rapsim.org/fr/default.aspx?sortcode=1.1.6&id\\_article=362&starting=&ending=](http://www.rapsim.org/fr/default.aspx?sortcode=1.1.6&id_article=362&starting=&ending=) (consulté le 4 mai 2011)

Réseau québécois des OSBL d'habitation. (2009). *Colloque Loger à la bonne enseigne*. Cahier du participant. Outaouais.

Renaud, F. (2008). *Réseau de santé, services sociaux et logement social au Québec*. Habitat social et vieillissement. S. Guérin. Paris, La documentation française: 199-207.

Régie du bâtiment. (2009). *Principaux changements Code de construction du Québec*. R. d. bâtiment. Québec, Gouvernement du Québec: 82 pages.

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

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

Rose, Richard. (1991). What is Lessons drawing ? *Journal of Public Policy* volume 11, no 1. 11-33p.

Roy, Shirley, Noiseux, Yannick et Thomas, Guyslaine. (2003). *Le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire*. Montréal, Collectif de recherche sur l'itinérance, UQAM, 270 pages.

Serge, L. et Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2003). *Options de logement pour les personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri rapport final*. [Document Web] Adresse Web : <http://biblio.uqar.qc.ca/archives/30012508.pdf> (Consulté le 2 août 2011).

Shaefer, S. (2009). *Housing responsibility and advanced liberal government : Programs for the homeless in Ontario*, University of Windsor.

Shulamit, R, Hailey, B. et Renouf, Noel. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in UK and Australia in, *International Journal of Social Psychiatry*, no 53, pp. 108-122.

Smith, S. R. (2010). Hybridization and nonprofit organizations: The governance challenge. Policy and Society In Press, Corrected Proof.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2009). *Le logement en milieu de soutien et le logement avec services de soutien, Appel d'offre. [Document Web]* Adresse Web : [www.merx.com](http://www.merx.com) (consulté le 5 septembre 2011).

Société d'habitation du Québec. (2008). Guide d'élaboration et de réalisation de projet AccèsLogis. Québec.

Société d'habitation du Québec. (2007). *Inventaire des programmes provinciaux et territoriaux en habitation au Canada*. Québec, 96 pages.

Société d'habitation du Québec. (1992). *La Société d'habitation du Québec. Une histoire en trois mouvements*. Québec: Gouvernement du Québec.

Tabol, C., Drebing, C. et al. (2010). *Studies of "supported" and "supportive" housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement*. *Evaluation and Program Planning* 33(4): 446-456.

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

Vaillancourt, Y. et Charpentier, M. (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. Cahiers du LAREPPS. Montréal, Université du Québec à Montréal: 165.

Vaillancourt, Y. et 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, Yves et Jetté, Christian. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*. Montréal, UQAM, LAREPPS, 296 pages.

Vincent, Kristalna et Morin, Paul. (2010). *Le logement subventionné dans le cadre du programme de supplément au loyer dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté*. Québec et la Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec, 61 pages.

WeageMakers Schiff, Jeannette et Rook, John. (2012). *Housing First : où sont les preuves ?* Toronto, Homeless Hub, University de Calgary, 29 pages.



## **ANNEXE 1 : LISTE DES ENTREVUES**

Entrevue no 19	entrevue avec un organisateur communautaire
Entrevue no 20	entrevue avec le coordonnateur d'un OSBL d'habitation
Entrevue no 21	entrevue avec le coordonnateur d'un OSBL d'habitation
Entrevue no 22	entrevue avec un cadre d'un centre hospitalier
Entrevue no 23	entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation
Entrevue no 24	entrevue avec un employé d'un GRT
Entrevue no 25	entrevue avec la coordonnatrice d'un OSBL d'habitation
Entrevue no 26	entrevue avec un cadre d'un centre hospitalier
Entrevue no 27	entrevue avec le responsable des ressources résidentielles d'un OSBL-H
Entrevue no 28	entrevue avec le directeur d'un OSBL d'habitation
Entrevue no 29	entrevue avec un cadre d'un CSSS
Entrevue no 30	entrevue avec un cadre d'un centre hospitalier
Entrevue no 31	entrevue avec deux membres du comité fondateur d'un OSBL-H
Entrevue no 32	entrevue avec la présidente d'un centre hospitalier
Entrevue no 33	entrevue avec un cadre d'une Agence de santé et de services sociaux
Entrevue no 34	entrevue avec la directrice d'un OSBL d'habitation



## **ANNEXE 2 : BRÈVE DESCRIPTION DES INITIATIVES RÉSIDENTIELLES À L'ÉTUDE**

### *Cas no 1*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel comprenant 42 unités de logement (25 studios et 17 chambres) situé en milieu urbain. Le projet émane d'un organisme communautaire intervenant dans le domaine de la santé mentale depuis de nombreuses années, et qui a créé une corporation distincte dans le but d'offrir des logements salubres, économiques et sécuritaires à l'intention des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Les deux organismes sont intimement liés. Les chambres et studios comportent des salles de bain privées. Outre les unités de logement, l'immeuble compte, au rez-de-chaussée, une salle de séjour, une salle à manger ainsi qu'un bureau pour les intervenants. De plus, l'OSBL d'habitation loue le rez-de-chaussée à l'organisme promoteur qui lui sert de centre de jour et de soir. Les services de soutien aux locataires sont dispensés par l'organisme promoteur qui, outre le centre de jour, offre une présence 24 heures par jour et sept jours par semaine, des services psychosociaux, de l'accompagnement, du soutien communautaire. Par ailleurs, un certain nombre d'unités de logement est accordé en priorité aux utilisateurs-membres de l'organisme promoteur. Les autres unités sont réservées à des hôpitaux psychiatriques en vertu d'une entente de services. Ceux-ci assurent aussi un service de suivi auprès des locataires.

### *Cas no 2*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel comprenant 11 unités de logement de 3 ½ pièces situé en milieu urbain. Le projet a été initié par un organisme communautaire voué à l'insertion des personnes vivant avec un problème de santé mentale, principalement à travers le logement social et l'hébergement. L'objectif de cet ensemble résidentiel est d'offrir des logements abordables et décentes à des personnes présentant un problème de santé mentale. Aucun espace commun n'a été prévu dans l'immeuble. Néanmoins, au rez-de-chaussée, se trouvent les bureaux d'un autre organisme partenaire en santé mentale. Toutefois, cet organisme bénéficie d'une entrée distincte et les locataires y ont peu à voir. Les services de soutien sont assurés par l'organisme promoteur lui-même. Il s'agit pour l'essentiel des mêmes services qui sont offerts à l'ensemble des utilisateurs de l'organisme. Ceux-ci sont d'intensité variable, allant de quelques heures par semaine à quelques heures par année. Les interventions peuvent concerner l'aide au fonctionnement dans la vie quotidienne, le soutien au plan de vie, l'aide pour l'accès à des services, l'écoute, le soutien à la participation sociale, etc.

### *Cas no 3*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel comprenant cinq unités de logement (deux studios et trois unités de 3 ½ pièces) situé dans une petite municipalité en milieu rural. L'initiative émane d'un organisme d'hébergement voué au traitement des personnes vivant un problème de dépendance et qui avait noté un besoin de logements pour les personnes qui quittaient la ressource. Une occasion s'est présentée lors de la mise en vente d'une petite maison située à deux pas de la maison d'hébergement. L'organisme a alors fait appel à un OSBL d'habitation de la région voué spécifiquement au développement de projets de logement à l'intention des personnes vivant avec un problème de santé mentale. L'ensemble résidentiel cible des

personnes adultes combinant un problème de santé mentale et de toxicomanie. Aucun espace commun n'a été prévu dans l'immeuble. La priorité est accordée aux utilisateurs de la maison d'hébergement en toxicomanie. Peu de services sont offerts aux résidents. Il existe toutefois une entente informelle de collaboration et d'intervention en cas de crise par la maison d'hébergement en toxicomanie. De plus certains résidents continuent de fréquenter la maison d'hébergement (salle à manger, activités sociales). Jusqu'à récemment, des services de soutien communautaire étaient offerts par l'OSBL d'habitation, mais ceux-ci ont cessé faute de besoin.

#### *Cas no 4*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel de 17 chambres situé en milieu urbain. Le projet a été initié par un centre hospitalier psychiatrique, désireux de développer des alternatives dans la communauté à l'intention de ses usagers. Pour ce faire, il a fait appel à un organisme sans but lucratif actif depuis plusieurs années dans le domaine de l'hébergement et du logement social à l'intention de personnes vulnérables ayant des besoins particuliers (personnes âgées, personnes vivant avec une déficience intellectuelle, personnes vivant avec un problème de santé mentale, etc.). Outre les chambres, on retrouve, au sous-sol, un salon, un fumoir, une salle à manger, une cuisine et une buanderie. On retrouve également deux bureaux pour les intervenants. Les services de soutien et l'encadrement des résidents sont assurés en totalité par le personnel du centre hospitalier psychiatrique en vertu d'une entente de services conclue entre l'organisme promoteur et le centre hospitalier. Celui-ci assure sur place une présence 24 heures par jour et sept jours par semaine. Les résidents sont des clients de l'hôpital partenaire ainsi que d'un autre service psychiatrique hospitalier avec qui l'hôpital partenaire a une entente. Il s'agit d'une ressource d'hébergement transitoire qui s'inscrit dans une optique de réadaptation.

#### *Cas no 5*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel comprenant 28 unités de logement (trois unités de 2 ½ pièces, 20 unités de 3 ½ pièces et cinq 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 aux 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 unités sur 28). Pour ce faire, on a créé un OSBL d'habitation qui, outre le fait d'assurer la gestion de l'immeuble, offre lui-même les services de soutien aux locataires. Ses locaux sont d'ailleurs situés dans l'un des deux immeubles. Deux autres organismes communautaires ont aussi leurs bureaux dans cet immeuble. Les services offerts par l'OSBL sont essentiellement des services de suivi dans la communauté (« intensifs » et « d'intensité variable ») et des services de soutien communautaire. Pour ce faire, l'OSBL est financé par l'Agence de la santé et des services sociaux dans le cadre du programme SOC ainsi que par ententes de services avec le CSSS. Sauf une unité de 4 ½ pièces pouvant accueillir deux locataires à titre transitoire, tous les logements sont des logements permanents.

#### *Cas no 6*

Il s'agit d'un ensemble résidentiel comprenant 24 unités de logement de 3 ½ pièces situé en milieu urbain. Le projet a été initié par un centre hospitalier psychiatrique désireux de développer des alternatives dans la communauté à l'intention de ses usagers. Il s'agit de

logements complets avec cuisine et salle de bain. Outre les unités de logement, on retrouve une salle de séjour (mais pas de salle à manger) et des espaces à bureaux pour les intervenants. Les services de soutien sont assurés par le personnel du centre hospitalier psychiatrique, qui a reçu à cet effet une subvention spécifique de l'Agence de la santé et des services sociaux. Le personnel y assure une présence 24/7 et offre différents types de soutien aux locataires : surveillance et encadrement, aide pour l'entretien du logement et pour les soins personnels, soutien civique, suivi dans la communauté, soutien à l'insertion sociale, soutien communautaire et activités de loisir. Une infirmière est aussi présente sur place du lundi au vendredi. Bien qu'il s'agisse de logements permanents, l'admission est conditionnelle à l'engagement du locataire à collaborer à son plan d'intervention et s'inscrit dans une optique de réadaptation.

*Cas no 7*

Il s'agit d'un OSBL d'habitation, situé dans une ville moyenne en région, qui a acquis un immeuble à logements (ancienne maison de chambres) comprenant sept chambres à coucher, à l'intention de jeunes adultes vivant avec un problème de santé mentale, et dont la majorité vivent également avec un problème de toxicomanie. Le projet a été initié par un autre OSBL déjà actif dans le domaine du logement social en santé mentale. Outre les chambres à coucher, l'immeuble est doté de deux salles de séjour ainsi que d'une salle à manger. Les services de soutien sont assurés par l'OSBL qui a initié le projet et qui reçoit, pour ce faire, une subvention de l'Agence de la santé et des services sociaux dans le cadre du programme SOC. L'organisme a aussi une entente de services avec le CSSS, en vertu de laquelle celui-ci peut y référer quinze usagers par année. Les services offerts par l'organisme sont pour l'essentiel des services de soutien psychosocial, de soutien à l'autonomie, de soutien aux AVD et aux AVQ, de soutien civique ainsi que de soutien communautaire et des activités de loisir. Le CSSS et le centre de réadaptation offrent quant à eux les services de suivi dans la communauté (« intensifs » et « d'intensité variable »). Il s'agit ici d'unités de logement transitoires et le projet s'inscrit dans une perspective de réadaptation.



### ANNEXE 3 : GRILLE SYNTHÉTIQUE SUR LES ATTRIBUTS DES ENSEMBLES RÉSIDENTIELS

O = oui; N = non; ON = Oui et non

? = info non disponible

Note importante : en santé mentale, deux cas (nos 4 et 7) sont identifiés d'emblée comme étant de l'hébergement (H). Dans ces cas, l'hybridation résulte d'emprunts à l'univers du logement, et c'est ainsi qu'il faut lire le tableau. Le cas no 1 est par ailleurs classé comme étant du logement, mais par défaut puisqu'il s'agit d'un cas particulier qui est en fait inclassable.

<b>1. Contexte de développement des projets</b>	<b>Cas 01</b>	<b>Cas 02</b>	<b>Cas 03</b>	<b>Cas 04H<sup>21</sup></b>	<b>Cas 05</b>	<b>Cas 06</b>	<b>Cas 07H</b>
Les principaux initiateurs du projet sont issus du milieu de la santé soit : CLSC, organisme communautaire en santé, CSSS, CR, hôpital, etc.	N	O	O	O	O	O	ON
Les besoins exprimés au début reflétaient le manque d'accès à des ressources d'hébergement, ou que celles-ci étaient jugées inadéquates.	N	N	N	O	N	O	O
Les besoins exprimés au début reflétaient le manque d'accès à des logements abordables et de bonne qualité.	O	O	O	N	O	N	O
Le rôle du programme AccèsLogis est déterminant dans l'apparition du projet (le programme précède l'idée).	N	N	N	N	N	N	N
L'initiative origine du milieu local mais le secteur de la santé est intervenu en cours de route pour influencer la nature du projet.	O	N	N	N	O	N	N
Le projet est issu de personnes du milieu local désireuses de développer un modèle de type hébergement.	N	N	N	ON	N	O	O
Une entente avec le secteur de la santé a facilité l'acceptation et le financement du projet.	O	N	O	O	?	O	O
Le secteur santé a participé au financement de la « brique et du béton » ou de certains aménagements.	O	N	N	N	O	N	N
Les modèles de référence, au départ, relèvent de l'univers de l'hébergement (résidence privée, RTF, maison d'hébergement).	N	N	N	O	N	O	O

<sup>21</sup> Le H indique que l'initiative a été classée ressource d'hébergement.

<b>2. Mission et gouvernance</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
Le CA prévoit des postes désignés à des organismes « santé ».	O	N	N	O	N	O	O
L'aspect accès au logement est prédominant dans l'énoncé de la mission.	O	O	O	O	N	O	O
L'aspect réadaptation, insertion ou service est prédominant dans l'énoncé écrit de la mission.	N	O	N	N	N	N	N
L'intention exprimée par les promoteurs et/ou intervenants concerne davantage la dimension des soins, des services.	N	N	N	O	O	O	O
<b>3. Les aménagements</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
Il s'agit de logements complets (avec cuisine équipée et salle de bain).	N	O	ON	N	O	O	N
Présence et utilisation d'une salle de séjour commune.	O	N	N	O	ON	O	O
Présence et utilisation d'une cuisine commune (repas pris en commun).	O	N	N	O	N	N	O
Présence d'un dispensaire, d'une infirmerie.	N	N	N	N	N	N	N
Présence d'un bureau pour les intervenants.	O	N	N	O	O	O	O
Présence d'un hall d'accueil (de type hospitalier ou institutionnel).	N	N	N	N	N	ON	N
Présence d'éléments de surveillance (autres que caméra).	O <sup>22</sup>	N	O <sup>23</sup>	N	N	O	N
<b>4. Les conditions d'attribution des logements</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
Les locataires ont participé eux-mêmes activement au choix de leur logement (choix vs « placement »).	ON	?	N	N	O	?	O
Les requérants peuvent s'adresser directement à l'organisme d'habitation pour accéder au logement.	ON	O	N	N	O	N	O
L'organisme d'habitation détermine et contrôle la liste de requérants.	N	O	N	N	O	N	O
Les requérants sont nécessairement référés par un organisme santé.	ON	N	O	O	N	O	N
Les « partenaires santé » participent, de façon minoritaire, au comité de sélection.	N	N	N	N	N	N	N
Les « partenaires santé » contrôlent le comité de sélection.	O <sup>24</sup>	N	O	O	N	O	N

<sup>22</sup> Du fait que les locaux de l'organisme sont situés dans le même immeuble...

<sup>23</sup> Du fait que l'immeuble est situé juste en face de l'organisme en toxicomanie (proximité, voisinage)

<sup>24</sup> Oui, contrôle partiel en ce qui concerne les 17 unités qui sont attribuées aux partenaires hospitaliers



Les locataires doivent signer un contrat de services (ou contrat de séjour, ou annexe au bail).	O	N	N	O	N	O	O
Les critères de sélection sont teintés très « santé ».	N	N	N	O	N	N	N
Dans les volets 1 et 2 d'AccèsLogis, les unités subventionnées prévues ne sont pas toutes utilisées.	O	N	N	N	N	N	?
Le faible revenu et les mauvaises conditions de logement constituent un critère de sélection important.	O	O	N	N	O	N	O
<b>5. Les conditions de séjour</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
L'OSBL-H favorise le maintien dans les lieux.	ON	O	ON	N	O	ON	N
Les locataires ont un bail de logement.	N	O	O	O	O	O	N
Les locataires sont libres de renouveler leur bail.	-	O	O	N	O	ON	-
La durée du séjour est assujettie à un niveau d'autonomie, de réinsertion ou de fin d'intervention.	N	N	ON	O	ON	O	O
Certains services de santé ou sociaux sont indissociables du bail.	N	N	N	O	N	O	ON
Des frais pour certains services sont chargés au bail.	N	N	N	N	N	O	N
La grande majorité des services sont facultatifs et offerts <i>à la carte</i> .	-	-	N	N	O	O	O
Les locataires ont nécessairement un plan d'intervention.	N	N	N	O	N	O	O
Les locataires sont laissés complètement libres de participer ou non aux activités de groupe.	O	O	s/o	N	s/o	O	N
Les locataires peuvent aller et venir à leur guise sans rendre de comptes.	O	O	O	N	O	O	O
L'intimité des locataires est respectée (sonner avant d'entrer, avertir).	ON	O	O	N	O	O	ON
<b>6. L'offre et l'organisation des services</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
L'OSBL est impliqué directement dans l'organisation et dans la dispensation des services.	N	O	N	N	O	N	O
Présence d'intervenants sur place 24/7.	O	N	N	O	N	O	N
Niveau d'intensité de services élevé requis.	N	N	N	O	ON	O	ON
Présence d'activités de loisir de groupes (si obligatoire).	N	N	N	?	N	N	N
Présence d'activités « thérapeutiques » de groupes requises.	N	N	N	O	N	N	N

Propension à suppléer plutôt qu'à développer l'autonomie.	?	N	N	O	ON	O	N
<b>7. Les représentations et dimensions symboliques du logement</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04H</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07H</b>
Les responsables qualifient l'immeuble d'immeuble à logements.	O	O	O	N	O	N	N
Les responsables ont tendance à utiliser le mot « résidents » ou « clients » pour désigner les locataires.	?	N	N	O	N	N	O
Les locataires ont le sentiment de vivre « chez soi ».	?	O	O	N	O	O	O
Les locataires ont le sentiment de vivre de façon relativement indépendante.	O	O	O	N	O	?	O

## **ANNEXE 4 : PRINCIPAUX PARAMÈTRES DU VOLET 3 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 communautaires. 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 volet III 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 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'utilisateur. 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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur peut résider dans un logement de transition pour des périodes variables pouvant être renouvelées jusqu'à un maximum de cinq ans. Il est entendu que toute la durée de l'occupation doit faire l'objet d'un contrat de vie entre l'utilisateur 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 œuvrant 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.

(SHQ, Guide d'élaboration des projets, AccèsLogis, 2008, chapitre 6 : 6).



## **ANNEXE 5 : SCHEMA D'ENTRETIEN À L'INTENTION DES RESPONSABLES DES OSBL D'HABITATION**

### Introduction

*Merci de nous recevoir, l'entretien devrait durer d'une heure et demi à deux heures. Nous allons peut-être aussi vous demander des documents. Voici une feuille (remettre une feuille avec cinq-six 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 ou accompagnement)
  - f. Est-ce AccèsLogis qui vous a amené au projet ou le projet qui vous a amené à ce programme de la SHQ ?
  - g. Pourquoi AccèsLogis ? 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, Villes, 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 AccèsLogis.

  - 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 inspirés ? 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 subie 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, Ville, 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 AccèsLogis 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.) Surtout le 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 au revenu ?
    - 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 standards ? 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 orientations encadrant les relations locataires-locateurs dans le temps (depuis cinq ou 10 ans)
  - f. Avez-vous rencontré des contraintes ? Comment les avez-vous surmontées ?
- 9. Représentations, vocabulaire, 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. À quoi servent-elles ? À 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 poêle et frigo ?
- f. Les normes et exigences d'aménagement excèdent-elles ou diffèrent-elles de celles d'AccèsLogis (volet 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 service :
  - i. L'offre de service 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. Entente de services avec le RSSS
  - 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 réglementaire

- a. Y a-t-il des règlements ou des balises qui, dès le départ ou en cours de route, vous ont posé problème
  - i. AccèsLogis (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 *résidence pour aînés*
  - vi. PSOC
  - vii. IPLI
  - viii. Orientations d'un mandataire d'Accès-Logis
  - ix. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

- x. Etc.
  - b. Y a-t-il des règlements ou des normes qui se sont avérés ou s'avèrent inapplicables ? Lesquels ?
  - 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 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 que l'on vous téléphone pour des compléments d'information.

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