

LE LOGEMENT SUBVENTIONNÉ

DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SUPPLÉMENT AU LOYER (PSL) DANS
LE SECTEUR PRIVÉ À BUT LUCRATIF AVEC SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ
Source d'inspiration pour créer des modèles innovants

Kristalna Vincent, sous la direction de Paul Morin

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	8
1. PERSPECTIVES ET PRINCIPES FONDATEURS	12
1.1. Rétablissement	13
1.2. Approche par les capacités	13
1.3. Sécurité ontologique	14
2. HABITATION ET SANTÉ MENTALE	16
2.1. L'habitation	17
L'habitation : un déterminant de la santé	17
Évolution de l'habitation sociale et communautaire à travers les politiques sociales au Québec	18
Portrait du marché locatif et du logement social au Québec	20
2.2. Santé mentale et logement	24
Désinstitutionnalisation et intersectorialité	24
Offre résidentielle	25
Services de soutien aux personnes vivant en logement autonome	29
3. LES CAS DU RÉSEAU D'AIDE LE TREMPLIN DE DRUMMONDVILLE ET DE CLÉS EN MAIN DE LA RÉGION DE QUÉBEC	31
3.1. Région du Centre-du-Québec	32
Le Réseau d'aide Le Tremplin (RALT)	32
3.2. Région de la Capitale-Nationale	34
Clés en main	37
La Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec, une synergie intersectorielle	39
4. ESTIMER LES BESOINS EN LOGEMENT	43
4.1. Estimer le nombre d'unités de logement social sous toutes ses formes dans la région de la Capitale-Nationale	44
4.2. Évaluer les besoins en logement subventionné de type PSL pour les personnes avec des problèmes graves de santé mentale pour tout le Québec	45
CONCLUSION	50
5. RECOMMANDATIONS	52
Recommandation 1	53
Recommandation 2	53
Recommandation 3	53
Recommandation 4	54
Recommandation 5	54
Recommandation 6	54
Recommandation 7	54
RÉFÉRENCES	55

Les objectifs de la présente étude sont triples : premièrement, il s'agit de démontrer la pertinence clinique, sociale et économique du programme de Supplément au loyer (PSL). Ainsi, nous camperons dans la littérature scientifique les faits qui appuient que le logement, déterminant majeur de la santé, est un pilier facilitant le rétablissement par l'acquisition de liberté à exercer des choix et par le développement de capacité à agir sur sa vie. Le logement est une première étape qui permet une prise de possession sur son pouvoir d'action citoyen. Qui plus est, vivre en logement autonome avec un soutien au logement aide à atteindre la « stabilité » et est un constituant du traitement de la maladie mentale. Nous prouverons que la stabilité en logement fait diminuer les coûts directs et indirects en soins de santé. Deuxièmement, il s'agit de documenter les pratiques de soutien dans la communauté utilisant le PSL tel le programme de Clés en main et le Réseau d'aide Le Tremplin. Et troisièmement, il s'agit d'évaluer les besoins en logements sociaux pour la région de la Capitale-Nationale et plus en Programme de Supplément au loyer (PSL) spécifiquement en santé mentale pour tout le Québec.

PRINCIPES FONDATEURS

1- Le rétablissement en santé mentale « réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) reconnaît que les personnes ayant des problèmes en santé mentale ont des aspirations semblables à celles de tous les autres citoyens.

2- Les principes qui dirigent cette étude sont empreints des valeurs et des principes retrouvés dans le concept de rétablissement, soit celles (1) de liberté, (2) de choix, (3) d'autonomie et (4) de citoyenneté.

3- En augmentant les possibilités de choix, en donnant plus de liberté, via des programmes souples de soutien et d'accès au logement, on favorise l'autonomie des personnes tout en leur permettant de contribuer à la société en s'engageant dans une démarche citoyenne.

4- Par ailleurs, la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent constituer des contraintes pour la protection et le respect de la

dignité humaine. Les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale se retrouvent à la fois dans un contexte de précarité financière, mais aussi et surtout, dans un contexte d'exclusion sociale.

5- Le programme de Supplément au loyer (PSL) offre des opportunités, il favorise une sécurité de revenu, puisque la subvention assure une partie du paiement du loyer.

6- Le sentiment d'appartenance envers le « chez soi » est plus qu'un simple toit, il joue un rôle fondamental dans la construction identitaire, il fait office de lieu stable et constant où se joue un processus qui permet de saisir la multiplicité des expériences, tels la sécurité, le confort, le contrôle, il est aussi un lieu qui permet de se développer et de faire des choix (santé, éducation, achat d'une voiture, etc.).

HABITATION

7- L'investissement dans le secteur du logement social constitue une action efficace à l'égard des déterminants de la santé.

8- Au Québec, le taux d'inoccupation du marché locatif est en-deçà de 3 %, on parle alors de crise du logement. On voit alors le parc immobilier se dégrader dans sa portion locative et être transformé en condominium. Cette tendance est parfaitement observable dans les grandes villes comme Québec et Montréal.

9- Au Québec, 35,6 % des locataires dédient plus de 30 % de leurs revenus au paiement du loyer.

10- Selon les données du recensement de 2001, les personnes ayant une incapacité d'ordre physique ou psychologique ont 1,6 fois plus de risques de vivre dans un ménage éprouvant des besoins impérieux en matière de logement.

11- Il existe deux types d'aide à l'habitation au Canada, (1) de l'aide à la personne via des subventions au loyer comme le programme de Supplément au loyer et le programme Allocation-Logement pour les 55 ans et plus et (2) de l'aide que l'on qualifie « à la pierre » qui permet la construction de bâtiment collectif via les OMH, les coopératives d'habitation et les organismes à but non lucratif. Les programmes en

vigueur au Québec sont les programmes AccèsLogis et Logement abordable Québec (LAQ).

12- Tel qu'observé en Europe, les tendances internationales face aux aides gouvernementales en matière d'aide au logement sont passées d'une aide « à la pierre » vers une aide à la personne.

13- Au Canada, le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie démontre que les suppléments au loyer versés aux particuliers constituent le moyen le plus rapide de rendre le logement abordable, plus particulièrement dans les collectivités ayant un faible taux d'inoccupation.

14- La Communauté métropolitaine de Montréal reconnaît aussi que le PSL est un bon moyen d'éviter la stigmatisation des locataires et ce, à des coûts de gestion relativement avantageux.

SANTÉ MENTALE

15- La désinstitutionnalisation des personnes ayant des troubles sévères en santé mentale du système de santé, et la reconnaissance d'une clientèle fragilisée par le milieu de l'habitation, ont permis de développer un partenariat dans le développement de programmes complémentaires. Le partenariat entre la santé et l'habitation est donc une des conséquences directes, afin de répondre aux nouveaux besoins des personnes ayant des troubles graves en santé mentale en cherchant des solutions dans le milieu de vie.

16- Dans le secteur de la santé mentale, il existe plusieurs formules résidentielles allant de l'hébergement vers l'habitation autonome. Une distinction se fait de la manière suivante : en hébergement, nous habitons « chez autrui » et en logement, nous sommes « chez-soi ».

17- Les usagers des services en santé mentale perçoivent généralement l'appartement autonome comme la normalité résidentielle, l'idéal à atteindre ou à conserver.

18- L'instabilité en logement représente de grands risques pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

19- Les programmes de soutien au logement devraient être assez flexibles pour permettre aux personnes de changer de lieu de résidence lorsqu'elles en ressentent le besoin.

20- Les études portant sur le programme Housing First prouvent que l'on peut passer de la rue au logement avant d'entamer un processus de rétablissement. Ainsi, les programmes qui offrent la possibilité aux usagers de choisir leur lieu de résidence, influencent positivement leur stabilité résidentielle.

21- Une étude du programme Streets to Homes, menée par la ville de Toronto, relève que la stabilité résidentielle des participants au programme permet des économies majeures au niveau du système de santé.

22- En 2009, une revue de littérature, produite par le Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston appuie l'approche de Housing First :

- Une stabilité résidentielle par une approche de soutien au logement.
- Les usagers des services de santé mentale préfèrent l'habitation autonome et expriment plus de satisfaction à cet égard, particulièrement s'ils peuvent faire des choix relatifs à leur logement.
- Les approches de soutien au logement qui sont peu contraignantes sont aussi efficaces que les autres programmes.

23- Une attention particulière devrait être portée au lien entre le lieu de résidence et la stigmatisation.

24- Les services de soutien aux personnes vivant en logement autonome font maintenant partie des pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Il est reconnu que ces pratiques favorisent le rétablissement par l'autonomie des personnes.

25- Économiquement, le soutien communautaire est un avantage au niveau des coûts directs et permet de réduire les coûts indirects en diminuant les frais de santé relatifs aux autres services sociaux et cliniques.

CLÉS EN MAIN ET LE RÉSEAU D'AIDE LE TREMPLIN

26- Dans cette étude, les cas choisis ont comme dénominateurs communs de (1) travailler dans le domaine de la santé mentale, (2) dans une démarche intersectorielle et (3) d'avoir développé des ententes de logement avec des propriétaires privés.

27- Nous avons effectué trois focus group, deux à Québec et un à Drummondville. Nous avons rencontré 13 personnes au total.

28- Tous les répondants s'entendent pour affirmer que sans la subvention, ils ne réussiraient ni à se loger ni à manger convenablement. Ce volet était plus criant à Drummondville, où les personnes faisaient une nette distinction entre l'avant et l'après subvention. La subvention créant un moment de stabilité économique permettant enfin de respirer et de pouvoir penser à autre chose qu'aux besoins de base. Alors seulement, ils peuvent imaginer se projeter dans un projet de vie et penser à leur rétablissement.

29- À Drummondville, Le Tremplin gère 15 PSL. Les personnes font elles-mêmes les ententes liées à la subvention avec les propriétaires privés. Les ententes sont pour une durée de cinq ans et les personnes ne peuvent pas, par conséquent, déménager. Ce qui constitue un gros désavantage du programme. L'attribution des subventions et le choix des personnes sont faits conjointement avec l'OMH de Drummondville. Pour les gestionnaires du Tremplin, le PSL est une avenue royale car il actualise le « souhait de la majorité des gens ».

30- À Québec, Clés en main a été mis sur pied en 2001. Ce programme de soutien au logement joue un rôle pivot entre les personnes, les intervenants, l'OMHQ et les propriétaires privés ou collectifs. Actuellement, Clés en main gère 75 PSL en logement privé, 23 en Coopérative et 14 en OSBL. Un protocole d'entente lie les parties et Clés en main en assure la coordination. À Québec, la subvention suit la personne, sa durée concorde avec la durée du bail et est donc habituellement d'une durée de 12 mois.

31- À Drummondville et à Québec, le loyer médian, calculé par la SCHL, ne suit pas directement la hausse du marché

ce qui limite la recherche de logement dans certains quartier, comme à Sainte Foy par exemple.

32- La Coalition pour le développement du logement social de Québec est née des partenaires de Clés en main, ils ont un historique de concertation, en ce sens que les acteurs ont appris à travailler vers un objectif commun. Les ententes écrites entre les partenaires sont venues formaliser le partenariat. Récemment, à Clés en main, les coûts relatifs à la gestion de la concertation ont été reconnus par l'Agence de la santé et des services sociaux, qui finance maintenant l'organisation pour son rôle pivot.

33- Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré en entrevue 15 acteurs du milieu de la santé et de l'habitation.

34- La perception des acteurs concorde avec la perception des usagers, en ce sens que tous deux considèrent le logement autonome subventionné comme une avenue à privilégier pour atteindre les dimensions du rétablissement que sont la liberté, le choix, l'autonomie et la citoyenneté. Par ailleurs, la dimension d'insécurité à l'égard du logement n'est pas ressortie de manière aussi centrale comme étant un fondement de base pour commencer le processus de rétablissement. Or, cet élément était le premier abordé par les bénéficiaires de PSL comme ils nous l'ont mentionné lors des focus groups.

35- La Coalition s'est donnée des objectifs communs, plutôt que de regarder les différences de philosophies d'intervention.

36- Clés en main et le Programme d'encadrement clinique et hébergement (P.E.C.H.) sont reconnus comme des leaders dans le domaine de la santé mentale à Québec, ce qui favorise la crédibilité des demandes de ces organismes.

ESTIMER LES BESOINS EN PSL

37- Les tendances démographiques observées chez la clientèle HLM démontrent qu'elle est de plus en plus composée de personnes seules. En 2009, une étude de la Corporation de développement économique communautaire (CDEC) de Québec a constaté que la grande majorité des demandes

pour un logement à l'OMHQ sont pour des studios ou des 1 ½ (1 207 sur 1 504).

38- Sur la liste d'attente de l'OMHQ, on dénombrait 1 504 personnes éligibles à un loyer social.

39- Les recherches effectuées jusqu'à maintenant ne nous permettent pas d'évaluer avec exactitude où vivent les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Par ailleurs, nous avons comparé les résultats des études réalisées pour quatre régions du Québec, soit (1) la Capitale-Nationale, (2) Portneuf, (3) Chaudière-Appalaches et (4) Centre-du-Québec.

40- Les personnes bénéficiaires du Programme de solidarité sociale avec contraintes sévères à l'emploi pour cause de santé mentale représenteraient un minimum de la population susceptible d'avoir des problèmes à payer le loyer. En janvier 2010, il y avait 54 049 personnes bénéficiaires pour l'ensemble du Québec.

41- Selon les portraits régionaux, la majorité des gens vivent en logement autonome, soit entre 40 et 70 %, ce qui nous donnerait entre 21 620 et 37 834 personnes vivant en logement autonome.

42- En considérant que 35,6 % des québécois en logement ont un taux d'effort au logement supérieur à 30 % de leur revenu, parmi les personnes vivant en logement autonome cela nous donnerait entre 7 697 et 13 469 personnes.

43- Conséquemment, sachant que le coût d'un PSL a été évalué à 3 750 \$ par personne par année, nous estimons qu'il doit être développé 1 200 PSL afin de répondre aux besoins immédiats les plus criants. Ce nombre ne représente que 9 % des besoins.



INTRODUCTION

La maladie mentale a de grandes répercussions sur la vie des personnes atteintes. En tant que société, nous nous devons de réfléchir sur la manière de permettre le rétablissement et l'inclusion sociale de ces personnes. Ainsi, la maladie mentale a des incidences économiques non négligeables sur les revenus des personnes compte tenu de la perte de capacité à travailler, ce qui freine ainsi leur capacité à contribuer à l'économie. À cela s'ajoutent les coûts de traitement et des services d'aide. Au Canada, les coûts du poids total des problèmes de santé mentale s'élevaient, en 1998, à 14,4 milliards de dollars, soit 8,1 milliards en perte de productivité et 6,3 milliards en traitementsⁱ. Cependant, les coûts de traitements sont souvent complètement compensés par une réduction du nombre de jours d'absence et une moindre perte de productivité au travailⁱⁱ.

Par ailleurs, les personnes touchées par notre étude souffrent de troubles mentaux graves. Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfèrent de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base. Habituellement, ces troubles sont persistants et ils affectent entre 2 et 3 % de la populationⁱⁱⁱ, soit celle souffrant de schizophrénie, de psychose affective, de troubles de la personnalité et de dépression majeure.

Les objectifs de la présente étude sont triples : premièrement, il s'agit de démontrer la pertinence clinique, sociale et économique du programme de Supplément au loyer (PSL). Ainsi, nous camperons dans la littérature scientifique les faits qui appuient que le logement, déterminant majeur de la santé, est un pilier facilitant le rétablissement par l'acquisition de liberté à exercer des choix et par le développement de capacité à agir sur sa vie. Le logement est une première étape qui permet une prise de possession sur son pouvoir d'action citoyen. Qui plus est, vivre en logement autonome avec un soutien au logement aide à atteindre la « stabilité » et est un constituant du traitement de la maladie mentale. Nous prouverons que la stabilité en logement fait diminuer les coûts directs et indirects en soins de santé. Deuxièmement, il s'agit de documenter les pratiques de soutien dans la communauté utilisant le PSL tel le programme de Clés en main et le Réseau d'aide Le Tremplin. Et troisièmement, il s'agit d'évaluer les besoins en logements sociaux pour la région de la Capitale-Nationale et plus en programme de Supplément au loyer (PSL) spécifiquement en santé mentale pour tout le Québec.

« Le logement est une première étape qui permet une prise de possession sur son pouvoir d'action citoyen. »

LE PSL

La Société d'habitation du Québec (SHQ) est maître d'œuvre de ce programme. Elle en confie la gestion à des mandataires, tels les offices d'habitation et les organismes œuvrant auprès des personnes handicapées, ou encore à des coopératives d'habitation et des organismes sans but lucratif. Ce programme s'adresse tant aux propriétaires privés qu'aux coopératives d'habitation et organismes sans but lucratif désirant offrir des logements subventionnés dans le but d'aider financièrement des ménages à faible revenu. Le nombre de logements subventionnés est limité. La Société d'habitation du Québec paie au propriétaire de l'immeuble la différence entre le loyer au bail et la part de loyer payable par le locataire. Cette part de loyer est calculée conformément au Règlement sur les conditions de location des logements à loyer modique. Ce qui équivaut à 25 % des revenus totaux du ménage pour l'année civile précédant la signature du bail du logement. Ce montant inclut les frais de chauffage. Des montants peuvent être ajoutés pour couvrir les coûts d'électricité et de stationnement.^{iv}

Pour faire cette étude, nous avons premièrement fait une recension des écrits autour des termes du rétablissement en santé mentale, du logement comme déterminant de la santé, la stabilité résidentielle en santé mentale, des enjeux d'intersectorialité et du logement social et abordable.

Dans un deuxième temps, nous avons documenté deux organisations qui ont comme dénominateur commun (1) de travailler dans le domaine de la santé mentale, (2) de travailler dans une démarche intersectorielle et (3) qui ont développé des ententes de logement avec des propriétaires privés. Nos choix se sont tournés vers le Réseau d'aide le Tremplin de Drummondville et le programme Clés en main de la région de Québec. Nous avons décrit ces expériences afin d'en saisir leurs particularités, ce qui permettra d'ouvrir la réflexion sur des pistes de solutions qui pourront, nous le souhaitons, s'élargir à l'ensemble du Québec.

Pour ce faire, nous avons :

- 1- comparé la littérature scientifique avec la réalité analysée sur les thèmes de la sécurité ontologique, de la liberté, de l'autonomie, du choix et de la citoyenneté, pour faire ressortir l'apport des programmes pour les personnes bénéficiaires;
- 2- exploré pour donner un portrait de la dynamique intersectorielle, et ainsi, valider les compréhensions communes et les enjeux d'intersectorialité.

La cueillette d'information s'est faite, premièrement, par des focus group auprès des premiers concernés, soit les bénéficiaires de PSL. Nous en avons fait deux à Québec et un à Drummondville et avons rencontré 13 personnes au total. L'analyse des données a permis de catégoriser les thèmes selon nos principes fondateurs soit : la sécurité ontologique, la liberté, l'autonomie, le choix et la citoyenneté.

Ensuite, nous avons rencontré divers acteurs de la santé et du milieu de l'habitation de la région de Québec. Au total, c'est 15 personnes du MSSS, des CSSS (Québec-Nord, Portneuf, Parc RNI), des organismes communautaires d'aide en santé mentale (PECH, AGIR, La Boussole, L'arc-en-ciel), la SHQ, des organismes en habitation dans la région de Québec (OMHQ, Fédération des coopératives d'habitation de Québec/ Chaudières-Appalaches, FÉCHAQC, la Fédération régionale des OBNL en habitation Québec/Chaudière-Appalaches (FROHQC), le Comité populaire Saint-Jean-Baptiste, ainsi qu'un élu municipal qui ont été rencontrés. Les entrevues étaient semi-dirigées. L'analyse a été effectuée à partir de catégorisation des thèmes (liberté, choix, autonomie, citoyenneté) pour valider la compréhension des enjeux communs liés au rétablissement en santé

mentale. Dans un deuxième temps, nous avons fait un portrait de la dynamique intersectorielle à Québec selon sa structure actuelle et sa coordination.

Dans un troisième temps, après avoir démontré la pertinence scientifique et vécue de bénéficier d'un PSL pour les personnes vivant avec un trouble sévère en santé mentale, nous avons tenté de chiffrer les besoins en PSL pour l'ensemble du Québec. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse transversale de données recueillies par plusieurs intervenants (CSSS, groupes communautaires, etc.) sur « où vivent les gens? ».

Finalement, nous avons procédé à la formulation de recommandations sur le programme PSL, afin qu'il s'applique spécifiquement aux personnes vivant avec des troubles graves en santé mentale.



1. PERSPECTIVES ET PRINCIPES FONDATEURS

1.1 Rétablissement

En santé mentale, on reconnaît le rétablissement comme étant la perspective avec laquelle aborder la maladie, afin de soutenir les personnes atteintes. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS) place le rétablissement au centre de ses principes directeurs. Ainsi, il « réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société »^v. Tout comme l'OMS, le MSSS reconnaît que les personnes ayant des problèmes en santé mentale ont des aspirations semblables à celles de tous les autres citoyens, soit : « Un revenu suffisant, un logement correct, la possibilité de s'instruire, une formation leur permettant d'avoir un travail valable et constructif, la possibilité de prendre part à la vie communautaire, la possibilité d'avoir des amis et des relations sociales.^{vi} »

Selon Provencher (2002), le rétablissement implique l'élargissement du pouvoir d'agir sur les conditions de vie, entre autres par l'élaboration et l'implantation de projets de vie, ce qui mène à un état de bien-être, d'équilibre et d'harmonie^{vii}. Le rétablissement passe par différentes phases^{viii} ou processus qui réfèrent à une redéfinition de l'identité, à l'établissement de relation avec les autres dans la quotidienneté et à l'actualisation du pouvoir d'agir, ce qui procure motivation et espoir.

Les principes qui dirigent cette étude sont empreints des valeurs et des principes retrouvés dans le concept de rétablissement, soit celles (1) de liberté, (2) de choix, (3) d'autonomie et (4) de citoyenneté. Elles sont au cœur du fondement même des actions des parties prenantes rencontrées. Premièrement, la liberté réfère aux principes de droits et liberté, où le logement est considéré comme un droit fondamental et un déterminant de la santé. Deuxièmement, le choix est en quelque sorte la concrétisation de nos libertés. En contexte de pauvreté et de maladie, les choix « réels » nous sont limités. Troisièmement, le concept d'autonomie se retrouve forcément au cœur de la prise en charge individuelle du pouvoir d'agir. Un pouvoir d'agir qui mène à notre dernier principe, celui de la citoyenneté. Celle-ci réfère à une actualisation de son implication dans le monde, dans la société.

« Les personnes ayant des problèmes en santé mentale ont des aspirations semblables à celles de tous les autres citoyens. »

1.2 Approche par les capacités

Selon l'approche des capacités¹ de Sen (2000), la liberté est un « but essentiel du développement »^{ix}. Cette liberté va au-delà de la liberté économique, puisqu'elle comprend « la liberté d'expression, la dignité, le respect de soi et la participation à la vie sociale en général, autrement dit, tout ce qui concourt à faire de l'individu un être social intégré et reconnu par les autres »^x. Le développement des potentialités² de la personne repose sur les structures de la société, mais ne s'arrête pas là. S'inscrivant dans une démarche collective, cette approche met donc la personne au cœur de l'action^{xi}. Dans cette perspective, une aide individuelle permettrait, en fait, de développer des capacités, ce qui donne davantage de liberté de choisir et d'agir à la personne tributaire des prestations sociales. Ces libertés renforcent la prise de possession individuelle, afin d'élargir les aspirations des personnes dans leur champ d'action dans la collectivité dont elles font partie intégrante.

1 Définition de capacité : traduction de « capability » qui signifie aptitudes, possibilités et aspirations

2 Définition de potentialité : pour peu qu'ils disposent de possibilités sociales, les individus sont à même de prendre leur destin et de s'apporter une aide mutuelle (Sen, 2000)

Afin de pouvoir parler de choix, il faut d'abord que ces choix soient accessibles. Ainsi, selon Van Ham (2009), les « réels » choix sont perceptibles lorsqu'il est possible de sélectionner des options en fonction de préférences dont les alternatives sont distinctes^{xii}. Ainsi, actuellement au Québec, dans un contexte de recherche de logements abordables, les choix sont plus que limités. Comme nous le verrons, les listes d'attentes pour un logement social font en sorte que le choix est quasi nul. On prend le logement qui est disponible, quitte à devoir changer de quartier. Par ailleurs, un PSL permet de choisir son logement, son quartier.

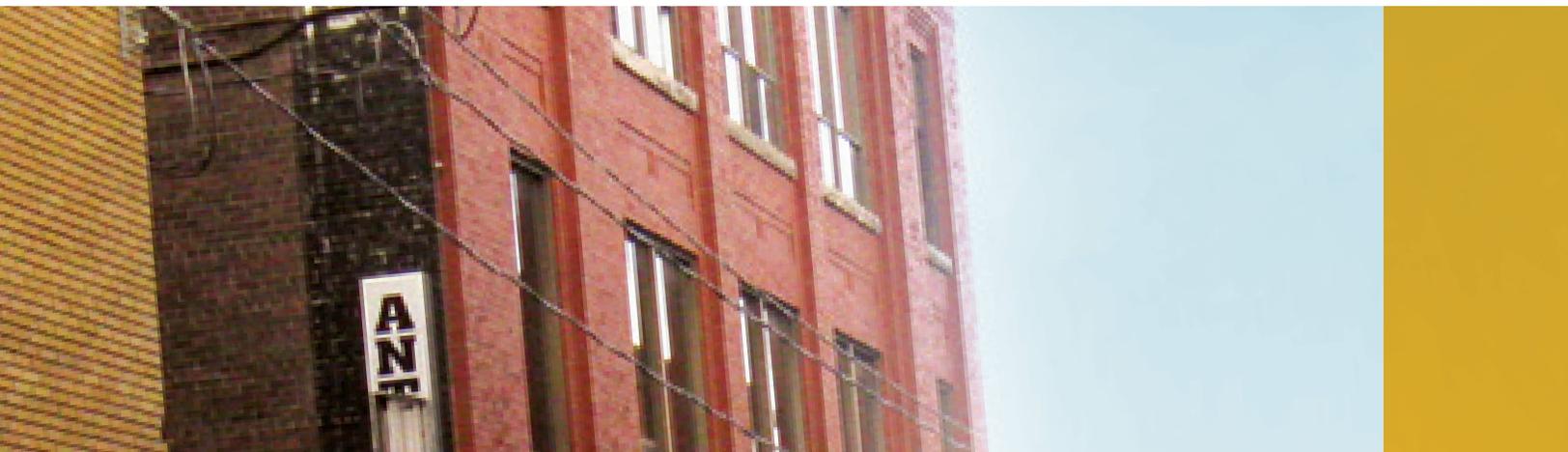
En augmentant les possibilités de choix, en donnant plus de liberté, via des programmes souples de soutien et d'accès au logement, on favorise l'autonomie des personnes tout en leur permettant de contribuer à la société en s'engageant dans une démarche citoyenne.

Les valeurs de liberté, de choix, d'autonomie et de citoyenneté sont des valeurs largement reconnues au Québec. La Loi québécoise visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, adoptée en 2002, définit la « pauvreté » de la manière suivante : « condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société »^{xiii}. De plus, la Loi s'inscrit dans une continuation des principes énoncés par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec soit, le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires, ce qui constitue le fondement de la justice, de la liberté et de la paix. Dans cette mesure, la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent constituer des contraintes pour la protection et le respect de cette dignité humaine. Les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale se retrouvent à la fois dans un contexte de précarité financière, mais aussi et surtout, dans un contexte d'exclusion sociale.

1.3 Sécurité ontologique

Par ailleurs, avant même d'envisager un quelconque rétablissement, la personne doit se sentir en confiance pour pouvoir se construire, reconstruire son identité stigmatisée par la maladie. Ce sentiment de confiance se base sur la perception en une continuité du monde et des objets^{xiv}. Ce sentiment est appelé sécurité ontologique et réfère à des liens particuliers et identifiables entre l'individu et les contextes sociaux dans lesquels la personne évolue quotidiennement.

Pour une personne, ce sentiment de bien-être est issu d'un sentiment de constance dans le monde matériel et social ce qui, en retour, fournit une plate-forme sécuritaire pour le développement de l'identité et l'actualisation de soi^{xv}. Lors d'une



étude dans le cadre du programme Housing first, les marqueurs de sécurité ontologique retrouvés sont : la construction de l'identité; un sentiment de constance, de contrôle; la création de routines, de quotidienneté et d'intimité.

- 1- Construction de l'identité (et réparation de l'identité)
- 2- Contrôle : la liberté de ... liberté à (voir les opportunités, sentiment de sécurité)
- 3- Routines de vie quotidienne : choses simples (prendre une douche, faire sa lessive)
- 4- Intimité (pas de supervision, hors du stress de l'environnement externe)

Les conclusions de cette étude démontrent que le logement est au cœur de la sécurité ontologique. Par ailleurs, celle-ci, bien qu'elle ne soit pas une garantie de rétablissement, constitue une plate-forme stable pour recréer une « vie normalisante » et moins stigmatisée.

Le sentiment d'appartenance envers le « chez soi »^{xvi} est donc plus qu'un simple toit, il joue un rôle fondamental dans la construction identitaire, il fait office de lieu stable et constant où se joue un processus qui permet de saisir la multiplicité des expériences tels la sécurité, le confort, le contrôle. Il est aussi un lieu qui permet de se développer et de faire des choix (santé, éducation, achat d'une voiture, etc.). Le programme de Supplément au loyer (PSL) s'insère dans ces opportunités, il offre une sécurité de revenu, puisque la subvention assure une partie du paiement du loyer.

En Australie, des expériences autour du manque de sécurité et de stabilité relatif à un chez-soi sont venues renforcer l'importance d'avoir un endroit intime, à nous, aussi modeste soit-il^{xvii}. Ainsi, là-bas, les lois encadrant le logement privé protègent moins les locataires qu'ici et on a pu ainsi faire un lien direct entre la sécurité face à l'habitation lorsque les gens passaient du logement privé au logement social.



2. HABITATION ET SANTÉ MENTALE

2.1 L'habitation

L'habitation : un déterminant de la santé

À travers le monde, l'importance de l'accès à un logement décent et sécuritaire fait consensus. Déjà, en 1948, l'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme énonce le logement en tant que droit : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires... ». Un peu plus de quarante ans plus tard, en 1992, la Politique québécoise de santé et de bien-être reconnaissait l'importance du logement en soulignant que :

La vie dans un logement détérioré, mal chauffé, mal aéré affecte particulièrement la santé des enfants et des personnes âgées. Les maladies infectieuses, les gripes, les rhumes, les otites y sont plus fréquentes. On remarque également que les tensions, les sources de conflit et le niveau de stress augmentent dans les familles lorsque celles-ci vivent dans des appartements trop petits, mal insonorisés. De plus, le coût du logement apparaît capital pour l'organisation familiale^{xviii}.

Dans le même sens, la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a défini des barèmes permettant de juger si un logement est adéquat pour assurer le bien être d'un ménage. Selon cet organisme, tout ménage doit disposer d'un logement qui respecte les trois critères suivants : (1) adéquat, (2) de taille appropriée et (3) à prix abordable (coût inférieur à 30 % du revenu du ménage avant impôts)^{xix}.

Récemment, en 2009, le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie rappelait la place du logement comme déterminant majeur de la santé. Le manque de logement adéquat contribuant à augmenter le stress, l'exclusion, et la maladie physique et mentale^{xx}. Ainsi, des facteurs comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, la hiérarchie sociale et le logement, qui sont tous des déterminants de la santé, ont une incidence directe ou indirecte sur la santé et le bien-être de la population^{xxi}. Le Comité met en lumière le lien direct entre précarité économique et santé physique démontrant de vastes disparités entre les tranches de population. Ainsi, le nombre de personnes en mauvaise santé est disproportionnellement élevé chez les personnes et les familles à faible revenu^{xxii}.

À l'origine, les logements sociaux et communautaires s'adressaient à des clientèles plutôt générales : les ménages à faible revenu et les personnes âgées. À partir des années 1980, le gouvernement du Québec commence à faire des liens entre la santé, les services sociaux et l'intervention dans le domaine du logement. En 1986, la SHQ introduit des programmes d'aide à l'habitation pour des projets pouvant répondre aux besoins des clientèles fragilisées, comme pour les familles ou pour les personnes âgées.

La Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mise en place en juin 2002, et le Plan gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, adopté en mars 2004, ont été l'occasion d'inscrire une mesure visant l'adoption d'un cadre de gestion qui permettra de mieux supporter le développement de projets de logement social et communautaire destinés à des personnes ayant besoin d'un soutien^{xxiii xxiv}. L'établissement de moyen d'intervention a permis la construction, en 2007, du Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social conjointement entre le MSSS et la SHQ.

Conséquemment, aider les personnes vulnérables afin qu'elles aient accès à un logement de qualité devient un moyen d'intervenir. En ce sens, selon le Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social, « le logement social et communautaire permet d'offrir un toit aux personnes vulnérables, mais il représente aussi un levier susceptible d'encourager le maintien des personnes dans leur milieu, dans un contexte d'inclusion sociale lorsqu'il est accompagné de services, ce qui représente pour ces personnes l'occasion d'exercer concrètement leur droit au logement »^{xxxv}.

L'investissement dans le secteur du logement social constitue donc une action efficace à l'égard des déterminants de la santé, qui, selon la Loi sur la santé publique, peut « influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et [...] contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population »^{xxxvi}.

Évolution de l'habitation sociale et communautaire à travers les politiques sociales au Québec

Les trois formes de logement sans but lucratif qui forment le parc de logement public et communautaire se distinguent par leurs modes de propriété, de gestion et leur finalité. Les (1) HLM sont une création du gouvernement qui vise à accommoder les ménages à faible revenu. Les (2) OSBL en logement ont généralement été créés par des organisations locales et visent à fournir des logements abordables à des populations qui ont des besoins spécifiques. En ce sens, plus de 50 % des OSBL en logement sont réservés à la clientèle des personnes âgées. Les (3) coopératives d'habitation ont d'abord été développées pour soustraire des immeubles locatifs du marché de la spéculation, afin de permettre à des ménages des classes moyennes et populaires de se loger à prix raisonnable. Pour le mouvement dans les coopératives d'habitation, le principe de mixité socio-économique est fondamental^{xxxvii}. Aujourd'hui, le Québec compte 62 883 logements en HLM^{xxxviii}, 31 565 logements en OSBL et 25 593 logements en coopératives d'habitation^{xxxix}.

Au Canada, dès 1935, le gouvernement fédéral commence à s'impliquer dans le secteur du logement par l'adoption de la Loi sur l'habitation. D'abord, son intervention est orientée vers l'aide à l'accès à la propriété individuelle. Mais comme il est plus difficile pour les ménages à faible revenu de se loger, les gouvernements fédéral et provincial se mettent à financer différentes formes de logements sociaux, afin de permettre l'accès à un logement acceptable. En 1949, le premier programme de réalisation d'habitations à loyer modique (HLM) voit le jour. Il s'agit du commencement des logements publics qui sont aujourd'hui gérés par les OMH. Un peu plus tard, dans le milieu des années 1960, le gouvernement fédéral met sur pied un programme qui vise à soutenir une autre forme de logement sans but lucratif, les OSBL en logement. L'implication du gouvernement provincial dans le domaine du logement va s'ajouter aux programmes fédéraux au début des années 1970, avec le soutien du développement des coopératives d'habitations^{xxx}.



Historiquement, la perspective du développement du logement au Québec est fortement imprégnée d'une volonté de développer des programmes qui permettent une plus large accessibilité. Le logement social et communautaire apparaît comme une avenue plus qu'intéressante pour répondre à des besoins de logement de qualité à un prix abordable pour des personnes ou des familles « démunies tant au point de vue social qu'économique »^{xxxj}.

En 1994, le gouvernement fédéral se retire des programmes de construction de logement. Ce qui a mis fin à la construction d'HLM. En 1997, le Québec a mis sur pied le Fonds québécois d'habitation communautaire (FQHC) et le programme AccèsLogis, afin de relancer la construction de logements abordables. Ainsi, ces programmes permettent la construction de logements qui seront abordables et selon le programme, certaines unités de logement auront des subventions de type PSL qui permettront d'offrir des logements dont le coût sera déterminé en fonction du revenu de la personne.

Ainsi, on peut dire qu'il existe deux types d'aide à l'habitation au Canada : (1) de l'aide à la personne via des subventions au loyer comme le programme de Supplément au loyer et Allocation-Logement pour les 55 ans et plus et (2) de l'aide que l'on qualifie « à la pierre » qui permet la construction de bâtiments collectifs via les OMH, les coopératives d'habitation et les organismes à but non lucratif. Les programmes en vigueur au Québec sont les programmes AccèsLogis et Logement abordable Québec (LAQ). En plus de ces subventions, le parc de logement social comprend des unités de logement d'appartenance étatique connues sous l'appellation d'HLM. Ainsi, si le logement est géré par une coopérative ou un OBNL, on parlera alors de logement communautaire, ce qui les distingue des logements gérés par les OMH. Par ailleurs, la définition du concept de logement social ne fait pas consensus au Québec.

« Aider les personnes vulnérables afin qu'elles aient accès à un logement de qualité devient un moyen d'intervenir. »

Définition du concept de logement social : La définition du concept de logement social ne fait pas consensus au Québec. Dans le cadre de cette étude, nous avons décidé d'utiliser celui développé par la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM, 2009) qui renvoie à la manière dont est fixé le montant du loyer. Parallèlement, un logement abordable réfère au coût médian du marché tandis qu'un logement social est fixé en fonction du revenu du ménage. Le logement social peut donc être un HLM, ou via le programme de Supplément au loyer, sur le marché locatif privé ou dans des coopératives d'habitation et des immeubles gérés par des organismes à but non lucratif (OBNL).

Conséquemment, si un logement social est forcément abordable, un logement abordable n'est pas nécessairement social^{xxxii}. Des efforts importants ont été déployés par le gouvernement du Québec, afin de permettre l'accès à davantage d'habitations locatives à prix abordable. L'apport considérable des programmes AccèsLogis Québec et Logement abordable Québec a permis la réalisation de logements communautaires, de même que des mesures d'urgence mises en œuvre pour venir en aide aux ménages qui se retrouvent sans logement le 1er juillet de chaque année^{xxxiii}. Par ailleurs, il n'y a eu aucune nouvelle unité PSL-Régulier depuis 1994. De plus, les coûts relatifs aux constructions AccèsLogis augmentent en moyenne de 15 % par année^{xxxiv}.

Portrait du marché locatif et du logement social au Québec

Dans le marché locatif, un taux d'inoccupation à 3 % est considéré sur le point d'équilibre. S'il est inférieur à ce seuil, on parle alors d'une crise du logement. Au Québec, le marché locatif est en-deçà de 3 %. Pour un appartement d'une chambre, il est à 2,9 %, pour un appartement de deux chambres, il est à 1,8 % et pour un appartement de trois chambres, il est à 1,6 %, ce qui donne une moyenne provinciale de 2,3 %^{xxxv}. Plus spécifiquement, pour la ville de Québec, un appartement d'une chambre observe un taux d'inoccupation de 0,9 %, un appartement de deux chambres de 0,4 % et un de trois chambres de 0,6 % pour une moyenne de 0,6 %.

Les conséquences d'une crise du logement se constatent par un arrêt des rénovations du parc locatif et par leur conversion en condominium^{xxxvi}. Conséquemment, plus la crise perdurera, plus le parc immobilier se dégradera dans sa portion locative et plus les unités locatives seront appelées à être transformées en condominium^{xxxvii}. «En fin de compte, on voit la disponibilité des logements bas de gamme diminuer alors qu'on observe une augmentation de la disponibilité des logements haut de gamme»^{xxxviii}. Cette tendance est parfaitement observable dans les grandes villes comme Québec et Montréal^{xxxix xl}.

Malgré les investissements importants qui ont été faits en logement social pendant les dernières décennies, nous sommes forcés de constater qu'un nombre encore important de citoyens n'ont pas accès à un logement adéquat. Selon le recensement de 2006 de Statistique Canada, 24,9 % des ménages canadiens consacrent plus de 30 % de leur revenu pour se loger^{xii} et 48,2 % des ménages locataires ne disposent pas d'un logement acceptable selon les trois critères définis par la SCHL^{xiii}. Au Québec, c'est un peu plus avec 35,6 % des locataires qui dédient plus de 30 % de leur revenu au paiement du loyer, 16,1 % y consacrent plus de la moitié de leur salaire et 6,9 % y affectent 80 % et plus de leur revenu^{xiii}.

Qui plus est, selon les données du recensement de 2001, les personnes ayant une incapacité d'ordre physique ou psychologique ont 1,6 fois plus de risques de vivre dans un ménage éprouvant des besoins impérieux en matière de logement³.

Déjà en 2004, le Vérificateur général du Québec sonnait une alarme concernant les besoins en logement des personnes présentant des problèmes de santé mentale. « Présentement plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale sont en attente ou à la recherche d'une ressource résidentielle qui répondent à leurs besoins [...] plusieurs personnes doivent vivre dans des conditions insalubres, voire dans la rue. »^{xiv} Les chambreurs sont identifiés comme des « personnes extrêmement fragiles qui ne sont pas détectées par notre système sociosanitaire »^{xiv}.

« 24,9 % des ménages canadiens consacrent plus de 30 % de leur revenu pour se loger. »

En 2006, les logements sociaux représentaient 73 167 unités locatives dont seulement 6 234 en logement communautaire^{xvi}. Parallèlement, au Québec, le marché du logement locatif privé représentait, en 2002, environ 1 250 000 unités de logement^{xvii}. Dans cette mesure, le logement social et abordable représente à peine 6 % du marché. Les PSL octroyés dans le marché locatif privé représentent environ 8 % des logements sociaux (7 174 subventions) et 0,5 % du marché locatif total au Québec.

3 Les ménages qui éprouvent des besoins impérieux en matière de logement sont dans l'incapacité de se procurer un logement qui répond aux trois critères d'acceptabilité de la SCHL : (1) Salubre, (2) prix inférieur à 30 % du revenu et (3) de grandeur adéquate.

Tableau 1 Répartition des logements sociaux au Québec (SHQ, 2006)^{xlviii}

Mode de gestion	Nombre d'unités au Québec
OMH	62 883
Coop/OBNL	6 234
Autochtones hors réserves	1 926
Inuits	2 124
Total	73 167

Les tendances internationales face aux aides gouvernementales en matière d'aide au logement sont passées d'une aide « à la pierre » vers une aide à la personne. Ainsi, en Europe, les États prennent davantage un rôle « d'habilitateurs soutenant les marchés du logement^{xlix} ». Cette tendance ne se démontre pas aussi distinctement au Canada ni au Québec, on peut par ailleurs envisager une orientation davantage axée sur des programmes spécifiques d'aide à la personne.

Dans un rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologieⁱ portant sur la pauvreté, le logement et l'itinérance, il est confirmé que les allocations de logement (de type PSL) qui sont accordées par les provinces du Manitoba, de la Colombie-Britannique et du Québec « permettent véritablement d'accroître l'abordabilité des logements locatifs »ⁱⁱ. Plus précisément, le Comité favorise des subventions versées aux particuliers en fonction du revenu des personnes, plutôt que celles données en fonction des coûts médians du logement. Par ailleurs, ces subventions seraient « plus efficaces et moins onéreuses que les subventions négociées avec les propriétaires fonciers »ⁱⁱⁱ.

De plus, les suppléments au loyer versés aux particuliers constituent le moyen le plus rapide de rendre le logement abordable, plus particulièrement dans les collectivités ayant de faible taux d'inoccupation. En contrepartie, le Comité reconnaît l'effet pervers des subventions qui pourraient faire hausser le prix moyen des loyers à la hauteur de la subvention, ce qui aurait pour effet de discriminer tous ceux qui n'ont pas accès à la subvention. Notons que la Fédération canadienne des associations de propriétaires immobiliersⁱⁱⁱⁱ soutient le contraire, tel que démontré dans les provinces qui donnent de telles subventions.

Conséquemment, « le Comité appuie l'utilisation de suppléments au loyer comme moyen de hâter l'accès à des logements abordables et il recommande que le gouvernement fédéral, aux côtés des autorités provinciales chargées du logement, d'associations privées de propriétaires fonciers et de fournisseurs de logements à but non lucratif, évalue l'incidence des allocations de logement transférables sur les loyers »^{lv}.

De plus, à Montréal, la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) considère le PSL comme un programme fort apprécié des municipalités, car il « permet d'offrir un logement social à un ménage démuné même si celui-ci habite dans un secteur où les HLM sont rares, voire inexistantes »^{lv}. La CMM reconnaît aussi que ce programme est un bon moyen d'éviter la stigmatisation des locataires et ce, à des coûts de gestion relativement avantageux. Le programme de Supplément au loyer permet donc à des personnes à faible revenu, des personnes vulnérables, d'habiter un logement sur le marché locatif privé, ou encore appartenant à des coopératives d'habitation et des organismes sans but lucratif.

Dans le calcul de ses coûts relatifs aux différents programmes, la communauté métropolitaine de Montréal arrive à des résultats qui confirment que le PSL est l'un des programmes les plus avantageux, étant quelque peu moins dispendieux qu'une unité en HLM.

Tableau 2 Coût du logement social et abordable à Montréal (2007) ^{iv}

Type d'unité	Coût moyen par unité	Type de remboursement
HLM	4 760 \$/an	Récurrent
PSL	4 250 \$/an	Récurrent
AccèsLogis	112 000 \$ ⁴	Non récurrent (lors de la construction)
LAQ	112 000 \$ ⁵	Non récurrent (lors de la construction)

Selon les données que nous avons recueillies, le PSL a un coût moyen de 3 750 \$ environ. Ainsi, nous avons constaté que le loyer médian pour un 31/2, dans une réalité régionale, est bien en deçà des prix observés dans les grands centres urbains que sont Montréal et Québec.

Tableau 3 Coût comparatif d'un PSL

Région	Coût moyen annuel par unité
Drummondville	2 919 \$/an
Québec	4 119 \$/an
Montréal	4 250 \$/an
Moyenne	3 763 \$/an

⁴ Estimation basée sur l'hypothèse d'un coût moyen de réalisation de 112 000 \$ l'unité construite.

⁵ Estimation basée sur l'hypothèse d'un coût moyen de réalisation de 112 000 \$ l'unité construite.



2.2 SANTÉ MENTALE ET LOGEMENT

Désinstitutionnalisation et intersectorialité

La désinstitutionnalisation des personnes psychiatisées a démarré dans les années 1950-1960. Elle comprend, d'une part, la déshospitalisation des patients, mais aussi la non-institutionnalisation, ce qui oblige une réorganisation des services, afin de favoriser la réinsertion sociale des personnes dans la communauté^{lvi}. L'intersectorialité entre la santé mentale et l'habitation s'est développée au courant des trente dernières années. Ainsi, la désinstitutionnalisation des personnes ayant des troubles sévères en santé mentale du système de santé et la reconnaissance d'une clientèle fragilisée par le milieu de l'habitation, ont permis de développer un partenariat dans le développement de programmes complémentaires. Les collaborations et les maillages entre les réseaux de l'habitation et de la santé et des services sociaux ont permis non seulement le développement de pratiques novatrices, mais surtout, ont donné des résultats positifs pour les clientèles ayant des besoins particuliers, dont les personnes ayant un trouble de santé mentale^{lvii}. Le partenariat entre la santé et l'habitation est donc une des conséquences directes, afin de répondre aux nouveaux besoins des personnes ayant des troubles graves en santé mentale en cherchant des solutions dans le milieu de vie^{lix}.

Parallèlement, on constate aussi le développement d'un autre phénomène, celui de la « porte tournante ». Ainsi, entre 70 et 75 %^{lx} des patients retourneraient à l'hôpital dans les années suivant leur congé, ce qui dénote une problématique relativement à la réinsertion psychosociale des personnes.

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 met d'ailleurs en relief dans ses principaux enjeux de favoriser « l'utilisation optimale de toutes les ressources en place, afin d'assurer un partenariat entre les fournisseurs de services et entre les niveaux de services »^{lxi}. Plus récemment, le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, fait les mêmes constats^{lxii}. Cependant, selon ce plan d'action, si la collaboration entre les ressources est primordiale, les obstacles sont importants.

La réponse aux problèmes [...] commande une pluralité de ressources et de services rattachés à divers réseaux. Or, chacun de ces réseaux dispose de règles, d'exigences administratives et de critères d'accès parfois difficiles à concilier. Résultat, certains services semblent à l'heure actuelle se juxtaposer et un manque de liaison entre les ressources est observé.

Le partenariat est fondé sur le respect et la reconnaissance mutuelle des contributions^{lxiii}. Les facteurs qui influencent les relations entre les organismes communautaires et les établissements sociosanitaires sont : (1) la qualité des rapports humains basés sur l'écoute, (2) le respect de l'autre, (3) la transparence, et (4) la capacité à se remettre en question. En outre,

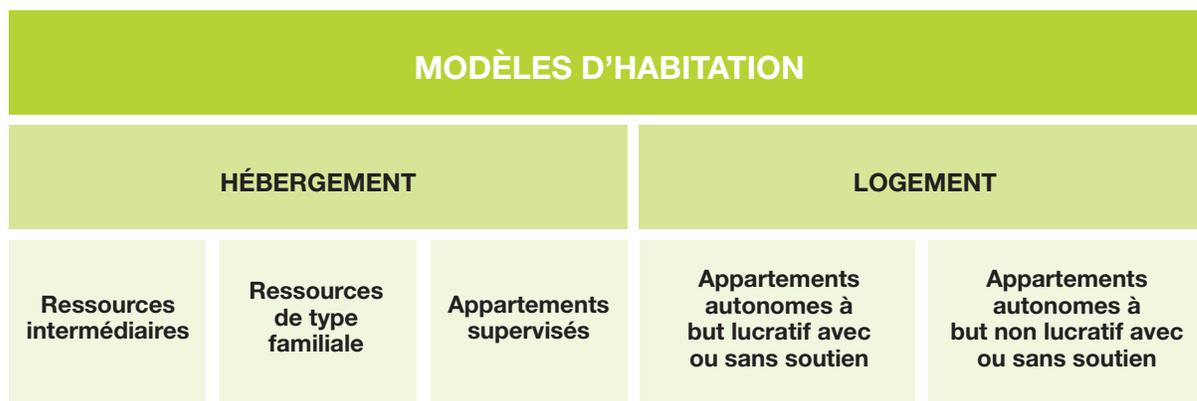
les bonnes relations se fondent sur le respect et la reconnaissance des expertises de chacun^{xiv}. Dans une dimension plus structurelle, nous retrouvons comme facteurs relatifs à un partenariat réussi^{xv} :

- l'encadrement organisationnel (formalisation écrite d'ententes précisant les rôles et les responsabilités);
- l'intégration des organisations à leurs communautés;
- l'accent mis sur des objectifs communs plutôt que sur les divergences de philosophie d'intervention;
- la reconnaissance par les bailleurs de fonds des coûts engendrés par la concertation et le partenariat;
- l'ouverture à la participation des usagers.

Le travail en intersectorialité est le défi des années à venir, on reconnaît que sans cela, on ne pourra pas répondre aux problématiques complexes de notre société. Pour ce faire, les ministères et institutions publiques sont de plus en plus appelés à travailler de concert.

Offre résidentielle

En santé mentale, on reconnaît qu'il existe plusieurs formules résidentielles allant de l'hébergement vers l'habitation autonome. Nous faisons une distinction entre l'hébergement et le logement de la manière suivante : en hébergement, nous habitons « chez autrui » et en logement, nous sommes « chez-soi », concrétisé par la signature d'un bail et donc par la prise de responsabilités sur sa demeure. Catégorisés de manière hiérarchique, on retrouve les (1) milieux hospitaliers, comprenant les CHSLD, ensuite vient ce qu'on appelle communément (2) le Parc RNI (Ressources non-institutionnelles) composé des RI (Ressources intermédiaires), des RTF (Ressources de types familiales) et des appartements supervisés. Ces modèles offrent tous une supervision sur une base régulière, avec ou sans intervention thérapeutique. Par ailleurs, ces modèles ont été développés après les premières phases de désinstitutionnalisation (dès les années 1960), ils adoptent davantage une perspective d'hébergement qui peut parfois être sur une longue durée. Lors du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, les objectifs étaient d'ailleurs de diminuer le nombre de place en hébergement, qui était alors évalué à 9 000 places⁶ pour tous services résidentiels confondus, l'option favorisée étant le logement autonome avec soutien.



Source : adapté de Dorvil et Morin, 2001

6 937 en hébergement longue durée, 2 967 en RI, 4 385 en RTF, 451 en OCH et 491 en logement autonome avec soutien (MSSS (2005). Plan d'action en santé mentale : La force des liens 2005-2010, p. 53)

Les usagers des services en santé mentale perçoivent généralement l'appartement autonome comme la normalité résidentielle, l'idéal à atteindre ou à conserver^{lxvi}. D'ailleurs, une étude menée chez des résidents du programme Permanent Housing à Philadelphie relève que 81 % des participants à l'étude préféreraient ne pas vivre à proximité d'autres utilisateurs des services de santé mentale. Aussi, près de la moitié des résidents du programme Permanent Housing indiquent qu'ils aimeraient vivre avec des membres de leur famille, ce qui n'est généralement pas possible dans les options résidentielles réservées aux usagers des services en santé mentale^{lxvii}.

De plus, l'instabilité en logement représente de grands risques pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Malgré les efforts d'insertion sociale, le retour à la vie en société, après un séjour plus ou moins long en institution, représente un facteur de risque social important dans les trajectoires menant certaines personnes, particulièrement vulnérables et démunies, à l'itinérance^{lxviii}.

C'est dans ce contexte que le Plan d'action interministériel en itinérance recommande de : « Favoriser l'utilisation du supplément au loyer pour desservir des clientèles itinérantes ou à risque de le devenir et des clientèles vulnérables (santé mentale)... L'intervention visant la stabilité résidentielle peut prendre diverses formes. Elle peut notamment passer par un meilleur accès au logement abordable et un soutien financier ou matériel pour le loyer »^{lxix}.

En général, le principal indicateur pour mesurer l'efficacité d'un programme de logement destiné aux personnes qui vivent avec un problème de santé mentale est la stabilité résidentielle. En accord avec les nuances apportées par une équipe de chercheurs ontariens^{lxx}, nous soutenons une vision dynamique de la stabilité. Ainsi, celle-ci devrait être évaluée tant de manière qualitative qu'au niveau de la durée du séjour. Les dimensions suivantes apparaissent fondamentales à une évaluation dynamique de la stabilité.

<p>Qualité du logement</p>	<p>La capacité à conserver un logement de « grande qualité ». Le logement de qualité peut notamment être défini selon la mesure avec laquelle les usagers peuvent avoir le contrôle de leur environnement.</p>
<p>Qualité de la mobilité</p>	<p>Les résidents sont stables, dans la mesure où ils réussissent à garder un logement de grande qualité sans se faire expulser. Cependant, s'ils décident eux-mêmes de déménager dans un logement qui convient mieux à leurs besoins, on ne devrait pas qualifier cet événement de manière négative.</p>
<p>Soutien social et mesures de soutien au logement</p>	<p>Le soutien au logement est un facteur qui favorise la stabilité résidentielle. Il peut aider les personnes à relever les défis de la vie quotidienne et à faire face à leurs maladies. Le soutien au logement peut jouer un rôle préventif en assurant que les solutions de logement demeurent stables et, lorsqu'un changement de logement est nécessaire, d'avoir de l'aide pour trouver un nouveau logement.</p>

Source : Sylvestre et al. (2001)

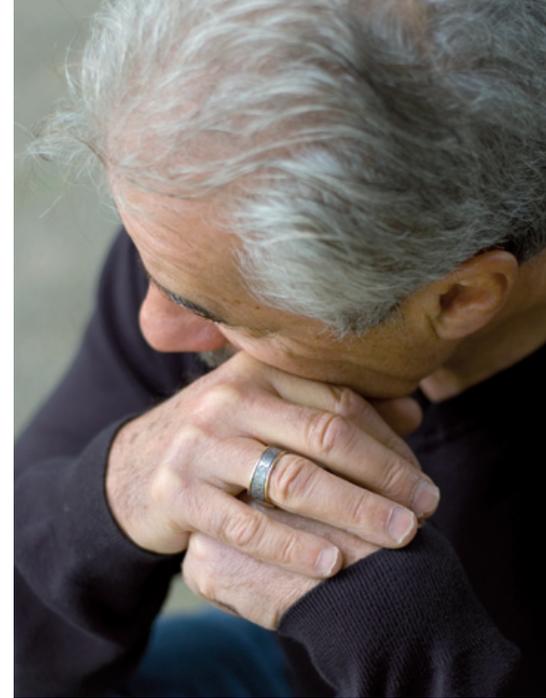
Selon cette vision dynamique et flexible de la stabilité, un déménagement n'est pas nécessairement un événement négatif. Une personne usagère des services de santé mentale peut désirer déménager pour améliorer sa situation de logement. Il est possible que, en raison de voisins dérangeants, d'un propriétaire négligeant ou de tout autre facteur, le déménagement soit la meilleure option pour faciliter le rétablissement d'une personne. À ce titre, les programmes de soutien au logement devraient être assez flexibles pour permettre aux personnes de changer de lieu de résidence lorsqu'elles en ressentent le besoin.

En outre, il a longtemps été reconnu que les personnes atteintes de maladie mentale doivent être traitées avant d'avoir accès à un logement, sans quoi elles n'auront pas les habilités nécessaires pour vivre de façon autonome. Pourtant, les études portant sur le programme Housing first en prouvent bien le contraire^{xxi}. Le taux de stabilité résidentielle très élevé retrouvé dans le projet Housing first à New-York, auprès de la population itinérante ayant des problèmes de santé mentale, démontre que l'on peut passer de la rue à l'habitation avant de commencer tout traitement.

Comme les usagers des services en santé mentale préfèrent généralement vivre en habitation autonome et anonyme et que cette option présente des avantages tant au niveau des résultats cliniques qu'au niveau des coûts, le secteur du support au logement se développe. Un rapport londonien sur l'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale souligne que l'efficacité de cette approche est due à sa flexibilité, à la possibilité d'apporter du support sur mesure adapté aux besoins des individus^{xxii}. Cependant, selon le même rapport, le principal frein au développement de ce type d'option résidentiel est le manque de logements abordables. En conséquence, des personnes qui pourraient vivre en logement autonome continuent à occuper des lits dans des ressources plus lourdes et plus coûteuses^{xxiii}.

Bien qu'au Québec le coût du logement soit substantiellement moins élevé qu'à Londres, la situation des usagers des services en santé mentale peut se comparer. À défaut d'avoir accès à des logements abordables, plusieurs de ceux qui auraient la capacité de vivre en appartement autonome vivent toujours en RTF ou en RI.

Plusieurs études démontrent que les programmes qui offrent la possibilité aux usagers de choisir leur lieu de résidence influencent positivement leur stabilité résidentielle. Il semble aussi que de meilleurs résultats sont atteints si le logement de l'usager n'est pas conditionnel au traitement. Le modèle Housing first est basé sur cette approche et donne des résultats concluants^{xxiv}. Ce programme offre la possibilité à des personnes en situation



« Plusieurs études démontrent que les programmes qui offrent la possibilité aux usagers de choisir leur lieu de résidence influencent positivement leur stabilité résidentielle. »

d'itinérance, qui ont un diagnostic en santé mentale, d'avoir accès à un logement, et ce, sans condition de traitement et sans condition de sobriété. Une comparaison entre des participants à ce programme et des participants à un programme avec des contraintes de traitement et de sobriété sur une période de 2 ans montre que :

- le taux de stabilité résidentielle est significativement plus élevé avec Housing First (80 %);
- la consommation des services de crise et de désintoxication est moins élevée chez les résidents de Housing first;
- malgré l'absence de contrainte de sobriété, le niveau de consommation chez les résidents du programme Housing First n'est pas plus élevé que dans le groupe témoin.

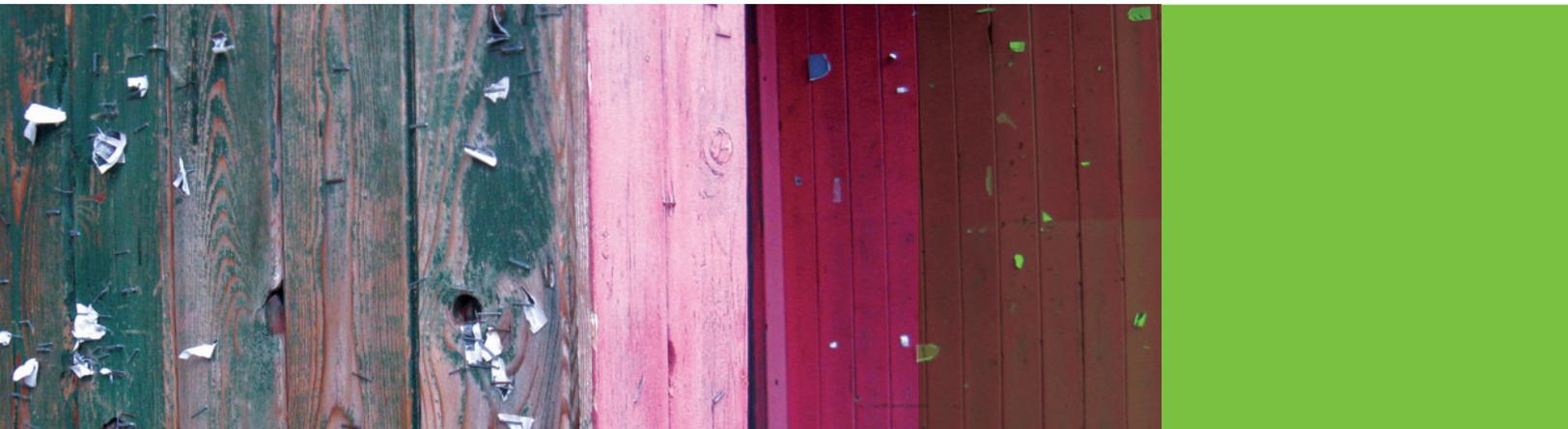
Inspirée par le succès du modèle Housing First, la ville de Toronto a adopté, en 2005, un programme semblable nommé Streets to Homes. En mai 2009, 2 400 personnes ont eu accès à un logement grâce à ce programme et 91 % y étaient encore logées^{lxv}. Une étude du programme Streets to Homes menée par la ville de Toronto relève que la stabilité résidentielle des participants au programme permet des économies majeures au niveau du système de santé^{lxvi}. Selon cette analyse :

1. 45 % des résidents de Streets to Homes utilisent une moyenne de 17 000 \$ de moins en services de santé, une fois logés, que lorsqu'ils étaient en situation d'itinérance;
2. 34 % des résidents utilisent une moyenne de 4 000 \$ de moins en services de santé, une fois logés, que lorsqu'ils étaient en situation d'itinérance;
3. 20 % des résidents utilisent une moyenne de 1 200 \$ de plus en services de santé, une fois logés, que lorsqu'ils étaient en situation d'itinérance.

En 2009, une revue de littérature, produite par le Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston^{lxvii}, rapporte les conclusions de quelques 78 articles traitant du soutien au logement en santé mentale. Plusieurs conclusions appuient l'approche de Housing First.

- Une stabilité résidentielle de près de ou excédent 80 % peut être atteinte par une approche de soutien au logement^{lxviii}.
- Les usagers des services de santé mentale préfèrent l'habitation autonome et expriment plus de satisfaction à cet égard. Les interventions et les services de soutien au logement, en particulier les programmes qui mettent l'emphase sur le choix des résidents, mènent à une plus grande stabilité résidentielle et à une amélioration de la satisfaction des résidents et de la qualité de vie^{lxix lxx}.
- Les approches de soutien au logement, qui sont peu contraignantes et qui ne demandent pas la sobriété aux résidents, peuvent être aussi efficaces que les autres programmes pour retenir les usagers en habitation autonome^{lxxi}.

Une étude menée par la Wellesley Institute de Toronto met en lumière différents facteurs de succès du soutien au logement destiné aux personnes atteintes de maladie mentale. L'un des facteurs de succès est la flexibilité du programme et la



possibilité pour le participant de faire des choix. Plus particulièrement, un déterminant du succès du programme concerne le choix du voisinage, ce qui favoriserait le rétablissement de la personne. Enfin, une attention particulière devrait être portée au lien entre le lieu de résidence et la stigmatisation^{lxxxii}.

Services de soutien aux personnes vivant en logement autonome

Les services de soutien aux personnes vivant en logement autonome font maintenant partie des pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Il est reconnu que ces pratiques favorisent le rétablissement par l'autonomie des personnes. Le soutien aux personnes vivant en logement autonome comprend trois types de soutien : (1) intensif, (2) d'intensité variable (SIV) et (3) non intensif (de type Caseworker). Le soutien intensif s'adresse aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, dont la condition est souvent instable ou très fragile, et qui courent un risque élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées, ou encore de rupture avec le reste de la société^{lxxxiii}. Le soutien d'intensité variable et de coordination s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais dont le niveau de difficulté est en général moins important que celui des personnes visées à la section précédente, ce qui n'exclut cependant pas des périodes de grande fragilité. Finalement, le soutien non intensif s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dont le niveau de difficulté est en général beaucoup moindre ou, généralement, plus stable que les deux groupes précédemment mentionnés.

En 2007, le secteur de la santé et celui de l'habitation ont construit et balisé une pratique particulière qui est le soutien communautaire en logement social^{lxxxiv}. Ce type de soutien se définit comme suit :

Le soutien communautaire recouvre un ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à la référence, en passant par l'accompagnement auprès de services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, le support au comité de locataires et aux autres comités et l'organisation communautaire. En fait, la notion communautaire désigne : ce qui relève de l'accompagnement social des individus et/ou des groupes incluant la gestion du bail^{lxxxv}.

D'un point de vue économique, le soutien communautaire est aussi un avantage au niveau des coûts directs puisque l'expérience démontre une variation des coûts reliés au soutien communautaire d'un projet à l'autre allant d'un montant de 340 \$ à 3 640 \$ par année, par unité de logement lorsque l'intensité des besoins requiert un soutien léger, moyen ou intensif^{lxxxvi}. De plus, il est reconnu que le soutien dans la communauté permet aussi de réduire les coûts indirects en diminuant les frais de santé relatifs aux autres services sociaux et cliniques^{lxxxvii}. Ainsi, dans la diminution des coûts de santé, il faut calculer les non-hospitalisations, incluant les places en hébergement libérées^{lxxxviii}.

De plus, les coûts reliés à l'hébergement en RI/RTF se situent entre 20 000 \$ et 40 000 \$ par personne, par année^{lxxxix}. Un logement subventionné dans la communauté coûte, en contre partie, environ 3 750 \$ pour la subvention et tout au plus 3 640 \$ pour le suivi au logement, totalisant des frais de 7 390 \$ par personne, par année.

Les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux, en termes de services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome, sont de 120 par tranche de 100 000 habitant^{sxc}. Pour atteindre ses objectifs, le Ministère recommande « le transfert des ressources vers du logement autonome avec soutien ce qui permettra d'intégrer un régime de soutien souple, individualisé, qui varie en nature et en intensité. Il doit aussi permettre le recours au logement privé fourni dans la communauté et respecter le choix du logement de l'usager »^{xci}. Les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale, quant à elles, aspirent à vivre dans un chez-soi avec des services modulés selon leurs besoins^{xcii xciii xciv xcv}.

Actuellement, nous constatons une confusion quant à la définition du suivi dans la communauté. Dans le Plan d'action 2005-2010, on parle de logement autonome avec soutien sans toutefois encadrer cette pratique.



3. LES CAS DU RÉSEAU D'AIDE LE TREMPLIN DE DRUMMONDVILLE ET DE CLÉS EN MAIN DE LA RÉGION DE QUÉBEC

Les cas choisis ont comme dénominateur communs de (1) travailler dans le domaine de la santé mentale, (2) dans une démarche intersectorielle et (3) qui ont développé des ententes de logement avec des propriétaires privés. Nos choix se sont tournés vers Le Réseau d'aide Le Tremplin de Drummondville et le programme Clés en main de Québec. Nous avons décrit ces expériences, afin d'en saisir leurs particularités, ce qui permettra d'ouvrir la réflexion sur des pistes de solutions qui pourront, nous le souhaitons, s'élargir à l'ensemble du Québec.

La cueillette d'information s'est faite, premièrement, par des focus group auprès des premiers concernés, soit les bénéficiaires de PSL. Nous en avons fait deux à Québec et un à Drummondville et avons rencontré 13 personnes au total. L'analyse des données a permis de catégoriser les thèmes selon la sécurité ontologique, la liberté, l'autonomie, le choix et la citoyenneté.

3.1 Région du Centre-du-Québec

Le Réseau d'aide Le Tremplin (RALT)

Le Réseau d'aide Le Tremplin est un organisme situé au centre-ville de Drummondville, il offre une multiplicité de services en santé mentale : service d'accueil et d'information, service d'aide individuel et soutien communautaire.

Le Tremplin a aussi la gestion d'un projet d'appartements partagés, il s'agit de deux grands logements comprenant salon, cuisine et chambres à coucher et pouvant accueillir chacun trois locataires. Ce service s'adresse à des personnes confrontées à des problèmes graves de santé mentale et qui n'ont pas avantage ou ne préfèrent pas vivre seules. Celles-ci peuvent se partager ces logements sur une longue période de temps. Un support est offert aux locataires tout comme les personnes qui bénéficient d'un PSL.

Le PSL une voix royale

Le Tremplin gère actuellement 15 PSL disponibles pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale et a plus de 80 personnes sur leur liste d'attente. Les personnes font elles-mêmes les ententes liées à la subvention avec des propriétaires privés. Elles ont choisi un logement, et suite à ce choix, l'OMH est venue valider que le logement rencontrait les critères établis par l'OMH (grandeur adéquate, prix, salubrité, etc.). Les ententes sont pour une durée de cinq ans et les personnes ne peuvent pas, par conséquent, déménager durant cette période. Ce point constitue un gros désavantage du programme.

L'attribution des subventions et le choix des personnes sont faits conjointement avec l'OMH de Drummondville. Celui-ci a constitué des critères de sélection et Le Tremplin en a aussi fait de son côté. Les personnes doivent donc obtenir des points des deux organismes, afin de pouvoir se classer dans la sélection. Les principaux critères du Tremplin sont l'urgence dans les besoins de logement et le projet de vie de la personne. De plus, les personnes doivent accepter le suivi par l'intervenante du Tremplin. Pour l'OMH, il s'agit des critères conformes au Règlement sur les conditions de location des logements à loyer modique, entre autres caractérisé par le revenu de la personne, mais aussi par son degré d'autonomie.

Pour les gestionnaires du Tremplin, le PSL est une avenue royale car il actualise le « souhait de la majorité des gens ». Selon eux, les gens souhaitent choisir où ils vivent. Cette prise en charge permet d'améliorer l'autonomie des personnes, en plus de leurs conditions de logement. Le fait d'améliorer ses revenus permet aussi d'amorcer des projets de vie. C'est le premier pas pour prendre un nouveau tournant vers une « vie plus normalisante ». De plus, le PSL évite la ghettoïsation et la stigmatisation. C'est le programme le plus flexible offert en logement social (comparativement à l'HLM qui déracine les gens et au programme AccèsLogis qui est cher, long et complexe).

Tableau 4 Coût d'un PSL dans la région de Drummondville

Revenu moyen mensuel	887,00 \$
Portion payée (25 % du revenu)	221,75 \$
Coût maximum pour un loyer 31/2	465,00 \$
Coût mensuel PSL	243,25 \$
Coût annuel PSL	2 919,00 \$

De plus, on constate que le loyer médian est un peu trop bas, ce qui limite les possibilités de choix des personnes, dans un marché continuellement en hausse.

Résultats du focus group

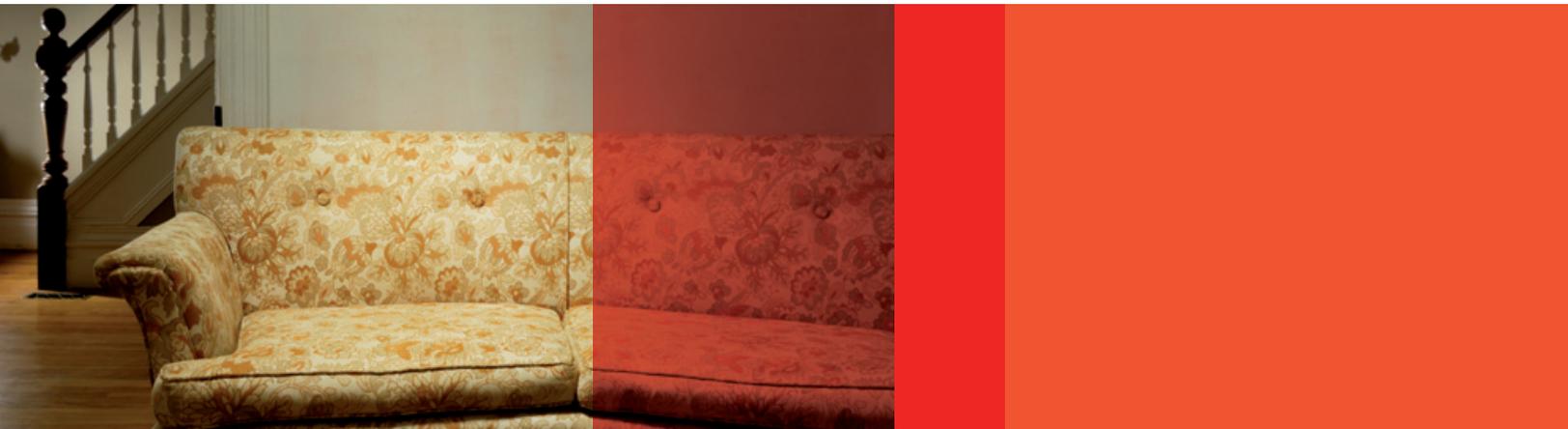
Un focus group d'une durée d'une heure a été effectué à Drummondville auprès de cinq usagers du programme PSL avec le Réseau d'aide Le Tremplin. Ils en étaient bénéficiaires d'une durée variant entre 1 et 3 ans.

Avant le PSL, ils vivaient dans des endroits instables et insalubres, « car on choisit des loyers pas chers »⁷. L'apport de la subvention est avant tout très concrète, « on mange mieux », « on peut s'acheter du linge neuf, pas juste dans les friperies », « s'acheter des lunettes », « se prendre une assurance habitation », « utiliser les transports en commun ».

La pauvreté vécue a parfois été très difficile. « J'ai vécu dans une extrême pauvreté toute ma vie (de 18 à 62 ans). On existe, on survit, mais rien de plus ». Avec le PSL, maintenant, on se considère comme « un pauvre riche ». On pense que les jours seront « plus doux », « on respire plus ».

La subvention permet d'abord, de diminuer l'anxiété, mais aussi de faire de petits projets : participer à des voyages, prendre son permis de conduire, sortir avec des amis, visiter leur mère, jouer à la balle-molle, etc. De plus, le soutien financier va au-delà d'un confort matériel, il favorise de meilleures relations, entre autres pour ceux qui ont des enfants. « Ça me permet d'accueillir mes enfants [...] ça a changé le rapport avec mes enfants [...] je remplis le frigo, j'achète des cadeaux, pour qu'ils arrêtent de penser que je suis une débile qui a pas une maudite cenne ». Qui plus est, le PSL aide à la santé des personnes, « maintenant, je peux acheter ma pompe (pour l'asthme), ce qui m'évite de me retrouver à l'urgence à tous les mois ».

⁷ Les citations de cette section sont issues du focus group effectué à Drummondville





Les répondants trouvaient important de choisir leur milieu de vie, « avec un HLM, tu ne choisis pas ton milieu », « on peut se retrouver loin ». À Drummondville, il y a peu d'HLM au centre-ville et la plupart des logements ne sont pas pour des personnes seules. De plus, le parc de logement social comprend aussi des HLM en dehors de la ville de Drummondville, mais à l'intérieur de la MRC de Drummond. Les places disponibles peuvent donc être dans un milieu plus rural, où on retrouve peu de possibilités de transport en commun. Pour tous les répondants, c'est très important d'être comme tout le monde.

Le suivi par l'intervenant est important, il favorise la reprise de la confiance en soi. C'est un support pour appuyer les démarches vers l'autonomie (permis de conduire), pour aider à avoir de meilleures relations interpersonnelles (voisins, amis). Le soutien au logement permet de sortir de l'isolement, « c'est parfois la seule visite que j'ai dans le mois ». L'intervenant, c'est un appui dans les moments difficiles, comme dans les petites choses quotidiennes (remplir la « paperasse »). Bref, une courte visite permet peut-être aussi d'éviter des interventions plus lourdes, « sans cette visite, je pense que je serais obligé de consulter ».

3.2 RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Clés en main

Le projet d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) est un organisme ayant un volet d'hébergement transitoire et de soutien au logement social pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale^{cv1}. En fonction depuis 1993, il s'est fait connaître, entre autres, par son travail en collaboration avec la sécurité publique en œuvrant auprès des personnes ayant des démêlés avec la justice. L'organisme a plusieurs volets : un volet soutien communautaire, un volet service de crise 24/7 et un volet hébergement transitoire. En 2005, c'est plus de 1 200 personnes qui ont été suivies par les 40 intervenants de l'organisme. PECH s'implique depuis plus de 10 ans à s'allier différents partenaires du réseau, afin de développer des logements sociaux et communautaires à Québec pour la clientèle en santé mentale. Mis sur pied en 2001, le projet Clés en main est l'un d'entre eux, PECH y agit à titre de fiduciaire.

Clés en main est un programme alternatif de soutien au logement pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Ce projet vise à offrir à des personnes ayant des problèmes de santé mentale des logements subventionnés de qualité, afin de favoriser leur intégration sociale. En plus d'octroyer des subventions au loyer (PSL), Clés en main joue un rôle pivot entre les personnes, les intervenants, l'OMHQ et les propriétaires privés ou collectifs.

Clés en main anime une table intersectorielle, constituant le Comité de gestion, composée des partenaires et des organismes suivants : CSSS Québec-Nord, de la Vieille-Capitale et de Portneuf, ainsi que les organismes communautaires PECH et Océan. Ces partenaires offrent tous un suivi dans la communauté. Se joignent à ces partenaires : l'Alliance des groupes en intervention pour le rétablissement en santé mentale de Québec (AGIR), la Fédération des coopératives d'habitation de Québec/Chaudière-Appalaches (FÉCHAQC), la Fédération régionale des OBNL en habitation Québec/Chaudière-Appalaches (FROHQC), l' Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ), La Boussole (Regroupement des parents et amis de la personne atteinte), l'A.P.U.R.-Québec (Regroupement des personnes utilisatrices des services), le Programme régional des ressources non-institutionnelles en santé mentale de la Capitale-Nationale (Programme RNI).

La mission qui encadre le partenariat se définit ainsi : « favoriser l'intégration sociale dans un milieu normalisant et permettre le maintien à long terme des personnes vivant des problèmes de santé mentale graves dans un logement autonome à prix abordable et de qualité ».

La fonction pivot de Clés en main est au centre des besoins des personnes. Elle permet de recentrer les interventions autour de la personne, autour de sa stabilité en logement. Vivre dans un logement privé, fait partie des options résidentielles dont les personnes ont le droit de bénéficier. Clés en main soutient les personnes à plusieurs niveaux. Elle soutient la recherche de logement, et développe de l'aide au paiement du loyer. Actuellement, c'est tout près de 162 subventions aux locataires qui sont administrées par Clés en mains : 75 PSL dans un logement privé, 23 logements subventionnés en coopérative, 14 en OBNL et 50 appartements conventionnés⁸. En plus d'offrir des subventions aux personnes, Clés en main aide à la recherche de logement et offre du suivi et du support à la gestion de la vie autour du logement (bail, accès à des bottins de ressources et des banques de logements disponibles, accès à des ressources de dépannage financier, résidentiel ou en équipements).

En plus de faire du soutien direct au logement, Clés en main fait de l'animation du milieu, participe au développement de projets (OBNL Habitations Vivre chez soi, Coopérative L'Étale) et joue un rôle politique important. Maintenant reconnu comme un incontournable de l'habitation sociale en santé mentale, la ville de Québec s'est d'ailleurs engagée à réserver un 10 % des unités locatives subventionnées pour des personnes ayant un problème de santé mentale ou un handicap physique. Le travail de la Coalition pour le développement en logement social et santé mentale de Québec a contribué à véritablement faire une collectivisation du problème du logement social et abordable pour les personnes ayant des troubles sévères en santé mentale.

8 Subvention accordée par le Parc RNI aux propriétaires (privés ou communautaires) pour loger des personnes en logement autonome.

Dans la gestion des programmes de subventions, Clés en main s'assure, dans le cadre d'un protocole d'entente entre elles et l'OMHQ, de la coordination entre les organismes « référants » qui dispensent des services de soutien au logement pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, les intervenants, l'OMHQ et les personnes en processus d'intégration sociale bénéficiant d'une unité de logement de type « PSL »⁹.

Une personne acceptée dans le cadre de cette entente est une personne :

- qui éprouve des troubles mentaux graves et des problèmes de logement, soit de coût, de qualité, d'instabilité résidentielle, ou autres;
- qui bénéficie du soutien d'un organisme « référant » reconnu par Clés en main depuis au moins six mois;
- qui est admissible à un logement du programme de Supplément au loyer en vertu du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique (L.R.Q., c.S-8, a.86; 1991, c. 62.);
- qui est en mesure d'assurer de façon autonome, ou avec l'aide d'un soutien extérieur ou d'une personne qui vit avec elle, la satisfaction de ses besoins essentiels en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles;
- qui accepte de recevoir, en vertu de la présente convention, les services de soutien dans la communauté pendant la première année d'occupation du logement subventionné;
- qui est en mesure de se rendre en lieu sûr par elle-même en cas de sinistre;
- nonobstant ce qui précède, il ne sera exercée aucune discrimination en raison de l'âge, de l'orientation sexuelle, de la race, de la langue, de la couleur, de la religion ou du statut matrimonial d'un candidat.

À Québec, la subvention suit la personne, sa durée concorde avec la durée du bail et est donc habituellement d'une durée de 12 mois. Par ailleurs, tout comme à Drummondville, le loyer médian, calculé par la SCHL, ne suit pas directement la hausse du marché. À titre indicatif, à Québec, le prix pour louer un 31/2 n'a pas augmenté en 2010. Il y a donc des zones de la ville, particulièrement à Sainte-Foy, où les loyers sont plus élevés que le loyer médian et les personnes ont conséquemment de la difficulté à trouver un loyer dans la fourchette de prix imposée.

Coût d'un PSL pour la région de Québec

Revenu moyen mensuel	887,00 \$
Portion payée (25 % du revenu)	221,75 \$
Coût maximum pour un loyer 31/2	565,00 \$
Coût mensuel d'un PSL	343,25 \$
Coût annuel d'un PSL	4 119,00 \$

9 Protocole d'entente Clés en mains-OMHQ qui encadre la gestion des PSL en santé mentale



Résultats des focus group

Deux focus group d'une durée d'une heure ont été réalisés auprès des bénéficiaires de PSL-Clés en main. En tout, c'est huit personnes que nous avons rencontrées. Les personnes bénéficiaient du programme depuis une durée variant entre 10 ans et 6 mois.

Avant le PSL, les personnes ont eu des trajectoires de logement très variées. Le PSL leur permettant de passer de la rue au logement, de sortir du milieu familial ou de quitter des lieux insalubres, des maisons de chambre, des « taudis, parce qu'on n'a pas le choix »¹⁰ ou de simplement garder leur logement, mais en réussissant à dégager un petit montant supplémentaire. Tous s'entendent pour dire que le PSL permet de choisir « réellement » un logement qu'ils aiment vraiment.

Le fait de choisir son logement, son milieu de vie permet de développer le sentiment d'appartenance envers le logement. « C'est notre chez-nous, on l'a choisi ». Juste le fait de dire « NON », c'est déjà un pas vers la prise en charge de son pouvoir. « On se sent gratifié » quand on fait des choix soi-même. « Le fait de trouver un logement par moi-même, ça a été tout un défi... Ça n'a pas été facile, ça n'a pas été parfait, mais j'en retire une satisfaction ».

De plus, vivre dans un milieu anonyme favorise une vie normalisante. « Choisir son logement permet d'être à travers des gens qui travaillent, qui ont des études : c'est intéressant. » « Dans le privé, l'étiquette, tu ne l'as pas, ... on est comme monsieur et madame tout le monde. » Et être comme tout le monde, c'est aussi d'être partie prenante de la société, de participer à la citoyenneté. « S'il y a un problème, tu agis comme tout le monde, comme un citoyen. » C'est important d'exercer ses droits.

L'accès au logement favorise aussi l'autonomie des personnes. « Le PSL m'a permis de devenir autonome [...] de retourner aux études. » De cette autonomie découle un sentiment de sécurité envers la vie, ce qui permet enfin d'entrevoir un avenir.

On se projette vers des projets, ce qui n'était pas possible avant. « Le PSL m'a donné l'opportunité d'avoir des projets. » « Quand tu t'occupes, tu as des activités saines, ça l'aide. » « Quand tu es à cours d'argent, de mois en mois, c'est pas possible de faire des petits projets. » L'intervenant joue un rôle important dans le support de la personne vers son autonomie. « L'intervenant nous permet d'exercer nos droits de locataires. »

« Le fait de choisir son appartement, c'est une étape dans le cheminement de notre état. »

¹⁰ Toutes les citations de cette section sont issues des deux focus groups effectués à Québec



« Le fait de choisir son appartement, c'est une étape dans le cheminement de notre état. » Le sentiment de sécurité face à son habitat constitue une base, un premier pas pour le rétablissement. Le logement, c'est aussi plus qu'un toit, il constitue un tableau où se joue toute une série d'action quotidienne, de routine qui permet de se reconstruire une identité. « Mon logement, c'est une base, mon quotidien est là. » Une intervenante d'un CSSS nous disait qu'à chaque mois, elle passait beaucoup de temps avec ses clients pour faire le budget du mois, afin de diminuer le stress financier vécu. « Mais tu le sais que ça n'arrive pas et qu'à chaque mois, c'est la même chose. »

Concrètement, le supplément au loyer permet de dégager un petit montant qui permet :

- c'est un stress de moins;
- d'acheter ce que j'ai besoin pour prendre soin de ma santé;
- j'ai appris à budgéter, à placer mon argent à la bonne place, à gérer mon budget;
- ça m'a aidé à me remettre en action.

Figure 1 Synthèse des focus group de Québec et Drummondville

SÉCURITÉ	CHOIX/LIBERTÉ	AUTONOMIE	CITOYENNETÉ
Stress financier de moins	Développer un sentiment d'appartenance	Atteinte grâce à la vie en logement autonome	Exercer son droit au logement
Manger mieux	Chez-soi	Intervenant supporte l'autonomie	Être comme tout le monde
Prendre soin de sa santé	Quotidiennetés		Anonyme dans un logement privée
Acheter du linge	Exercer son pouvoir d'agir		Contribuer à une vie normalisante
Accueillir les enfants/amis	Gratification		
Bref, sentiment de sécurité envers l'avenir	Satisfaction		
Projet de vie			

En définitive, tous les répondants s'entendent pour affirmer que sans la subvention ils ne réussiraient ni à se loger ni à manger convenablement. Ce volet était plus criant à Drummondville, où les personnes faisaient une nette distinction entre l'avant et l'après subvention. La subvention créant un moment de stabilité économique permettant enfin de respirer et de pouvoir penser à autre chose qu'aux besoins de bases. Alors seulement, ils peuvent imaginer se projeter dans un projet de vie et penser à leur rétablissement.

La Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec, une synergie intersectorielle

La Coalition pour le logement social en santé mentale regroupe 12 organismes publics et communautaires alternatifs en santé mentale à Québec qui sont : (1) l'Alliance des groupes en intervention pour le rétablissement en santé mentale de Québec (AGIR), (2) le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement de Québec (PECH), (3) La Boussole, (4) le Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, (5) l'Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec (APUR), (6) les CSSS de la Vieille-Capitale, (7) Québec-Nord (8) et de Portneuf, (9) la Fédération régionale des OBNL d'habitation de Québec et Chaudière-Appalaches (FROHQC), (10) le Comité des usagers du CSSS de la Vieille-Capitale et (11) le programme intersectoriel de soutien au logement autonome pour les personnes vivant un problème de santé mentale Clés en main et la (12) Fédération des coopératives d'habitation de Québec /Chaudière-Appalaches (FÉCHAQC). De plus, l'Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ) et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSSCN) participent à la Coalition à titre d'invités et de partenaires.

En 1998-1999, le Regroupement des ressources non-institutionnelles en santé mentale de Québec (aujourd'hui appelé l'AGIR), la Fédération des coopératives d'habitation Québec/Chaudière Appalaches et le CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier se rencontraient dans le but d'identifier des solutions aux problèmes de logement rencontrés par des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale (absence de logement de qualité à prix abordable).

Ces rencontres ont mené à la création du Programme intersectoriel Clés en main, géré par un regroupement d'organismes et d'établissements intéressés à la cause : l'AGIR, la FÉCHAQC, la FROHQC, l'Office municipal d'habitation de Québec, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord et le CSSS de Portneuf. Depuis 2001, le Programme intersectoriel Clés en main reçoit de l'Agence une subvention annuelle de 60 000 \$.

L'objectif visé portait sur la constitution, à partir du programme de Suppléments au loyer (PSL), d'une banque de logements subventionnés destinés aux personnes qui vivent avec des problèmes graves de santé mentale, logements du marché privé locatif à but lucratif ou non lucratif (COOP ou OBNL).

« On craint les « préjugés de la part des membres d'un conseil d'administration de Coop, membres qui n'ont pas de connaissance face à la santé mentale et pas de ressources. »

11 Toutes les citations de cette section sont issues des entrevues effectuées auprès des acteurs (hiver 2010)

La Coalition est née des partenaires de Clés en main. Ils ont un historique de concertation, en ce sens que les acteurs ont appris à travailler vers un objectif commun, celui d'identifier des solutions aux problèmes de logement rencontrés par des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale (absence de logement de qualité à prix abordable). En ce sens, les ententes écrites entre les partenaires sont venues formaliser le partenariat. Récemment, à Clés en main, les coûts relatifs à la gestion de la concertation ont été reconnus par l'Agence de santé et des services sociaux qui financent maintenant l'organisation pour son rôle pivot.

Lors des entrevues avec les différents acteurs en santé mentale et en habitation de la région de Québec, nous avons sondé la compréhension commune du rétablissement en santé mentale et des enjeux d'intersectorialité.

Les acteurs comprenaient que le concept de rétablissement était au départ « une acceptation de la maladie, des deuils à vivre »¹¹. De plus, la notion de stabilité était vue par plusieurs comme étant dynamique puisque intervenir en santé mentale, c'est « l'art de naviguer en eau trouble ».

Le milieu de l'habitation est conscient que la stabilité en logement est importante pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, il reste encore des préjugés face aux personnes, étant parfois vues comme des problèmes potentiels pour les gestionnaires (privés comme communautaires) des habitations. On craint les « préjugés de la part des membres d'un conseil d'administration de Coop, membres qui n'ont pas de connaissance face à la santé mentale et pas de ressources ».

La notion de liberté, faisait l'unanimité car tous s'entendent sur le principe du droit au logement : le logement constitue un droit fondamental et non pas un privilège. On croit qu'« il est possible de passer de la rue au logement, sans passer par le continuum en escalier ».

Les acteurs ont vu et apprécié les réalisations de Clés en main « qui a su faire preuve de délinquance ». Auparavant, le PSL n'était pas donné à la personne, l'OMHQ avait des logements disponibles grâce à des ententes avec des propriétaires privés à qui on avait donné les subventions. Aujourd'hui, les propriétaires sont moins intéressés par ce type d'entente. Souvent, ils veulent « aider une personne, pas s'attacher à l'OMH ».

« Le financement de la personne plutôt que le financement d'un logement spécifique répond à une multitude de contextes de vie et offre des mesures permettant plus de flexibilité. » Les programmes doivent être adaptés à la situation de la personne qui a des problèmes graves de santé mentale.

On reconnaît l'importance de donner des opportunités pour faire des choix, une « variété de formules et une mixité de projets ». Actuellement, « c'est impossible ». Les loyers sociaux sont peu nombreux et ne suffisent pas à la demande. « Pour accéder à une Coop, on se retrouve face à une double contrainte, (1) celle d'accéder à la Coop comme tel et (2) celle d'avoir une unité subventionnée. » À titre indicatif, « dans les logements subventionnés en coopérative de la Fédération des coopératives d'habitation de Chaudière-Appalaches, il n'y a eu aucun roulement de logement pour les 31/2 et les 41/2 dans les trois dernières années ». De plus, « les coûts de construction, influencés par les normes en place, ne favorisent pas la construction de petits logements, ce qui nuit aux personnes seules ».

Qui plus est, il y a toute une partie de la clientèle ayant des besoins en santé mentale qui n'est pas « sur les radars ». En effet, plusieurs n'ont pas de suivi par un intervenant et ne bénéficient d'aucune aide. « Pour beaucoup de parents de personnes atteintes, c'est eux qui subventionnent leurs enfants afin qu'ils puissent se loger. »

Les acteurs sont conscients que les personnes ne veulent pas nécessairement vivre avec d'autres personnes atteintes. Car cela constitue « un effet miroir, on se retrouve face aux symptômes des autres ». De plus, une vie normale, c'est vivre dans un milieu normal, comme tout le monde. Dans la reconstruction de l'identité, le « chez-soi » est nommé régulièrement. « Pour

construire un « chez-soi », les choix sont importants.» Le milieu HLM est critiqué, on y voit des risques. « La vie en HLM comporte des risques liés à une double stigmatisation (pauvreté et maladie). »

Par ailleurs, « le choix, c'est l'action, c'est le mouvement, c'est fondamental ». « Le choix se fait dans le choix du logement, du milieu de vie selon les aspirations de la personne. »

L'autonomie s'acquiert, entre autres, par l'acquisition d'un logement. On réalise que « l'impact du logement autonome sur l'individu est grand : il permet une appropriation du pouvoir d'agir, un sentiment de bien-être, de sécurité, on devient une personne à part entière, on est comme tout le monde, on est chez-nous ». La démarche vers l'autonomie étant importante, le logement y est central.

L'intervenant joue un rôle essentiel, il rassure et il encadre. « Les ententes avec Clés en main ont permis à l'OMHQ d'accepter des gens sur leur liste qui ne se classaient pas à cause de la condition d'autonomie du règlement d'attribution. Le fait de savoir qu'il y a un intervenant, avec un numéro pour la rejoindre, rassure beaucoup. »

La citoyenneté est intimement imbriquée avec les principes de liberté et d'autonomie en logement. Ainsi, on a pris conscience que « les ressources transitoires atteignent vite leur limite quant à la vie citoyenne normale », « un appartement supervisé, ce n'est vraiment pas normalisant ». La construction de l'identité est liée au « chez-soi », ce qui est le fondement de la prise de possession de son pouvoir individuel et de son épanouissement. Ce dernier s'extériorise par un engagement dans la collectivité, par des projets de vie.

En définitive, la perception des acteurs concordent avec la perception des usagers, en ce sens que tous deux considèrent le logement autonome subventionné comme une avenue à privilégier pour atteindre les dimensions du rétablissement que sont la liberté, le choix, l'autonomie et la citoyenneté. Par ailleurs, la dimension d'insécurité à l'égard du logement n'est pas ressortie de manière aussi centrale comme étant un fondement de base pour commencer le processus de rétablissement. Or, cet élément était le premier abordé par les bénéficiaires de PSL comme ils nous l'ont mentionné lors des focus groups.

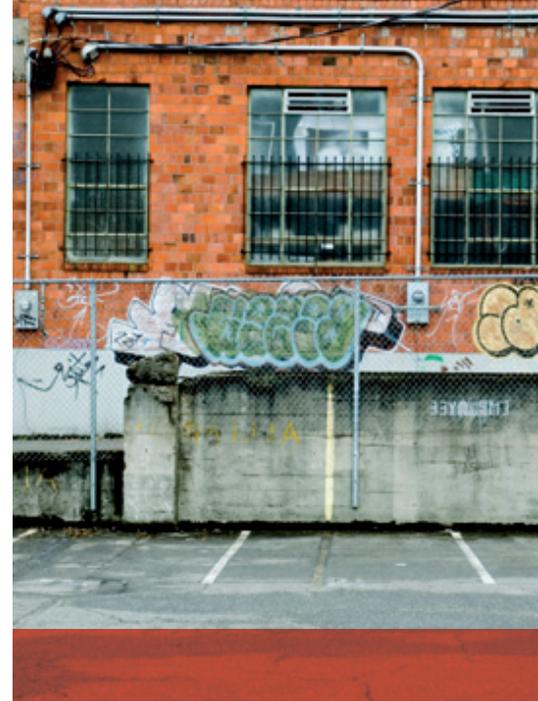


Figure 2 Synthèse des entrevues auprès des acteurs

LIBERTÉ	CHOIX	AUTONOMIE	CITOYENNETÉ
Logement est un droit	Opportunité de choix en logement	Le logement est central dans une démarche allant vers l'autonomie	Vivre comme tout le monde permet de se sentir comme un citoyen normal
Financer la personne plutôt que le logement	Construire un chez-soi	L'autonomie en logement ne se fait pas en escaliers	Ce qui est normalisant, c'est de vivre en logement autonome
Risque de spécialisation des clientèles en habitation	Ce n'est pas tout le monde qui veut vivre avec d'autres personnes atteintes	Le suivi assure les conditions d'autonomie	
	C'est l'action, c'est le mouvement et c'est fondamental		

Relativement aux enjeux d'intersectorialité, nous avons divisé en deux niveaux les visions des acteurs : (1) un niveau davantage lié aux relations interpersonnelles et (2) un autre plus structurel.

Les relations interpersonnelles de la Coalition se sont formées dans un respect des expertises de chacun. Ainsi, pour les membres, il est important de « créer un lien de confiance, des espaces de dialogue ». La compréhension commune des enjeux de chacun est au cœur de la Coalition. Les solutions envisagées aux problèmes se font dès lors avec un souci de « trouver des formules gagnant/gagnant ». Par exemple, au début du projet, les organismes en santé mentale ont mis des intervenants en référence, afin de répondre aux besoins des acteurs de l'habitation qui exigeaient d'avoir un numéro en tout temps pour contacter un intervenant en cas de crise.

Au niveau structurel, les craintes et enjeux ressortis et réglés en groupe se sont scellés par des ententes formelles où les rôles et responsabilités de chacun sont énoncés. De plus, la reconnaissance envers Clés en main et PECH comme des leaders dans le domaine de la santé mentale à Québec favorise la crédibilité des demandes de ces organismes.

La Coalition tente donc de mettre en commun des enjeux, mais aussi de se donner des objectifs communs plutôt que regarder les différences de philosophie d'intervention. Comme nous l'a dit un des acteurs, selon lui, l'intersectorialité permet avant tout de développer une « plus grande humanité ». Dans le même ordre d'idée, les usagers participent à la Coalition et contribuent à mettre l'accent sur les personnes plutôt que sur les intérêts des organisations.

Qui plus est, les bailleurs de fonds reconnaissent les coûts engendrés par la concertation; ainsi le budget de Clés en main s'est vu augmenter de 15 000 \$ cette année, afin d'assurer son rôle pivot.



4. ESTIMER LES BESOINS EN LOGEMENT

4.1 Estimer le nombre d'unités de logement social sous toutes ses formes dans la région de la Capitale-Nationale

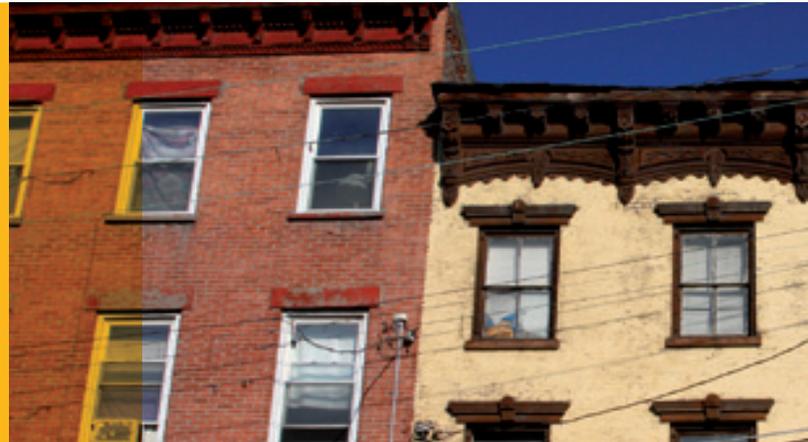
Selon les tendances démographiques observées, la clientèle des HLM est de plus en plus composée de personnes seules. Cette tendance augmente depuis les 20 dernières années. Ainsi, la proportion de personne seule est passée de 18 % en 1991 à 28 % en 2008 pour la catégorie de personnes seules de moins de 65 ans. Pour les bénéficiaires de PSL, c'est 49 % des personnes qui sont des personnes seules de moins de 65 ans. De plus, les familles sont composées majoritairement de famille monoparentale composée de femme. Dans la clientèle HLM, seulement 10 % des personnes seules de moins de 65 ans ont un revenu d'emploi.

Sur les listes d'attentes pour un logement social, dans toutes les régions sauf Montréal, les personnes seules de moins de 65 ans représentent 51 % des demandants. Dans cette même catégorie, 25 % consacrent plus de 60 % de leur revenu à payer leur loyer^{xcvii}.

À Québec, comme nous l'avons vu, le taux d'inoccupation est très bas. Lorsqu'un taux d'inoccupation est bas, cela occasionne une pénurie de loyers pour certains types de logement. Les personnes à faible revenu ont donc encore plus de difficulté à se trouver un loyer abordable et convenable. D'ailleurs, selon Statistique Canada, ce sont les ménages qui font partie des 40 % des gens les plus pauvres qui consacrent plus de 30 % de leur revenu à leur loyer.

En 2009, une étude de la CDEC de Québec^{xcviii} a constaté que la grande majorité des demandes pour un logement à l'OMHQ sont pour des studios ou des 1 1/2 (1207/1504). C'est donc dire que les ménages sont de plus en plus composés de personnes seules.

Sur la liste d'attente de l'OMHQ, on dénombrait 1 504 personnes éligibles à un loyer social. Nous ne calculons pas les 635 personnes en attente d'une Coop/OBNL, faisant l'hypothèse qu'il pourrait y avoir des doublons dans les listes. Selon nous, 1 500 unités seraient donc un minimum pour des demandes d'unités de logement social pour la région de Québec. De plus, la ville de Québec a fait la demande de développer 500 unités pour l'année en cours.



4.2 Évaluer les besoins en logement subventionné de type PSL pour les personnes avec des problèmes graves de santé mentale pour tout le Québec

Dans la littérature, il est généralement admis que, dans une population, la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux graves varie de 2 % à 3 %^{xcix}. Le groupe des 18-64 ans comprenant à la fois les hommes et les femmes semble le dénominateur le plus pertinent à retenir, compte tenu que c'est autour de la borne inférieure du groupe d'âge que commence à se manifester les troubles mentaux graves et que l'espérance de vie de cette sous-population se situe autour de la borne supérieure, soit 62 ans (du moins en ce qui concerne la schizophrénie^c).

Tableau 5 Estimation des personnes atteintes de troubles mentaux graves à partir des données de 2006^{ci}

Territoire	Population des 18-64 ans	Estimation TMG (2,5 %)
Totale Région de la Capitale-Nationale	449 756	11 244
Territoire de Portneuf	30 442	761
Territoire de Vieille-Capitale	201 203	5 030
Territoire de Québec-Nord	198 544	4 964
Territoire de Charlevoix	19 567	489
Ensemble du Québec	5 004 904	125 123

Les recherches effectuées jusqu'à maintenant ne nous permettent pas d'évaluer avec exactitude où vivent les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. De plus, à l'hiver 2010, la direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a procédé à la consultation de certains descripteurs pour tenter de répondre à cette question relative aux besoins en subvention de type PSL pour les personnes ayant des troubles graves en santé mentale. Selon eux, très peu d'études proposent des estimations d'unités de logement subventionné de type PSL par quantum de personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ce qui a été retrouvé, ce sont principalement des études qui font la promotion du logement social en général pour les personnes atteintes de troubles mentaux^{cii ciii civ cv cvii}. Ces études démontraient la contribution du logement autonome et anonyme sur des facteurs qualitatifs du rétablissement tels que la diminution de ghettoïsation et l'augmentation de la qualité de vie en général^{cvii}.

Il convient de rappeler qu'en 2002 déjà, la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec mettait de l'avant quelques grands principes quant à la pertinence du logement social pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves^{cviii}. Ainsi, la régie reconnaissait le besoin d'être considéré comme citoyen, de se sentir chez-soi, de services de soutien en logement autonome et d'un logement à coût abordable.

En se basant sur quatre facteurs : (1) le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves (qui correspond à notre estimation), (2) une évaluation de la population cible occupant un logement autonome (30 %), (3) les « besoins impérieux de logement » selon les critères de la SCHL (salubrité, surpeuplement, part du revenu alloué au logement) et (4) une recherche exploratoire menée par les CLSC estimant à 30 % la proportion des usagers vivant dans des « conditions précaires », le Groupe de travail de la Régie régionale de Québec évaluait à 1 000 logements sociaux ou subventionnés le besoin minimal auquel il faut répondre dans un délai maximal de cinq ans^{cx}, ce qui plaçait l'échéance à 2007.

Le Groupe de travail précisait que cet objectif devait passer par l'utilisation de tous les outils disponibles : PSL, HLM, Accès-Logis, etc. Une estimation des besoins ne peut donc se faire sans considérer le portrait d'ensemble de l'offre pour tous les types de logement.

Enfin, le Groupe de travail met de l'avant une nouvelle idée à explorer, concordant avec les pratiques de Clés en main : le programme de Supplément au loyer individuel (PSLI)^{cx}.

Analyse transversale des portraits régionaux, où vivent les gens?

Le premier constat est le peu d'études portant sur les lieux d'habitation des personnes vivant un problème de santé mentale. Peu d'études font un portrait des lieux de résidences des personnes (logement autonome privé, logement social ou communautaire, parc RNI, etc.). Néanmoins, dans cette partie, nous allons analyser quatre portraits réalisés afin de nous permettre d'estimer les besoins en logement subventionné des personnes vivant avec un problème grave de santé mentale. Pour ce faire, nous avons comparé les résultats des études réalisées pour quatre régions du Québec. Celles-ci montrent toutes des limites méthodologiques, un échantillon très petit et les questionnaires répondus par les intervenants. De plus, elles concernent toutes, sauf l'étude de Drummondville, des personnes ayant un suivi par un intervenant. Il faut donc prendre les chiffres donnés avec précaution, puisqu'ils possèdent une grande marge d'erreur. Ainsi, ils ne nous permettent pas d'estimer les besoins avec précision, mais nous ont permis d'établir un ordre de grandeur. L'estimation donnée se veut donc un premier pas afin de dévoiler l'ensemble des besoins potentiels à combler en termes de logement pour les personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale.

Portrait du logement pour les personnes ayant des problèmes en santé mentale de Québec et Portneuf (2008)

En 2008, la Coalition pour le développement du logement social en santé mentale à Québec a fait un portrait des conditions de logement et des besoins en logement social des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale. Les intervenants des organismes qui font du suivi dans la communauté ont rejoins 1 881 personnes et ont répondu à un questionnaire sur les conditions et les besoins en logement des personnes. Toutes les personnes ayant répondu bénéficient d'un suivi dans la communauté. Les intervenants du CSSS de Portneuf ont procédé à la même cueillette d'information. Au total, c'est 176 personnes qui ont répondu au questionnaire. Fait à noter, à Portneuf, 35 % des répondants vivent en milieu familial et 30 % en logement privé. On retrouve peut-être ici une particularité rurale.

La principale limite de la recherche consiste au fait que les questionnaires ont été remplis par les intervenants. Par ailleurs, les résultats sur le type d'habitation occupée par la personne sont des données très pertinentes que nous utiliserons pour tenter d'estimer les besoins en logement subventionné des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Ainsi, à Québec, près de 56 % des personnes vivent en logement privé.

Étude de Chaudière-Appalaches (2007)

Dans la région de Chaudière-Appalaches, à partir des « case load » d'adultes présentant des troubles d'adaptation (schizophrénie, troubles anxieux, toxicomanie, comorbidité, etc.), les intervenants des CSSS ont estimé quels étaient les besoins en hébergement de leur client en 2007. Il faut préciser qu'il s'agit de très petit nombre et qu'en conséquence, les variations ont de fortes influences sur les pourcentages.

Les personnes consultées dans la région de Chaudière-Appalaches appuient leurs estimations sur les critères proposés dans le Plan d'action santé mentale 2005-2010 : La force des liens (p. 85, 90, 91), s'inspirant lui-même des données de la recherche de Lesage et al. (2003) qui proposent d'utiliser un ratio de 50 places pour 100 000 de population en logement avec soutien continu.

Étude des besoins en logement des personnes ayant des troubles mentaux graves dans la MRC de Drummond (2002)

Le Réseau d'aide Le Tremplin a été approché en 2001 par l'Agence de la santé et des services sociaux afin de contribuer à favoriser le logement autonome et le travail chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le Tremplin a alors émis plusieurs constats quant aux freins à l'accès au logement chez les personnes qui utilisaient déjà les services de l'organisme. Ainsi, on a constaté que dans les HLM, les personnes prestataires du programme assistance-emploi avec contraintes sévères à l'emploi, à cause de la prestation plus élevée, se classaient souvent en fin de liste sur les listes d'attente des locateurs. Combinée à une pénurie de logements sociaux, cette situation a fait en sorte que peu de personnes obtenaient un logement social. En 2002, sur la seule liste d'attente de l'OMH de Drummondville la liste d'attente pour personnes seules (la majorité de la clientèle) était d'environ 130 personnes.

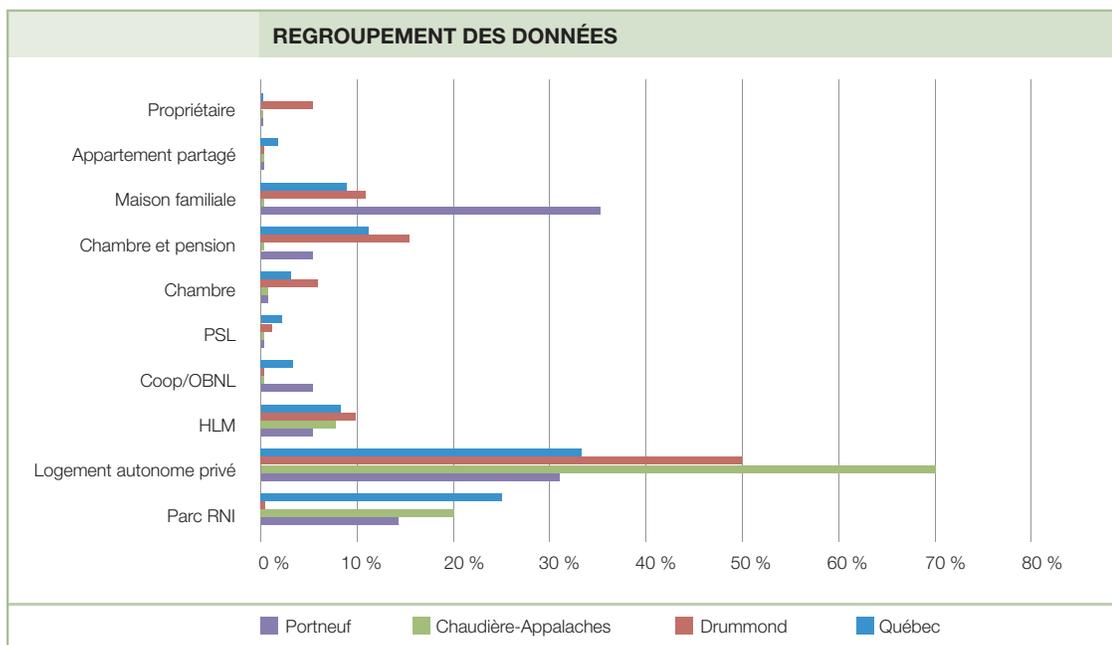
Le Tremplin est parti de l'hypothèse du 2 à 3 % de prévalence de troubles mentaux graves, pour une population de 18 à 64 ans de 55 435 personnes, il y aurait 1 385 adultes présentant des troubles graves en santé mentale dans la MRC de Drummond. Par ailleurs, ils se sont entendus pour dire que la clientèle-cible se retrouve majoritairement prestataire du programme d'assistance-emploi avec contraintes sévères à l'emploi. Le Tremplin a eu des données sur ces personnes quant à leurs lieux de résidence et le coût de leur logement. D'après le centre local d'emploi, 612 personnes étaient bénéficiaires du programme avec contraintes sévères à l'emploi. De plus, 78 % d'entre elles vivent à Drummondville (477) dont 38 % au centre-ville.

Afin d'estimer, nous nous sommes basés sur les portraits réalisés par les régions présentées, et à partir de l'hypothèse que les personnes

bénéficiaires du Programme de solidarité sociale avec contraintes sévères à l'emploi pour cause de santé mentale représenteraient un minimum de la population susceptible d'avoir des problèmes à payer le loyer. Ainsi, ce nombre ne compte pas les personnes bénéficiant de l'aide sociale sans contrainte sévère à l'emploi, de l'assurance-emploi ou de toutes autres sources de revenus. En janvier 2010, il y avait 54 049 personnes pour l'ensemble du Québec et 5 324 personnes pour la région de la Capitale-Nationale^{cx1}.

De plus, selon les portraits régionaux de Québec, Portneuf, Chaudière-Appalaches et du Centre-du-Québec, la majorité des gens vivent en logement autonome, soit entre 30 et 70 %, ce qui nous donnerait entre 16 215 et 37 834 personnes vivant en logement autonome.

Figure 3 Regroupement des données des régions de la Capitale-Nationale (2009), Portneuf (2009), Chaudière-Appalaches (2007) et Centre-du-Québec (2002)[Q1]



Ensuite, nous nous sommes basés sur les données de la Fédération canadienne des municipalités (2007) qui démontrent que 35,6 % des québécois en logement ont un taux d'effort au logement supérieur à 30 % de leur revenu. Ainsi, parmi les personnes vivant en logement autonome, entre 4 865 et 13 469 consacraient plus de 25 % de leur revenu à leur logement. Conséquemment, sachant que le coût d'un PSL a été évalué à 3 750 \$ par personne par année, nous estimons qu'il doit être développé 1 200 PSL afin de répondre aux besoins immédiats les plus criants. Ce nombre représente que 25 % des besoins.



CONCLUSION

L'habitation pour les personnes vivant avec un trouble sévère en santé mentale représente un enjeu central pour leur stabilité, leur rétablissement. Cette problématique est tout autant un enjeu pour les organisations qui interviennent en santé mentale. Ainsi, le présent document donne un argumentaire en faveur du logement comme vecteur du pouvoir d'agir. Ce qui permet l'individualisation, afin de devenir un acteur social. Un logement ce n'est pas qu'un toit, c'est un chez-soi qui permet le développement des capacités afin de s'actualiser dans sa communauté, communauté qui devient le milieu de vie.

Le programme de Supplément au loyer est un programme qui permet d'offrir ce minimum de possibilités. Ainsi, le simple choix de choisir son logement et son quartier constitue un élargissement du choix de l'offre résidentielle. Qui plus est, le PSL est une solution peu coûteuse et applicable à court terme.



5. RECOMMENDATIONS

Le développement du logement social sous toutes ses formes représente un enjeu de taille pour toutes personnes vulnérables. Les besoins en logement sont grands et les solutions se retrouvent dans une pluralité d'options. Plus particulièrement, nous avons fait la preuve que les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale se retrouvent, parfois, dans un processus résidentiel qui ne favorise pas l'autonomie en logement. Un des principaux facteurs identifiés est l'accès à un logement abordable et de qualité. C'est dans cette optique que nous nous positionnons en faveur de la création de programmes flexibles et diversifiés favorisant la stabilité résidentielle avec soutien au logement. À titre d'exemple, nous encourageons le développement de projets tels que : (1) logement communautaire (Coop/OBNL) incluant la mixité socio-économique, (2) appartements partagés, (3) maison de chambre sous propriété collective et (4) relance de la construction de HLM, ou tout autre projet novateur s'inscrivant dans une perspective d'inclusion sociale.

Par ailleurs, sachant qu'une majorité de personnes avec un problème grave en santé mentale vit en logement autonome privé, nous portons nos recommandations vers cette clientèle spécifique.

RECOMMANDATION 1

Considérant que le logement constitue une base du rétablissement et que la stabilité résidentielle en est un facteur important, nous recommandons une bonification du programme actuel de Supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif, en créant un programme spécifique réservé aux personnes ayant des problèmes graves de santé mentale.

Sachant que nous avons évalué à 4 865 le nombre minimal de personnes ayant des besoins impérieux en logement, nous demandons, pour tout le Québec :

- d'augmenter le nombre de PSL de 1 200 unités au coût de 4 500 000 \$, ce qui permettrait de répondre aux besoins dans l'immédiat; et qui correspond à 25 % des besoins établis.
- d'assurer les coûts du soutien au logement pour chacune des unités, coût évalué à 3 600 000 \$ (3 000 \$/soutien/année).

RECOMMANDATION 2

Considérant que le choix « réel » des personnes, relativement à leur milieu de vie, favorise le développement du pouvoir d'agir, nous recommandons que le programme de Supplément au loyer suive les personnes. Ainsi, nous favorisons l'appellation de la subvention : PSL-à la Personne.

RECOMMANDATION 3

Considérant l'apport des intervenants dans l'accompagnement des personnes pour atteindre l'autonomie en logement, nous recommandons que le MSSS s'assure que les cibles établies en termes de nombre de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome dans le Plan d'action 2005-2010, soient maintenues voire bonifiées, à la suite des travaux ultérieurs qui mèneront au nouveau Plan d'action. Ainsi, la subvention au loyer implique nécessairement un soutien à la personne qui doit être assuré par le MSSS.

Cibles : 120 suivis par tranche de 100 000 habitants pour tout type de suivis confondus (SI, SIV, soutien au logement), (Plan d'action en santé mentale 2005-2010, pp. 53-54)

RECOMMANDATION 4

Considérant l'importance de l'anonymat des personnes quant à leur problème de santé mentale comme un élément fondamental pour atteindre une vie normale et une citoyenneté certaine, nous recommandons de mettre en place des mesures assurant, entre autres, les enjeux liés à la confidentialité. Ainsi, sans en faire un modèle unique, nous constatons l'importance du rôle que joue Clés en main comme pivot entre les personnes, l'OMHQ, les intervenants et les propriétaires.

RECOMMANDATION 5

Considérant que le travail en intersectorialité représente un enjeu majeur pour la réussite de tels projets, nous recommandons de favoriser la mise en place de lieux d'échanges nécessaires à la compréhension commune des enjeux et de financer ces initiatives. Ces lieux d'échanges sur le logement doivent s'inspirer de la dynamique particulière de chacun des milieux, en veillant à ne pas imposer une formule, ni à dédoubler des structures déjà existantes.

RECOMMANDATION 6

Considérant qu'une pratique de support au logement autonome interpelle deux ministères simultanément dans leurs champs de compétences respectifs, nous recommandons la création d'engagement commun autant au niveau ministériel que dans la mise en place de collaboration d'actions concrètes.

- Engagement de la SHQ afin de financer les subventions au logement
- Engagement du MSSS afin de financer adéquatement les services de soutien aux personnes vivant en logement autonome
- Signature d'engagement lors de collaborations (personnes, partenaires référents et OMH)

RECOMMANDATION 7

Considérant que le logement autonome avec soutien rejoint un plus grand nombre de gens et répond davantage aux besoins, nous recommandons que les plans de redéploiement des parcs de ressources en hébergement favorisent des pratiques de logement autonome avec soutien.

RÉFÉRENCES

- i STEPHENS, T. and N. JOUBERT (2001). The economic burden of mental problems in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, 22 (1), pp. 18-23.
- ii ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Investir dans la santé mentale*, ISBN 9242562572.
- iii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens*, p. 40.
- iv SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC,
http://www.habitation.gouv.qc.ca/programmes/supplement_loyer.html, site consulté en mars 2010.
- v MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens*, p. 12.
- vi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens*, p. 52.
- vii PROVENCHER, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27 (1), pp. 35-64.
- viii YOUNG et Ensing (1999). Cité dans PROVENCHER, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27 (1), p. 44.
- ix SEN, A. (2000). *Un nouveau modèle économique*, Paris, Seuil, p. 10.
- x PAUGAM, S. (dir.), 2007. *Les fondements de la solidarité*, Paris.
- xi SALAIS, R. (2005). Le projet européen à l'heure des travaux de Sen, *L'économie politique*, 27, pp. 8-23.
- xii VAN HAM, M. and D. MANLEY (2009). Social housing allocation, choice and neighbourhood ethnic mix in England, *J Hous and the Built Environ*, 24 (4), pp. 407-422.
- xiii L.R.Q., chapitre L-7 (2002). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, c. 61, a. 2.
- xiv GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société*, Paris, PUF.
- xv PADGET, D. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States, *Social Science and Medicine*, 64, mai 2007, pp. 1925-1936.
- xvi MORIN, P. et E. BAILLERGEAU (2007). L'habitation comme vecteur de lien social, 344 p.
- xvii HULSEES, K. and L. SAUGERES (2008). Home life, work and housing decisions: a qualitative analysis, *Australian Housing and Urban Research Institute (AHURI)*, 7, 142 p.
- xviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique sur la santé et le bien-être*, p. 159.
- xix SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT (2000). *Les conditions de logement des personnes ayant des problèmes de santé et des limitations d'activités au Canada en 1991 : rétrospectives*, *Le point en recherche*, no 58, 6 p.
- xx COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*, p. 7.
- xxi COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*, p. 4.
- xxii COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*, p. 9.
- xxiii MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2004). *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, p. 49.
- xxiv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, p. 2.

- xxv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, p. 6.
- xxvi LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, L.R.Q., chapitre S-2.2, article 8.
- xxvii BOUCHARD, M. J. et M. HUDON (2008). Se loger autrement au Québec, Le Mouvement de l'habitat communautaire, un acteur du développement social et économique, CAP-Habitat communautaire de l'ARUC en économie sociale, Éd. Saint-Martin, 232 p.
- xxviii SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, Parc de logements sociaux, statistique 2006, http://www.habitation.gouv.qc.ca/bibliotheque/parc/offices_reg.html, page consultée mars 2010.
- xxix BOUCHARD, M. J. et M. HUDON (2008). Se loger autrement au Québec, Le Mouvement de l'habitat communautaire, un acteur du développement social et économique, CAP-Habitat communautaire de l'ARUC en économie sociale, Éd. Saint-Martin, pp. 82-93.
- xxx BOUCHARD, M. J. et M. HUDON (2008). Se loger autrement au Québec, Le Mouvement de l'habitat communautaire, un acteur du développement social et économique, CAP-Habitat communautaire de l'ARUC en économie sociale, Éd. Saint-Martin, 232 p.
- xxxi FÉDÉRATION DES OSBL D'HABITATION DE MONTRÉAL. Position de la FOHM sur le Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social, 8 juin 2006, révisée le 13 novembre 2006.
- xxxii COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (2007). Analyse de la répartition spatiale de l'offre et de la demande de logements sociaux et abordables sur le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal, Institut national de la recherche scientifique, p. 9.
- xxxiii GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2009). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, p. 23.
- xxxiv RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON (2007). Cité dans COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (2008), Plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable 2009-2012, p. 27.
- xxxv SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2009). Rapport sur le marché locatif, 39 p.
- xxxvi FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (2009). Pour que le gouvernement fédéral assume ses responsabilités à l'égard du droit au logement, mémoire présenté à la Société canadienne d'hypothèques et de logement, dans le cadre de consultations sur les investissements fédéraux de logement et de lutte contre l'itinérance, le 14 octobre 2009.
- xxxvii CUIERRIER, Y., W. FROHN et M. HUDON (2008). Apport social et économique du logement communautaire, dans M. Bouchard et M. Hudon (dir.), Se loger autrement au Québec : Le mouvement de l'habitat communautaire, un acteur du développement social et économique, pp. 155-182.
- xxxviii HÉBERT, G., P. HURTEAU, M. PETIT et S. TREMBLAY-PEPIN (2006). La pénurie de logement. Montréal : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.
- xxxix FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (2009). Pour que le gouvernement fédéral assume ses responsabilités à l'égard du droit au logement, mémoire présenté à la Société canadienne de d'hypothèques et de logement, dans le cadre de consultations sur les investissements fédéraux de logement et de lutte contre l'itinérance, le 14 octobre 2009.
- xl GRENIER, S. et R. CADIEUX avec la collaboration de PAPINEAU, A. et S. MORIN (2010). Le logement social : une responsabilité à partager. L'évaluation des besoins en logements sociaux en Abitibi-Témiscamingue, Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Université du Québec à Montréal.
- xli STATISTIQUE CANADA (2008). Genre de ménage, abordabilité du logement et mode d'occupation pour les ménages privés, subdivisions de recensement, Recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %). No au catalogue : 97-554-XCB2006039. Date de diffusion : 1 mai 2008. Thème : Logement et coûts l'habitation. [Document Web]. Adresse Web : <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/data/topics/RetrieveProductTable.cfm>.
- xlii SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2009). Rapport sur le marché locatif, p. 9.
- xliiii FÉDÉRATION CANADIENNE DES MUNICIPALITÉS (2007). Logement abordable et itinérance : tendances et enjeux, Rapport thématique no 4, 40 p.

xliv VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2004). Rapport pour l'exercice financier 2003-2004, Québec, pp. 35-36.

xlv DESCHESSNES, J.-C. et S. GAGNON (1998). La mission du Curateur public du Québec : ses fondements, sa portée, ses conditions de réussite. Rapport remis à Monsieur Pierre Gabriel, Curateur public du Québec, p. 22.

xlvi SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, statistique 2006, (en ligne)
http://www.habitation.gouv.qc.ca/bibliotheque/parc/parc_logements.html (page consultée le 10 mars 2010).

xlvii DANSEREAU, F. et M. H. CHOKO avec la collaboration de DIVAY, G. (2002). Les logements privés au Québec : la composition du parc de logements, les propriétaires bailleurs et les résidents, Montréal, Société d'habitation du Québec.

xlviii SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, statistique 2006, (en ligne),
http://www.habitation.gouv.qc.ca/bibliotheque/parc/parc_logements.html (page consultée le 10 mars 2010).

xlix MACLENNAN, STEPHENS et KEMP (1997). Housing Policy in the Member States (Politique du logement dans les États membres). Affaires sociales du Parlement européen Série W-14. PE 166.328. Cité dans Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'homme (2008). Le droit au logement : le devoir de veiller au logement pour tous, Strasbourg, doc HTML,
https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1292351&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864#P69_4984, (page consultée le 4 avril 2010).

i COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). Pauvreté, Logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, Canada, 331 p.

ii COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). Pauvreté, Logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, Canada, p. 21.

iii STEELES (2009). pp. 5-6, cité dans COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). Pauvreté, Logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, Canada, p. 122.

iiii FÉDÉRATION CANADIENNE DES ASSOCIATIONS DE PROPRIÉTAIRES IMMOBILIERS (2008). Portable Housing Allowances - Facts and Recommendations, <http://www.cfaa-fcapi.org>, p. 3.

lv COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2009). Pauvreté, Logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion Canada, p. 122.

lv COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (2009). Plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable 2009-2012, p. 28.

lvi COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (2009). Plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable 2009-2012, p. 50.

lvii DORVIL, H. et al. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 112.

lviii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, p. 1.

lix MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). Défis de la reconfiguration des services en santé mentale, Québec, p. 20.

lx DORVIL, H. et al. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 20.

lxi MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens, p. 11.

lxii GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2009). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, p. 13.

lxiii PANET-RAYMOND, J. et D. BOURQUE (1991). Partenariat ou pater-nariat? La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile, Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal, Université de Montréal.

- lxiv CLOUTIER-TURCOTTE, F. (1991). Les rapports des organismes bénévoles de maintien à domicile œuvrant auprès des personnes âgées avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, recherche réalisée pour l'obtention de la maîtrise en service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- lxv SAVARD, S., D. TURCOTTE et A. BEAUDOIN (2003). Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse : une analyse stratégique, *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), pp. 160-177, (en ligne) <http://id.erudit.org/iderudit/009849ar> (page consultée le 28 avril 2010).
- lxvi DORVIL, H., P. MORIN, A. BEAULIEU et D. ROBERT (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales, *Déviance et société*, 26 (4), pp. 497-515.
- lxvii WONG, Y-L. I. et coll. (2006). Predicting Staying in or Leaving Permanent Supportive Housing That Serves Homeless People with Serious Mental Illness, Center for Mental Health Policy and Services Research (CMHPSR) Philadelphia, p. 29.
- lxviii ROBERT, M. (1990). L'impact de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur l'itinérance, *Les cahiers du GRAPPP*, Montréal, 59 p., cité dans : Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, p. 16.
- lix GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2009). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, p. 33.
- lxx SYLVESTRE, J. et al. (2001). À propos de la stabilité du logement chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, *Nouvelles pratiques sociales*, 14 (2), pp. 59-74.
- lxxi TSIMBERIS, S., L. GULCUR et M. NAKAE (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis, *American Journal of Public Health*, 94 (4), pp. 651-656.
- lxxii BOYLE, K. et C. JENKINS (2003). Housing for Londoners with Mental Health Needs, King's Fund Working paper, p. 38.
- lxxiii BOYLE, K. et C. JENKINS (2003). Housing for Londoners with Mental Health Needs, King's Fund Working paper, p. 48.
- lxxiv TSIMBERIS, S., L. GULCUR et M. NAKAE (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis, *American Journal of Public Health*, 94 (4), pp. 651-656.
- lxxv CITY OF TORONTO (2009). Shelter, Support and Housing administration Streets to homes, (en ligne) <http://www.toronto.ca/housing/about-streets-homes.htm> (page consultée le 19 février 2010).
- lxxvi CITY OF TORONTO (2009). Shelter, Support and Housing administration Streets to homes, (en ligne) <http://www.toronto.ca/housing/about-streets-homes.htm> (page consultée le 19 février 2010), p. 9.
- lxxvii JOHNSON, D. et S. ROGER (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in *Recovery and Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- lxxviii GOLDFINGER et al. (1999). Cité dans JOHNSON, D. et S. ROGER (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in *Recovery and Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- lxxix SHREBNIK, et al. (1995). Cité dans JOHNSON, D. et S. ROGER (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in *Recovery and Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- lxxx NELSON, G. et S. Saegert (2008) "Housing and Quality of life: An Écological Perspective", in V.R. Preedy and R.R. Waston (Eds.), *Handbook of disease burdens and quality of life measures*. Heidelberg, Germany Springer-Verlag.
- lxxxi MARTINEZ et BURT (2006). Cité dans JOHNSON, D. et S. ROGER (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in *Recovery and Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- lxxxii KIRSH, B. et coll. (2009). *Critical Characteristics of Supported Housing: Findings from Literature, Residents and Service Providers*, Wellesley Institute, Toronto, 98 p.
- lxxxiii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Lignes directrices pour le soutien dans la communauté*, p. 15.
- lxxxiv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). *Cadre de référence sur le soutien*

- communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, 53 p.
- lxxxv MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, p. 8.
- lxxxvi SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2002). Les politiques de l'habitation en perspective, actes du colloque du 7 décembre 2001, p. 28.
- lxxxvii JOHNSON, D. et S. ROGER (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in Recovery and Rehabilitation, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- lxxxviii BOYLE, K. et C. JENKINS (2003). Housing for Londoners with Mental Health Needs, King's Fund Working paper, p. 23.
- lxxxix PARC RNI (2010). Québec.
- xc MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens, pp. 53-54.
- xcii MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). Plan d'action santé mentale 2005-2010, La force des liens, p. 53.
- xciii GOLDSACK, S. et al. (2005). Experiencing a recovery-oriented acute mental health service: home based treatment from the perspectives of services users, their families and mental health professionals, New Zealand Mental Health Commission, Wellington, 35 p.
- xciv DORVIL, H. et al. (2005). « Housing as a social integration factor », Housing studies, vol. 20, no 4.
- xcv FAKHOURY, W. K. H. et al. (2002). « Research in supported housing », Social Psychiatry Epidemiol, (37), pp. 301-315.
- xcvi MORIN, P. et E. BAILLERGEAU (2007). L'habitation comme vecteur de lien social, 344 p.
- xcvii BIZIER, V. (2007). Le projet d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), Monographie d'un organisme ayant un volet d'hébergement transitoire et de soutien au logement social pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale, Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Université du Québec à Montréal.
- xcviii SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2010). Les caractéristiques socioéconomiques des ménages en logement social, actes de Colloque, Montréal, 78e Congrès de l'ACFAS, 10 mai 2010.
- xcix CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE COMMUNAUTAIRE DE QUÉBEC (2009). Le logement social et communautaire sur le territoire de la ville de Québec, portrait par quartier, 157 p.
- c MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). Orientations pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation, Québec, 51 p.
- c SCHIZOPHRENIA PROGNOSIS (2010). The Medical New (en ligne), <http://www.nws-medical.net/health/schizophrenia-prognosis.aspx> (Page consultée le 12 mars 2010).
- ci FERLAND, M. et M. PAGEAU (2008). Portrait de santé de la région de la capitale-nationale. Les analyses, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, p. 13.
- cii CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (2004). Housing, health and mental health, 8 p.
- ciii CHAMBERLIN, J. (1989). In p. Ridgway, coming home: ex patients view housing options and needs, actes d'un colloque national portant sur le logement, Burlington, vt. University of Vermont, center for community change through housing and support.
- civ GROSSER, R.C. et E.K. CONLEY (1995). Projections of housing disruption among adults with mental illness who live with aging parents, Psychiatr serv, 46 (4), 390-4.
- cv JETTÉ, C., L. THÉRIAULT, R. MATHIEU et Y. VAILLANCOURT (1998). Évaluation du logement social avec support communautaire à la FOHM : intervention auprès des personnes seules, à faibles revenus et à risque de marginalisation sociale dans les quartiers centraux de Montréal, Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Université du Québec à Montréal.
- cvi PIAT, M., T. WALLACE, S. WOHL, R. MINC and L. HATTON (2002). Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative

community foster home, *International journal of psychosocial rehabilitation*, 7, 43-51.

cvii MARES, A. S. et R. A. ROSENHECK (2004). One-year housing arrangements among homeless adults with serious mental illness in the access program. *Psychiatric services*, 55(5), pp. 566-74.

cviii RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2002). L'accès au logement : un projet collectif. Rapport du groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mental, pp. 21-22.

cix RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2002). L'accès au logement : un projet collectif. Rapport du groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mental, p. 25.

cx RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2002). L'accès au logement : un projet collectif. Rapport de groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mental, p. 26.

cxii MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. (2010).



Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

océan



AGIR!



Centre de santé et de services sociaux
de Québec-Nord

Centre de santé et de services sociaux
de Portneuf



Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec



Société
d'habitation

Québec



Fédération
des coopératives d'habitation
de Québec, Chaudière-Appalaches



Fédération régionale des OENL en HABITATION
de Québec Chaudière-Appalaches



Québec 

Avec la participation de :

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Société d'habitation du Québec