



Mental Health  
Commission  
of Canada

Commission de  
la santé mentale  
du Canada



Canadian Council on  
Social Development  
Conseil canadien de  
développement social



# Turning the Key

(Le logement : la clé du  
rétablissement)

Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes  
des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie  
mentale

[www.commissionsantementale](http://www.commissionsantementale)

# Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale

Rapport produit par l'Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. Ce projet a été rendu possible grâce au financement obtenu de la Commission de la santé mentale du Canada. La Commission jouit du soutien financier de Santé Canada.



# TABLE DES MATIÈRES

Contenu.....	1
Remerciements.....	1
ÉQUIPE DE RECHERCHE .....	7
Le logement, le bien-être et la santé .....	10
Coût de l'inaction .....	10
Aider les personnes ayant une maladie mentale à se prendre en charge .....	11
L'avenir.....	12
PLAN DE RECHERCHE ET MÉTHODES D'ANALYSE.....	13
Buts et méthodes.....	13
Facteurs à prendre en compte.....	15
Stratégie relative à l'échange des connaissances.....	16
LOGEMENT ET SERVICES CONNEXES AU CANADA .....	16
Terminologie essentielle.....	16
Gamme des logements et des services connexes .....	19
Consensus relatif à la terminologie .....	21
Initiatives nationales.....	24
Programmes de logements sociaux/publics.....	24
Considérations relatives au revenu et à la population.....	28
Tableau 1. <i>Comparaison des provinces et des territoires par caractéristiques démographiques, 2006.</i> .....	30
Aperçu provincial et territorial : Structure, orientations et capacité.....	31
Tableau 2. <i>Structure et organisation du logement et des services connexes financés par le gouvernement, par province et par territoire.</i> .....	32
Tableau 3. <i>Cadres stratégiques en matière de santé mentale et de logement, par province et par territoire.</i> .....	35
Tableau 4. <i>Logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale au Canada, décembre 2010.</i> .....	37
Défis .....	39
Tendances .....	42
DÉFIS LIÉS AU LOGEMENT ET AUX SERVICES CONNEXES.....	45

Parc de logements, options de logement et qualité des logements .....	45
Lacunes en matière de capacités liées à l'éventail d'options de logement et de services de soutien .....	51
Questions financières et soutien du revenu.....	55
Mobilité dans le système des logements et des services de soutien connexes.....	56
Obstacles empêchant des clients de quitter l'hôpital pour occuper un logement.....	56
Lacunes dans les services offerts aux sous-populations .....	59
Défis qui se posent dans les régions rurales et éloignées et dans le Nord .....	68
Propriétaires et locataires .....	71
Défis en matière de planification, de coordination et d'intégration .....	72
Évaluation des besoins et planification systémique continues .....	73
Formation et soutien inadéquats du personnel.....	74
<i>Figure 1. Données sur les besoins en matière de formation et d'apprentissage recueillies dans le cadre du sondage mené auprès des pourvoyeurs de logement et de services de santé mentale. ....</i>	<i>75</i>
COMMENT NOUS COMPARONS-NOUS? .....	76
POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE DROITS DE LA PERSONNE ET DE LOGEMENT .....	76
Le contexte plus large de la santé mentale et du logement : le logement comme déterminant social de la santé.....	76
Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées .....	77
Incidence du logement sur la santé .....	77
Interaction de la santé, du logement et du revenu.....	78
Modèle multidimensionnel de logement et d'itinérance .....	79
<i>Figure 2. Facteurs ayant une incidence sur le logement .....</i>	<i>80</i>
Conséquences de l'adoption de l'approche de la politique sociale dans le domaine du logement et des services de soutien pour les personnes ayant une maladie mentale.....	81
Le logement et les droits de la personne .....	82
Évaluation par les Nations Unies de la façon dont le Canada s'acquitte de ses obligations en matière de droit au logement.....	84
Projet de loi C-304 : Élaboration d'un plan de logement national .....	85
Contexte international.....	86
REDÉFINIR LES PANIERS DE SERVICES.....	88
Conséquences d'une approche axée sur le rétablissement .....	88
Services de soutien au logement.....	90
Services de santé et de santé mentale .....	93

AU-DELÀ DE L'IMPÉRATIF MORAL – LE COÛT DE L'ACTION ET LE COÛT DE L'INACTION .....	95
Comprendre le coût de l'inaction .....	96
<i>Figure 3. Coût quotidien ou par utilisation des services d'hébergement, des services institutionnels et des services d'urgence. ....</i>	<i>97</i>
Un équation simple .....	97
Importance des chiffres .....	103
Le besoin en matière de logement .....	104
Modifier le paradigme.....	105
<i>Tableau 6. Fourchette des estimations relatives à la maladie mentale grave, à l'itinérance, au besoin impérieux en matière de logement et au nombre de personnes n'ayant pas un logement convenable au Canada. ....</i>	<i>106</i>
Un cadre fondé sur les besoins et axé sur les résultats .....	108
<i>Figure 4. Cadre axé sur les résultats relatif au logement et aux services de soutien pour la santé mentale. ....</i>	<i>110</i>
Mesures permettant de veiller à ce que le parc de logements soit de qualité .....	113
Élaboration de programmes favorisant une utilisation efficace des lits .....	116
Conversion du parc de logement de type établissement de garde en parc de logements axé sur le rétablissement.....	118
Innovation relative à la recherche de modèles de vie indépendante remplaçant les modèles de soins collectifs.....	118
Élaboration d'options en matière de logement et de services de soutien répondant aux besoins particuliers de sous-populations.....	120
Élaboration d'une stratégie relative au logement et aux services de soutien connexes en milieu rural dans le contexte d'un cadre national de logement avec services de soutien.....	122
Piliers du cadre.....	125
Ouvrir des portes par la planification, l'établissement de partenariats et la coordination.....	125
L'établissement des normes de service relatives au logement et aux services de soutien connexes.....	129
Limites du projet en ce qui touche les populations à l'étude .....	131
AGIR.....	133
Processus national .....	133
Tirer parti des réussites .....	135
Prochaines étapes .....	135
Principales recommandations présentées à la Commission de la santé mentale du Canada ..	136



## REMERCIEMENTS

Ce projet a été entrepris à un moment décisif dans l'histoire de la mise sur pied d'un ensemble de services de logement et de services connexes destinés aux personnes ayant une maladie mentale au Canada. L'équipe ayant participé à la rédaction de ce rapport qui fera époque a beaucoup profité de la précieuse aide qui lui a été fournie par des chefs de file des domaines de la santé mentale et du logement de tous les coins du pays.

L'équipe de projet aimerait remercier la Commission de la santé mentale du Canada du soutien et de l'aide exemplaires qu'elle lui a accordés. L'équipe aimerait remercier tout particulièrement les personnes suivantes :

### Comité directeur du projet

**Brian Davidson**  
**Frankie O'Neill**  
**John Higenbottam (co-président)**  
**Ken Ross**  
**Reid Burke**  
**Steve Lurie**  
**Vicky Huehn (co-présidente)**

### Personnel de la Commission de la santé mentale du Canada

**Ann Harding**  
**Gail MacKean**  
**Julia Arndt**  
**Janice Popp**  
**Susan Hardie**  
**Carol Adair**  
**Howard Cohos**

Les membres des groupes de référence national, provinciaux et territoriaux, de même que les chefs de file que nous avons rencontrés dans le cadre de la tenue de diverses tables rondes et de visites de site, ont également beaucoup contribué au succès du projet. Le rapport est l'expression de leur expérience, de leur passion et de leur dévouement absolu à la cause de l'amélioration des services de logement et des services connexes offerts aux Canadiens. L'équipe de projet souhaite remercier tous les membres de tous les groupes de référence (voir page suivante).

**Alberta**

Aleta Ambrose  
 Barry Bezuko  
 Diane Conley  
 Sue Fortune  
 Colleen Karran  
 Steven Law  
 Darlene Lennie  
 Michele Misurelli  
 Patricia Morton  
 Joanne Mueller  
 Anita Murphy  
 Colin Penman  
 Tim Richter  
 Larry Scarbeau  
 Norma Spicer  
 Pam Thompson  
 Timothy Wild  
 Jo-Ann Woloshinuk  
 Bettie Yanota  
 Gordon Young

**Colombie-  
Britannique**

Katherine Beavis  
 Janice Bradshaw  
 Heather Brazier  
 Darrell Burnham  
 Chris Coleman  
 Monica Flexhaug  
 Susan Friday  
 Suzanne Gessner  
 Nancy Hall  
 Karen Hemmingson  
 Sherri Hevenor  
 Hal Howie  
 Catharine Hume  
 Dianna Hurford  
 Natasha Jategaonkar  
 Janet Kreda  
 Jean Lamontagne  
 Michael Leisinger  
 Christina Martens  
 Mary Jane McLennan  
 Linda Mix  
 Lynn Moran  
 Aileen Murphy  
 Kingsley Okyere  
 Michelle Patterson  
 Jeet Rana

Patrick Stewart  
 Karen Stone  
 Mark Townsend  
 Cathy Ulrich  
 Gerrit Van der Leer

**Manitoba**

Lucille Bruce  
 Linda Burnside  
 Kim Canvin  
 Nicole Chammartin  
 Crystal Chercoe  
 Ruth Anne Craig  
 Jino diStasio  
 Pam Fryers  
 Dilly Knol  
 Connie Krahenbil  
 Jennifer MacDonald  
 Craig Marchinko  
 Bev Pageau  
 Ian Skelton  
 Marjorie Soldevilla  
 Carolyn Strutt  
 Ann Tran  
 Joanne Warkentin  
 Brent White  
 Terry Wotton  
 Brian Yuzdepski

**Nouveau-Brunswick**

Christyne Allain  
 Claudette Bradshaw  
 Gayle Capson  
 Isabella Doucette  
 Jacinthe DuFour  
 Blair Gardiner  
 Gary Glauser  
 Denise Hathaway  
 Barb Lemieux  
 Michael Murphy  
 Irena Raduly  
 Barbara Whitenect  
 Lori Young

**Terre-Neuve-et-  
Labrador**

Beverley Barrett  
 Jessica Bartlett  
 Elizabeth Bourgeois  
 Annette Breen

Diane Brown  
 Noreen Careen  
 Desmond Coombs  
 Jocelyn Green  
 Maureen Kearly  
 Shaun MacLean  
 Debbie Sue Martin  
 Donna O'Brien  
 Karon Ann Parsons  
 Linda Ross  
 George Skinner  
 Marilyn Staple  
 Darlene Wall  
 Charmaine Wight  
 Lisa Zigler

**Territoires du Nord-  
Ouest**

Lyda Fuller  
 Arlene Hache  
 Dayle Handy  
 Gloria Idaratis  
 Phyllis Mawdsley  
 Lorraine Phaneuf  
 Sandra Turner

**Nouvelle-Écosse**

Linda Alderson  
 Stephen Ayer  
 Linda Bayers  
 John Campbell  
 Peggy Chapman  
 Carol Charlebois  
 Linda Courey  
 Cathy Crouse  
 Valerie David  
 Claudia Jahn  
 Peggy MacCormack  
 Patricia Murray  
 Paul O'Hara  
 Carol Tooton  
 Ida Vincent

**Nunavut**

Elizabeth Debicka  
 Shylah Elliott  
 Lorne MacLeod  
 Nancy Pellerin

**Ontario**

Craig Atkinson  
 Jean Becket  
 Peggy Birnberg  
 Elna Burgess  
 Maria Crawford  
 Sonja Cronkhite  
 Gwen DuBois-Wing  
 Nick Falvo  
 Cheryl Forchuk  
 Maurice Fortin  
 Nicole Giles  
 Colleen Hendrick  
 David Kelley  
 Sharad Kerur  
 Sheryl Lindsay  
 Marc Maracle  
 Lee McKenna  
 Jai Mills  
 Fay More  
 Mike Poulin  
 Sylvie Rancourt  
 Jim Restall  
 Bob Rose  
 Diana Summers  
 Ishbel Solvason  
 Wiebe  
 Brigitte Witkowski  
 Petra Wolfbeiss  
 Carol Zoulalian

**Île-du-Prince-  
Édouard**

Roma Arsenault  
 Carl Doucette  
 Heather Rix  
 Bev Thomson  
 Les Wagner  
 Laurie Wallace

**Québec**

Suzanne Boulerice  
 Mélanie  
 Charbonneau  
 Alex Chayer  
 Lucie Coté  
 Sonia Coté  
 Béatriz Delgado  
 Albano Gidaro  
 Alain Lesage

Marie Murphy  
 François Nevue  
 Myra Piat  
 Claude Roy  
 Audrey Vézina

**Saskatchewan**

Donna Bowyer  
 Louise Burns-Murray  
 Jo-Ann Coleman-  
 Pidskalny  
 Carole Eaton  
 Les Gray  
 Denise Legebokoff  
 Brandon Little  
 Kevin McArthur  
 Bruce McKee  
 David Nelson  
 Sharyn Swann  
 Jim Wasilenko

**Yukon**

Kristina Craig  
 Terry Creamer  
 Marie Fast  
 Charlotte Hrenchuk  
 Jan Langford  
 Michele McDonnell  
 Leslie Robert  
 Cathy Stannard

**Groupe de référence  
national**

Carolann Barr  
 Mike Buzzelli  
 Jody Ciufu  
 Rick Crognale  
 Deqa Farah  
 Nicholas Gazzard  
 Sylvie Guibert  
 David Hulchanski  
 Craig Jones  
 Ed Nera  
 Michael Shapcott  
 Elizabeth White

## ÉQUIPE DE RECHERCHE

### Chercheurs principaux

**John Trainor**

Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Peggy Taillon**

Conseil canadien de développement social

**Nalini Pandalangat**

Centre de toxicomanie et de santé mentale

### Membres de l'équipe de recherche

Natasha Poushinsky, *Conseil canadien de développement social*

Nick Kerman, *Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Reena Sirohi, *Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Rita Busat, *Conseil canadien de développement social*

Alfred Cormier, *Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Nadia Palarchio, *Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Emily VonderPorten, *Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Dinah Ener, *Conseil canadien de développement social*

David Reville, *Université Ryerson*

John Sylvestre, *Université d'Ottawa*

Réseau national pour la santé mentale

L'équipe de recherche est très reconnaissante aux membres de l'équipe qui ont accepté un autre emploi avant la présentation du rapport du travail qu'ils ont accompli dans le cadre de cette étude : Joan Nandlal (Centre de toxicomanie et de santé mentale) et Nicole Zahradnik (Centre de toxicomanie et de santé mentale). L'équipe de recherche tient également à souligner l'apport à l'analyse documentaire menée pour le projet de Heather McKee (Centre de toxicomanie et de santé mentale), de l'Unité de recherche et de soutien communautaire (Centre de toxicomanie et de santé mentale), de Claire Baxter (stagiaire de recherche de deuxième cycle; Centre de toxicomanie et de santé mentale) et de Tatiana Stergiou (stagiaire sur le terrain; Centre de toxicomanie et de santé mentale). Nous aimerions également remercier les personnes suivantes appartenant au Centre de toxicomanie et de santé mentale de leur participation à la révision du rapport :

Susan Eckerle Curwood

Mariam Verjee

Trent Copp

Kimberly Hunter

Jenifer Kim

David Oddie

Sarah Waldman

Mohamed Al-Haj (chercheur bénévole)

Ranjit Jaques (chercheur bénévole)



## APPEL À L'ACTION

**Il y a plus de soixante ans, la vie des personnes ayant une maladie mentale au Canada a changé profondément.** Le mouvement a débuté en Saskatchewan, mais s'est rapidement propagé dans tout le pays. Les fondements de l'ancien système, dans lequel les personnes ayant une maladie mentale étaient traitées comme des citoyens de deuxième classe, privées de leurs droits et institutionnalisées pendant de longues périodes, s'est effondré peu à peu. Les idées reçues du moment, à savoir que les personnes ayant une maladie mentale<sup>1</sup> étaient violentes, sans défense ou même dangereuses pour les autres citoyens si elles vivaient parmi eux, ont commencé à être remises en question. C'est aussi à ce moment que notre société a pris conscience du fait que les hôpitaux mentaux vers lesquelles les personnes ayant une maladie mentale étaient dirigées pour des séjours de longue durée étaient anachroniques, et même carrément nocifs pour leurs patients.

D'autres facteurs ont fait évoluer la situation des personnes ayant une maladie mentale et ont mené au processus connu sous le nom de « désinstitutionnalisation ». **Ce mouvement s'est propagé dans tout le Canada, si bien que dans la moitié des années 1970, nous avons assisté à des fermetures massives de lits pour patients hospitalisés, et même d'hôpitaux psychiatriques en entier.** Au total, 80 % des lits pour personnes ayant une maladie mentale ont été fermés au cours de cette période, et le taux de fermeture relatif a même été plus élevé si le facteur de l'augmentation de la population est pris en compte.

Cette fermeture de lits s'est accompagnée de la propagation de nouvelles idées. Dans son ouvrage précurseur intitulé *More for the Mind* (Tyhurst et coll., 1963), l'Association canadienne pour la santé mentale proposait une nouvelle vision de la maladie mentale, laquelle devenait « une maladie comme les autres » devant être traitée dans des hôpitaux généraux et dans les services pour patients externes. L'objectif était de faire en sorte que les personnes souffrant d'une maladie mentale demeurent dans leur milieu même si les moyens à prendre à cette fin n'ont jamais été clairement précisés. **La nouvelle vision revenait au mieux à préconiser que l'on soustrai les personnes ayant une maladie mentale à l'incarcération de longue durée et à reconnaître que la maladie mentale ne pouvait pas être vue simplement comme une caractéristique parmi d'autres d'une personne.** Une évolution terminologique a accompagné l'évolution des mentalités. On a commencé à parler de « personnes ayant une maladie mentale » au lieu de « malades mentaux » ou de « schizophrènes ». La notion de capacité est entrée dans la terminologie clinique et, à la surprise de nombre de personnes, on a découvert que les personnes ayant une maladie mentale étaient souvent très ingénieuses et pouvaient se prendre en charge dans des circonstances difficiles.

**Cette nouvelle façon de voir les personnes ayant une maladie mentale a été au nombre des importants changements sociaux à survenir au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle.** Les femmes, les minorités

---

<sup>1</sup> Le présent rapport reprend la terminologie en usage à la Commission de la santé mentale du Canada. Si le dialogue se poursuit quant à la façon de décrire les personnes ayant une maladie mentale (p. ex., consommateurs, survivants, personnes ayant un vécu de maladie mentale, patients), l'équipe de recherche a, de façon générale, utilisé la terminologie entérinée par le comité de projet pour ce rapport : personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de santé mentale. Il arrive qu'elle utilise à divers endroits dans le rapport la formule abrégée « personnes ayant une maladie mentale ». L'équipe utilise le terme « personnes ayant des problèmes de santé mentale » pour désigner les personnes qui, pour diverses raisons, n'ont pas reçu un diagnostic de maladie mentale comme tel, mais dont les besoins doivent être pris en compte dans la planification des besoins en logement et des besoins connexes généraux des personnes ayant une maladie mentale.

raciales, les Autochtones et les personnes handicapées notamment ont lutté contre les stéréotypes et les préjugés dont ils étaient victimes. Dans la plupart des cas, ces luttes se poursuivent, mais d'importants progrès ont été réalisés. Quant aux personnes ayant une maladie mentale, dans la majeure partie des régions canadiennes, elles se sont remises à avoir espoir dès lors qu'elles cessaient d'être isolées du reste des membres de la société et qu'on les libérait des vieux établissements d'internement où elles n'auraient jamais dû être envoyées au départ.

Certains sont d'avis que cet espoir était justifié. **Il a été bénéfique pour plusieurs milliers de Canadiens ayant une maladie mentale de pouvoir vivre dans la collectivité.** Par rapport à autrefois, un nombre relativement faible de ces Canadiens sont maintenant dirigés vers les systèmes de santé mentale. Les soins dont ces personnes ont besoin leur sont souvent dispensés par du personnel de soins primaires. Tous les Canadiens ayant une maladie mentale ne sont cependant pas dans cette situation et des problèmes se posent dans le cas de ceux qui sont atteints des maladies présentant les plus grands défis. **Des statistiques troublantes ont été présentées dans le cadre du débat public entourant le sort des personnes ayant une maladie mentale, statistiques indiquant dans cette population une diminution de l'espérance de vie, une augmentation de l'itinérance et le remplacement des établissements psychiatriques par les prisons.** Force a été de constater que la planification en vue d'assurer une intégration réussie des personnes ayant une maladie mentale à la collectivité avait été lacunaire et que la fermeture des lits était loin d'avoir été la mesure la plus difficile. En effet, il était beaucoup plus difficile de concevoir comment les personnes faisant face à des difficultés d'intégration continues pouvaient vraiment trouver leur place dans les villes, grandes et petites, et les milieux ruraux et éloignés du pays. Avec le recul, nous voyons que la désinstitutionnalisation n'était que le début d'un processus beaucoup plus complexe. L'enjeu véritablement de taille était d'assurer l'intégration complète des personnes ayant une maladie mentale dans la société canadienne, objectif dont l'atteinte posait de réelles difficultés pour un nombre important d'entre elles. Les changements révolutionnaires amorcés par le phénomène de la désinstitutionnalisation ne sont pas encore terminés.

**Nous nous trouvons maintenant à une croisée de chemin. Grâce à nos nombreuses réussites, mais aussi en raison de nos nombreux échecs, nous avons acquis un énorme savoir et une riche expérience.** Quel que soit notre rôle dans ce domaine ou notre point de vue sur l'enjeu de la santé mentale, nous pouvons maintenant tirer parti de ce précieux acquis. Nous comprenons maintenant mieux les maladies et les modèles de soutien, le concept du rétablissement s'est implanté et les voix des personnes ayant une maladie mentale et de leur famille sont maintenant souvent entendues. Nous pouvons aussi affirmer sans risque de nous tromper que de nombreux intervenants du domaine de la santé mentale ont tiré les enseignements voulus des erreurs du passé.

Des défis se profilent à l'horizon, mais l'avenir est également prometteur. Bon nombre de provinces et de territoires soit élaborent, soit mettent déjà en œuvre des stratégies en matière de réforme de la santé mentale. Ces efforts sont déployés dans le contexte d'un appel à l'innovation et à l'inventivité. La priorité va maintenant à la créativité et à la formulation des problèmes. La Commission de la santé mentale du Canada est aussi un gage d'évolution positive. La Commission, qui pendant de nombreuses années a joué un rôle discret à l'échelle nationale, a imprimé un nouvel élan à l'examen des enjeux et a revigoré le débat.

Il s'agit d'éléments puissants – l'expérience et les enseignements tirés, d'une part, et un engagement renouvelé envers le changement, d'autre part. Les principaux intéressés, soit les personnes ayant des troubles mentaux, leur famille, les professionnels de la santé, les décideurs et les planificateurs se sont également prononcés en faveur du changement. Bien qu'il existe naturellement de nombreux points sur lesquels les avis sont partagés, un consensus sans précédent se dégage à l'égard des mesures à prendre pour favoriser l'inclusion et le rétablissement.

**Le moment est venu de terminer le travail entrepris depuis déjà de nombreuses années.** Il est de toute évidence possible aux personnes ayant des troubles mentaux d'être acceptées par leurs concitoyens et de vivre avec dignité dans leur milieu. De nombreuses mesures, allant des bons traitements à divers types de mécanismes de soutien, s'imposent pour permettre la réalisation de cet objectif. À cet égard, une mesure se

démarque des autres. En effet, rapports après rapports mettent l'accent depuis longtemps sur le rôle capital de l'aide au logement.

## Le logement, le bien-être et la santé

L'importance du logement dans la vie de chacun est claire et évidente. La sécurité en matière de logement repose sur divers éléments : coût, durée d'occupation, attrait et sécurité des lieux et état de l'habitation elle-même. Ces éléments concourent à créer ce que l'on appelle un « chez-soi », terme ayant plusieurs acceptions importantes. Lorsque les éléments susmentionnés sont réunis, ils créent un point d'ancrage et deviennent un élément clé de la vie. C'est à partir de son chez-soi qu'une personne s'intègre à son milieu, et c'est aussi l'endroit auquel elle retourne chaque jour pour refaire le plein après s'être acquittée de ses devoirs quotidiens. Les personnes ayant une maladie mentale sont très conscientes de l'importance du logement dans leur vie.

Les recherches scientifiques confirment d'ailleurs la justesse de ce point de vue. Ce rapport fait ressortir le fait qu'un nombre significatif de travaux classent le logement au nombre des déterminants de la santé. Le chercheur universitaire canadien James Dunn et ses collaborateurs (2002) arrivent à la conclusion suivante : **« le logement, en tant que lieu central des activités quotidiennes, est sans doute l'un des principaux facteurs socioéconomiques exerçant une influence sur la santé »**. [traduction libre] Une analyse documentaire menée par Dunn (2000) a mis en lumière la façon dont le logement exerce une influence sur la santé : 1) l'itinérance entraîne des conséquences néfastes importantes pour la santé; 2) de mauvaises conditions de logement comme le mauvais état des locaux, le manque d'espace et l'humidité nuisent à la santé; 3) l'affectation au poste budgétaire du logement d'une proportion démesurément importante du revenu a des conséquences pour la santé. Bryant (2003) donne plus de précisions sur les conséquences du logement pour la santé et attire l'attention sur les principales conclusions suivantes découlant de plusieurs études :

- Par rapport aux personnes non itinérantes, les personnes itinérantes souffrent plus fréquemment d'un ensemble de problèmes de santé et leur espérance de vie est inférieure de 20 ans (Hwang, 2001).
- De mauvaises conditions de logement sont préjudiciables pour la santé. Marsh et ses collaborateurs ont étudié la situation d'un important échantillon de personnes et ont ainsi établi que le logement a une incidence indépendante sur la santé (Marsh, Gordon, Pantazis et Heslop, 1999).
- L'affectation d'une part disproportionnée de son revenu au poste budgétaire du logement empêche une personne de pouvoir subvenir à ses besoins de base et, notamment, de s'alimenter de façon saine. Les prestations d'aide sociale et d'invalidité qui sont versées aux personnes ayant une maladie mentale ne suffisent pas à cette fin. Selon Bryant (2003), cette situation ne fait qu'accroître l'exclusion sociale de ces personnes.

S'il est vrai que chacun a besoin d'un logement sûr, cela vaut encore davantage pour les personnes ayant une maladie mentale, et c'est la raison pour laquelle ces personnes sont tellement convaincues de l'importance du logement. Or, il arrive trop souvent qu'elles soient privées d'un logement sûr, ou d'un logement tout court. De nombreuses sections de ce rapport traitent d'expériences personnelles et confirment les conclusions de nombreuses autres études ainsi que les constats de nombreuses personnes ayant une maladie mentale. Le cri de ralliement d'un nombre croissant de personnes ayant une maladie mentale est **« un chez-soi, un emploi, un ami »**.

## Coût de l'inaction

Le financement des systèmes de santé exige actuellement au Canada l'affectation d'une part de plus en plus grande de nos ressources financières. Il est absolument nécessaire de « dépenser de façon intelligente » pour réduire les coûts et d'adopter des modèles efficaces permettant aux malades de jouer un rôle actif dans leur prise en charge et dans leur rétablissement. La même chose vaut pour les systèmes de santé mentale. Or, les investissements au titre du logement sont au nombre des dépenses intelligentes qui s'imposent. En fait, il est

rare dans le domaine de la santé qu'il soit possible de proposer une solution aussi simple. Ce rapport répertorie la vaste gamme de programmes, de modèles, d'innovations et de solutions créatives en matière de logement qui ont été proposés dans tout le pays. Nous ne sommes pas à court de solutions et l'infrastructure de base est déjà en place. **Partout au Canada, on s'entend pour dire que nous n'avons pas mené jusqu'au bout l'action nécessaire dans le domaine du logement et que nous en payons maintenant le prix.**

On peut donner en exemple de dépenses non intelligentes l'autre niveau de soins (ANS). Les patients ANS sont hospitalisés lorsqu'ils pourraient vivre dans la collectivité. Le coût de l'autre niveau de soins est élevé – un patient qui n'a pas besoin d'être hospitalisé occupe un lit coûteux. Un grand nombre des personnes ayant joué un rôle dans la préparation de ce rapport ont relevé ce problème auquel il faudrait s'attaquer de façon prioritaire dans bon nombre de provinces et de territoires. Or, pour résoudre le problème que posent les patients ANS, il faut aussi résoudre le problème du logement.

L'itinérance constitue un autre problème d'envergure nationale. Sa relation avec le logement et les services connexes est évidente. Et que dire du coût de ce problème? D'abondantes recherches aboutissent à cet égard à des conclusions limpides. **Premièrement, les personnes itinérantes peuvent abandonner l'itinérance.** Les recherches indiquent que l'itinérance est liée à l'absence de logement, non à la maladie mentale. La maladie mentale n'est pas la cause de l'itinérance. **Deuxièmement, trouver un logement pour les personnes itinérantes permet d'économiser de l'argent.** En effet, il en coûte davantage pour accueillir les personnes itinérantes dans des refuges et pour leur dispenser les services de santé et les services connexes supplémentaires dont elles ont besoin que de leur fournir un logement et des services connexes.

Les exemples de l'autre niveau de soins et de l'itinérance font ressortir le fait que les personnes ne pouvant pas se prendre en charge entraînent des coûts élevés pour tout système de santé. Certaines personnes ne peuvent effectivement pas se prendre en charge pour tout un ensemble de raisons médicales et, dans leur cas, la seule solution qui s'offre est de leur fournir des soins de qualité en établissement. La tendance très claire dans le domaine de la santé est cependant de redéfinir les circonstances où la seule solution est celle-là. Les recherches concluent à l'existence d'autres solutions comme en témoignent le raccourcissement des séjours en établissement et l'accent mis sur les soins à domicile. Des investissements stratégiques dans le logement et les services connexes sont au nombre des solutions auxquelles il est possible de recourir, des solutions qui permettront d'éviter que les personnes itinérantes ne se retrouvent dans nos salles d'urgence ou en prison et de fournir aux personnes qui sont hospitalisées faute d'autre forme de logement, le logement avec services partiels dont elles ont besoin pour vivre dans la collectivité.

## Aider les personnes ayant une maladie mentale à se prendre en charge

Notre objectif était de travailler avec les personnes ayant une maladie mentale grave afin de mieux comprendre leurs perceptions à l'égard de la police ainsi que leurs interactions avec elle. Pour réaliser cet objectif, nous nous sommes posé cinq questions de recherche clés :

- Quelle est l'étendue de nos connaissances actuelles à l'égard des interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale?
- Dans quelles circonstances les personnes ayant une maladie mentale disent-elles avoir des interactions avec la police?
- Quels sont les facteurs auxquels il est possible d'attribuer les perceptions positives ou négatives des personnes ayant une maladie mentale à l'égard de leurs interactions avec la police?
- Les personnes ayant une maladie mentale et les membres du grand public ont-ils des attitudes différentes à l'égard de la police?
- Comment les personnes ayant une maladie mentale pensent-elles qu'il est possible que leurs perceptions de la police et de leurs interactions avec elle s'améliorent?

## L'avenir

**Imaginons que des visiteurs provenant d'un autre monde viennent étudier notre façon de traiter les personnes ayant une maladie mentale.** Ils constateraient, d'une part, l'existence d'un système de traitement doté, comparativement à d'autres systèmes, d'assez bonnes ressources et exploité par des spécialistes bien formés. Les investissements consentis pour assurer la bonne marche de ce système sont élevés, les séjours à l'hôpital coûtant souvent entre 400 et 800 \$ par jour. On peut cependant dire que les personnes ayant une maladie mentale au Canada sont parmi les habitants du monde à recevoir de très bons soins.

D'autre part, ces mêmes visiteurs constateraient également que les choses se gâtent passablement au moment où la personne ayant une maladie mentale reçoit son congé de l'hôpital, en particulier si elle souffre d'une maladie mentale grave. Cette personne, toujours atteinte de la même maladie que celle qui lui a valu d'être hospitalisée, ne reçoit plus comme aide que de 20 à 35 \$ par jour sous forme de prestations d'invalidité. Or, elle ne pourrait normalement pas se loger décentement à moins de consacrer de 70 à 90 % de cette somme à ce poste budgétaire. À moins de participer à un programme spécial, une personne ayant une maladie mentale ne peut donc pas se loger correctement. Elle vit bien en deçà du seuil de pauvreté, avec tout le stress et les répercussions sur la santé que cela entraîne. Dans ces circonstances, le rétablissement relève du miracle.

Devant cette contradiction, nos visiteurs ne sauraient sans doute que penser. **L'escalade des dépenses de santé crée une crise, mais les investissements stratégiques consentis pour s'attaquer aux causes premières de cet état de fait ne suffisent pas.** Au Canada, tout est actuellement en place pour nous permettre de terminer le travail entrepris il y a 60 ans par des pionniers ayant une maladie mentale, des familles et des spécialistes. Comme ce rapport l'indique, nous pouvons compter sur une riche expérience et des idées novatrices. **Nous savons quels sont les types de logement et les services connexes dont ont besoin les personnes ayant une maladie mentale. Nous connaissons les formules qui ont fait leurs preuves.** Ce que nos visiteurs pourraient peut-être nous dire avec insistance, c'est que le logement est un élément essentiel de la santé.

Il ressort de notre étude que jusqu'à 520 700 personnes ayant une maladie mentale ne sont pas adéquatement logées au Canada et que, de ce nombre, jusqu'à 119 800 sont itinérantes<sup>2</sup>. Le nombre de logements avec services de soutien destinés aux personnes ayant une maladie mentale ne s'élève qu'à 25 000. Les personnes que nous avons sondées ont attiré notre attention sur l'existence de longues listes d'attente pour ces logements, le piètre état des logements, l'inaccessibilité des services de soutien, l'absence de logements de transition et l'absence de revenu, de sécurité alimentaire et de choix. Elles réclament la mise en œuvre, au cours des dix prochaines années, d'une stratégie en matière de logement et de services connexes axée sur le rétablissement. Car nous pouvons, et nous devons, faire mieux pour aider les personnes ayant une maladie mentale.

---

<sup>2</sup> Nous sommes parvenus à ces chiffres à partir des données figurant dans des rapports de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (2005), de Kirby et Keon (2006), de Patterson et coll. (2008) et de Statistique Canada (2009).

# PLAN DE RECHERCHE ET MÉTHODES D'ANALYSE

## Buts et méthodes

Le projet a été conçu pour éclairer la Commission de la santé mentale du Canada (ci-après la Commission) sur les besoins actuels en matière de logement et de services connexes des Canadiens ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Il donne un aperçu global de ces besoins à l'échelle nationale à partir de différents angles dans le but d'appuyer la planification et d'éclairer les orientations politiques en matière de logement et de services connexes.

Voici quels étaient **les buts** du projet :

- Procéder à une évaluation nationale des besoins et de l'offre actuels en matière de logement et de services connexes de qualité pour les personnes ayant un problème de santé mentale ou une maladie mentale.
- Établir des programmes modèles pour qu'il soit possible d'offrir aux personnes ayant une maladie mentale un éventail de choix en matière de logement.
- Établir les conditions et les mesures qui s'imposent aux échelons provincial, territorial et municipal en vue de créer une offre et un éventail de logements adéquats pour les personnes ayant une maladie mentale.
- Établir les services dans la communauté (c'est-à-dire le « panier de services ») nécessaires pour aider les personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale à se loger.
- Chiffrer les coûts et les avantages économiques, personnels et sociaux de la mise en place ou de la non-mise en place de services de logement spécialisés et de services connexes.

Les chercheurs participant au projet ont eu recours à de multiples méthodes pour rejoindre les divers groupes d'intervenants répartis dans les provinces et les territoires. **Le rapport reflète par ailleurs la rétroaction obtenue des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.** Pour une description détaillée des méthodes utilisées, prière de consulter l'Annexe 1.

## PRINCIPALES MÉTHODES

### Groupes de référence provinciaux, territoriaux et national

Quatorze groupes de référence provinciaux, territoriaux et national ont été mis sur pied; ces groupes comptaient 150 chefs de file des domaines du logement et de la santé mentale venant de tous les coins du pays. Les groupes de référence (un groupe par province et par territoire et un groupe national) ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration des diverses étapes du projet, de la planification à la collecte et à l'analyse des données.

### Entrevues menées auprès des intervenants clés au sein du système

Plus de 75 intervenants clés ont été interviewés dans le but de recueillir de l'information sur l'offre actuelle en logements et en services de soutien au Canada. Ces intervenants comprenaient des représentants des régies de santé régionales, des sociétés de logement provinciales, des pourvoyeurs de logements municipaux et des ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux en mesure de fournir de l'information à jour sur les modèles de logement et de services connexes dans leur région respective.



## **Personnes-ressources à l'échelle internationale**

Des entrevues ont été menées auprès de sept spécialistes internationaux connaissant bien les différents modèles de logement en place dans divers pays. Cinq personnes-ressources provenaient des États-Unis, une du Portugal et une autre d'Irlande.

## **Webinaires**

Soixante-dix personnes ayant un problème de santé mentale ou une maladie mentale ont participé à sept consultations par webinaire (pour les conclusions de ces consultations, voir Annexe 2). Les provinces et les territoires ont été regroupés en six régions, un webinaire ayant été tenu par région : Alberta et Colombie-Britannique; Manitoba et Saskatchewan; Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon; Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard; Québec; et Ontario. Un second webinaire a eu lieu dans la région constituée par l'Alberta et la Colombie-Britannique en raison du degré élevé d'intérêt manifesté pour cette consultation.

## **Sondages**

Des sondages ont été élaborés et diffusés auprès de personnes ayant un problème de santé mentale ou une maladie mentale, des membres de leur famille, des pourvoyeurs de services de santé mentale dans la communauté, des pourvoyeurs de logements, des administrateurs de centres hospitaliers et des chefs de services cliniques. Les questionnaires ont été distribués à des personnes dont les coordonnées figuraient dans une base de données établie par l'équipe de recherche. Cette base de données comportait des réseaux de fournisseurs de services de santé mentale, des réseaux de fournisseurs de logements sociaux et de logements destinés aux personnes ayant une maladie mentale et d'hôpitaux comptant des lits spécialisés pour personnes ayant une maladie mentale ainsi que les membres des groupes de référence. Plus de 850 réponses ont été reçues (voir Annexe 3) de la part de 330 personnes ayant un problème de santé mentale ou une maladie mentale, 183 membres de leur famille, 216 pourvoyeurs de services de santé mentale dans la communauté, 96 pourvoyeurs de logements et 35 administrateurs hospitaliers et chefs de clinique.

## **Analyse documentaire**

Une analyse documentaire complète des travaux de recherche publiés ainsi que des travaux parallèles a été menée dans le cadre du projet (voir Annexes 4, 5 et 6). Cette analyse visait les principaux objectifs suivants : dresser l'historique et établir l'état actuel des logements sociaux au Canada; comprendre l'incidence du logement sur la santé et sa place dans le contexte de la politique sociale; discuter du lien entre le logement et les droits fondamentaux de la personne et les conséquences de ce lien pour les gouvernements; étudier la façon dont d'autres pays répondent aux besoins en logements abordables de leur population; enrichir l'information existante sur les coûts économiques, sociaux et personnels de la non-satisfaction des besoins en matière de logement; présenter sous forme abrégée les facteurs à prendre en compte en vue de l'élaboration de politiques et de stratégies à long terme en matière de logement abordable.

## **Cartographie**

Des « cartes » ou des tableaux des services de logement et des services connexes, de l'organisation structurelle de ces services, des principales initiatives, des pratiques prometteuses, des défis et des tendances ont été élaborés pour chaque province et chaque territoire (voir Annexe 7). Les cartes ont été établies en fonction des entrevues menées auprès des intervenants clés, dont la plupart travaillent dans les secteurs du logement et de la santé mentale. Ces cartes ou ces tableaux ont également été établis à partir de sites Web gouvernementaux, de rapports annuels et de rapports de planification.

## Visites de site

Dans le but de répertorier les innovations dans le domaine du logement et des services connexes qui visent à relever les défis qui se posent dans ce domaine et produire des changements positifs, l'équipe de recherche a rendu visite à plus de 30 projets de logement novateurs répartis dans tout le Canada (voir Annexe 8). Les membres de l'équipe ont, au cours de ces visites, mené des consultations approfondies auprès de multiples intervenants, y compris des représentants des centres hospitaliers, des personnes ayant une maladie mentale, des pourvoyeurs de logements, des ministères, des groupes de soutien par les pairs et des pourvoyeurs de services de santé mentale.

## ANALYSE DES DONNÉES

Le logiciel SPSS a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données recueillies au moyen du sondage. L'analyse des données qualitatives a comporté l'analyse détaillée des transcriptions, des procès-verbaux des réunions des groupes de référence, des notes des webinaires et des notes de terrain prises lors des visites de site. Cette analyse a été à la fois inductive et déductive et a permis d'élargir le savoir existant, de fournir de l'information sur des domaines moins connus et de faire ressortir de nouveaux thèmes et catégories. La triangulation a été effectuée en utilisant diverses approches pour trouver des réponses aux questions de recherche, ce qui a renforcé la validité des conclusions tirées.

## Facteurs à prendre en compte

Les sondages ont été envoyés à un auditoire national et regroupés en fonction des intervenants. Pour des raisons liées à la portée et à la durée de l'étude, il a cependant été impossible de faire un échantillonnage au hasard, ce qui explique la surreprésentation ou la sous-représentation par inadvertance de certains groupes, provinces ou territoires. Par ailleurs, l'impossibilité de faire un échantillonnage au hasard a eu l'avantage analytique de permettre de mieux comprendre les niveaux de participation, la concentration ou la pénurie de services dans diverses régions géographiques et d'obliger l'équipe de recherche à recourir à des méthodes qualitatives pour saisir les problèmes auxquels sont confrontés certains intervenants, provinces et territoires sous-représentés. Cela a particulièrement été le cas pour les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les groupes d'intervenants, ce sont les hôpitaux dont le taux de participation au sondage a été le moins élevé. Les personnes ayant une maladie mentale vivant de façon autonome ont davantage participé à l'étude que les personnes ayant une maladie mentale vivant dans des logements regroupés. Cette situation peut être attribuable à des problèmes d'accès bien que des efforts concertés ont été déployés pour rejoindre les personnes ayant une maladie mentale occupant divers types de logements par l'entremise des pourvoyeurs de services de logement et aussi en fournissant à ces personnes des exemplaires papier du sondage électronique pour qu'elles puissent le remplir manuellement.

Un autre facteur à prendre en compte est que bien que cette étude ait mis l'accent sur le logement et les services connexes offerts aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, ces questions ne peuvent pas être étudiées sans tenir compte des dépendances et des troubles concomitants. Cette réalité a été intégrée aux sondages et à d'autres aspects de la recherche selon les besoins, ce qui a permis l'identification de certains enjeux clés ainsi que les cas de chevauchement.

**Vu la gamme étendue des méthodes utilisées dans le cadre du projet de recherche, les contraintes que nous venons d'indiquer ainsi que les inconvénients de chaque méthode n'ont pas eu la même incidence que ce qu'ils auraient eu autrement.** L'équipe de projet a donc pu brosser un tableau complet des enjeux liés au logement et aux services connexes tout en respectant le temps et le budget qui lui avait été alloué.

## Stratégie relative à l'échange des connaissances

La participation par des moyens variés (webinaires, visites de sites, téléconférences des groupes de référence et séances d'information en ligne) aux différents volets de l'étude par des intervenants de tous les milieux a créé un terrain propice à l'échange de connaissances sous la forme de partage de l'information et de consultations. L'équipe de recherche et la Commission de la santé mentale du Canada ont également collaboré à l'élaboration d'un plan relatif à l'échange des connaissances dont la mise en œuvre se poursuivra au-delà de la durée du projet grâce à une subvention obtenue à cette fin des Instituts de recherche en santé du Canada.

La Stratégie relative à l'échange des connaissances est conçue pour favoriser un dialogue constructif et continu entre différents groupes d'intervenants et le partage de l'information de façon créative. **L'élan qui sera imprimé par l'entremise de cet échange engendrera, à l'échelle nationale, une collaboration, des interventions et une mobilisation dans le domaine du logement et des services connexes.**

**L'Initiative relative à l'échange des connaissances se fixe les objectifs suivants :**

- Créer une plate-forme active et durable pour une collaboration et un échange des connaissances continus.
- Élaborer des mécanismes visant à favoriser la participation continue aux interventions de la Commission de la santé mentale du Canada et d'intervenants clés en vue de l'élaboration de politiques et de stratégies gouvernementales.
- Créer de l'information conviviale axée sur des objectifs et la diffuser par l'entremise de divers moyens.
- Constituer une base de ressources spécialisées comportant une composante interactive en temps réel.

Certaines stratégies relatives à l'échange des connaissances sont déjà en place. Un outil en ligne permettant de se renseigner sur les initiatives de logement innovatrices a été conçu avec le concours des membres des groupes de référence. Le processus de recherche a permis de faire ressortir un certain nombre de domaines d'intérêt clés et les membres des groupes de référence ont été invités à faire partie de groupes transversaux pour échanger de l'information avec d'autres intervenants répartis dans tout le Canada. La stratégie relative à l'échange des connaissances étudiera des façons de trouver des façons créatives de présenter de l'information et les conclusions du projet à divers auditoires. Les rapports et d'autres types d'information seront également diffusés au moyen des sites Web et des portails existants. Ces prochaines étapes seront mises en œuvre dans le cadre du projet d'application des connaissances des IRSC.

## LOGEMENT ET SERVICES CONNEXES AU CANADA

### Terminologie essentielle

Les **logements spécialement réservés** sont des logements spécialement réservés aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale ou aux personnes ayant des troubles concomitants (problèmes de santé mentale et de toxicomanie). Le financement de ces logements est assuré par les municipalités, les provinces et/ou le gouvernement fédéral et, à l'occasion, par le secteur privé. Les logements spécialement réservés se divisent en deux grandes catégories : les logements assortis de services connexes et les options de soins en milieu résidentiel.

Type	Mode d'occupation	Aménagement physique	Lien avec le soutien et description de ce soutien
<p><b>Logements assortis de services connexes</b> : Logement à coût peu élevé (de 25 à 30 % du revenu) qui est assorti d'un certain type de services de soutien dans le but de favoriser l'autonomisation, l'indépendance et le rétablissement.</p>	<p>Les bénéficiaires sont habituellement des locataires ayant signé un bail pour un logement exploité par un propriétaire privé ou par un pourvoyeur de services de santé mentale ou de logements sociaux, selon la façon particulière dont le logement est géré et organisé.</p>	<p>Les locataires occupent habituellement un appartement. Les logements peuvent être situés à différents endroits dans la collectivité (dans des logements sociaux ou dans des immeubles privés ou immeubles locatifs) ou peuvent être regroupés (les appartements se trouvent dans un même immeuble, lequel appartient généralement à un pourvoyeur de services de santé mentale ou un pourvoyeur de logements ou est loué en entier par celui-ci).</p>	<p>Le soutien accordé peut être lié en entier, en partie, ou pas du tout, au logement lui-même et le niveau de soutien peut aller de très faible à très élevé. Les services connexes ont tendance à être souples et personnalisés et comprennent habituellement des <b>services cliniques de santé mentale</b> comme la gestion des cas ou les traitements dans la communauté et des <b>services connexes</b> mettant l'accent sur les ressources et les compétences nécessaires pour favoriser la stabilité en matière d'occupation du logement (p. ex., finances et établissement d'un budget, établissement d'objectifs, alimentation et sécurité alimentaire, examen des problèmes à la source de l'instabilité en matière d'occupation du logement, aide pour le rétablissement de liens avec les aidants naturels et participation aux activités offertes dans la collectivité.</p>
<p><b>Options de soins en milieu résidentiel</b> : Il s'agit habituellement d'un modèle de type chambre et pension dans lequel un exploitant privé offre un ensemble de services. La plupart de ces modèles datent de l'époque de la déinstitutionnalisation lorsqu'on croyait que les clients à long terme ne pouvaient pas se prendre en charge.</p>	<p>Les bénéficiaires ne sont pas habituellement des locataires et versent une indemnité journalière à l'exploitant privé.</p>	<p>Les bénéficiaires partagent habituellement une chambre avec d'autres bénéficiaires et occupent des logements où ils ont accès à une cuisine et à des pièces communes.</p>	<p>Le soutien <b>est lié</b> au logement en milieu résidentiel et il n'y a que <b>peu de souplesse</b> à l'égard des services fournis. Les services comprennent habituellement les repas, la lessive et le ménage. Le fait que les bénéficiaires doivent accepter un ensemble fixe de services compromet le succès des stratégies de rétablissement personnalisées (p. ex., le client ne peut pas se faire à manger). Certains modèles ou exploitants mettent en œuvre, souvent de concert avec les pourvoyeurs de services de santé mentale, des approches nouvelles et innovatrices pour offrir des options plus souples.</p>

Il peut parfois être nécessaire d'accepter de recevoir des services connexes (p. ex., *Priorité au logement*) pour obtenir ce genre de logement.

Les **logements non spécialement réservés** sont des logements financés par les divers paliers de gouvernement qui ne sont pas spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale. De façon générale, ces initiatives visent à fournir du logement dont le coût ne dépasse pas de 25 à 30 % du revenu familial. Si la population cible n'est pas nécessairement les personnes ayant une maladie mentale, il n'en demeure pas moins que ce sont souvent ces dernières qui occupent ce genre de logements, et **cela sans que des services de santé mentale ou des services connexes adéquats ne leur soient offerts pour les aider à ne pas redevenir itinérantes**. Cette situation a été constatée dans toutes les provinces et tous les territoires.

Les modèles de logement comportant des logements spécialement réservés ou des logements non spécialement réservés comprennent notamment des logements sociaux, des programmes de suppléments de loyer (liés à l'unité d'habitation elle-même ou « transférables ») et liés aux particuliers ou aux familles

bénéficiaires), des sociétés de logement sans but lucratif exploitées par des organismes de la communauté, des initiatives de logement abordable et des programmes de logement publics s'adressant à des groupes précis. On trouvera à l'Annexe 7 plus de détails sur la gamme d'options et de définitions en matière de logement.

**Priorité au logement** : L'Annexe 4 décrit de façon complète le programme *Priorité au logement (Housing First)*. **D'abord mis en œuvre à New York, *Priorité au logement* se fixe comme objectif premier de fournir aux personnes qui en ont besoin du logement à prix abordable sans obliger le bénéficiaire à participer à un programme de traitement de la toxicomanie ou à un traitement psychiatrique.** Dans certains modèles du programme *Priorité au logement*, les logements ne doivent pas être regroupés et les services connexes non plus, mais dans les faits, les bénéficiaires du programme voient à l'occasion un travailleur du domaine de la santé mentale ou du soutien au logement et l'emplacement lui-même des logements peut varier. L'élément essentiel du programme tel que le conçoivent ceux qui appuient sa mise en œuvre est qu'il est « axé sur la préférence du consommateur » (Tsemberis et Asmussen, 1999), par opposition au modèle du « continuum » dans le cadre duquel des bénéficiaires potentiels sont rejetés parce qu'ils « ne sont pas prêts pour l'étape du logement » ou parce qu'ils « sont réfractaires au traitement » (en particulier les personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie et celles qui ont été itinérantes ou ont eu des démêlés avec la justice). Ce programme a donné de bons résultats pour ce qui est de promouvoir la stabilité en matière de logement, de réduire l'itinérance et les symptômes psychiatriques et d'améliorer la qualité de vie (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel et Tsemberis, 2005; Pearson, Locke, Montgomery et Burton, 2007; Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen et Shern, 2003).

**Besoins impérieux en matière de logement** (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2004a) : La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) étudie depuis de nombreuses années le sujet des revenus et du coût du logement dans le but d'établir le niveau des « besoins impérieux ». L'établissement des « besoins impérieux » est un processus comportant deux étapes, la première étant que le logement doit correspondre à trois normes : qualité, taille et caractère abordable :

- Qualité : critère visant l'état du logement et permettant d'établir s'il est sûr, possède la plomberie nécessaire et se trouve dans un état raisonnable et habitable.
- Taille : On se reporte aux normes d'occupation nationales pour établir si le logement compte le nombre de chambres nécessaires en fonction de la composition de la famille (mesure relative au surpeuplement).
- Caractère abordable : Cette norme se fonde sur la proportion du revenu familial devant être consacrée au loyer; un ménage qui consacre plus de 30 % de son revenu avant impôt au logement est considéré comme un ménage dans le besoin.

La seconde étape du processus consiste à établir si les ménages faisant face à au moins un de ces problèmes ont accès dans la même collectivité à des options abordables en matière de logement. Dans le cas contraire, ils sont considérés comme des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement.

## Paramètres

L'exercice de cartographie visait à recueillir et à exploiter l'information existante sur la façon dont le logement et les services connexes offerts aux personnes ayant des troubles mentaux<sup>3</sup> ou une maladie mentale sont structurés, financés et exploités dans les provinces et les territoires. **Ces « tableaux »**

Dans le cadre du processus de cartographie, on a demandé aux intervenants clés de fournir des exemples de « pratiques prometteuses » en matière de logement et de services connexes – ces pratiques sont indiquées sur chaque carte; la liste des pratiques ne doit pas être considérée comme une liste exhaustive puisqu'il faut aussi tenir compte des conclusions tirées des visites de site.

<sup>3</sup> Le terme « problèmes de santé mentale » est utilisé étant donné que de nombreuses personnes ayant une maladie mentale peuvent ne pas avoir reçu un diagnostic de maladie mentale comme tel (soit par choix personnel, soit en raison de diverses circonstances comme l'absence d'un psychiatre pouvant poser un diagnostic).

**provinciaux et territoriaux présentent la gamme des options existantes en matière de logement et de services de santé mentale qui s'offrent aux personnes ayant une maladie mentale, les estimations relatives à la capacité actuelle et l'information sur les initiatives en cours ainsi que les défis devant être relevés sur le terrain.** Ces cartes ont été établies à partir d'entrevues menées auprès d'intervenants clés, qui travaillent majoritairement dans les secteurs de la santé mentale et du logement, et qui ont été recommandés par les membres des groupes de référence. L'équipe de recherche s'est aussi servie des sites Web, des rapports annuels et des rapports de planification gouvernementaux pour dresser ces cartes et y a apporté les dernières retouches à la fin de l'automne 2010 en fonction de la rétroaction obtenue des membres des groupes de référence provinciaux et territoriaux ainsi que des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux. On trouvera à l'Annexe 7 des cartes individuelles pour chaque province et chaque territoire.

Le processus présentait les trois défis suivants :

- Faire la distinction entre les logements spécialement réservés aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale et les logements non spécialement réservés pour ces personnes et établir quels logements non spécialement réservés leur sont pourtant accessibles – à titre d'exemple, certaines initiatives en matière de logement social sont accessibles aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, mais ne sont pas financées à ce titre. En outre, de nombreuses personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale résident dans des logements qui ne leur sont pas spécialement réservés.
- L'information visant les logements fournis par des organismes sans but lucratif n'était pas toujours facile à obtenir. Certains organismes offrant des logements aux personnes ayant une maladie mentale ne reçoivent pas de fonds du gouvernement ou de fonds spécifiquement destinés à aider cette population.
- Si les cartes présentent une gamme étendue d'options en matière de logement, elles ne les présentent pas toutes. Elles ne comportent ainsi pas d'information sur les personnes ayant une maladie mentale vivant dans un logement leur appartenant, ni sur celles qui vivent avec des membres de leur famille. Les cartes comprennent de l'information sur les personnes qui vivent dans des maisons de soins de longue durée et dans des résidences pour personnes âgées financées par le gouvernement, mais pas sur celles qui vivent dans des maisons de retraite. De façon générale, les cartes ne fournissent pas non plus d'information sur les personnes ayant une maladie mentale vivant dans des maisons de transition ou dans d'autres logements relevant du système de justice ou des services correctionnels.

En outre, les cartes ne tiennent pas compte des logements se trouvant sur les réserves autochtones<sup>4</sup>. On trouvera cependant à l'Annexe 6 de l'information sur le logement et les services connexes destinés aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.

Pour ces raisons, il est probable que le stock de logements spécialement réservés aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale soit sous-estimé. Quoi qu'il en soit, **c'est la première fois qu'un tableau national de la situation sur le plan logement de ces personnes est proposé; ce tableau donne une idée approximative assez juste, en date de décembre 2010, de l'offre en logements financés par le gouvernement au Canada.**

## Gamme des logements et des services connexes

**Le logement a un lien avec la santé.** L'exercice de cartographie intègre aux logements spécialement réservés aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale les logements avec services et les options

---

<sup>4</sup> L'équipe de recherche est consciente du fait que les Premières nations, les Métis et les Inuits font face à des défis particuliers en matière de logement et de services connexes et que chacune de ces populations a des caractéristiques propres. Pour en faciliter la lecture, les auteurs du rapport utilisent le terme « Autochtones » au lieu de Premières nations, Métis et Inuits.



de soins en milieu résidentiel. Or, ces personnes, comme tous les autres Canadiens, vivent également dans divers types de logements qui ne leur sont pas spécialement réservés. **Voici la gamme de ces logements :**

- Logement dont la personne ayant une maladie mentale est propriétaire.
- Logement partagé avec des membres de la famille ou des amis.
- Appartement loué sur le marché locatif privé.
- Logements sociaux (y compris les logements publics, sans but lucratif, coopératifs et autres types de logements abordables).
- Logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale<sup>5</sup> (y compris des logements répartis dans toute la collectivité et pour lesquels le bénéficiaire reçoit un supplément de loyer ou une prestation transférable lui permettant de louer un logement sur le marché locatif privé, les immeubles spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale qui comportent des appartements autonomes et des maisons spécialement réservées où les personnes ayant une maladie mentale ont une chambre individuelle ou partagent une chambre avec une autre personne) assortis de divers types de services connexes ou de services cliniques d'intensité variable.

Par ailleurs, il y a aussi des personnes qui, en raison du manque de logements et de services connexes appropriés, doivent vivre dans des hôpitaux et des refuges ou dans des logements inadéquats et dangereux, et cette situation a un effet dévastateur sur leur capacité de rétablissement. Le thème général qui ressort de l'exercice de cartographie, c'est l'énorme incidence pour les personnes ayant une maladie mentale du manque de choix en matière de logement – que ce soit sur le marché locatif privé ou dans des logements qui sont « spécialement réservés » aux personnes ayant une maladie mentale. **Diverses décisions ayant pour conséquence de limiter les interventions gouvernementales dans le domaine du logement au cours des 25 dernières années<sup>6</sup> ont suscité au Canada une crise du logement abordable** (Falvo, 2003; Hulchanski 2003; Institut Wellesley, 2008; daSilva et coll., 2008; Mikkonen et Raphael, 2010), **dont l'ampleur réduit considérablement la gamme des choix en matière de logement s'offrant aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.**

**Pour pouvoir réserver aux personnes ayant une maladie mentale des logements adéquats, convenables et abordables, il est absolument nécessaire que l'offre en logements sociaux soit suffisante.** Dans bon nombre de provinces et de territoires, les logements sociaux et les suppléments de loyer sont les principaux choix que les gouvernements proposent en matière de logement aux personnes ayant une maladie mentale, les régies de santé et les organismes sans but lucratif régionaux offrant, pour leur part, les services connexes.

Il serait possible de diverses façons d'aider les personnes ayant une maladie mentale à trouver un logement abordable. Pomeroy (2001) propose plusieurs moyens de fournir à l'ensemble de la population des choix abordables en matière de logement :

Voici des exemples de mesures liées à l'offre qui visent à réduire ou à subventionner le coût de la construction de logements de manière à rendre le logement abordable :

- Soutien direct pour la construction de logements publics ou sans but lucratif.

---

<sup>5</sup> De nombreux choix en matière de logement spécialement réservés comportent des logements sociaux, ces choix pouvant être assortis de suppléments de loyer ou prendre la forme de logements sociaux ou de partenariats avec des pourvoyeurs de services de santé mentale ou de logements abordables.

<sup>6</sup> On trouvera à l'Annexe 5 un bref historique de la politique canadienne en matière de logement. Cet historique permettra de bien comprendre le contexte général dans lequel se situent les choix en matière de logement qui s'offrent aujourd'hui aux personnes ayant une maladie mentale.

- Incitatifs pour l'exploitation de logements locatifs privés.
- Mesures favorisant la création de logements locatifs en créant des conditions égales pour ce secteur.
- Réduction des coûts de développement.
- Promotion de formules peu coûteuses (p. ex., chambres individuelles, appartements secondaires).
- Nouvelles tendances en matière d'accès à la propriété (p. ex., faciliter l'acquisition de logements par le secteur sans but lucratif).

Voici les mesures liées à la demande visant à augmenter la capacité des ménages à se loger par l'octroi d'une aide au revenu plus élevée :

- Suppléments de loyer.
- Allocations de logement.
- Réforme des prestations d'aide sociale pour le logement.

Voici des mesures de contrôle des loyers qui réduisent la demande dans le secteur des logements locatifs (p. ex., en facilitant l'accès à la propriété) :

- Influence sur le prix des logements locatifs actuels par l'imposition de contrôle des loyers.
- Création de logements privés à but lucratif.
- Transfert du titre de propriété à des pourvoyeurs de logements sans but lucratif.

On trouvera à l'Annexe 5 une analyse des avantages et des défis que présente chacune de ces formules. Dans les sections suivantes, les divers modèles de logements et de services connexes sont présentés en fonction des initiatives nationales, des populations cibles et des orientations provinciales et territoriales en matière de politiques, de structure et de capacité.

## Consensus relatif à la terminologie

Nous décrivons ci-dessous les types de logements et de services connexes que l'exercice de cartographie nous a permis de répertorier. Nous indiquons aussi la terminologie qui s'y rapporte et nous définissons les principaux termes donnés au début de la présente section.

**Logements spécialement réservés** : Logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale ou un trouble concomitant<sup>7</sup> (problèmes de santé mentale et de toxicomanie concomitants). Le financement de ces logements est assuré par les municipalités, les provinces et/ou le gouvernement fédéral et, à l'occasion, le secteur privé. Les logements spécialement réservés peuvent comprendre les **logements avec services** et les **options de soins en milieu résidentiel** (voir ci-dessous ce qui distingue l'un de l'autre ces deux types de logements).

Par ailleurs, les « **logements non spécialement réservés** » comprennent des options de logement financées par les divers paliers de gouvernement comme les logements sociaux, les suppléments de loyer (liés aux logements ou « transférables » et liés aux particuliers ou aux familles), les logements sans but lucratif exploités par des organismes de la communauté, des initiatives de logement abordable, des coopératives de logement et des programmes de logements publics. De façon générale, ces initiatives visent à fournir du logement dont le coût ne dépasse pas de 25 à 30 % du revenu familial. S'il était été effectivement possible dans l'établissement des

---

<sup>7</sup> Les troubles concomitants comprennent n'importe quelle combinaison de troubles mentaux et de dépendances et, conformément aux meilleures pratiques, comprennent la maladie mentale et la dépendance au jeu.

cartes de s'en tenir uniquement aux options relatives aux logements spécialement réservés, il nous a semblé préférable de ne pas le faire puisque de nombreuses personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, et en particulier celles qui ont un revenu faible, occupent des logements non réservés qui sont subventionnés par le gouvernement.

Les cartes comportent de l'information sur les « **établissements ou options de logement supplémentaires** » — lorsqu'elle était disponible, nous avons également fourni de l'information sur les refuges d'urgence, les établissements de soins de longue durée, les établissements de soins non spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale ainsi que les options de logement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle<sup>8</sup>. Si ces options peuvent ne pas être permanentes et ne pas convenir aux personnes ayant des troubles mentaux, il n'en demeure pas moins que certaines de ces personnes peuvent avoir accès, et ont accès, à ce genre de logements ou d'options en matière de logement.

**Les groupes de référence ont de façon uniforme fait état du fait que la définition de logements spécialement réservés manque d'uniformité au pays et que ces logements peuvent prendre diverses formes et comporter différents types de services connexes.** La terminologie utilisée pour décrire ce genre de logements peut varier d'une province et d'un territoire à l'autre dans tout le pays, et même au sein d'une même région. Le fait qu'il n'existe pas de définitions uniformes, notamment de logements avec services partiels, de logements avec services et d'options de soins en milieu résidentiel complique l'établissement d'un dialogue sur les besoins en matière de logement des Canadiens ayant une maladie mentale. Ce problème est tout particulièrement aigu lorsqu'il s'agit de faire une distinction entre les logements avec services et les logements avec services partiels. Voici les principales caractéristiques de ces deux types de logements :

**Logements avec services** — Les services connexes sont dissociables du logement lui-même de sorte que la personne qui l'occupe ne perd pas les services auxquels elle a droit si elle déménage.

- Les services connexes offerts à la personne sont le plus souvent des services cliniques de santé mentale, mais le personnel de ces services peut aussi offrir certains types de services de logement connexes.
- Les appartements sont répartis dans toute la collectivité (p. ex., ils se trouvent dans les mêmes endroits que des appartements normaux au sein du marché locatif privé ou que des appartements occupés par leurs propriétaires).

**Logements avec services partiels** — Une partie des services connexes est liée au logement lui-même.

- Les services connexes auxquels la personne a accès comprennent tant les services de logement connexes (le plus souvent liés au logement lui-même) que des services cliniques de santé mentale (pouvant être transférables, offerts dans la communauté ou liés au logement lui-même).
- Les logements sont susceptibles d'être regroupés (immeubles à appartements complètement réservés aux personnes ayant une maladie mentale ou groupes d'appartements réservés à ces personnes se trouvant dans des immeubles à appartements sur le marché privé); il peut aussi s'agir d'une maison comportant des chambres et des salles de bain privées ainsi que des pièces partagées.

En pratique, lorsque les provinces font une distinction entre les logements avec services et les logements avec services partiels, **il arrive souvent que des logements ne correspondent exactement ni à un type ni à un autre**. C'est ce qui se produit dans les cas suivants :

- Des chevauchements peuvent exister entre les services cliniques de santé mentale et les services de logement connexes, selon la façon dont les organismes ou les secteurs ont évolué pour répondre aux

---

<sup>8</sup> Les provinces et les territoires utilisent différents termes comme déficience développementale, retard développemental et déficience intellectuelle. Les cartes individuelles reflètent ces différences, mais aux fins de ce rapport, le terme utilisé est déficience intellectuelle.

besoins de leurs clients ou de leurs locataires. Une personne peut avoir un gestionnaire de cas qui non seulement lui offre des services de santé mentale, mais aussi divers services qui s'apparentent à des services de logement connexes (p. ex., apprentissage de tâches ménagères comme la préparation de repas, les emplettes et l'établissement d'un budget). Par ailleurs l'une des principales tâches d'un travailleur offrant des services de logement connexes est de jumeler ses clients aux services offerts dans la collectivité pour les aider à régler certains problèmes (toxicomanie, problèmes de santé mentale ou problèmes de santé physique) susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de la personne à demeurer dans son logement, tâche analogue à celle d'un gestionnaire de cas.

- Si les fonctions de logement connexes peuvent être « liées » à une option de logement précise, les services de santé mentale peuvent être « dissociables » et donc suivre les locataires s'ils déménagent, ce qui amène à se demander de quel type de services il s'agit réellement.
- Il existe de nombreux exemples de logement où chaque personne possède une chambre individuelle, mais où certaines pièces sont communes. Des services de santé mentale sont offerts sur les lieux, mais ils ne sont pas liés au logement lui-même et suivent la personne si elle déménage.

La recherche de tous les cas où des termes dérogent à leur acception générale peut exiger beaucoup de temps et d'efforts.

Dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale globale en matière de logement, il est nécessaire de s'entendre sur le sens et la définition des concepts. L'équipe de recherche a adopté une **approche fonctionnelle pour le choix des termes se rapportant aux logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale : logements avec services connexes, y compris l'option *Priorité au logement* ou des options à obstacles peu élevés, et les options de soins de type résidentiel.**

Les logements comportant des services connexes comportent des caractéristiques communes qu'il s'agisse de logements avec services ou de logements avec services partiels :

- Logement à coût peu élevé avec certains services connexes.
- Population commune : les deux modèles visent à répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale.
- Approche commune : les pourvoyeurs des deux types de logements et des services connexes insistent sur l'importance de donner aux personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale les moyens de se prendre en charge, d'être autonomes et de se rétablir.
- Mode d'occupation : Les personnes vivant dans des logements spécialement réservés avec services ou avec services partiels sont des locataires et elles signent un bail avec des propriétaires privés, des pourvoyeurs de services de santé mentale ou de logements sociaux, selon la façon dont ces logements sont structurés.
- Les services connexes peuvent être liés ou non au logement lui-même et l'étendue de ces services peut aller de très faible à très élevée (avec du personnel présent 24 heures par jour/sept jours par semaine). Les services connexes peuvent comporter l'un ou l'autre des éléments suivants ou les deux :
  1. Des services cliniques de santé mentale, y compris la gestion des cas, suivi intensif dans le milieu ou équipe multidisciplinaire – ces services sont habituellement financés par le ministère de la santé provincial par l'entremise des régies de santé régionales. La prestation des services est assurée soit directement par les régies de santé régionales, soit, à l'issue d'un contrat, par des organismes de santé mentale dans la communauté.
  2. Des services de logement connexes mettant l'accent sur l'acquisition de compétences et de connaissances favorisant la stabilité et l'occupation à long terme du logement (p. ex., gestion des finances et établissement d'un budget, établissement d'objectifs, recherche de solutions

aux problèmes qui compromettent la stabilité et soutien en vue d'aider les personnes ayant une maladie mentale à rétablir des liens avec leurs aidants naturels et à participer aux activités offertes dans leur collectivité). Ces services peuvent être financés par les ministères du Logement ou de la Santé ou d'autres ministères au sein des gouvernements provinciaux ou territoriaux et leur prestation peut être assurée par des pourvoyeurs de logements sociaux ou de services connexes (y compris les pourvoyeurs de services qui offrent des services aux personnes ayant une maladie mentale ainsi qu'à une population plus large, mais qui ne reçoivent pas nécessairement du financement réservé pour ces personnes).

- Il se peut que la personne ayant une maladie mentale doive consentir à recevoir les services connexes pour pouvoir obtenir un logement, mais ce n'est pas nécessairement le cas.

Les services connexes peuvent être offerts au moyen d'approches et de partenariats créatifs auxquels participent les organismes de logement et les organismes de santé mentale.

## Initiatives nationales

### Programmes de logements sociaux ou publics

À l'issue de la cession en 1996-1997 aux provinces des responsabilités en matière de logements sociaux, les provinces et les territoires ont conclu un accord bilatéral avec le gouvernement fédéral en vue d'administrer et de gérer les programmes de logements sociaux existants<sup>9</sup>. Le gouvernement fédéral verse des subventions annuelles aux provinces et aux territoires; **les accords visant ces subventions précisent qu'elles se poursuivront jusqu'en 2030, mais le niveau des subventions diminuera chaque année jusqu'à l'expiration de l'accord.** Le montant annuel de la réduction à l'échelle nationale des subventions à l'égard des logements sociaux existants s'élèvera à 100 millions de dollars entre 2008 et 2012 et à 265 millions de dollars de 2013 à 2017. Ces réductions seront plus ou moins compensées par les provinces, les territoires et les municipalités. Outre le fait que les subventions diminueront, le parc actuel de logements vieillit, ce qui signifie que les coûts d'entretien augmenteront chaque année. Une analyse préparée par l'Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine (Pomeroy, Charles, Gaudreault et Connelly, 2006) conclut que les organismes sans but lucratif créés avant 1986 pourront mieux s'adapter à l'expiration des accords de financement puisque le niveau de revenu de leurs locataires a tendance à être plus varié et que les loyers qu'ils demandent pour leurs logements se rapprochent davantage des loyers demandés sur le marché. L'Association prévoit davantage de difficultés à cet égard pour les pourvoyeurs de logements dont les accords de financement sont postérieurs à 1985 ainsi que pour ceux pour lesquels la proportion des logements dont le prix est fonction du revenu du locataire est supérieure à 65 % des logements totaux (comme c'est le cas pour les logements publics et les logements pour Autochtones vivant en milieu urbain).

D'ici l'expiration de tous les accords d'exploitation, les gouvernements fédéral et provinciaux **auront réduit leurs dépenses de plus de 3,5 milliards de dollars par année** (Pomeroy et coll., 2006). Il s'agit d'une occasion de réinvestir ces sommes dans des projets existants dont la viabilité financière est incertaine et d'investir dans de nouveaux projets visant à répondre à des besoins précis.

### Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance

Lancée le 1<sup>er</sup> avril 2007 par le gouvernement fédéral, la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) s'appuie sur un programme précédent, soit l'Initiative nationale pour les sans-abri. Annoncée en décembre 2006, la Stratégie vise les objectifs suivants :

<sup>9</sup> Seule l'Île-du-Prince-Édouard n'est pas dans cette situation. Dans cette province, la responsabilité en matière de logements sociaux incombe toujours au gouvernement fédéral qui s'en acquitte par l'entremise de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

- Tirer parti de l'Initiative nationale pour les sans-abri et l'améliorer en privilégiant l'approche *Priorité au logement* pour lutter contre l'itinérance.
- Favoriser l'établissement de partenariats dans la communauté pour que les services sociaux provinciaux et territoriaux s'emploient à favoriser l'autonomie des personnes itinérantes.
- Accroître les connaissances sur l'itinérance.

L'exécution de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance est confiée au ministère fédéral des Ressources humaines et du Développement des compétences Canada (RHDC). Dans le cadre de la Stratégie, des subventions sont versées à des organismes de la communauté des secteurs privé ou à but non lucratif qui offrent des services et des programmes visant à favoriser l'autonomie des personnes itinérantes. De façon générale, les gouvernements provinciaux participent au financement des services de soutien continu. Les populations cibles comprennent les personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie. La plupart des organismes subventionnés par la Stratégie ont reçu des fonds pour une période allant d'un à trois ans.

**En septembre 2008, le gouvernement fédéral a annoncé l'investissement de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans au titre du logement et de la lutte contre l'itinérance dans le but d'aider les Canadiens à faible revenu. Ce financement prendra fin le 31 mars 2014.** Dans le but précis de combattre l'itinérance, le gouvernement a prolongé de deux ans le financement de la Stratégie et s'est engagé à continuer de financer pendant cinq ans les programmes fédéraux en matière de logement et de lutte contre l'itinérance, soit jusqu'au 31 mars 2014.

### Initiative en matière de logement abordable

L'Initiative en matière de logement abordable (ILA), que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de mettre sur pied en novembre 2001, créait un cadre pour la négociation d'accords bilatéraux de logement abordable entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux. Dans le cadre de ces accords, les provinces et les territoires versent une contribution équivalente à la contribution fédérale – le financement doit provenir de la province ou du territoire, ou d'autres parties (p. ex., municipalités, secteur privé, dons, etc.). Ces contributions peuvent prendre la forme d'une subvention, de la valeur actualisée d'une série de subventions permanentes ou de la valeur marchande d'une contribution en nature (p. ex. un terrain). Dans les limites de ces modalités, chaque province ou territoire conçoit ses propres programmes d'habitation et se charge de leur mise en œuvre, y compris le choix des projets d'habitation devant recevoir un financement aux termes de l'ILA. Jusqu'ici, l'Initiative a comporté trois phases de financement :

- Phase I – annoncée en 2001, cette phase prévoyait un financement de 680 millions de dollars pour la création de nouveaux logements locatifs, ou d'importants travaux de rénovation ou de conversion.
- Phase II – annoncée en 2003, cette phase est assortie d'un financement de 320 millions de dollars visant l'habitation à l'intention des ménages à faible revenu dans les collectivités qui affichent un besoin criant de logements abordables. Pour être considéré comme ménage à faible revenu, le ménage doit être admissible à se trouver sur une liste d'attente pour un logement social.
- Phase III – annoncée en 2008, cette phase comportait des crédits de 1,9 milliard de dollars, sur une période de cinq ans, pour financer les programmes de soutien au logement et de lutte contre l'itinérance destinés à venir en aide aux Canadiens à faible revenu. La troisième phase de l'ILA, la SPLI et le PAREL ont tous été prolongés pour deux ans, soit jusqu'au 31 mars 2011. Au cours de cette période, ces initiatives devaient être revues dans le but d'établir leurs niveaux de financement pour les trois années subséquentes.

Par ailleurs, des investissements de 1,525 milliard au titre du logement social, prévus par le gouvernement fédéral dans le cadre de son Plan d'action économique, sont gérés par l'entremise de l'ILA.



## **Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL)**

Ce programme, administré par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), a pour objectif d'aider à préserver les logements existants qui sont occupés par des ménages à faible revenu et à modifier et adapter des logements pour que les aînés à faible revenu (qui ont normalement 65 ans ou plus) et les personnes handicapées puissent vivre de façon autonome dans des logements répondant aux normes minimales en matière de santé et de sécurité. Les provinces et les territoires partagent le coût de ce programme avec le gouvernement fédéral. De façon générale, les provinces et les territoires administrent le programme, à quelques exceptions près comme à l'Île-du-Prince-Édouard où c'est la SCHL qui s'en charge.

Le refus du gouvernement fédéral d'assurer le financement à long terme du programme (qui doit prendre fin en mars 2011), le coût croissant des matériaux et de la main-d'œuvre ainsi que les seuils de faible revenu sont souvent donnés en exemple de problèmes liés à ce programme.

## **Plan d'action économique du Canada**

Le plan de relance de l'économie mis en œuvre par le gouvernement du Canada à compter de 2008 comprend un éventail d'investissements dans le domaine du logement (chapitre 3 du budget de 2009) qui sont présentés de façon sommaire ci-dessous. Outre des investissements visant à favoriser l'accès à la propriété, la rénovation domiciliaire et l'amélioration des infrastructures municipales, le Plan d'action économique prévoyait l'affectation de la somme de 2 milliards de dollars au titre du logement social. Voici la ventilation de cet investissement :

- Investissement fédéral ponctuel de 1 milliard de dollars sur deux ans (exercices financiers 2009 et 2010) prévoyant un partage égal des coûts avec les provinces pour l'exécution de travaux de rénovation et d'amélioration énergétique visant jusqu'à 200 000 logements sociaux. Le Canada compte quelque 630 000 logements sociaux dont le financement est principalement assuré par les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les administrations municipales. Le financement est accordé dans le cadre d'accords conclus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et est administré par la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Cet investissement de 1 milliard de dollars s'ajoute à l'investissement de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans qui a été annoncé en septembre 2008 en vue de la prolongation des programmes de soutien au logement et de lutte contre l'itinérance destinés aux Canadiens à faible revenu (Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance, l'Initiative du logement abordable et les programmes de rénovation des logements mis en œuvre dans le cadre du Programme d'aide à la remise en état des logements).
- Quatre cents millions de dollars sur deux ans pour la construction de logements sociaux pour les personnes âgées à faible revenu – volet mis en œuvre dans le cadre de l'Initiative de logement abordable selon la formule du partage des coûts avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Soixante-quinze millions de dollars sur deux ans pour la construction de logements sociaux pour les personnes handicapées – volet mis en œuvre dans le cadre de l'Initiative de logement abordable selon la formule du partage des coûts avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Quatre cents millions de dollars sur deux ans pour la construction de nouveaux logements sociaux et la remise en état de logements existants sur les réserves des Premières nations. Cet investissement s'ajoute aux 300 millions de dollars provenant du Fonds pour les logements du marché destinés aux Premières nations qui vise à favoriser l'accès à la propriété dans les réserves. Cet investissement est géré par la SCHL et Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Cent millions de dollars de plus sur deux ans pour favoriser la construction de logements sociaux dans le Nord. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest reçoivent 50 millions de dollars chacun à ce titre et le Nunavut, 100 millions de dollars. Le financement est administré par la SCHL.

## Société canadienne d'hypothèques et de logement

La Société canadienne d'hypothèques et de logement est l'organisme national responsable de l'habitation au Canada. Voici ces principales fonctions :

- Assurer l'accès à des options de financement, et notamment à l'assurance prêt hypothécaire.
- Être une source de savoir-faire et de conseils en matière d'habitation en faisant des recherches sur les meilleures pratiques et sur l'achat et la rénovation de maisons et en faisant des prévisions et des analyses sur les tendances du marché de l'habitation.
- Participer aux initiatives fédérales en matière d'habitation en collaborant avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les partenaires non gouvernementaux et le secteur privé. Cette participation prend la forme de financement pour les rénovations, les réparations d'urgence et l'adaptation des habitations aux besoins des Canadiens à faible revenu; de soutien et d'outils financiers pour que les collectivités se dotent elles-mêmes de logements abordables; le financement de la création de logements abordables; et le financement en vue de fournir et de rénover des logements destinés aux Autochtones canadiens vivant dans des réserves et hors des réserves.
- Promouvoir le rôle du Canada sur la scène internationale en aidant d'autres pays à construire des logements, en facilitant les exportations dans ce domaine et en créant des emplois.

Le gouvernement fédéral prévoyait dépenser plus de 3 milliards de dollars au titre du logement en 2010-2011, ce qui comprend un financement 1,7 milliard de dollars accordé à la SCHL pour améliorer les logements sociaux existants (comme nous l'indiquions ci-dessus, le nombre de ces logements au Canada s'élève à quelque 630 000). La SCHL et Affaires indiennes et du Nord Canada administrent chaque année environ 277 millions de dollars qui leur sont accordés par le gouvernement fédéral pour répondre aux besoins de logement des Autochtones qui vivent dans les réserves, 151 millions de dollars de plus étant accordés à la SCHL pour répondre aux besoins précis des ménages autochtones vivant hors des réserves. La SCHL gère également chaque année le Fonds pour les logements du marché destinés aux Premières nations (mis sur pied en 2007) qui créera sur dix ans plus de 25 000 logements dans les réserves.

La SCHL fait rapport de ses activités au Parlement par l'entremise du ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences.

## Commission de la santé mentale du Canada : *CHEZ SOI*

**La Commission de la santé mentale du Canada met actuellement en œuvre un projet de recherche intitulé *Chez Soi* qui s'inscrit dans le cadre des interventions de type *Priorité au logement (Housing First)* visant à venir en aide aux personnes itinérantes qui ont une maladie mentale.** Financé grâce à un investissement de 110 millions de dollars du gouvernement fédéral, le projet de recherche, qui se terminera en 2013, se déroule dans cinq villes canadiennes. Le projet compte 2 285 participants, dont 1 325 bénéficient d'une intervention de type *Priorité au logement*. Les autres participants reçoivent des services qui sont normalement offerts dans chacune des villes où le projet est mené (pour une description de l'approche *Priorité au logement*, voir la page 11). Ce projet a pour objectif d'étudier les façons d'aider les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux. Il exploite les enseignements tirés du modèle *Priorité au logement*. **Le projet *Chez Soi* permettra de recueillir des données probantes solides et de l'information qui serviront de fondement à l'élaboration de politiques et de programmes en vue de mettre fin à l'itinérance au Canada.**

Chacun des cinq sites compte une population ou domaine cible particulier : Moncton (adéquation des services dans les petites collectivités urbaines et rurales), Montréal (gamme d'options de logement et projet de formation professionnelle unique), Toronto (diversité ethnoculturelle, y compris de nouveaux immigrants qui ne parlent pas l'anglais), Vancouver (personnes qui ont également des problèmes de toxicomanie et milieu de logements collectifs unique) et Winnipeg (population autochtone vivant en milieu urbain).

Quatre-vingt-dix pour cent des participants du projet *Chez Soi* ont déjà été recrutés. De ce nombre, 30 % sont des femmes. Près de 20 % des participants ont moins de 25 ans et 10 % ont plus de 55 ans<sup>10</sup>. Voici d'autres caractéristiques clés des participants du projet :

- Une proportion importante des participants a une maladie mentale grave. Environ 50 % d'entre eux recevraient un diagnostic de psychose s'ils étaient évalués par un médecin et bon nombre de ces personnes ont aussi des problèmes de toxicomanie.
- Cinq pour cent des participants ont fait partie des forces militaires du Canada ou de ses alliés.
- Près d'un participant sur cinq est itinérant depuis au moins 10 ans et 36 % des participants sont itinérants depuis plus de cinq ans.
- Plus d'un tiers des participants ont eu des démêlés avec le système de justice criminelle au cours de la dernière année. D'autres études indiquent qu'il s'agit souvent de délits mineurs liés au fait que ces personnes vivent dans des lieux publics.
- De nombreux facteurs indiquent que les participants au projet ont fait face dans leur vie à de nombreux problèmes qui expliquent la situation difficile dans laquelle ils se trouvent. À titre d'exemple, seulement 44 % des participants ont terminé leurs études secondaires. Neuf participants sur 10 sont sans emploi. Un participant sur trois dit avoir déjà été marié.

Le projet *Chez Soi* permettra de recueillir des données probantes solides sur la rentabilité du modèle *Priorité au logement* ainsi que des renseignements supplémentaires sur les résultats positifs suivants :

- Stabilité à long terme accrue en matière de logement.
- Réduction dans le nombre de visites à l'urgence et de séjours à l'hôpital.
- Amélioration de la santé et des résultats de la lutte contre la toxicomanie.
- Diminution des démêlés avec la police et le système de justice criminelle.
- Amélioration de la qualité de vie.

## Considérations relatives au revenu et à la population

Les cartes fournissent une information plus détaillée et pertinente sur les caractéristiques de chaque population et des logements dans les provinces et les territoires. Comme nous l'indiquons dans la section IV, les personnes ayant une maladie mentale considèrent que c'est l'absence de soutien au revenu qui expliquent qu'elles aient du mal à trouver et à conserver un logement. C'est d'ailleurs ce qu'ont confirmé les **groupes de référence provinciaux et territoriaux qui ont insisté sur les défis que doivent relever les personnes qui ont une maladie mentale et qui reçoivent de l'aide sociale lorsqu'il s'agit de trouver et de conserver un logement adéquat et abordable**. Le Conseil national du bien-être social (2010) a noté qu'entre 1990 et 2009, l'aide sociale versée aux personnes seules n'a augmenté que dans trois provinces et territoires : Alberta (6 %), Québec (6 %) et Yukon (48 %). **Étant donné que l'inflation a augmenté de 45,9 % au cours de la même période, ce n'est qu'au Yukon que l'aide sociale accordée aux personnes handicapées a été supérieure au coût de la vie**. Une analyse plus poussée a fait ressortir les importants points suivants sur les taux d'aide sociale (Conseil national du bien-être social, 2010) :

- **L'aide sociale accordée à une personne handicapée seule était en fait moins élevée en 2009 que lors de l'année où elle a été le plus élevée dans 11 provinces et territoires sur 13<sup>11</sup>**. Au Yukon et au Nunavut, cette année était 2009, l'augmentation par rapport à cette année ayant donc été nulle.

---

<sup>10</sup> La « vieillesse » ne se définit pas de la même façon dans la population itinérante et dans la population générale en raison des sources de stress physique et mental complexes auxquelles sont exposés les sans-abri.

<sup>11</sup> Cela ne comprend pas le programme du revenu assuré pour les personnes gravement handicapées récemment mis sur pied en Alberta – ce programme est distinct du programme de soutien du revenu.

C'est à l'Île-du-Prince-Édouard que l'aide sociale a le plus diminué, cette aide ayant été la plus élevée en 1992, soit 12 533 \$ comparativement à 9 067 \$ en 2009. Dans sept provinces, la diminution de l'aide sociale entre l'année où elle a été le plus élevée et 2009 a été supérieure à 1 000 \$. C'est à cette décennie qu'appartiennent la plupart des années où l'aide sociale a été le moins élevée.

- Tous les revenus provenant de l'aide sociale en 2009 étaient **inférieurs aux seuils de faible revenu après impôts (SFR AI) d'au moins 4 000 \$**, le plus grand écart à cet égard, 9 000 \$, ayant été observé au Manitoba.
- En 2009, les revenus d'aide sociale étaient inférieurs de plus de 6 000 \$ à la mesure du panier de consommation (MPC)<sup>12</sup> à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta (programme de soutien du revenu). Les prestations versées en Alberta dans le cadre du programme pour personnes gravement handicapées étaient inférieures à la MPC de quelque 1 200 \$.
- L'aide sociale versée à une personne handicapée seule dans toutes les provinces a été inférieure d'au moins 14 000 \$ au revenu après impôt moyen de toutes les personnes seules dans les provinces. En tant que pourcentage des SFR AI, l'aide sociale le moins élevée était accordée au Manitoba (51 %) et l'aide sociale le plus élevée, à Terre-Neuve-et-Labrador (71 %). En tant que pourcentage de la MPC, l'aide sociale le moins élevée était accordée à l'Île-du-Prince-Édouard (57 %), et le plus élevée, en Ontario (83 %).

Le tableau 1 classe les provinces et les territoires pour établir un tableau national en fonction de certains indicateurs de logement et de population. Des indicateurs propres à des populations précises liés aux difficultés éprouvées pour trouver et conserver un logement sont pris en compte dans ce tableau. À titre d'exemple, les personnes ayant récemment obtenu la citoyenneté canadienne sont plus à risque de se trouver en situation de besoin de logement impérieux si elles souffrent également d'une maladie mentale; ce groupe mérite donc une attention spéciale dans le cadre de l'élaboration de stratégies de logement futures.

---

<sup>12</sup> La Mesure du panier de consommation ne tient pas compte des différences dans le coût du panier de biens et de services dans diverses parties du Canada, notamment au titre du transport, du logement, de l'habillement et de la nourriture.

**Tableau 1.** Comparaison des provinces et des territoires par caractéristiques démographiques, 2006.

Rang (descendant)	% des 65 ans et plus	N <sup>bre</sup> de personnes s'auto-identifiant comme étant d'ascendance autochtone	% de la population s'auto-identifiant comme étant d'ascendance autochtone	% de la population immigrante récente au Canada	Revenu annuel médian des ménages	Coût annuel médian du logement	% des ménages qui sont des locataires	% des ménages qui sont des locataires et qui consacrent au moins 30 % de leur revenu à se loger	% des ménages ayant des besoins impérieux de logement	Revenu de bien-être social pour une personne seule handicapée*
1.	SK	ON	NU	ON	TNO	TNO	<u>NU</u>	NE	NU	NU
2.	NS	CB	TNO	QC	AB	ON	TNO	ON	TNO	TN
3.	IPE	AB	YK	CB	YK	AB	<u>QC</u>	CB	YK	YK
4.	NB	MB	MB	AB	ON	CB	YK	TN	CB	AB – AISH <sup>+</sup>
5.	CB	SK	SK	MB	NU	YK	<u>CB</u>	IPE	ON	ON
6.	QC	QC	AB	SK	CB	IPE	<u>ON</u>	SK	TN	CB
7.	MB	NU	CB	NE	MB	NE	<u>MB</u>	NB	IPE	TN
8.	TN	NE	TN	NB	SK	QC	<u>NE</u>	AB	NE	SK
9.	ON	TN	NE	TN	NE	MB	<u>AB</u>	QC	SK	QC
10.	AB	TNO	NB	IPE	IPE	SK	IPE	MB	MB	MB
11.	YK	NB	ON	TNO	QC	NB	<u>SK</u>	YK	QC	NE
12.	TNO	YK	QC	YK	NB	TN	NB	TNO	NB	IPE
13.	NU	IPE	IPE	NU	TN	NU	TN	NU	AB	NB
Canada	13,70 %	1 172 790	3,80 %	100 %	53 870 \$	8 966 \$	31,20 %	40,30 %	12,70 %	Fourchette de 8 665 \$ à 46 066 \$

Source : Statistique Canada (2009); Série « Analyses » du Recensement de 2006 à <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/index-fra.cfm>.

\* Conseil national du bien-être social (2010); *Revenus de bien-être social 2009, Chapitre 3 – Personne seule handicapée*, consultation à <http://www.cnb.gc.ca/l.3bd.2t.1ilshmtl@-fra.jsp?lid=331&fid=13>. Il existe un large éventail dans les niveaux d'aide sociale; cette aide s'élève à 46 606 \$ au Nunavut, à 21 518 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest et à 18 402 \$ au Yukon, et fluctue dans la majorité des provinces entre 12 905 \$ (Ontario) et 8 665 \$ (Nouveau-Brunswick).

<sup>+</sup> L'Alberta compte deux programmes, et ce chiffre correspond au programme le plus généreux – le Revenu assuré pour les personnes gravement handicapées (Assured Income for the Severely Handicapped), soit 14 297 \$. Le taux du Soutien du revenu en Alberta pour 2009 a atteint 9 433 \$ par année, la province se classant à cet égard entre le Québec et le Manitoba.

## Aperçu provincial et territorial : Structure, orientations et capacité

L'organisation et la structure des mécanismes de soutien en matière de logement et de santé mentale varient selon les provinces et les territoires (voir Tableau 2), mais présentent des caractéristiques communes :

- De façon générale, les orientations en matière de logement et de santé mentale sont établies aux échelons provincial et territorial. L'administration des services de logement et de santé mentale est confiée à une société de logement autonome ou une régie de santé régionale et la prestation des services est assurée par des sociétés de logement (comptant des bureaux locaux ou régionaux), des pourvoyeurs de services sans but lucratif et des coopératives de logement. Les services de santé mentale sont dispensés soit directement par les régies de santé régionale, soit à forfait, par des organismes dans la communauté sans but lucratif.
- **Les orientations en matière de santé mentale et de logement ont tendance à ne pas être élaborées à l'échelon de la prestation des services.**

Prière de noter que le Tableau 2 ne comprend pas certains « joueurs » non gouvernementaux et gouvernementaux, y compris les associations de logement sans but lucratif, les coopératives ou les fédérations de logement, les bureaux régionaux de la SCHL ou de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance ainsi que les réseaux de logement et de lutte contre l'itinérance.

Le Tableau 3 présente un aperçu des principales initiatives en matière de santé mentale et de logement regroupées par province et par territoire, y compris les stratégies de lutte contre la pauvreté. Certaines initiatives comportent des volets, des objectifs et des indicateurs clairs et s'inscrivent dans des contextes précis (p. ex. la Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick).

**Les provinces et les territoires ont également de plus en plus tendance à élaborer des stratégies d'inclusion sociale, de lutte contre la pauvreté ou de promotion de la prospérité dans lesquelles le logement, y compris le logement pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale, constitue un important volet.** Dans le cadre des travaux qu'ils ont effectués pour le compte de l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario, Pomeroy et Evans (2008) examinent le rôle du logement dans les stratégies mondiales de lutte contre la pauvreté et indiquent trois façons par lesquelles le logement peut contribuer à réduire la pauvreté :

1. Réduire le coût net du logement et accroître le revenu disponible après logement (par l'entremise d'une aide à la location sur le marché locatif privé ou de logements sociaux dont le coût est fonction du revenu – ce soutien peut être lié au particulier ou à la famille ou au logement lui-même au sein d'une collectivité).
2. Permettre aux ménages à revenu modeste d'avoir accès à la propriété et de se constituer des actifs/capitaux propres par l'entremise de programmes de logement.
3. Construire des logements sociaux comportant des subventions axées sur le revenu (le type de soutien privilégié au Canada jusqu'à la moitié des années 1990). Les auteurs constatent que la mise en œuvre d'un programme adéquat peut permettre la création et la pérennité de collectivités à revenus mixtes et à modes d'occupation mixtes tandis que des allocations de logement à elles seules peuvent ne pas permettre d'atteindre ces objectifs.

**En 2004, le Québec est devenu la première province à élaborer une stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.** Cette stratégie découlait du *Projet de loi 112 : Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* que la province a adoptée en 2002. L'objectif premier de la stratégie était de faire en sorte que d'ici 2013, le Québec soit au nombre des pays industrialisés comptant le moins de personnes vivant dans la pauvreté. De même, en 2006, Terre-Neuve-et-Labrador (la deuxième province à adopter une stratégie de lutte contre la pauvreté) s'est fixé **l'objectif consistant à ce que la province, dans un délai de dix ans, soit non plus la province ayant le taux de pauvreté le plus élevé au pays, mais celle ayant le taux le moins élevé.** La Section IV traite de façon plus détaillée de l'intégration des stratégies de logement dans les stratégies sociales plus larges.



**Tableau 2.** Structure et organisation du logement et des services connexes financés par le gouvernement, par province et par territoire.

Province ou territoire	Lois et politiques provinciales	Administration et gestion	Prestation des services de logement	Autre			
	<i>Logement</i>	<i>Santé mentale</i>	<i>Logement</i>	<i>Santé mentale</i>	<i>Logement non spécialement réservé</i>	<i>Logement spécialement réservé et services de santé mentale</i>	
<b>Alberta</b>	Ministère du logement et des affaires urbaines	Ministère de la santé et du bien-être	Société du logement social de l'Alberta	Services de santé Alberta	Organismes de gestion du logement, municipalités, pourvoyeurs de logement sans but lucratif, pourvoyeurs de logements privés, coopératives de logement	Services de santé Alberta, organismes dans la communauté sans but lucratif (logement et santé mentale)	Secrétariat de l'Alberta pour la lutte contre l'itinérance – soutien pour la mise en œuvre du plan provincial décennal de lutte contre la pauvreté
<b>Colombie-Britannique</b>	Ministère du logement et du développement social	Ministère des services de santé	Logement CB	Régies de santé régionales et la RSS de la province	Logement CB, municipalités, pourvoyeurs de services de logement sans but lucratif, pourvoyeurs de logement à but lucratif, coopératives de logement	Régies de santé régionales et régie régionale des services de santé, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (logement et santé mentale), Logement CB	
<b>Manitoba</b>	Ministère du logement et du développement communautaire	Ministère de la santé	Logement Manitoba	Régies de santé régionales	Logement Manitoba, municipalités, pourvoyeurs de logement sans but lucratif, pourvoyeurs de logements à but lucratif, coopératives de logement	Régies de santé régionale, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (logement et santé mentale)	Division des initiatives de coordination interministérielles (partenariat entre plusieurs ministères provinciaux) visant à promouvoir la coordination de la prestation de services de logement et de

							services connexes destinés aux personnes ayant des troubles mentaux
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	Logement Terre-Neuve-et-Labrador*	Ministère de la santé et des services communautaires	Logement Terre-Neuve-et-Labrador	Régies de santé régionales	Logement Terre-Neuve-et-Labrador, municipalités, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, pourvoyeurs de logements à but lucratif, coopératives de logement	Régies de santé régionales, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (logement et santé mentale)	
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Ministère du développement social	Ministère de la santé	Société du logement du Nouveau-Brunswick	Régies de santé régionales	Société de logement du Nouveau-Brunswick, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, pourvoyeurs de logement à but lucratif, coopératives de logement	Régies régionales de santé, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (santé mentale)	La Société d'inclusion économique et sociale suit les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie provinciale de lutte contre la pauvreté
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Société de logement*	Ministère de la santé et des services sociaux	Société de logement des Territoires du Nord-Ouest	Régies de santé et de services sociaux	Régies de santé et de services sociaux, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (santé mentale)	Régies de santé et de services sociaux, organismes sans but lucratif et organismes dans la communauté (santé mentale)	
<b>Nouvelle-Écosse</b>	Ministère des services communautaires	Ministère de la santé	Société de développement du logement de la Nouvelle-Écosse	Régies de santé de district	Régies de logement locales, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, coopératives de logement	Régies de santé de district, organismes sans but lucratif et organismes communautaire	

<b>Nunavut</b>	Société de logement*	Ministère de la santé et des services sociaux	Société de logement du Nunavut	Ministère de la santé et des services sociaux	Organismes de logement locaux	Régies de santé régionales et de services sociaux	
<b>Ontario</b>	Ministère des affaires municipales et du logement	Ministère de la santé et des soins de longue durée	Gestionnaires de services municipaux	Réseaux locaux d'intégration des services de santé	Sociétés de logement locales, municipalités, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, pourvoyeurs de logement à but lucratif, coopératives de logement	Organismes sans but lucratif et organismes communautaire (logement et santé mentale)	La Société des services de logement social offre du soutien aux organismes locaux; ministère des services sociaux et dans la communauté – Certains programmes de prévention de l'itinérance
<b>IPE</b>	Ministère des services communautaires, des aînés et du travail	Ministère de la santé et du bien-être	Société de logement de l'Île-du-Prince-Édouard	Ministère de la santé et du bien-être	Régies du logement familial, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, pourvoyeurs de logements à but lucratif, coopératives de logement	Organismes sans but lucratif et organismes communautaire (logement et santé mentale)	
<b>Québec</b>	Ministère de la santé et des services sociaux	Ministère de la santé et des services sociaux	Régies régionales	Régies régionales	Société d'habitation du Québec (suppléments au loyer) et régies régionales	Centres de santé et de services sociaux	
<b>Saskatchewan</b>	Ministère des services sociaux	Ministère de la santé	Société de logement de la Saskatchewan	Ministère de la santé	Société de logement de la Saskatchewan, municipalités, pourvoyeurs de logements sans but lucratif, pourvoyeurs de logements à but lucratif, coopératives de logement	Régies de santé régionales, organismes sans but lucratif et organismes communautaire (logement et santé mentale)	

<b>Territoire du Yukon</b>	Société de logement*	Ministère de la santé et des services sociaux	Société de logement du Yukon	Ministère de la santé et des services sociaux	Société de logement du Yukon et régies du logement communautaires	Ministère de la santé et des services sociaux	Conseil des Premières nations du Yukon - coordonne les interventions en matière de santé et de développement social au sein du Conseil; le Bureau de l'inclusion sociale supervise la mise en œuvre de la stratégie de promotion de l'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté
----------------------------	----------------------	---	------------------------------	---	---	---	--

\* La Société du logement relève du gouvernement provincial ou territorial par l'entremise du ministre responsable du logement.

+ Le Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario a aussi la responsabilité première en ce qui touche les logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale.

**Tableau 3. Cadres stratégiques en matière de santé mentale et de logement, par province et par territoire.**

Province ou territoire	Stratégie en matière de santé mentale	Stratégie en matière de logement	Autre
<b>Alberta</b>	Régime provincial de santé mentale	<i>Mettre fin à l'itinérance dans un délai de dix ans</i>	<i>Plan d'action pour la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures : 2010-2012 (la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie constitue l'une des cinq priorités du plan)</i>
<b>Colombie-Britannique</b>	Stratégie intégrée de promotion de la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	<i>Initiative provinciale de lutte contre l'itinérance, Housing Matters BC, Briser le cycle de l'itinérance</i>	
<b>Manitoba</b>	Énoncé de vision du Manitoba sur la santé pour le renouvellement des services de santé mentale	<i>FoyersClés. Stratégie et cadre stratégique en matière de logement du Manitoba; Stratégie interministérielle de lutte contre l'itinérance insistant sur le rôle du logement dans la promotion de la santé mentale</i>	<i>Tout le monde à bord : Stratégie manitobaine de réduction de la pauvreté</i>

<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	Cadre stratégique provincial pour la promotion de la santé mentale et la lutte à la toxicomanie	<i>Stratégie de logement pour Terre-Neuve-et-Labrador; Plan de logement social pour Terre-Neuve-et-Labrador - Fondements solides</i>	<i>Stratégie de réduction de la pauvreté</i>
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018	<i>Un foyer, c'est l'espoir : Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick.</i>	<i>Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick</i>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Façonner notre avenir 2006-2010 (La promotion de la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie est l'une des priorités du plan.)	<i>Cadre pour l'action 2008-2011, Société de logement des Territoires du Nord-Ouest</i>	
<b>Nouvelle-Écosse</b>	<i>En cours d'élaboration</i>	<i>Élément de la stratégie de réduction de la pauvreté (qui comporte des objectifs en matière de logement abordable)</i>	<i>Prévenir la pauvreté : Promouvoir la prospérité</i>
<b>Nunavut</b>	Stratégie de promotion de la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	<i>Plan d'action décennal sur le logement inuit au Nunavut</i>	<i>Tamapta : Construire notre avenir ensemble (vision pour 2030, comportant des priorités pour 2009-2013) - considère comme des priorités pour 2009-2013 la réduction de la pauvreté, les options en matière de logement et les personnes à risque.</i>
<b>Ontario</b>	Esprit ouvert, esprit sain	<i>Stratégie à long terme de logement abordable</i>	<i>Stratégie de réduction de la pauvreté</i>
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	Stratégie de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes de l'Île-du-Prince-Édouard		
<b>Québec</b>	Plan d'action en santé mentale	<i>Inclus dans la stratégie de réduction de la pauvreté et de lutte contre l'exclusion sociale</i>	<i>Projet de loi 112 - Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale - Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir.</i>
<b>Saskatchewan</b>	Plan stratégique sur la santé mentale		<i>Rapport du groupe de travail sur le caractère abordable</i>
<b>Territoire du Yukon</b>			<i>Stratégie interministérielle pour l'inclusion sociale et la réduction de la pauvreté - en cours d'élaboration.</i>

Les tableaux figurant à l'Annexe 5 donnent un aperçu de divers modèles dans les catégories des logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale, des logements non spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale et d'autres services ou options en matière de logement. En outre, des cartes individuelles donnent de l'information sur les programmes d'accès à la propriété et de rénovation. **La plupart des provinces et des territoires, mais pas tous, réservent certains types de logement aux personnes ayant une maladie mentale, mais de façon générale, la majorité des ressources gouvernementales en matière de logement sont du type non réservé.** Ces programmes, y compris le logement social ou public, les suppléments de loyer (liés aux logements ou aux occupants) et les coopératives de logement offrent d'habitude seulement le logement. Les groupes de référence de tout le pays ont relevé les importantes difficultés liées à l'obtention des services de soutien existants ainsi que l'absence de nouveaux investissements pour accroître les capacités à cet égard. Le tableau 4 donne un aperçu de l'offre approximative en logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale – **la ventilation de la population par logement ou lit pour divers types d'options de logement indique un grand écart entre les provinces et les territoires au plan de l'offre, mais cette offre demeure insuffisante dans l'ensemble du pays.** Comme nous l'indiquons dans la section sur les paramètres, cette étude vise à donner une meilleure idée de l'offre en logements indiquée par les gouvernements provinciaux et territoriaux et évaluée par les membres des groupes de référence.

Ce processus de cartographie visait à broser un « tableau » des modèles de logement disponibles dans les provinces et les territoires et à donner des chiffres assez fiables à cet égard. Nous recommandons que cette approche pratique soit utilisée pour préciser et actualiser ces données chaque année, vu l'intérêt qu'elles présentent pour le renforcement à l'échelle nationale des capacités en matière de planification, d'évaluation des besoins et d'établissement des priorités en ce qui touche le logement et les services connexes.

Tableau 4. Logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale au Canada, décembre 2010.

Province ou territoire	Population (15 ans+)	Logement spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale		
		Logements avec services connexes (Nombre de logements)	Logements résidentiels (Nombre de logements)	Population (Par logement/lit)
Alberta	2 658 835	657	591	2 130
Colombie-Britannique	3 433 885	5 834	1 666	458
Manitoba	923 230	1 182	36*	758
Nouveau-Brunswick	611 745		97	
Terre-Neuve-et-Labrador	427 240	85	55	3 052
Territoires du Nord-Ouest	31 545	0	0	0
Nouvelle-Écosse	767 025	118		6 500
Nunavut	19 470	0	13	1 498
Ontario	9 949 480	7,900	2,476	959
Î-du-P-É	111 870	69	*	1 621
Québec	6 293 620	9 231	*	682
Saskatchewan	780 460	291	817	704
Yukon	24 655	0	0	0
<b>CANADA</b>	<b>26 033 060</b>	<b>25 367</b>	<b>5 654</b>	<b>839</b>



\* Des lits réservés aux personnes ayant une maladie mentale sont également disponibles dans des milieux résidentiels par l'entremise des régies de santé régionales de la province.

## Défis

Si la Section V traite plus à fond des défis qu'ont fait ressortir les diverses méthodes utilisées dans le cadre de ce projet, le processus de cartographie met en lumière un certain nombre de défis communs et de difficultés de planification qui sont présentés de façon sommaire ci-dessous.

**Importance et caractère abordable du parc de logements :** Il convient, pour planifier les besoins en matière de logement pour les personnes ayant des troubles mentaux ou une maladie mentale de tenir compte des aspects du parc de logement sur le marché du logement social comme sur le marché locatif normal. Les longues listes d'attente pour les logements sociaux et le coût de ces logements influent sur les options générales en matière de logement et de services de soutien. Le nombre restreint et le coût des logements constituent les principaux obstacles quand il s'agit d'offrir de véritables options en matière de logement et de services de soutien aux personnes ayant une maladie mentale.

**Qualité du logement :** Le parc de logements vieillit. Cette situation pose d'importants défis aux propriétaires et aux exploitants de logements destinés aux personnes ayant une maladie mentale ainsi qu'aux personnes cherchant à se loger sur les marchés des logements locatifs privés et sociaux. Les modèles de logement actuels ne permettent pas aux propriétaires de logements d'affecter des sommes suffisantes à l'entretien des logements sans réduction correspondante d'autres postes budgétaires.

**Sécurité du revenu :** Comme nous l'avons indiqué dans la section Revenu et population, les répondants clés ayant participé au processus de cartographie ont insisté sur la grande importance de la sécurité du revenu.

**Gamme d'options en matière de logement et de services de soutien à la personne :** Les répondants clés ont attiré l'attention sur les lacunes des modèles existants (p. ex. l'utilisateur doit s'adapter au modèle et non l'inverse), sur la gamme trop restreinte des services de soutien offerts aux personnes vivant dans des logements non spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale et sur la pénurie des logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale.

**Distinction entre les services de soutien cliniques et les services de soutien à la personne :** Le processus de cartographie et les groupes de référence ont clairement indiqué qu'il fallait faire la distinction entre les services de soutien à la personne et les services de soutien cliniques, ce que ne font pas les politiques actuelles. Voici certaines observations clés à cet égard :

- Il convient d'envisager l'adoption de modèles de services de soutien partagés (p. ex. travailleurs des services de soutien et personnel clinique).
- Il est nécessaire de mieux comprendre le rôle des pourvoyeurs de logements dans la prestation des services ainsi que les rapports qu'ils entretiennent avec les pourvoyeurs de services de santé et de santé mentale.
- Certains pourvoyeurs de services ont du mal à comprendre le concept *Priorité au logement* – il a été beaucoup question de l'application pratique de ce modèle.
- Pour favoriser le rétablissement, il convient de dissocier les services de soutien des services de logement pour que les personnes ayant une maladie mentale n'aient pas à craindre de perdre leurs services de soutien si elles changent de logement. Ce processus pourrait être grandement favorisé si les assistés sociaux bénéficiaient d'aide à l'emploi et n'étaient pas pénalisés s'ils gagent un revenu.
- Il existe un groupe de personnes ayant besoin d'aide particulière; il s'agit des personnes qui n'ont pas reçu un diagnostic de maladie mentale, mais qui souffrent du syndrome d'alcoolisation fœtal ou

qui ont une déficience intellectuelle ainsi que des troubles mentaux. Les options réelles pour ce groupe sont inexistantes.

- Compte tenu de la vulnérabilité de la clientèle, les services de soutien sur les lieux prennent beaucoup d'importance, en particulier du point de vue de la sécurité.

**Soins résidentiels et rétablissement** : Les participants clés au processus de cartographie et les membres des groupes de référence ont également discuté du volet « services résidentiels » de l'éventail des services de logement et des services connexes ainsi que des défis que pose l'intégration des approches axées sur le rétablissement à ces modèles. Au Canada, les systèmes de soins en

Les provinces et les territoires devraient envisager la possibilité d'évaluer les milieux résidentiels existants dans le but d'établir des stratégies à long terme sur la façon d'optimiser leur utilisation ainsi que la prestation des services qui y sont offerts. Cette évaluation devrait s'accompagner de l'élaboration de normes pour que ces foyers soient axés sur le rétablissement.

milieu résidentiel datent des années 1970 (avec certaines variantes en fonction des provinces et des territoires). Certains milieux résidentiels ne sont pas axés sur le rétablissement — en fait, la façon dont certains intervenants voient leur mandat et leur mission et traitent les personnes confiées à leurs soins peut légèrement compromettre cet objectif. À titre d'exemple, les personnes vivant en milieux résidentiels peuvent se voir imposer certaines conditions quant aux personnes avec lesquelles elles peuvent habiter, le moment où elles peuvent avoir accès à leur logement, la possibilité de préparer leurs repas et l'autonomie qui leur est laissée à l'égard de l'établissement de leurs objectifs. Le processus de cartographie ainsi que les groupes de référence font ressortir la nécessité de « modifier » ces modèles au lieu de les remplacer. Les utilisateurs de services finissent par vivre là où ils peuvent se permettre de le faire, y compris dans des établissements résidentiels, dans des chambres d'hôtel et dans des maisons de chambres. Par ailleurs, ils peuvent avoir des besoins en soins primaires qui exigent le type de services connexes qui est offert dans les milieux résidentiels. Nous devons établir comment faire en sorte que **les options existantes en matière de logement permettent aux résidents de vivre dans la sécurité ainsi que dans un milieu sain et favorable à leur autonomie.**

La plupart des provinces et des territoires logent également les personnes ayant une maladie mentale dans des chambres d'hôtel ainsi que dans des maisons de chambre. Si le processus de cartographie n'a pas pris en compte ces types de logement locatifs privés, il n'en demeure pas moins qu'on y a beaucoup recours dans le cas des personnes ayant une maladie mentale puisqu'il s'agit d'options peu coûteuses en matière de logement. En outre, une grande proportion des personnes qui occupent ce genre de logements reçoivent une forme ou une autre de soutien au revenu ou d'allocation de logement, de sorte que l'on peut dire qu'il s'agit d'un genre d'option publique en matière de logement.

Les chambres où vivent beaucoup de personnes ayant une maladie mentale sont situées dans des immeubles qui étaient à une certaine époque des hôtels. Au cours du dernier siècle, ces hôtels se sont transformés en immeubles locatifs abordables. En 2005, un millier de personnes vivaient dans des chambres à occupation simple dans des hôtels à Winnipeg, dont la majorité se trouvent au centre-ville (Distasio et Mulligan, 2005). Ces chambres (généralement meublées et équipées d'une cuisine rudimentaire avec réfrigérateur miniature et plaque chauffante, mais sans toilette privée) coûtent en moyenne 250 \$ par mois. Les résidents sont considérés comme des locataires dans les maisons de chambres, mais pas dans les chambres d'hôtel à occupation simple. **Les chambres d'hôtel à occupation simple et les maisons de chambres sont des options très importantes en matière de logement, là où les autres options de logement abordable sont rares.** Le défi consiste à savoir comment ces modèles peuvent être adaptés pour qu'ils répondent aux besoins des résidents.

Jusqu'ici, les efforts de planification en matière de logement et de services connexes n'ont pas tenu compte du fait que les personnes ayant une maladie mentale ne résident pas toutes dans des logements subventionnés par le gouvernement. **Certaines de ces personnes vivent dans un logement qui leur appartient et, lorsqu'elles ne se sentent pas bien, ont parfois du mal à faire leurs paiements hypothécaires, à payer leurs impôts fonciers et à s'occuper de l'entretien. Cette population doit être admissible à des services connexes de soutien dans tout système futur de logement et de services connexes.**

**Mobilité au sein du système** : Les participants de nombreuses provinces ont traité des défis inhérents que pose un système dont les capacités sont insuffisantes. Ils ont dénoncé l'incapacité, et parfois le manque de volonté,

des responsables du système à trouver des moyens de permettre aux utilisateurs d'aller d'un type de logement à un autre et de profiter des divers types de services connexes. Les utilisateurs ont à n'en pas douter le droit de demeurer dans le logement qu'ils occupent; l'une des conséquences non voulues du principe de la permanence du logement est que les utilisateurs doivent souvent accepter un niveau de services connexes qui ne correspond pas à leurs besoins ou à leurs désirs. À l'heure actuelle, en raison de l'insuffisance de l'offre en logements sur le marché locatif privé, des programmes d'aide au loyer et des options de logement s'offrant aux personnes ayant une maladie mentale, ces personnes se retrouvent « figées » à différents points du spectre du logement (p. ex. des personnes peuvent être prêtes et peuvent souhaiter une option de logement plus autonome, **mais elles n'ont nulle part où aller**). Cette situation, à laquelle s'ajoute un manque de logements abordables, entraîne de graves conséquences tant du point de vue de la santé que du point de vue des coûts, et ce en particulier pour les personnes qui attendent leur congé de l'hôpital. Une stratégie nationale en matière de services de santé mentale et d'options de logement doit comporter des mesures favorisant la mobilité au sein du système et permettant aux utilisateurs de trouver et de conserver un logement et des services connexes qui répondent à leurs besoins et à leurs désirs.

**Collectivités rurales, éloignées et du Nord** : Les données provenant de diverses sources indiquent que des difficultés importantes se posent dans les collectivités rurales et éloignées, notamment en ce qui touche le parc de logements, l'éventail des options de logement, le financement disponible, le personnel, la formation des membres du personnel et leur maintien au sein de l'effectif et les services de logement connexes.

**Planification et coordination** : Les consultations menées auprès des groupes de référence ainsi que les cartes territoriales font ressortir de façon continue le manque de coordination des initiatives lancées par les principaux intervenants, y compris les bailleurs de fonds, les décisionnaires et les pourvoyeurs de services, en vue de l'élaboration d'une stratégie opérationnelle de logement et de services connexes visant les personnes ayant une maladie mentale. Voici certains messages clés à cet égard :

- Les problèmes dont souffrent les utilisateurs peuvent être complexes (p. ex. itinérance, problèmes comportementaux, démêlés avec le système de justice criminelle); l'élaboration de solutions viables exige des solutions créatives. Il convient d'améliorer la coordination des actions des ministères et des organismes dans le but de répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale au titre du logement et des services connexes. **Les attentes précises à l'égard des interventions des divers ministères et organismes ainsi que du personnel de première ligne ne sont souvent pas connues.** Il serait possible d'étudier de quelle façon le financement pourrait être lié à l'établissement de partenariat et à l'innovation. De la même façon, la coordination des interventions des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie doit aussi être renforcée.
- **Les remaniements ministériels et les changements qui en découlent dans la structure de leadership peuvent créer de la confusion et des perturbations au niveau de la prestation des services.** L'établissement de partenariats et de relations fondées sur la collaboration exige une structure de leadership stable.
- **La mise sur pied de mécanismes réels favorisant la coordination est nécessaire** – la bonne volonté ne suffit pas. À titre d'exemple, au Yukon, quatre paliers de gouvernement et plus de 100 organismes non gouvernementaux servent un peu moins de 33 000 personnes. Cette situation crée des défis particuliers en ce qui touche presque tous les aspects de l'administration organisationnelle.
- **La coordination des interventions des gouvernements municipaux, provinciaux/territoriaux et fédéral** est essentielle pour assurer la planification, les investissements et la remise en état dans le secteur des logements abordables et pour réduire le fardeau administratif ainsi que les exigences en matière de rapports des organismes œuvrant dans ce secteur.

**Évaluation continue des besoins et planification systémique** : Des répondants ayant participé au processus de cartographie et des membres des groupes de référence ont fait ressortir les nombreux défis liés à l'évaluation

des véritables besoins des personnes ayant une maladie mentale en ce qui touche le logement et les services connexes, dont les défis suivants :

- L'existence d'un écart entre les évaluations actuelles des besoins en logement et en services connexes et la réalité sur le terrain. De nombreuses personnes n'ayant pas reçu un diagnostic de maladie mentale font face à d'importants troubles mentaux et ces personnes ont aussi besoin d'un logement abordable. **L'absence de données complètes, adéquates et fiables permettant d'évaluer avec exactitude l'ampleur des besoins de logement, de l'itinérance et des troubles mentaux et pour évaluer les interventions existantes demeure une importante lacune systémique.**
- La **rareté des données sur l'offre et la demande** portant précisément sur le logement et les services connexes pour les personnes ayant une maladie mentale.
- Le niveau de la demande en première ligne en logement et en services connexes, à quoi s'ajoutent des ressources inadéquates, favorise l'adoption d'une **approche de planification axée sur la « réaction à une crise »** au lieu d'une approche proactive.
- Pour appuyer la planification de la construction de nouveaux logements, il faut en savoir plus long sur ce qui constituerait l'**éventail adéquat de logements** (p. ex. le nombre de logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale dans un immeuble).
- Les **changements démographiques** doivent être pris en compte dans l'évaluation future des besoins en logements et en services connexes (p. ex. le vieillissement de la population canadienne, la croissance de la population autochtone).

## Tendances

Les cartes individuelles fournissent de l'information sur les tendances actuelles et futures prévues dans le domaine du logement et des services connexes selon les provinces et les territoires. Voici les principales données ressortant de l'examen de ces cartes :

### Alberta

L'accent est mis dans cette province sur le concept accepté du passage de la gestion de l'itinérance à la mise en œuvre de solutions créatives dans ce domaine dans le cadre du Plan décennal de lutte contre l'itinérance. La prévention est vue comme un élément de solution et des occasions s'offrent en Alberta de voir comment la prévention pourrait être alliée à la promotion de la santé mentale et à une intervention précoce. On a constaté dans cette province une d'acceptation de plus en plus large de l'approche *Priorité au logement*, y compris des pratiques d'atténuation des méfaits. Un mouvement croissant en faveur de l'intégration du logement, et plus précisément de la stabilité en matière de logement, aux principes clés de la *Loi sur la santé* de l'Alberta se constate.

### Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, le logement et l'itinérance sont des enjeux sur lesquels les décideurs se sont beaucoup penchés et auxquels ils ont décidé d'affecter d'importantes ressources (bien que les ressources affectées aux services de soutien aient été inférieures à ce qui avait été prévu). Les options de logement axées sur les besoins des clients ont été privilégiées, y compris les modèles pour lesquels les conditions d'accès sont peu élevées ou se rapprochent de ce qu'elles sont dans le modèle *Priorité au logement*. Le gros des nouveaux investissements dans le secteur du logement visait à offrir des options prévoyant des logements collectifs pour les personnes ayant des besoins multiples et complexes et ayant aussi habituellement connu l'itinérance. Bien que des progrès importants aient été réalisés en vue de l'élaboration des services de logement connexes dans le cas des chambres à occupation simple, des fonds pour la prestation de l'éventail complet des services de soutien à la personne n'ont pas été obtenus. Il faudrait qu'à l'avenir les modèles proposés soient plus souples (p. ex. la tendance actuelle est de mettre davantage l'accent sur l'accroissement du nombre de logements, mais la clientèle future n'aura peut-être pas besoin de logements collectifs dans la même mesure que ceux qu'on

créée à l'heure actuelle). Par ailleurs, on s'intéresse actuellement, et en prévision de l'avenir également, à l'établissement de partenariats et de liens étroits entre les secteurs du logement et de la santé aux niveaux gouvernementaux, organisationnels et de la prestation des services.

### **Terre-Neuve-et-Labrador**

Dans cette province, tant le gouvernement que les organismes communautaires ont eu tendance à privilégier le modèle *Priorité au logement*, offrant rapidement des logements permanents. Jusqu'ici, les fonds pour le logement ont été affectés aux logements regroupés. Or, cette décision ne découle pas d'une préférence pour ce modèle, mais de la pénurie de logements; à l'heure actuelle, un plus grand nombre de modèles de type *Priorité logement* sont financés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires a réduit le parc de maisons de chambre de quelque 20 à 30 % et a accordé la priorité au logement offert par des institutions, le gouvernement s'étant engagé à financer des logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale, tant des logements regroupés que des logements éparpillés dans toute la collectivité. La province a pris l'engagement stratégique d'aider davantage les personnes ayant eu des démêlés avec le système de justice criminelle. La nouvelle Initiative de logement avec services connexes doit aider à supprimer les obstacles intersectoriels à l'accès au logement.

### **Manitoba**

L'accent a été mis dans cette province sur les modèles de logement avec services connexes et les modèles de type *Priorité au logement* qui s'adressent aux personnes ayant des troubles mentaux (et pas seulement aux personnes ayant une maladie mentale grave). On assiste au Manitoba à une revitalisation générale dans le secteur du logement dont témoigne la réalisation de nouveaux projets et la revitalisation du parc de logements existant. La priorité est de plus accordée aux personnes ayant des besoins complexes et le gouvernement est conscient de l'importance pour ces personnes du logement. On reconnaît aussi de plus en plus dans cette province la différence qui existe entre les services de logement connexes et les services de santé mentale et l'interdépendance de ces deux types de services. On s'intéresse davantage à la possibilité d'offrir des services de soutien adéquats dans des milieux qu'on jugeait jusqu'ici ne pas convenir à cette approche (p. ex. les chambres d'hôtel en occupation simple et les maisons de chambre). Or, la collaboration avec ces systèmes est possible dans le but d'améliorer les options en matière de logement.

### **Nouveau-Brunswick**

L'accent est actuellement mis au Nouveau-Brunswick sur la lutte contre l'itinérance et la pauvreté, ce qui est prometteur du point de vue du logement, bien que l'expiration du financement accordé par le gouvernement fédéral dans le cadre de plusieurs programmes suscite de vives inquiétudes. Le gouvernement, par l'entremise de ses différents organes, renforce les liens entre le logement, l'autonomie et la réduction de la pauvreté. Les parents qui vieillissent s'intéressent de plus en plus à la possibilité de pouvoir héberger dans des pavillons secondaires leurs enfants (jeunes adultes) ayant une maladie mentale ou une déficience intellectuelle. Ces parents souhaitent offrir à leurs enfants la possibilité de vivre de façon autonome, mais ils ont besoin d'aide financière pour pouvoir le faire.

### **Territoires du Nord-Ouest**

Jusqu'ici, les services de logement avec services connexes prenaient la forme de lits dans des services d'urgence et d'hébergement temporaire. Au cours des cinq dernières années, il y a eu augmentation dans le territoire des logements de transition pour combler l'écart dans le soutien entre les refuges d'urgence et les logements permanents. Pour recevoir des services de santé mentale dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients devaient dans le passé avoir un problème de toxicomanie. Les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie appartiennent maintenant au même portefeuille. Ce changement commence progressivement à se constater sur le terrain. Le territoire ne peut cependant pas affecter des ressources importantes à l'aide aux personnes ayant une maladie mentale; ces personnes reçoivent le plus souvent leur congé de l'hôpital et sont dirigées vers les services communautaires destinés aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie ou souffrant du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtal.



### **Nouvelle-Écosse**

La stratégie provinciale de réduction de la pauvreté et de promotion de la prospérité fixe des objectifs clairs pour le financement du logement abordable. Plus précisément, le gouvernement affectera 59 millions de dollars au cours des trois prochaines années pour créer des logements abordables destinés aux personnes qui ont du mal à se loger, soit des personnes seules qui ont souvent aussi un handicap. La stratégie insiste également sur la nécessité d'ajuster les allocations personnelles au titre de l'aide au revenu, d'examiner les politiques provinciales en matière de logement et d'élaborer une stratégie à long terme dans le domaine du logement dont les objectifs seraient liés à ceux de la stratégie de lutte contre la pauvreté. En mars 2011, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse s'est engagé à élaborer une stratégie en matière de santé mentale et a mis sur pied un comité consultatif à cet égard et lui a confié la tâche de formuler des recommandations visant l'amélioration des services provinciaux de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Ce comité compte des chercheurs, des cliniciens et des personnes ayant une maladie mentale ou affectées par une maladie mentale.

### **Nunavut**

La Société de logement du Nunavut établit actuellement un éventail d'options en matière de logement et de services connexes, particulièrement dans le but de répondre aux besoins à cet égard des jeunes familles. Le Nunavut compte également accorder la priorité à la création de l'infrastructure nécessaire à la mise sur pied de bureaux de logement locaux. Les priorités en matière de santé mentale pour 2010-2011 comprennent l'élaboration et la mise en œuvre du cadre de promotion de la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, y compris des programmes et des services sur le terrain et dans des établissements et la mise en œuvre de la stratégie de prévention du suicide en partenariat avec la Nunavut Tunngavik Inc. et le Embrace Life Council.

### **Ontario**

L'approche *Priorité au logement* est commune en Ontario. Les discussions se poursuivent cependant sur la façon dont le programme provincial de soins résidentiels intitulé Programme des foyers de soins spéciaux cadre ou pourrait cadrer avec un éventail futur d'options de logement. Deux processus de planification des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, mis en œuvre par le gouvernement provincial, doivent aboutir à l'élaboration d'un nouveau cadre de promotion de la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie : le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances, qui a présenté son rapport en août 2010, et le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances responsable de l'élaboration d'une stratégie décennale en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. La stratégie provinciale sur le logement abordable récemment rendue publique met l'accent sur la collaboration et la défense des droits. Le nombre de nouveaux logements qui seront mis sur le marché à l'issue de cette stratégie est moins clair.

### **Île-du-Prince-Édouard**

Dans cette province, plusieurs populations sont considérées comme des populations prioritaires pour ce qui est du logement et des services de soutien connexes. Ainsi les besoins des jeunes à cet égard sont prioritaires. La population croissante de nouveaux Canadiens de l'Île crée de nouveaux besoins sur le plan de la diversité culturelle des services et de nouvelles options et des options améliorées sont nécessaires pour la population vieillissante. L'étendue et la capacité actuelles des modèles de logement et de services de soutien connexes suscitent actuellement des inquiétudes, la clientèle étant souvent hébergée dans des établissements de soins dans la communauté, faute de services adéquats.

### **Québec**

Le *Plan d'Action en santé mentale (2005-2010)* insiste sur la nécessité de passer du système actuel de santé mentale résidentiel à un système comportant des options de logement autonome avec services de soutien connexes. Un modèle de services amélioré doit concilier le besoin d'indépendance, la sécurité de la personne, le choix individuel en matière de mode de vie et les capacités de la personne. Le fait que le rôle du pair aidant soit officialisé dans la loi est une nouveauté. Une initiative d'amélioration de la qualité des services dans le secteur du logement résidentiel supervisé est actuellement en cours dans la province.

## Saskatchewan

Dans cette province, l'accent a été mis sur les initiatives favorisant l'accès à la propriété qui, si elles créent des logements appartenant à une autre gamme de logements abordables, ne règlent pas l'important problème du manque de logements. On insiste de plus en plus sur la collaboration intersectorielle qui doit exister dans le logement et la santé mentale, un colloque provincial et des comités régionaux devant favoriser cette collaboration. Le logement et les services de soutien connexes pour les personnes ayant une maladie mentale suscitent moins d'attention, les familles, les aînés et les jeunes étant les populations prioritaires.

## Yukon

L'élaboration de la politique sur l'inclusion sociale, comportant un volet logement et des services de santé mentale, est une initiative prometteuse. Dans la planification du parc de logements et des services de santé mentale, la taille des régions rurales et éloignées doit être prise en compte - à titre d'exemple, le modèle Abbeyfield (convenant à de 6 à 12 personnes) est considéré comme ayant la masse critique voulue. Le modèle de l'immeuble à densité élevée comportant plusieurs appartements est privilégié.

## DÉFIS LIÉS AU LOGEMENT ET AUX SERVICES CONNEXES

Cette section cherche à répondre à la question suivante : « **Quels sont certains des défis pressants que le projet a permis de faire ressortir?** » Cette section s'appuie sur de multiples sources de données, dont les sondages provinciaux et territoriaux, l'analyse des sondages, l'analyse documentaire, les visites de site, les webinaires, les entrevues auprès des personnes-ressources à l'échelle internationale et les groupes de référence fédéral et provinciaux. Les données recueillies dans le cadre du projet mettent en lumière des défis de taille dans le domaine du logement et des services connexes ainsi que certaines mesures innovatrices prises pour relever ces défis.

### Parc de logements, options de logement et qualité des logements

« Nous n'avons pas suffisamment de logements abordables. C'est dans ce domaine que le besoin est le plus grand. Si les personnes ayant une maladie mentale n'ont pas un logement adéquat, elles n'ont pas l'énergie nécessaire pour faire quoi que ce soit. »  
-participant au webinaire

L'exercice de cartographie et les discussions avec les groupes de référence fédéral et territoriaux ont révélé que le parc de logements abordables est très réduit dans un certain nombre de provinces et de territoires. Les options de logement sont sévèrement lacunaires en raison de l'éventail limité des options et du fait que les options existantes sont loin d'être idéales sur le plan sécurité et accessibilité. Le rétablissement et le bien-être des

personnes ayant une maladie mentale sont compromis en raison du fait que la qualité des options abordables de logement qui leur sont offertes ne correspond pas aux normes, et en raison du stress également que causent les efforts qu'elles doivent déployer pour trouver et conserver un logement abordable. **Un parc de logements insuffisant ainsi que la pénurie de logements abordables constituent deux des obstacles les plus importants auxquels font face les personnes ayant une maladie mentale.**

Près du quart des Canadiens (quelque trois millions de ménages) consacrent au moins 30 % de leur revenu au logement (Statistique Canada, 2009), certains par choix, mais d'autres tout simplement en raison de la pénurie de logements abordables. Si la proportion des ménages ayant des besoins impérieux de logement est passée de 13,6 à 12,7 % entre 1991 et 2006, le nombre total de ménages dans le besoin a par ailleurs atteint près de 1,5 million, une augmentation de 15 % (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2009), l'augmentation la plus élevée étant parmi les ménages à faible revenu. Dans l'ensemble, le nombre de ménages ayant vraiment du mal à trouver un logement abordable est passé de 4,7 à 5,3 % entre 1991 et 2001 (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2006).

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2004), les personnes ayant une maladie mentale grave sont plus susceptibles que l'ensemble de la population de vivre dans la pauvreté, ce qui fait qu'elles sont plus à risque d'avoir des besoins impérieux de logement et de connaître l'itinérance :

- Jusqu'à 30 % des personnes itinérantes ont une maladie mentale<sup>13</sup>.
- On estime que jusqu'à 75 % des personnes itinérantes ont une maladie mentale.
- Les personnes ayant une maladie mentale qui occupent un logement vivent habituellement dans un logement qui ne répond pas aux normes et sont privées des services connexes dont elles ont besoin.

Les multiples sources de données consultées insistent sur l'importance d'options de logement de qualité. Une enquête menée auprès de 330 personnes ayant une maladie mentale révèle que les défis auxquels font face ces personnes sur le plan logement sont liés au caractère inabordable des loyers, à la mauvaise qualité des logements, au manque de sécurité, à l'inaccessibilité aux services essentiels et la pénurie de services de soutien. Les réponses données à des questions ouvertes indiquent l'existence des défis supplémentaires suivants : absence d'aide pour l'entretien ménager, longues listes d'attente pour l'accès au logement et aide financière inadéquate pour pouvoir se permettre un logement de qualité.

L'analyse des données recueillies au moyen d'un questionnaire distribué auprès de 183 membres de la famille d'une personne ayant une maladie mentale fait ressortir les principaux défis suivants auxquels font face les personnes ayant une maladie mentale : manque de logements abordables, absence des services de soutien nécessaires pour permettre à une personne ayant une maladie mentale de demeurer chez elle, préoccupations en matière de sécurité, mauvaise qualité des logements et difficulté d'accès aux transports et aux commerces. Les réponses aux questions ouvertes posées dans ce questionnaire font ressortir d'autres défis comme les longues listes d'attente pour les logements subventionnés ou logements pour personnes à faible revenu, les difficultés d'accès aux logements avec services connexes élevés et la difficulté de trouver un logement stable pour ne pas avoir à déménager constamment. Ce n'est pas la première fois que les participants à ce genre d'enquête déplorent l'existence de longues listes d'attente pour obtenir des logements pour personnes à faible revenu; **un plan récent pour le logement abordable à Toronto indiquait que 66 000 personnes attendent pendant jusqu'à 12 ans pour obtenir un logement dont le loyer est fonction du revenu** (Housing Opportunities Toronto, 2009).

Défi	Personnes ayant une maladie mentale (n = 330)	Membres de la famille (n = 183)
Pénurie de logements abordables	68 %	57 %
Pénurie de logements de qualité	45 %	40 %
Faible sentiment de sécurité	42 %	42 %
Absence de services essentiels	39 %	28 %
Absence des services de soutien nécessaires pour demeurer chez soi	26 %	48 %

Selon les données recueillies dans le cadre du sondage mené auprès de 216 pourvoyeurs de services de santé mentale et de 96 pourvoyeurs de logements, une proportion importante de répondants ont fait état de l'existence des lacunes suivantes relativement à la sécurité et au caractère abordable des logements : financement, logement de transition, pénurie de personnel pour offrir aux personnes ayant une maladie mentale du soutien à domicile, équipes de liaison et services externes, parc de logements et options de logement.

<sup>13</sup> Certains chercheurs sont d'avis que les taux de prévalence sont plus élevés et oscillent entre 30 et 40 % (Kirby et Keon, 2006). D'après des recherches plus récentes, le taux de prévalence de problèmes de santé mentale chez les populations dont la situation de logement est précaire et chez les populations itinérantes pourrait même atteindre 50 % (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010).

Préoccupations en matière de logement	Pourvoyeurs de services de santé mentale (n = 216)	Pourvoyeurs de logements (n = 96)
Absence de logement sûr et abordable	83 %	74 %
Financement insuffisant	72 %	79 %
Absence de logement de transition	59 %	35 %
Personnel insuffisant pour offrir aux personnes ayant une maladie mentale du soutien à domicile	50 %	43 %
Équipes de liaison insuffisantes et services externes insuffisants	48 %	42 %
Absence de services de soutien pour les personnes âgées ayant une maladie mentale	47 %	63 %

Le parc de logements ne croît pas au même rythme que la demande. Par ailleurs, on peut attribuer le nombre peu élevé de logements construits ainsi que le coût élevé de ces logements à l'augmentation du prix des terrains et des coûts de construction. L'exercice de cartographie a fait ressortir l'absence d'incitatifs financiers destinés à encourager les promoteurs à construire des logements pour les personnes ayant une maladie mentale ou à proposer à cette clientèle des options abordables en matière de logement. En raison de règles administratives complexes, les municipalités ne peuvent pas dans certaines provinces tirer parti de certaines possibilités liées à la revitalisation des quartiers.

La moitié des 96 pourvoyeurs de logements ayant participé au sondage ont affirmé ne pas recevoir un financement suffisant pour assurer l'entretien des logements qu'ils offrent. Cette situation s'expliquerait par les facteurs suivants :

- Les modèles de financement ne prévoient pas des fonds suffisants pour l'entretien (58 %).
- Les frais d'entretien sont supérieurs au budget disponible (54 %).
- Les immeubles sont délabrés et les investissements consentis au titre des réparations sont insuffisants (44 %).

Bien que l'on s'entende habituellement pour dire que l'élaboration de stratégies en matière d'intégration des systèmes et de collaboration, de transférabilité des prestations de logement et de modèles de soutien innovateurs est essentielle pour améliorer le logement et les services de soutien, la grande pénurie de logements abordables ne peut que rendre ces stratégies inutiles dans certaines collectivités.

Les conclusions tirées des visites de site et du processus de cartographie confirment la gravité de ces préoccupations. De nombreux pourvoyeurs de logement, pourtant des chefs de file dans le domaine du logement et des services connexes innovateurs, ont dit continuellement peiner pour trouver l'argent nécessaire pour assurer l'entretien des logements puisque le bailleur de fonds tient rarement compte de ce besoin. Le processus de cartographie a fait ressortir le fait que s'il existe certaines options en matière de financement du développement du parc de logements, il est très difficile de trouver chaque année les fonds nécessaires pour renouveler le soutien offert aux locataires, pour subventionner les loyers et pour assurer l'entretien des immeubles. Lors de conversations de personne à personne tenues dans différentes provinces, les pourvoyeurs de logements et de services connexes ont dit grandement s'inquiéter de la détérioration du parc de logements. L'exploitation des locataires dans les maisons de chambres a été dénoncée par les pourvoyeurs de services dans les provinces de l'Atlantique. Les participants aux webinaires ont par ailleurs soulevé le problème des propriétaires qui louent leurs logements à des prix prohibitifs.

Si le besoin non satisfait qui semble le plus criant est le logement assorti de services de soutien élevés 24 heures par jour, 35 % des 96 pourvoyeurs de logements ont également insisté sur le besoin de logements de transition. Comparativement aux pourvoyeurs de logements, les pourvoyeurs de services de santé mentale ont dit considérer plus grave la pénurie de logements de transition, 59 % des 216 pourvoyeurs de services insistant sur la gravité de ce problème.

Les 35 répondants du sondage représentant les hôpitaux ont aussi insisté sur les défis qui se posent à l'égard des options en matière de logement, 61 % d'entre eux confirmant le besoin pour des logements assortis de services de soutien élevés. Par ailleurs, 63 % de ces répondants ont indiqué que des critères d'exclusion limitent également les options en matière de logement. D'après 43 % des pourvoyeurs de logements, les services de soutien offerts aux personnes ayant besoin de soins de santé complexes et de soins aigus sont insuffisants et cette situation explique que certaines personnes ayant une maladie mentale doivent demeurer à l'hôpital; 91 % des répondants représentant les hôpitaux ont estimé que les services existants étaient insuffisants pour répondre à la demande et attribuent à l'éventail restreint d'options de logement et de services connexes le fait que des clients ANS ne peuvent être libérés de l'hôpital, ce qui entraîne des coûts élevés et limite les services pouvant être offerts aux personnes ayant une maladie mentale. Par ailleurs, 80 % des 330 répondants confrontés à une maladie mentale et 74 % des 183 membres de leur famille ont affirmé que le nombre de logements pour personnes seules ne suffisait pas à répondre à la demande.

Les données provenant du sondage indiquent que tant les membres des familles des personnes ayant une maladie mentale que ces personnes elles-mêmes pensent que l'élargissement des options en matière de logement passe par la mise sur pied de services de soutien adéquats bien que les premiers soient presque deux fois plus nombreux (48 %) que les seconds (26 %) à voir la situation sous cet angle. Près du tiers des 183 membres de la famille de personnes ayant une maladie mentale ont dit que la personne ayant une maladie mentale vivait avec eux ou avec d'autres membres de la famille. Cette situation s'explique peut-être par l'absence de services de soutien adéquats dans les autres options de logement possibles, ce qui fait ressortir le grand besoin de services de soutien destinés à cette population.

Le sondage a permis d'établir que le caractère abordable des logements constitue un problème dans toutes les provinces; plus de 68 % des 330 répondants confrontés à une maladie mentale vivant au Québec, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et en Alberta ont insisté sur ce problème. Cette constatation est préoccupante puisque plus de 500 000 ménages canadiens consacrent plus de 50 % ou plus de leur revenu à se loger (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2004).

L'absence de logements sûrs et abordables, la pénurie de logements et la vulnérabilité des personnes ayant une maladie mentale face aux propriétaires de taudis sont des thèmes qui sont ressortis à maintes reprises dans les webinaires, le thème de l'absence de logements sûrs et abordables étant ressorti dans tous les webinaires régionaux. La situation est plus grave dans certaines régions que d'autres. Dans le webinaire s'adressant aux habitants du Nord (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon), les participants ont fait état d'énormes lacunes en matière de logement et d'une pénurie aiguë de logements abordables. Dans les territoires, le taux de fréquentation des refuges d'urgence était anormalement élevé. À titre d'exemple, **à Yellowknife, 936 personnes (5 % de la population de la ville) avaient fréquenté un refuge en 2008, les lits des refuges ayant été utilisés 67 340 fois au total** (Yellowknife Homeless Coalition, 2009). À Brandon, au Manitoba, les prestations de logement transférables pour les personnes ayant une maladie mentale sont presque inutiles, le taux d'inoccupation des logements étant aussi faible que 0,1 %.

Lors du webinaire régional organisé à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, les personnes confrontées à une maladie mentale ont noté que l'insuffisance du parc et des options de logement oblige certaines personnes à vivre dans des taudis, les services sociaux versant directement le loyer à des propriétaires de taudis sans s'inquiéter des conditions de vie des habitants de ces logements. La diminution des options de logement ainsi que le manque de logements abordables explique que la qualité des logements offerts à une population vulnérable diminue constamment. Le problème des propriétaires de taudis qui exploitent cette population a aussi été soulevé au cours du webinaire organisé en Ontario. Les participants du Québec ont insisté sur la pénurie de logement en général ainsi que de logements abordables et propres. Pour de plus amples précisions sur les conclusions des webinaires, veuillez consulter l'Annexe 2.

Les personnes-ressources à l'échelle internationale ont parlé des défis liés à l'intégration aux modèles de logement axés sur le rétablissement des services de logement et des services connexes inclus jusqu'ici aux modèles des logements supervisés. Aux États-Unis, l'accent a été mis au cours des cinq dernières années sur les initiatives de logements avec services, presque tous les États ayant adopté ce modèle. Bien que ce modèle de

logement soit devenu rapidement populaire, les personnes ayant des problèmes psychiatriques continuent de vivre dans des modèles de logement officiels et officieux. Le modèle officiel est financé et soutenu par les municipalités, les États et le gouvernement fédéral, et les modèles officieux comportent divers types de logements et de services de soutien de mauvaise qualité; dans certains cas, des personnes ayant une maladie mentale sont logées dans des résidences non agréées, non répertoriées et non supervisées. On peut donner l'État de New York en exemple d'État où si le nombre de logements avec services a augmenté, les vieilles maisons de chambres et les foyers délabrés sont loin d'avoir disparu.

## INNOVATIONS

### LOGEMENT INNOVATEUR AVEC SERVICES DE SOUTIEN ÉLEVÉS : PROJET DE LA RUE LOWER UNION, SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE FRONTENAC (KINGSTON, ONTARIO)

Au cours de la dernière décennie, en réaction à des situations comme les besoins des patients ANS et le blocage des lits, on a mis l'accent en Ontario sur la conception d'options de logement comportant des services de soutien élevés à l'intention des personnes obtenant leur congé de l'hôpital après un long séjour. Les Services de santé mentale dans la communauté de Frontenac (FCMHS), en collaboration avec le Centre de soins continus de Providence (PCCC), a élaboré un modèle innovateur axé sur le rétablissement pour aider ces personnes à se réintégrer dans leur milieu. Cette option de logement de transition avec services de soutien élevés est l'un des éléments de l'éventail de services dans la communauté de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie qu'offrent les SSMCF, y compris le logement, le traitement communautaire dynamique, la gestion de cas intensive, les services d'intervention en cas de crise, le soutien professionnel et le soutien familial.

Le projet « Lower Union » prend la forme de 18 chambres, avec salles de bain, cuisine et salon communs destinés aux locataires. Les principaux éléments du modèle ont été conçus en partenariat avec le PCCC, selon les besoins des personnes ayant fait de longs séjours hospitaliers :

- Le PCCC identifie les personnes qui sont prêtes à se réintégrer à leur milieu; les membres du personnel des SSMCF et du PCCC remplissent ensuite ensemble une liste de vérification des soins commune avec l'aide du locataire.
- L'équipe des SSMCF rencontre chaque mois des travailleurs sociaux pour discuter du cas de nouveaux locataires potentiels, du soutien à offrir à ces personnes et des autres aspects du partenariat.
- La planification de la transition comprend des visites de jour et de courts séjours.
- Les FCMHS possèdent et exploitent les logements faisant partie du projet « Lower Union » et fournissent aux locataires une aide quotidienne en matière de dynamique (aide offerte par des intervenants en santé mentale et un intervenant clé), de gestion des médicaments (aide offerte sur les lieux par une infirmière autorisée) ainsi que de services cliniques dans la communauté (aide offerte par une équipe de traitement communautaire ou une équipe d'intervention intensive).
- Les services cliniques suivent les locataires lorsqu'ils déménagent (en fonction de leurs besoins).

Ce programme met fortement l'accent sur les principes qui sous-tendent le rétablissement et sur le soutien à fournir aux locataires pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs. Les locataires partagent la responsabilité de la préparation du repas du soir, avec l'aide du personnel au besoin, mais sont individuellement responsables de la préparation de leur petit-déjeuner et de leur déjeuner.

Depuis sa création, le modèle a évolué et met maintenant l'accent sur un modèle de logement de transition (au lieu d'un modèle de logement permanent) dans lequel les locataires s'installeraient dans un logement moins intensif en tenant compte du fait que chaque locataire a des besoins propres et que la durée du séjour doit donc être souple. Les résidents de Lower Union signent un bail d'un an pouvant être renouvelé au besoin.

Ce projet comporte aussi des services de répit et de stabilisation brève pour les locataires d'options de logement avec services moins élevés offertes par les FCMHS.

Se fondant sur la rétroaction obtenue des locataires, les FCMHS songent à aussi offrir davantage d'options de logement de groupe pour répondre aux besoins professionnels, sociaux/récréatifs et de soutien par les pairs des locataires.



## Lacunes en matière de capacités liées à l'éventail d'options de logement et de services de soutien

Outre qu'il leur est difficile de trouver du logement abordable, les Canadiens ayant une maladie mentale ont du mal à trouver des options de logement offrant des services de soutien appropriés. Les services de soutien permettent d'élargir l'éventail des options en matière de logement accessibles à ces personnes.

Les participants au processus de cartographie ont clairement cerné les **principales lacunes en matière de services de santé mentale et de services de soutien connexes**. Ils ont dit sérieusement s'inquiéter du fait que bien que diverses initiatives en cours soient susceptibles d'améliorer le parc de logements, peu d'initiatives, voire aucune, répondent aux besoins en matière de soutien des personnes qui souhaitent conserver leur logement. À titre d'exemple, à mesure que l'Alberta met en œuvre son plan décennal de lutte contre l'itinérance, des milliers de personnes peuvent souhaiter avoir accès à des services une fois qu'elles auront obtenu un logement. Les participants au processus de cartographie ont aussi exprimé des préoccupations à l'égard de la qualité des services auxquels les clients actuels ont accès en raison de la charge de travail élevé des intervenants.

Voici d'autres lacunes en matière de capacités que le processus de cartographie a fait ressortir :

- Des lacunes dans les services de santé mentale en matière de **capacités, d'uniformité dans les services offerts et de coordination des services de santé**.
- Les ressources de plus en plus restreintes dont disposent les organismes de logements sociaux pour entretenir leurs logements vieillissants, rémunérer leur personnel et investir dans leur pérennité (Hulchanski, 2002) expliquent que ces organismes n'aient que peu de ressources, voire pas de ressources du tout, à consacrer aux services de soutien à l'intention des locataires. Il faut ajouter à ce défi les pressions croissantes s'exerçant sur le système de services de santé mentale et le manque d'uniformité dans les attributions en matière de logements et de services de soutien destinés aux personnes ayant un problème de santé mentale.
- **Les modèles de soutien doivent aller au-delà des services cliniques** et comprendre les banques alimentaires, l'éducation, le soutien au revenu et la promotion des réseaux de soutien naturels.
- Les pourvoyeurs de logements sociaux répondent aux besoins de santé mentale des locataires de diverses façons. Certains pourvoyeurs ont acquis de véritables connaissances à cet égard, mais d'autres n'ont que des liens ténus avec les services de santé mentale existants ou ne peuvent y avoir accès.
- De la même façon, un haut pourcentage de personnes ayant une maladie mentale qui vivent dans des établissements pour personnes âgées ont très peu accès à des services de santé mentale.
- Il est nécessaire de convenir d'une **formule de financement** pour les services de santé mentale et de logement et les investissements dans ce domaine doivent être liés à des modèles précis.

Les participants au processus de cartographie ainsi que les groupes de référence ont uniformément indiqué que l'établissement des besoins exige de faire une distinction entre les besoins en matière de services de soutien liés au logement et les besoins en matière de services cliniques, ce que les politiques n'ont pas fait jusqu'ici. Voici certaines observations qui ont été faites à l'égard de cette distinction :

- Examen des possibilités qu'offrent les **modèles de soutien de partage des soins** (p. ex., intervenants offrant des services de soutien en matière de logement et intervenants fournissant des services de soutien cliniques).

- Meilleure compréhension du **rôle des pourvoyeurs de logements** en matière de prestation des services et de **l'interface entre les pourvoyeurs de services de santé et de services de santé mentale**.
- Le concept *Priorité au logement* peut être difficile à comprendre pour certains pourvoyeurs de services.
- Pour favoriser le rétablissement, il est nécessaire que les modèles actuels soient remplacés par des **options prévoyant des services de soutien qui ne sont pas liés au logement**<sup>14</sup>. Les soutiens en matière d'emploi et des politiques non punitives relatives au revenu gagné par les assistés sociaux pourraient être très utiles.
- Aucune option réelle ne s'offre aux personnes qui n'ont peut-être pas reçu de diagnostic de santé mentale, mais qui souffrent du syndrome d'alcoolisation fœtal ou de troubles cognitifs et de troubles mentaux.
- En raison de la vulnérabilité des groupes de clients, le soutien sur les lieux revêt une grande importance.

Les provinces et les territoires devraient envisager la possibilité d'évaluer les milieux résidentiels existants dans le but d'établir des stratégies à long terme sur la façon d'optimiser leur utilisation ainsi que la prestation des services qui y sont offerts. Cette évaluation devrait s'accompagner de l'élaboration de normes pour que ces foyers soient axés sur le rétablissement.

Des participants aux divers volets de l'étude ont fréquemment parlé des **défis que pose l'intégration des approches axées sur le rétablissement aux modèles de « soins résidentiels »**. La structure de nombreux établissements résidentiels compromet le rétablissement. À titre d'exemple, les personnes vivant en milieux résidentiels peuvent se voir imposer certaines conditions quant aux personnes avec lesquelles elles peuvent habiter, le moment où elles peuvent avoir accès à leur logement, la possibilité de préparer leurs repas et l'autonomie qui leur est laissée à l'égard de l'établissement de leurs objectifs.

La plupart des provinces et des territoires logent également les personnes ayant une maladie mentale dans des chambres d'hôtel à occupation simple ainsi que dans des maisons de chambres. Un examen du marché du logement à Winnipeg a fait ressortir le fait qu'environ un millier de personnes vivaient en 2005 (Distasio et coll. 2005) dans des chambres à occupation simple qui sont en majorité situées au centre-ville. Ces chambres (généralement meublées et équipées d'une cuisine rudimentaire avec réfrigérateur miniature et plaque chauffante, mais sans toilette privée) coûtent en moyenne 250 \$ par mois. On définit habituellement les maisons de chambres comme des maisons offrant à leurs occupants des chambres individuelles, mais une salle de bain partagée. Les résidents sont considérés comme des locataires dans les maisons de chambre, mais pas dans les chambres d'hôtel à occupation simple. Si ce processus de cartographie ne visait pas ce type d'option de logement offerte sur le marché privé, il n'en demeure pas moins que de nombreuses personnes vivent dans ces types de logement et que ceux-ci font donc partie du marché du logement abordable.

Étant donné que les personnes ayant une maladie mentale finissent par vivre là où elles ont les moyens de vivre, ce qui peut comprendre des établissements de soins résidentiels, des chambres d'hôtel à occupation simple et des maisons de chambre, les membres des groupes de référence ont recommandé de ne pas chercher à remplacer ces modèles, mais plutôt à les **adapter de façon à ce qu'ils puissent permettre aux résidents de vivre dans la sécurité ainsi que dans un milieu sain et favorable à leur autonomie**.

Le processus de cartographie a aussi fait ressortir le fait que de **nombreuses personnes ayant une maladie mentale ne vivent pas dans des logements subventionnés par le gouvernement**. Si ces personnes n'ont pas accès aux services de soutien voulus, il peut leur être difficile de demeurer chez elles. Les personnes vivant dans un logement qui leur appartient peuvent, lorsqu'elles ne se sentent pas bien, avoir du mal à faire leurs paiements hypothécaires, à payer leurs impôts fonciers et à s'occuper de l'entretien. **Cette population, et pas**

<sup>14</sup> Les services de soutien qui ne sont pas liés au logement lui-même sont offerts par des organismes autres que le pourvoyeur de logement et sont transférables dans la mesure où le client conserve ces services même s'il change de logement (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002).

**seulement les personnes vivant dans des logements subventionnés par le gouvernement, doit être admissible à des services de soutien.**

## INNOVATIONS

### **Programme des condominiums – Association canadienne pour la santé mentale, section d'Ottawa (Ottawa, Ontario)**

Le programme des condominiums est l'une des façons par lesquelles la section d'Ottawa de l'ACSM offre un éventail de logements aux personnes ayant une maladie mentale grave. Grâce à des fonds obtenus du ministère de la Santé, l'ACSM a acheté 22 condominiums en 2005. Une rallonge de fonds a par la suite permis à l'Association de porter son parc de logements à 31. La Ville verse aux locataires des suppléments de loyer, jusqu'à concurrence du prix du marché, et le ministère de la Santé accorde à l'Association une modeste allocation annuelle aux fins d'entretien. Certains condominiums sont réservés pour des clientèles précises (p. ex. les femmes, les personnes itinérantes).

Tous les locataires signent un bail avec la section d'Ottawa de l'ACSM. Ce modèle de logement allie services cliniques de santé mentale et liens dans la communauté. Les services offerts comprennent le soutien par les pairs, un programme de soutien bénévole axé sur le jumelage et le mentorat. La clé du succès est de trouver un logement qui correspond aux attentes de la personne ayant une maladie mentale.

Au moment d'emménager dans un condominium, chaque locataire se voit attribuer un gestionnaire de cas qui lui offre des services de soutien au titre du logement et de la santé mentale; les besoins des clients peuvent diminuer avec le temps et ils peuvent arriver à se passer des services d'un gestionnaire de cas. L'ACSM a structuré les services de soutien qu'elle offre de manière à ce que ses clients aient accès à des services de gestion de cas continus ou de transition, selon leurs besoins.

Ce projet comme tous ceux qui ont été répertoriés ne propose pas une seule formule devant convenir dans tous les cas; le projet suggère une façon d'élargir le parc de logements qui est opportune, rentable et adaptée aux désirs de nombreuses personnes ayant une maladie mentale.

### **Société résidentielle Phoenix (Regina, Saskatchewan)**

La Société résidentielle Phoenix de Regina offre des services psychologiques résidentiels aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, de troubles concomitants (diagnostic double) et de lésion cérébrale acquise. Le premier foyer de réadaptation psychiatrique a été créé par la Société Phoenix en 1979, après la conversion réussie d'une maison de groupe en appartements autonomes. Le projet innovateur repose sur la création d'un éventail de modèles de logement et de services de soutien dans le but d'assurer aux personnes ayant une maladie mentale des soins personnalisés axés sur le rétablissement; il est également le fruit d'un partenariat réussi avec la Régie de la santé de la Saskatchewan.

#### **Modèle des logements regroupés avec services de soutien**

La conversion d'un foyer de groupe a donné lieu à la création de Phoenix Oak, un immeuble comportant 16 appartements exploité comme un établissement résidentiel où un personnel offre des services sur place 24 heures par jour. Huit appartements accueillent des clients ayant des besoins en services élevés et huit autres sont réservés à des clients prêts à faire la transition vers la vie autonome dans des appartements non regroupés et ayant besoin de services de soutien moins élevés qui leur sont offerts par la Phoenix Supported Apartment Living Services. Un gestionnaire de cas, rémunéré par la Régie de la santé, intervient auprès des 16 clients. L'ACSM, de concert avec l'Abilities Council et la Société Phoenix, fournit du soutien en matière d'emploi ainsi que des activités hebdomadaires de promotion de la santé et de développement des compétences.

#### **Modèle des logements non regroupés avec services de soutien**

Par l'entremise des Phoenix Supported Apartment Living Services, des services de soutien sont offerts à 60 clients logés dans des appartements dispersés dans tout Regina. Un gestionnaire de cas et un intervenant sont chargés d'offrir du soutien à chaque client. En outre, le gestionnaire de cas discute régulièrement du cas du client avec un intervenant en réadaptation psychosociale.

#### **Prestation intégrée de services de soutien**

Les clients des programmes de logements dispersés dans la collectivité et des autres types de programmes de logement de la Société résidentielle Phoenix peuvent participer aux activités des groupes de développement des compétences et de promotion du bien-être offertes à Phoenix Oak. Le Programme de double diagnostic West View est un programme de logement et de services de soutien relevant de Phoenix qui s'adresse aux personnes ayant reçu un double diagnostic (troubles concomitants) et qui est offert dans des appartements regroupés. Les services axés sur la lutte contre la toxicomanie et le rétablissement dans le cadre de ce programme s'adressent également aux participants à d'autres types de programmes de logements de Phoenix, ce qui a pour objet de favoriser l'intégration de ces personnes et la pollinisation croisée et d'éviter les chevauchements de services.

#### **Soutien par les pairs**

Par l'entremise du Programme de spécialistes du soutien par les pairs, d'anciens résidents sont recrutés pour fournir du soutien aux clients de la Société résidentielle Phoenix. Il est question de la création d'un modèle de programme de soutien par les pairs spécifiquement conçu pour correspondre aux besoins des bénéficiaires des programmes de logement.

## Questions financières et soutien du revenu

La précarité financière des personnes ayant une maladie mentale ainsi que les problèmes qui en découlent sur les plans du logement et de la sécurité alimentaire amènent ces personnes à dépendre du système et entraînent des conséquences négatives pour leur santé. Bon nombre de provinces et de territoires intègrent les stratégies en matière de logement aux stratégies plus larges de lutte contre la pauvreté qui comportent des échéances, des cibles et des ressources. Ces stratégies reposent sur la prémisse de base que l'efficacité des services de santé mentale est fonction de la mesure dans laquelle les besoins de base des personnes ayant une maladie mentale sont satisfaits. À titre d'exemple, malgré la croissance économique que connaît le Yukon depuis quelques années, 22 % des Yukonais signalent manquer d'argent pour bien se nourrir (Rapport sur l'état de santé de la population du Yukon, 2003).

**Le sondage mené auprès de 330 personnes confrontées à une maladie mentale révèle que le soutien du revenu est l'une des mesures de soutien citées comme le plus importantes (68 %) qui devraient être offertes dans le cadre des programmes de logement.** C'est aussi la mesure de soutien jugée la plus importante par les 183 membres de la famille ayant participé au sondage (69 %).

Quatre-vingts pour cent des personnes ayant une maladie mentale qui ont participé au sondage souscrivent à la recommandation voulant qu'on accroisse le nombre d'options de logement dans lesquelles le loyer ou le paiement hypothécaire est fondé sur le revenu. Soixante-quinze des membres de la famille ayant répondu au sondage souscrivent aussi à cette recommandation.

En réponse à une question ouverte, les 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ont dit considérer l'absence d'un revenu et de soutien financier adéquats comme un important obstacle au rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. **Tous les sondages menés auprès des intervenants font ressortir l'importance d'accroître le parc de logements subventionnés.**

Les sondages ont clairement mis en relief les besoins en matière de soutien financier et de soutien du revenu des personnes ayant une maladie mentale et les webinaires, quant à eux, font ressortir les obstacles systémiques auxquels elles sont confrontées :

- Les participants aux webinaires considèrent l'absence de soutien financier et de subventions comme des obstacles importants à l'accès à un logement et à des services de soutien appropriés.
- Les participants aux webinaires dénoncent la rareté des pratiques axées sur le rétablissement, ce qui décourage les personnes ayant une maladie mentale de travailler; en fait, si ces personnes travaillent, elles s'exposent, au-delà d'un certain plafond, à être privées de soutien financier, de prestations et de mesures de soutien. Elles sont contraintes de demeurer « malades » si elles veulent conserver le soutien financier et les prestations d'invalidité qu'elles reçoivent.

« Je dois m'assurer de ne pas travailler au-delà d'un certain nombre d'heures, sinon on récupérera cet argent et on m'exclura du programme. Or, je dois poursuivre une carrière pour pouvoir conserver un logement dans l'avenir. J'ai besoin de l'aide financière du gouvernement pour pouvoir terminer mes études. »  
— participant à un webinaire

Le processus de cartographie a montré que l'existence de plafonds peu élevés en matière de revenu sont des mécanismes systémiques favorisant la pauvreté. C'est à l'Île-du-Prince-Édouard où le plafond de revenu gagné que les bénéficiaires d'aide sociale doivent respecter est le plus bas (75 \$ par mois, plus 10 % de l'excédent comme exemption salariale). Il s'agit de loin du taux le plus faible au Canada; cette somme ne tient pas non plus compte des dépenses liées à un emploi, ce qui décourage les personnes touchant des prestations d'aide sociale de renoncer à l'aide sociale.

« Il y a aussi la question du changement dans la situation des personnes. Si une personne reçoit des prestations dans le cadre du POSPH ou du Régime de pension du Canada, elle bénéficie peut-être d'une assurance-médicaments, de sorte qu'elle peut acheter ses médicaments. Si elle retourne au travail, son loyer augmente et elle risque de perdre son assurance-médicaments. C'est un cercle vicieux. Chaque fois qu'une personne va mieux, elle perd le soutien dont elle jouit et cela l'amène à rechuter. »

-participant à un webinaire

La recherche confirme l'importance du soutien financier pour l'intégration réussie des personnes confrontées à une maladie mentale (Carling et Tanzman, 1996; Forchuk, Nelson et Hall, 2006; Tanzman, 1993). Dans une étude datant de 1993, Carling a constaté que les personnes ayant une maladie mentale consacraient jusqu'à 80 % de leur revenu à leur loyer et conclu que la pauvreté constituait le problème le plus grave auquel elles étaient confrontées. Comme les programmes de soutien aux personnes handicapées, au Canada comme ailleurs dans le monde, n'assurent à leurs bénéficiaires qu'un revenu inférieur au seuil de la pauvreté et ne reflètent pas le coût de la vie, peu de personnes ayant une maladie mentale grave sont en mesure de trouver un logement abordable (Forchuk et coll., 2006).

## Mobilité dans le système des logements et des services de soutien connexes

Dans le cadre du processus de cartographie, les participants de nombreuses provinces ont traité des défis inhérents que pose un système dont les capacités sont insuffisantes. Ils ont dénoncé l'incapacité, et parfois le manque de volonté, des responsables du système à trouver des moyens de permettre aux utilisateurs de passer d'un type de logement à un autre et de profiter des divers types de services connexes. Les utilisateurs ont à n'en pas douter le droit de demeurer dans le logement qu'ils occupent; l'une des conséquences non voulues du principe de la permanence du logement est que les utilisateurs doivent souvent accepter un niveau de services connexes qui ne correspond pas à leurs besoins ou à leurs désirs. À l'heure actuelle, en raison de l'insuffisance de l'offre en logements sur le marché locatif privé, des programmes d'aide au loyer et des options de logement s'offrant aux personnes ayant une maladie mentale, ces personnes se retrouvent « figées » à différents points du spectre du logement (p. ex. des personnes peuvent être prêtes et peuvent souhaiter une option de logement plus autonome, **mais elles n'ont nulle part où aller**. Cette situation, à laquelle s'ajoute un manque de logements abordables, entraîne de graves conséquences tant du point de vue de la santé que du point de vue des coûts, et ce en particulier pour les personnes qui attendent leur congé de l'hôpital. **Une stratégie nationale en matière de services de santé mentale et d'options de logement doit comporter des mesures favorisant la mobilité au sein du système et permettant aux utilisateurs de trouver et de conserver un logement et des services connexes qui répondent à leurs besoins et à leurs désirs.**

## Obstacles empêchant des clients de quitter l'hôpital pour occuper un logement

Au sens strict, les patients Autre niveau de soins (ANS) sont les patients qui demeurent à l'hôpital lorsqu'ils peuvent vivre dans la collectivité. Des personnes ayant besoin d'être hospitalisées ne peuvent l'être parce qu'on ne peut pas fournir aux patients ANS un logement et les services de soutien nécessaires pour leur donner leur congé de l'hôpital. Il en résulte une utilisation inefficace des ressources, des soins et du soutien inadéquats ainsi que de mauvais résultats.

Le sondage auquel ont répondu 35 personnes représentant des hôpitaux a mis en lumière les **obstacles empêchant les personnes ayant une maladie mentale d'obtenir leur congé de l'hôpital**. Voici les dix obstacles les plus souvent indiqués :

- La capacité actuelle en services est insuffisante pour répondre à la demande (91 %).
- Les niveaux de financement ne permettent pas de fournir des services de soutien supplémentaires aux personnes qui en ont besoin (83 %).
- Il existe une pénurie de services intégrés de santé mentale et de logement (69 %).
- Les modèles de services existants ne répondent pas aux besoins en services de soutien du système de justice criminelle (63 %).
- Les modèles de services existants ne répondent pas aux besoins en services de soutien destinés spécialement aux jeunes (63 %).
- Le personnel ne possède pas les compétences ou la formation nécessaires pour répondre à tous les besoins en matière de service de soutien (63 %).
- Les critères d'admissibilité constituent des obstacles à la satisfaction des besoins (63 %).
- Le niveau de compétences du personnel dans les logements privés (p. ex. foyers) est insuffisant pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale (63 %).
- Les systèmes de prestation des services sont fragmentés/non coordonnés (57 %).

Les représentants des hôpitaux ont indiqué que l'établissement de liens étroits avec les pourvoyeurs de services dans la communauté est essentiel si l'on souhaite parvenir à pouvoir donner à ces clients leur congé de l'hôpital; **près de 86 % des répondants ont convenu que l'établissement de bonnes relations entre les hôpitaux et les pourvoyeurs de services dans la communauté était ce qui pouvait le mieux accroître l'accès des personnes ayant une maladie mentale à du logement et à des services de soutien et leur permettre ainsi de quitter l'hôpital et de se réintégrer à leur milieu.**



## INNOVATIONS

### **Hamilton House : Programme de transition post-congé de l'hôpital – Association canadienne pour la santé mentale (Calgary, Alberta)**

Hamilton House est un partenariat entre la région de Calgary de l'Association canadienne pour la santé mentale et les Services de santé de l'Alberta. Il s'agit d'un programme de logement de transition comportant huit lits qui offre un autre niveau de soins aux personnes ayant une maladie mentale grave et persistante qui les met à risque de faire de longs séjours à l'hôpital; en raison de cette maladie, ces personnes n'ont pas réussi, malgré des tentatives répétées en ce sens, de vivre de façon autonome ou d'être admissibles à d'autres types de services de logement de soutien. Les clients doivent avoir reçu un diagnostic primaire de trouble de l'axe I, mais peuvent aussi avoir un trouble concomitant de l'axe II et un trouble de dépendance à une substance. Seuls les services de santé mentale de la zone de Calgary des Services de santé mentale de l'Alberta peuvent diriger des clients vers ce programme, ce qui en fait un programme s'adressant exclusivement aux personnes obtenant leur congé de l'hôpital. Il s'agit de l'un des rares programmes de logement à Calgary qui est fondé sur le concept de l'atténuation des méfaits.

Hamilton House offre du soutien intensif 24 heures par jour dans un milieu de vie de groupe dans le but de faciliter, dans un délai de six mois, la transition vers un logement à long terme qui corresponde au plus haut niveau d'autonomie du client. Chaque client travaille avec un coordonnateur des services de soutien à élaborer un plan de services personnalisé qui favorise le développement des connaissances et la création d'un réseau de soutien collaboratif comprenant des services de santé mentale, du logement, des services récréatifs, des services professionnels et d'autres ressources dans la communauté. Des groupes internes proposant des activités de promotion du bien-être et du rétablissement se réunissent régulièrement.

Ce partenariat unique entre les Services de santé de l'Alberta et l'ACSM présente de nombreux avantages pour les clients participant au programme. Le foyer est dirigé par le personnel de l'ACSM, lequel comprend un gestionnaire de programme et des coordonnateurs des services de soutien. Une infirmière travaille au foyer à temps plein avec les SSA pour surveiller l'apparition de symptômes chez les clients et pour s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments et un psychiatre voit régulièrement les clients qui n'ont pas de psychiatre communautaire. Grâce à ces volets, le programme permet la stabilisation des symptômes de maladies mentales chez les clients et entraîne une réduction du nombre d'hospitalisations nécessaires. Le partenariat facilite en outre l'accès à un éventail plus large de services de soutien; les ressources dans la communauté sont offertes aux clients par l'entremise du personnel de l'ACSM, en collaboration avec les Services de santé de l'Alberta, par l'entremise de l'infirmière de l'ACSM.

Comme il s'agit d'une nouvelle initiative, le programme a fait l'objet d'une évaluation approfondie. Cette évaluation a fait ressortir que les clients du programme, à l'issue de leur participation à celui-ci, affichaient des notes plus élevées dans les divers tests visant à établir leur état (Global Assessment of Functioning, Goal Attainment Scale et Life Skills Profile) et que la sévérité de leurs symptômes avait diminué comme l'indiquaient leurs scores sur la Brief Psychotic Rating Scale. Par ailleurs, certains clients ont dit se sentir beaucoup moins isolés et constater un relèvement chez eux de leur estime de soi, de leur appréciation d'eux-mêmes et de leur sentiment de sécurité. Bien qu'il n'existe pas en Alberta d'autre programme auquel comparer Hamilton House, le fait que plus de 50 % des clients aient pu progresser vers un type de logement avec services est vu comme un résultat positif étant donné leurs besoins élevés et leurs antécédents sur le plan logement.

## INNOVATIONS

### Projet de résidence de transition et de réadaptation (Ottawa et Toronto, Ontario)

En 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a financé un projet de résidence de transition et de réadaptation (PRTA) dans le cadre de l'Initiative d'amélioration des services visant les personnes ayant une maladie mentale se trouvant dans le système de justice criminelle. Des PRTA ont été mis en œuvre à Ottawa et à Toronto. D'autres projets PRTA plus petits ont été aussi mis en œuvre à St. Thomas/London, North Bay et Whitby.

À Ottawa, trois organismes exécutent le projet dans le cadre d'un partenariat coopératif : deux de ces organismes, Ottawa Salus et ACSM Ottawa, sont des pourvoyeurs de services de santé dans la communauté, et le troisième est un hôpital régional de santé mentale, les Services de santé Royal Ottawa. Le PRTA comprend deux volets destinés aux personnes dans des services juridico-médicaux internes des Services de santé Royal Ottawa recevant leur congé ou réintégrant leur milieu : 1) un foyer de transition de quatre chambres appelé « Grove » et 2) six appartements satellites. Les deux volets comportent des services de gestion de cas continue et des services de soutien au logement.

Le PRTA de Toronto est le fruit d'une collaboration entre le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) et l'ACSM Toronto. Les clients reçoivent leur congé du Programme psycho-légal du CTSM et s'installent dans un immeuble à appartements appartenant à l'ACSM Toronto et étant géré par elle. Les résidents de l'immeuble sont des clients du PRTA et d'autres clients de l'ACSM ayant eu des démêlés avec le secteur de la justice criminelle. Comme le PRTA d'Ottawa, le PRTA de Toronto offre des services de gestion de cas continue et du soutien au logement. Voici certains éléments clés des programmes PRTA d'Ottawa et de Toronto : souplesse pour répondre aux besoins changeants des participants; vaste éventail de pourvoyeurs de services pour assurer la mise en œuvre de mesures rapides et préventives destinées à venir en aide à la clientèle; et orientation vers le rétablissement (l'objectif clé est d'autonomiser les clients et de les aider à se sentir normaux).

Déjà dans le milieu des années 90, le besoin de mettre en œuvre des projets de résidence de transition et de réadaptation s'est imposé dans le but d'offrir à cette population des services de logement et de soutien axés sur le rétablissement et en raison des pressions s'exerçant pour libérer les lits pour patients internes occupés par elle.

Tous les organismes participant à ce projet conviennent que bien que le projet soit relativement nouveau, il est permis de dire de façon anecdotique, qu'il a eu une grande incidence sur les taux de congé et la durée des séjours hospitaliers. En outre, un nombre beaucoup plus important de patients internes des hôpitaux régionaux de santé mentale pourraient obtenir leur congé si le projet était en mesure d'accueillir davantage de membres de la population visée.

## Lacunes dans les services offerts aux sous-populations

### TROUBLES CONCOMITANTS

**Il ressort du sondage auquel ont participé 330 personnes ayant une maladie mentale des tendances qui montrent que les personnes ayant des troubles concomitants font face à de plus grandes difficultés lorsqu'il s'agit de trouver et de conserver un logement que les personnes n'ayant qu'une maladie mentale.** Ainsi, cette sous-population a indiqué faire l'objet d'une plus grande discrimination et se trouver dans une situation financière plus précaire.

Les 96 pourvoyeurs de services de logement ont affirmé que les services de soutien accordés aux personnes ayant à la fois une maladie mentale et des troubles concomitants étaient au nombre des cinq types de services de soutien n'étant pas fournis. Les services destinés aux personnes souffrant de troubles concomitants étaient au nombre des services présentant les lacunes les plus graves, tant au niveau des organismes (35 %) qu'au niveau des régions (65 %). **L'écart existant entre les besoins en services de soutien des personnes ayant des**

## **troubles concomitants et les services offerts par les organismes et les régions fait ressortir clairement la nécessité d'augmenter ce type de services de soutien.**

Les lacunes dans les services de soutien destinés aux personnes ayant des troubles concomitants ont également été classées parmi les cinq principaux besoins nouveaux non satisfaits mentionnés dans les sondages menés auprès des pourvoyeurs de services de santé mentale, les administrateurs hospitaliers et les chefs de services cliniques. Cinquante-deux pour cent des 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ayant répondu au sondage et 42 % des 35 répondants représentant des hôpitaux ont aussi affirmé qu'il convenait d'accorder une attention immédiate à ce besoin.

Les participants aux webinaires ont également fait observer que la population des personnes ayant des troubles concomitants était une population à qui l'on n'offrait pas des options de logement et des services de soutien adéquats.

La même lacune a été cernée lors des visites de site. Si ces visites ont permis de constater la mise en œuvre de certains modèles innovateurs comportant des normes d'accessibilité peu élevées, la majorité des programmes ne s'adressaient pas aux personnes ayant des troubles concomitants. Certaines innovations, comme Bolivar Court, en Colombie-Britannique, ont été proposées pour essayer de répondre aux besoins de cette population (innovation décrite dans la section VIII).

## **DOUBLE DIAGNOSTIC**

Les sondages menés auprès des pourvoyeurs de logements font également ressortir un écart dans les services de soutien destinés aux personnes ayant un double diagnostic et les besoins de cette population. Trente-deux pour cent des 96 répondants ont fait état de lacunes à cet égard dans les services offerts par leur organisme et 45 % dans les services offerts par la région.

**Les administrateurs hospitaliers et les chefs de services cliniques (27 %) ainsi que les pourvoyeurs de services de santé mentale (21 %) considèrent que les services de traitement et de soutien pour les personnes ayant un double diagnostic sont parmi les cinq principaux besoins qui ne sont pas satisfaits.** Neuf pour cent des 35 administrateurs hospitaliers ayant répondu au sondage ont même dit qu'il s'agissait du besoin non satisfait le plus important.

Les personnes ayant reçu un double diagnostic constituent une nouvelle clientèle ayant des besoins en matière de logement et de services de soutien connexes et de santé mentale et les pourvoyeurs de services de logement, les pourvoyeurs de services de santé mentale, les administrateurs hospitaliers et les chefs de clinique ayant répondu au sondage estiment que cette nouvelle clientèle exige une attention immédiate. Parmi les besoins non satisfaits, les pourvoyeurs de services de logement ont accordé à ce besoin la première place, les pourvoyeurs de services de santé mentale, la deuxième, les pourvoyeurs de services de santé mentale, la troisième, et les administrateurs hospitaliers et les chefs de services cliniques, la quatrième.

## **JEUNES ET JEUNES ADULTES**

### **Jeunes adultes**

Les jeunes de moins de 24 ans sont considérés comme le segment de la population itinérante qui croît le plus rapidement au Canada (Koeller, 2008). Les répondants au sondage ont insisté sur l'absence de services de soutien pour les jeunes adultes. Parmi les 96 pourvoyeurs de logements, ce sont les pourvoyeurs de logements sociaux qui se sont dits les plus inquiets par le manque de services; 75 % des répondants ont déclaré que les besoins en services de soutien pour les jeunes adultes étaient critiques. Le besoin en logements et en services de soutien connexes pour cette population était aussi marqué dans les milieux ruraux et éloignés; pour plus de précisions sur le sujet, voir la section ci-dessous portant sur les problèmes particuliers à se poser dans les régions rurales et éloignées.

Deux-cent-seize pourvoyeurs de services de santé mentale ont répondu au sondage et il ressort des données recueillies que l'écart entre les services offerts et les besoins des jeunes adultes est le plus élevé en Nouvelle-Écosse et en Ontario.

Les participants aux webinaires ont fait ressortir l'absence de planification et d'options en matière de logement ainsi que **la nécessité de s'attaquer aux problèmes et aux lacunes systémiques liés aux services destinés aux jeunes adultes, et en particulier aux jeunes adultes âgés de 18 et 19 ans.**

## INNOVATIONS

### MODÈLE DE LOGEMENT ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONNEXES « RÉSIDENCE PAUL-PAUL » VISANT À RÉPONDRE À LA NOUVELLE CLIENTÈLE DES JEUNES (MONTRÉAL, QUÉBEC)

La « Résidence Paul-Paul », gérée par la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté de l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal, constitue un modèle unique. Cette ressource innovatrice offre des services visant à répondre aux besoins en matière de rétablissement de cohortes récentes de jeunes et de jeunes adultes ayant des problèmes de santé mentale.

La résidence Paul-Paul est un modèle de logement et de services de soutien connexes qui vise à répondre spécifiquement aux besoins de transition de ses résidents. Les résidents types sont des jeunes recevant des soins qui sont sur le point d'avoir 18 ans et de cesser de relever des services de protection de la jeunesse. Un partenariat collaboratif a été établi entre l'hôpital de Rivière-des-Prairies et le Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire et l'hôpital Louis-H. Lafontaine dans le but d'offrir un modèle de logement et de services de soutien connexes pour les jeunes en transition.

La résidence Paul-Paul est un foyer de groupe qui héberge et conseille jusqu'à neuf jeunes adultes âgés de 16 à 20 ans. Elle offre des services de rétablissement et de réadaptation psychosociale hautement personnalisés qui permettent aux jeunes de s'adapter à leur propre rythme à la liberté et à l'indépendance dont jouissent les jeunes adultes et de composer avec leurs problèmes de santé mentale pendant leur transition vers les services pour adultes.

Les services offerts à ces jeunes adultes comprennent le logement, l'emploi et du soutien pédagogique, des services psycho-affectifs et du suivi psychiatrique avec des professionnels, y compris des éducateurs de l'enfance en difficulté, des praticiens résidentiels, des infirmières et des sexologues à temps partiel. L'équipe d'intervention favorise le développement chez les jeunes de l'indépendance, de la motivation, de l'intégration sociale et des aptitudes interpersonnelles.

### Jeunes

Les membres des groupes de référence ainsi que les personnes rencontrées lors des visites de site ont indiqué que les lacunes dans les services pour les jeunes étaient une source d'inquiétude importante. À l'Île-du-Prince-Édouard, ces personnes ont spécifiquement fait mention du manque de logements abordables pour les jeunes et du manque d'adéquation entre les logements et les besoins, de jeunes femmes étant parfois logées dans des résidences pour personnes âgées. Les membres du groupe de référence au Manitoba ont indiqué qu'il était difficile de trouver des logements pour les jeunes en raison de leurs besoins intensifs et l'option préférable, dans le contexte d'une pénurie de logements et de services de soutien, était parfois le modèle de la chambre d'hôtel à occupation simple dans le cadre duquel les repas et certains services de soutien sont offerts, étant donné que certains jeunes ne possèdent pas les habiletés voulues pour pouvoir vivre seuls en appartement. À titre d'exemple, lors des visites de site à « Pathways to Housing » à Calgary, l'un des grands défis était de trouver un logement autonome pour les jeunes puisque bon nombre d'entre eux avaient un trouble concomitant et n'avaient pas les habiletés voulues pour vivre seuls.

Les données du sondage auquel ont participé 96 pourvoyeurs de logements indiquaient que les problèmes liés à la satisfaction des besoins particuliers des jeunes en matière de logement et de services connexes étaient beaucoup plus importants dans les collectivités éloignées. **Parmi les 35 répondants représentant les hôpitaux, environ 63 % estimaient que les modèles de services actuels ne répondaient pas aux besoins en services de soutien particuliers des jeunes, ce qui complique leur réintégration dans la collectivité.**

## INNOVATIONS

### **TRANSITION DU FOYER DE GROUPE À UN MODÈLE DE VIE INDÉPENDANTE AVEC SERVICES DE SOUTIEN : WATSON HOUSE –MODÈLE DE FOYER DE GROUPE (VANCOUVER, C.-B.)**

Watson House est une maison patrimoniale restaurée comportant huit chambres qui accueille de jeunes adultes ayant une maladie mentale. Le projet de Watson House est un programme de transition de deux ans exécuté en partenariat avec les gouvernements fédéral et provincial, l'administration municipale, la Mole Hill Community Housing Society et la Coast Foundation Society. L'objectif du projet est de fournir du logement et des services de soutien connexes aux jeunes qui s'intègrent à la collectivité. Le financement opérationnel annuel du projet est assuré par le Vancouver Coastal Health.

Les jeunes clients se remettant d'une maladie mentale ont une chambre individuelle et ils partagent une salle de bain, un salon et une cuisine. Le soutien sur les lieux est offert pendant le jour par le personnel de Coast Mental Health. Le personnel de cet organisme travaille également auprès de certains clients pour les aider à se fixer des objectifs personnels et à atteindre ces objectifs. Le foyer de groupe permet aux jeunes de développer les habiletés qui leur sont essentielles s'ils n'ont jamais vécu de façon indépendante. Les résidents se relaient pour cuisiner un repas de groupe chaque jour. Chaque client doit nettoyer sa chambre et s'acquitter d'autres tâches. Comme les jeunes ne prennent pas toujours les médicaments qui leur ont été prescrits, des groupes de gestion des symptômes ont été mis sur pied. Des groupes récréatifs et de loisirs sont également en place. Ce sont les clients qui organisent la plupart des activités de groupe.

#### **Transition vers la vie autonome avec services de soutien**

Au cours des deux années passées à Watson House, les clients reçoivent de l'aide pour atteindre leurs objectifs en matière de logement, la majorité d'entre eux trouvant ensuite à se loger sur le marché locatif. Coast Mental Health essaie de trouver un logement indépendant pour ces clients. Les subventions d'aide à la vie autonome, qui s'ajoutent à l'aide sociale, permettent de payer le loyer demandé sur le marché privé. Par l'entremise du personnel de vie autonome, des services de soutien et une aide au logement sont accordés aux clients pendant deux années de plus, soit jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau de rétablissement leur permettant de cesser de recevoir cette aide. Certains obtiennent ensuite une aide à la vie autonome d'un autre organisme. S'ils cessent de recevoir l'aide à la vie autonome, les locataires peuvent cependant demeurer au même endroit.

Ce modèle facilite un changement dans l'éventail de logements et de services de soutien dans le cadre d'un réseau continu et aide les jeunes adultes à devenir indépendants et à acquérir les habiletés voulues pour pouvoir conserver leur logement.

### **Vieillessement de la population**

Il convient de réfléchir soigneusement à la façon de répondre aux besoins en logement et en services de soutien des personnes âgées, dont le nombre croît dans notre société, ainsi qu'aux orientations futures à cet égard. La marginalisation des personnes ayant une maladie mentale au sein du marché du logement deviendra plus marquée avec le vieillissement de la population (Beer et Faulkner, 2009). Les données recueillies dans le cadre du sondage mené auprès de 96 pourvoyeurs de logements mettent en relief les inquiétudes croissantes de cette population :

- Quatre-vingt trois pour cent des pourvoyeurs de logements de l'Ontario ont fait état de défis liés au vieillissement de la population comme des pourvoyeurs de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Alberta.
- Cinquante-deux pour cent des pourvoyeurs de logements ont appuyé la recommandation voulant qu'on améliore les services de soutien offerts à la population des personnes âgées.
- Un peu moins de la moitié des pourvoyeurs de logements ont estimé que les services de soutien pour les personnes âgées posaient des difficultés et ont souscrit à la recommandation en vue d'améliorer ces services.

Trente-cinq représentants d'hôpitaux ont participé au sondage. Tous les participants de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec, ainsi que 84 % des participants de l'Ontario, ont indiqué que les besoins des personnes âgées en matière de services de soutien étaient élevés.

Au Canada, les personnes âgées qui ont besoin de services de soutien en santé mentale tombent dans l'itinérance plus rapidement que par le passé.

Le processus de cartographie est parvenu à plusieurs conclusions, dont la conclusion principale voulant qu'à mesure du vieillissement de la population, des pressions croissantes s'exerceront pour s'assurer que les options de soins de longue durée comportent les services de santé mentale voulus. À l'heure actuelle, soit la capacité en matière de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée est insuffisante dans certaines provinces comme Terre-Neuve-et-Labrador, soit cette capacité est inexistante comme au Manitoba. Une planification des besoins des personnes âgées ayant à la fois un problème de santé mentale et une maladie physique s'impose également pour établir l'inventaire de services de logement et de services de soutien connexes nécessaires pour répondre à ces besoins.

Les participants aux webinaires ont attiré l'attention sur la **stigmatisation qui existe dans certaines maisons de soins infirmiers comme illustre l'hésitation de ces maisons à accepter les personnes ayant une maladie mentale, ce qui fait qu'il est encore plus difficile de trouver du logement pour cette population.**

#### POPULATIONS APPARTENANT À DIVERSES CULTURES

Le groupe de référence en Ontario a insisté sur le besoin de services de logement et de soutien connexes pour des populations appartenant à diverses cultures et pour les récents immigrants et demandeurs du statut de réfugié. On ne peut se surprendre de ce rappel de la part du groupe de référence étant donné que l'Ontario reçoit le plus d'immigrants au Canada, plus de 75 % d'entre eux décidant de s'installer à Toronto. Le groupe de référence a également soulevé la question du refus du gouvernement d'accorder des logements sociaux aux migrants. Ce refus pourrait créer un facteur de risque supplémentaire pour certains nouveaux-venus qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux en raison de traumatismes subis avant leur arrivée au Canada ou de traumatismes découlant de leur réinstallation au pays. D'après les membres du groupe de référence ainsi que les personnes interviewées dans le cadre des visites de site, la diversité croissante des populations doit être prise en compte; les intervenants n'ont peut-être pas beaucoup réfléchi à la façon de répondre aux besoins de ces diverses populations et le manque de planification à cet égard risque d'entraîner des conséquences à long terme.

**Le sondage auquel ont participé 96 pourvoyeurs de logements indique que seulement 26 % d'entre eux peuvent répondre aux besoins culturels de leurs clients, 61 % répondent partiellement à ces besoins et 8 % disent ne pas être en mesure de répondre du tout à ces besoins. Un pourcentage encore moins important des pourvoyeurs de services de santé mentale (15 %) ont indiqué être pleinement en mesure de répondre aux besoins culturels de leurs clients; 74 % d'entre eux ont déclaré être en partie en mesure de le faire et 7 %, totalement incapables de le faire. Voici les principales raisons données par les pourvoyeurs de services pour expliquer leur incapacité à répondre aux besoins culturels de leurs clients.**

Raison expliquant l'incapacité de répondre aux besoins culturels des clients	Pourvoyeurs de services de santé mentale (n = 216)	Pourvoyeurs de services de logement (n = 96)
Formation ou habiletés inadéquates du personnel, ce qui l'empêche de fournir des services	22 %	34 %



<b>adaptés à la culture des clients.</b>		
<b>Incapacité de répondre aux besoins linguistiques des clients.</b>	21 %	<b>23 %</b>
<b>Personnel insuffisant</b>	<b>18 %</b>	<b>19 %</b>

Le rapport intitulé *Best Practices in Developing Anti-Oppressive, Culturally Competent Supportive Housing* (Warner et coll., 2008) fait état de certaines de ces lacunes dans la partie réservée aux recommandations. Les auteurs du rapport recommandent notamment au gouvernement d'accroître le financement et le soutien pour le renforcement des capacités et une formation en adaptation culturelle dans le domaine des services de logement et des services de soutien connexes.

Le processus de cartographie a fait ressortir l'existence d'énormes besoins non satisfaits parmi les nouveaux Canadiens souffrant de maladies et ayant subi des traumatismes, des mauvais traitements et de la torture. Outre le fait qu'ils sont victimes de stigmatisation, les nouveaux Canadiens sont plus susceptibles de faire partie de la population « des personnes itinérantes cachées » puisque plusieurs familles partagent parfois un même appartement. Les défis à relever dans le cas des nouveaux Canadiens ressemblent beaucoup à ceux qui se posent à l'égard des Autochtones.

## POPULATION AUTOCHTONE

Les tables rondes tenues avec des dirigeants autochtones<sup>15</sup>, les visites de site ainsi que les webinaires ont permis de recueillir de l'information précieuse sur les défis auxquels font face la population autochtone. Presque toutes les visites de site dans les provinces ont fait ressortir la grande insuffisance des services destinés à cette population. Les personnes consultées ont fréquemment indiqué que la méfiance qui est manifestée à l'égard des Autochtones en milieu urbain est tellement grande que les personnes itinérantes d'origine autochtone, et les personnes marginalisées en raison de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, préfèrent vivre dans des refuges ou dormir sous les ponts au lieu d'accepter le logement et les services de soutien connexes offerts par les organismes qui œuvrent dans le domaine. Les consultations menées auprès des groupes de référence ont mis en lumière l'existence de problèmes majeurs, dont le racisme, l'incompréhension des différences culturelles, le manque de confiance et les tensions inhérentes, problèmes qui expliquent que cette population ne reçoive pas les services dont elle a besoin. Le manque de programmes adaptés à la culture autochtone et l'incapacité d'offrir un milieu culturellement sûr sont des sous-produits de ces obstacles. Les tables rondes ont fait remarquer que comme la population autochtone croît de façon exponentielle, les difficultés en matière de logement et les problèmes de santé comorbides prennent de plus en plus d'ampleur.

**Un pourcentage croissant de la population autochtone migre des réserves vers les villes et l'ensemble de la société canadienne n'est pas bien outillée pour faire face aux défis que cette migration pose.** À titre d'exemple, un nombre phénoménalement élevé d'Autochtones viennent s'installer dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Dans de nombreuses villes, la proportion d'Autochtones s'intégrant à la population des personnes itinérantes et des pauvres a beaucoup augmenté. L'Association nationale d'habitation autochtone, dans son plan d'action (2009) intitulé *A Time for Action: A National Plan to Address Aboriginal Housing* tire certaines conclusions clés à l'égard des besoins en matière de logement de la population autochtone vivant hors réserve :

- Un mécanisme de financement est nécessaire pour répondre au niveau disproportionné élevé de besoins de logement de la population autochtone vivant hors réserve, lequel est beaucoup plus élevé que chez la population non autochtone.

<sup>15</sup> L'équipe de recherche reconnaît que les Premières nations, les Métis et les Inuits peuvent faire face à des défis propres en matière de services de logement et de santé mentale et que chacune de ces populations a des caractéristiques distinctes. Pour faciliter la lecture du rapport, le terme « Autochtones » est utilisé dans le corps du texte plutôt que Premières nations, Métis et Inuits.

- Des taux élevés d'itinérance existent pas seulement dans les grandes villes, mais aussi dans les petites villes.
- Le parc de logement global est à risque en raison de l'expiration imminente d'accords de fonctionnement et d'accords de subvention.
- Les cadres de financement du logement actuels sont compétitifs et comportent des propositions qui ne conviennent pas pour répondre aux besoins de logement de la population autochtone.
- L'accès à un financement réservé pour lutter contre l'itinérance est compromis en raison de la lourdeur du processus.

Il existe également des problèmes de logement sur les réserves : le taux des besoins de logement parmi les Autochtones vivant dans des réserves est deux fois plus élevé que ce qu'il est dans la population non autochtone générale au Canada (Hay, 2005). Parmi les autres défis qui sont source de préoccupation critique et imminente, mentionnons :

- les problèmes d'infrastructure (p. ex., systèmes d'eau et d'égout inadéquats).
- le surpeuplement.

Les participants au webinaire organisé dans le Nord ont discuté des questions intéressantes tout particulièrement les collectivités autochtones dans cette région : manque d'options de logement; nécessité pour les collectivités de s'autogouverner et de diriger le processus de planification des programmes ou d'y participer; nécessité d'évaluer les approches européennes et autochtones à la santé mentale; nécessité de lutter contre le racisme inhérent dont sont victimes les Autochtones, en particulier l'attribution à cette population d'un taux élevé de toxicomanie et d'alcoolisme, et nécessité d'adapter les services exclusivement en fonction de ces paramètres. Les participants au webinaire ont également traité du manque de sensibilisation à la culture autochtone et de l'existence d'une grande variété de cultures au sein des collectivités autochtones et de l'influence de ces facteurs sur les personnes ayant une maladie mentale.

« Lorsque nous allons à l'hôpital, la cause du problème est toujours la consommation de drogue et d'alcool. Il n'est jamais question de problèmes de santé mentale. C'est automatique. Parfois, la drogue et l'alcool sont en cause, mais parfois ils ne le sont pas. C'est du racisme pur. »  
-participant au webinaire

Le manque de services de logement et de services de soutien connexes destinés aux populations autochtones se constate dans toutes les provinces. Peu de projets de logement en place dans certaines régions visent les personnes ayant une maladie mentale et ayant un problème de dépendance. Les populations autochtones s'adressent rarement aux organismes non autochtones pour obtenir une aide en matière de logement et de services de soutien connexes.

L'Annexe 6 propose une analyse plus approfondie de défis en matière de logement et de services de soutien connexes auxquels sont confrontés les membres des Premières nations et les Inuits et les Métis.

## INNOVATIONS

### PROJET CHEZ-SOI (WINNIPEG, MANITOBA)

À Winnipeg, le projet de démonstration national est surtout mis en œuvre au centre-ville où la population autochtone est disproportionnellement élevée et voilà pourquoi ce projet vise tout particulièrement à répondre aux besoins de cette clientèle. L'équipe de projet, qui compte des membres du personnel national de la CSMC, des ministères provinciaux ainsi que le coordonnateur du site ont consacré beaucoup de temps et d'efforts à gagner la confiance de la population autochtone; de nombreuses réunions dans la communauté et séances d'information ont été organisées dans le but de faire connaître l'approche Priorité au logement qui a été adoptée à Winnipeg. Les deux organismes dans la communauté ayant participé au projet ont joué un rôle capital à cet égard. Le fait que l'un des partenaires du projet, l'Institut des études urbaines de l'Université de Winnipeg, ait déjà travaillé avec ces organismes a beaucoup facilité ce processus. La participation des organismes dans la communauté a cependant exigé qu'une formation supplémentaire soit fournie aux membres de leur personnel en matière de gestion de cas et autres services de soutien liés à la santé mentale puisque le domaine était nouveau pour eux. L'un des organismes dans la communauté n'était pas un centre de santé, mais plutôt un centre de formation et de dynamique de la vie. Cet investissement a cependant été rentable puisque la population autochtone hésite moins à s'adresser à ces organismes dans la communauté par opposition aux organismes officiels pour obtenir des services. Le modèle de gestion de cas intensive adopté pour répondre aux besoins de cette population est également un modèle mixte qui intègre les pratiques en matière de santé et de bien-être autochtones.

Bien que cette initiative vienne tout juste d'être lancée et qu'il faudra un certain temps avant d'en connaître les résultats, le fait d'essayer de rejoindre cette population en établissant des liens avec des organismes en qui elle a confiance et de se servir de ces organismes comme véhicules de changement constitue un pas innovateur important

### Défis qui se posent à l'égard de personnes vivant avec des membres de leur famille

Les recherches démontrent que les personnes ayant une maladie mentale ont les mêmes préférences à l'égard de l'endroit qu'ils appellent leur chez-soi que les personnes n'ayant pas de maladie mentale. Les personnes ayant une maladie mentale souhaitent vivre de façon autonome, que ce soit par elles-mêmes ou avec des personnes qu'elles choisissent (partenaires, famille, amis, compagnons de chambre de leur choix), dans des logements abordables et normaux, situés dans des quartiers agréables où l'on trouve des services de transport, des commerces, des services dans la communauté et d'autres services souhaitables (Browne et Courtney, 2005; Carling et Tanzman, 2006; Forchuk, Nelson et Hall, 2006; Parkinson et Nelson, 2003; Rogers, Danley, Anthony, Martin et Walsh, 1994; Seilheimer et Doyal, 1996; Tanzman, 1993; Warren et Bell, 2000).

Une étude australienne portant sur les caractéristiques importantes du logement a fait ressortir six principaux thèmes qui ont été confirmés par d'autres recherches récentes, dont des recherches menées au Canada (O'Brien, Inglis, Herbert et Reynolds, 2002). L'autonomie et le choix ont été jugés comme les caractéristiques les plus importantes, suivis de l'emplacement, de la sécurité et du confort, du caractère abordable, de la vie privée et de la possibilité de relations sociales.

Les données recueillies dans le cadre des sondages indiquent clairement que des défis particuliers se posent lorsque les personnes ayant une maladie mentale vivent avec des membres de leur famille. Le fait qu'une personne ayant une maladie mentale vivait avec 31 % des 183 membres de la famille ayant participé au sondage indique que ces personnes veulent faire entendre leur voix.

**Des 330 personnes ayant une maladie mentale qui ont rempli le sondage, c'est parmi les personnes vivant avec leur famille que l'on a constaté le plus haut taux d'insatisfaction à l'égard du logement (22 %).** La moitié des répondants ont indiqué qu'ils s'installeraient ailleurs s'ils le pouvaient pour les raisons suivantes :

- Plus d'autonomie (42 %).
- Distance moins grande pour rendre visite à la famille et aux amis (34 %).
- Davantage de services de santé mentale (33 %).
- Davantage de services de soutien pour la santé physique (25 %).
- Distance moins grande pour se rendre à un moyen de transport public (21 %).

Si les personnes interrogées disent vouloir ne pas vivre trop loin de leur famille, elles tiennent à leur indépendance. **Les options de logement propices à l'indépendance qui permettent également le maintien des liens sociaux et familiaux favorisent le rétablissement.**

Quarante pour cent des 183 membres de la famille ayant rempli le sondage ont indiqué que ce dont avaient surtout besoin les personnes ayant une maladie mentale, c'était davantage de services de santé mentale lorsque ces personnes vivaient dans un endroit qui n'était pas spécialement réservé à ces personnes et 28 % d'entre eux ont dit la même chose lorsque la personne ayant une maladie mentale vivait avec eux. Par extension, le manque de services de soutien de santé mentale est vu comme un important défi pour les personnes ayant une maladie mentale ainsi que les membres de leur famille lorsqu'il y a cohabitation.

Les répondants comptant des membres de leur famille vivant avec eux (38 %), ou avec d'autres membres de leur famille (44 %), ont accordé plus d'importance au besoin d'indépendance ainsi qu'au besoin d'intervenants sur les lieux. La pénurie d'options de logement avec services de soutien sur les lieux est susceptible de forcer des familles à s'occuper de leurs êtres chers dans des conditions loin d'être optimales.

« Je peux compter sur le soutien de ma famille. Je me suis cependant senti coupable à un moment donné parce que mes parents ne pouvaient plus m'héberger. Nous avons tendance à compter sur nos familles, mais ce ne sont pas toutes les familles qui sont en mesure de fournir cette aide. »  
— participant à un webinaire

Les membres des groupes de référence et les participants aux webinaires ont également traité des problèmes auxquels font face les aidants naturels de membres de la famille ayant des troubles mentaux qui vivent avec eux. Les membres des groupes de référence s'inquiétaient surtout des options à long terme et de la crise qui s'annonce à cet égard. Les participants aux webinaires, pour leur part, s'inquiétaient surtout du manque de planification relativement aux moyens de répondre aux besoins de cette population. Les membres du comité directeur du projet *Turning the Key* (Le logement : la clé du rétablissement) consultés sur les conclusions préliminaires du projet à cet égard sont d'avis que ce besoin largement ignoré est mis en lumière grâce à ces recherches. Pour répondre aux besoins particuliers de cette population, il faudra tenir compte dans le calcul des coûts des logements et des services de soutien connexes supplémentaires qui seront nécessaires.

## Défis qui se posent dans les régions rurales et éloignées et dans le Nord

Voici des problèmes importants à se poser dans les collectivités rurales et éloignées qui ont été signalés par diverses sources à divers moments au cours de l'étude : parc de logements très limité; éventail réduit d'options de logement; financement limité; personnel insuffisant; difficultés liées à la formation et au maintien au sein de l'effectif; gamme réduite de services de soutien au logement.

Les discussions avec les membres des groupes de référence et les participants clés au processus de cartographie ont mis en lumière un certain nombre d'éléments devant être pris en compte dans la planification des services de logement et des services de soutien connexes :

- Les modèles qui donnent de bons résultats dans les milieux urbains ne pourront pas nécessairement être appliqués avec succès dans les milieux ruraux; en fait, dans certaines collectivités, le contexte pourrait être inverse.
- Il y a souvent une masse critique insuffisante pour permettre la mise en œuvre de certaines options de logement et de services de soutien connexes (p. ex., en raison de sa taille, la population n'a pas encore généré un besoin suffisamment important; en l'absence d'un éventail d'options, des personnes risquent d'être forcées de quitter leur collectivités d'attache pour trouver un logement adéquat).
- La centralisation géographique des services et des options de logement et le manque de transport permettant d'y avoir accès.

- Les options en matière de logement axées sur les besoins en santé mentale ont tendance à être très limitées, voire inexistantes, en particulier en ce qui touche les services de soutien connexes, dans les petites régions à caractère rural, ce qui contraint les résidents à s'installer dans de grandes collectivités où ils sont plus isolés.
- En raison de l'énorme stigmatisation dont sont souvent victimes les personnes ayant une maladie mentale dans les collectivités rurales, des personnes hésitent à demander de l'aide.
- Les ressources permettant de dépister les maladies mentales sont très limitées.

Les mêmes préoccupations ont été exprimées par les participants aux webinaires. Ces derniers ont en effet traité des défis inhérents à la vie dans les régions rurales et éloignées, y compris des effets négatifs découlant du fait de devoir quitter sa collectivité pour se rendre dans des centres urbains pour obtenir les soins ou les services nécessaires. On peut donner en exemple les services de santé mentale très limités offerts dans les territoires, ce qui oblige les clients à aller en dehors du territoire pour obtenir les services nécessaires. Les participants aux webinaires ont également parlé d'autres lacunes : rareté des options de logement et des services de soutien connexes, problèmes de logement (le manque de choix à cet égard se constate également dans les milieux urbains), coûts élevés des projets de construction de logements et accès routier insuffisant. Ils ont souligné le caractère très particulier des défis à se poser dans les régions rurales et éloignées et la nécessité d'en tenir compte dans l'élaboration d'initiatives visant à combler ces lacunes.

Les données provenant du sondage indiquent que 17 pourvoyeurs de services de logement offrant des services dans les collectivités éloignées considèrent que l'un des principaux domaines dans lesquels les besoins ne sont pas satisfaits, c'est le domaine des services d'aide aux jeunes faisant la transition du système pour les jeunes au système pour les adultes. Dans les collectivités éloignées, les besoins particuliers des jeunes sont également un important domaine dans lequel les besoins ne sont pas satisfaits (aucun modèle de services actuel ne vise à satisfaire ces besoins); 83 % des pourvoyeurs de services dans les régions rurales et éloignées contre 36 % des pourvoyeurs dans les régions non éloignées considèrent qu'il s'agit d'un obstacle qui empêche les personnes ayant une maladie mentale de conserver leur logement.

Comme le confirment les rapports des pourvoyeurs de logement, un écart existe entre les pourvoyeurs de services de logement dans les régions éloignées et les pourvoyeurs de services de logement dans les régions non éloignées en ce qui touche les services offerts aux jeunes faisant la transition vers le système pour adultes. Des 87 pourvoyeurs de services de logement dans les régions éloignées, 48 % estiment qu'il existe une pénurie aiguë de ces services; cette proportion est beaucoup plus élevée que chez les pourvoyeurs de services de logement dans des régions non éloignées (28 %). Par rapport aux pourvoyeurs de services de logement dans les régions éloignées, les pourvoyeurs de services de logement dans les régions non éloignées sont également beaucoup plus susceptibles d'être d'avis que les services de crise sont non satisfaits (p. ex. lits de crise, lignes téléphoniques de dépannage et services mobiles d'intervention en cas de crise).

Les 17 pourvoyeurs de services de logement offrant des services dans des collectivités éloignées étaient davantage disposés à accepter les deux recommandations suivantes que leurs homologues dans des collectivités non éloignées : **1) nécessité de fournir une formation adéquate au personnel; 2) identification d'organismes chargés de diriger les efforts en vue de répondre aux besoins en matière de logement et de services de soutien connexes.** Les deux recommandations ont été avalisées par plus de 80 % des pourvoyeurs de services de logement dans les collectivités éloignées et par moins de 40 % des pourvoyeurs de services dans les collectivités non éloignées.

Ces recommandations reflètent les défis auxquels font face les collectivités rurales et éloignées. Dans les visites de site menées dans des collectivités rurales du Manitoba, de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan, la question de la formation du personnel et du maintien au sein de l'effectif a été présentée comme un enjeu important. Ce constat est également ressorti des visites de site faites dans les provinces de l'Atlantique. Ainsi, le recrutement et le maintien au sein de l'effectif de spécialistes de la santé mentale pose des difficultés particulières à Terre-Neuve. L'Île-du-Prince-Édouard, pour sa part, ne compte aucun psychiatre résidant dans les régions rurales.

Le financement de nouveaux projets de construction de logements est particulièrement difficile dans les régions éloignées. À titre d'exemple, un examen de la Fiducie du logement du Nunavut, effectué par Deloitte et Touche (2010), a fait état d'un manque à gagner de 60 millions de dollars pour pouvoir terminer la construction de 725 nouveaux logements. Voici certains des défis que pose la construction de nouveaux logements dans les collectivités éloignées et du Nord :

- Assemblage et expédition des matériaux
- Courte saison de construction
- Pénurie de main-d'œuvre et difficulté de maintien au sein de l'effectif
- Entreposage et protection du matériel
- Capacité de remplacement des matériaux dans des endroits éloignés
- Problèmes d'accès dans de vastes régions
- Continuité de la gestion

**Les pourvoyeurs de services dans ces régions disent souffrir d'isolement professionnel** (Housing Assistance Council, 2001), sentiment attribué à l'absence de possibilités de perfectionnement professionnel et d'incitatifs financiers. Le sondage visant à établir les obstacles empêchant les personnes ayant une maladie mentale d'obtenir les services de soutien susceptibles de les aider à conserver un logement montre que les 87 pourvoyeurs de services de logement dans des régions éloignées ont accordé une importance plus grande à presque la moitié des obstacles indiqués que les 129 pourvoyeurs de services dans des régions non éloignées. Les pourvoyeurs de services dans les régions éloignées ont donné les obstacles suivants en exemple : les modèles de services existants ne répondent pas aux besoins d'une population vieillissante; les besoins en matière de soutien face au système de justice criminelle; les besoins en matière de services adaptés à la culture et les besoins propres à chaque sexe; l'inexistence de partenariats inter-organismes; la formation et les habiletés insuffisantes du personnel; la fragmentation des systèmes de prestation des services.

**Les analyses montrent également que les pourvoyeurs de logements dans les régions éloignées estiment qu'il est plus difficile que les pourvoyeurs de logements dans les régions non éloignées d'offrir les services de transition nécessaires aux locataires devant changer de logement.**

Outre qu'elles ont plus de mal à recruter et à conserver au sein de leur effectif du personnel professionnel (Housing Assistance Council, 2001; Rajkumar et Hoolahan, 2004; Sawyer, Gale et Lambert, 2006; Turpin, Bartlett, Kavanagh et Gallois, 2007), les régions rurales, éloignées et du Nord au Canada déplorent des pénuries aiguës de spécialistes du domaine de la santé (Pong et Russell, 2003). De façon générale, le nombre de médecins par 1 000 habitants est beaucoup moins élevé dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains et la distance à parcourir pour se rendre chez le médecin est également plus grande dans les régions rurales par opposition aux régions urbaines (Ryan-Nicholls, 2004).

Les visites de site ont également fait ressortir l'importance des partenariats avec un organisme ayant la responsabilité première en matière de logements et de services de soutien connexes dans les milieux où les ressources sont insuffisantes. On peut donner à cet égard l'exemple d'Eden Health Services, à Winkler, au Manitoba, qui suit le modèle de l'organisme ayant la responsabilité première.

## INNOVATIONS

### MODÈLE DE CENTRE COMMUNAUTAIRE – EDEN HEALTH CARE SERVICES (WINKLER, MANITOBA)

Eden Health Care Services est un organisme communautaire vieux de 43 ans qui est exploité par la Mennonite Faith Community et est le principal pourvoyeur de soins de santé, de logements et de services de soutien connexes à Winkler, une communauté à prédominance mennonite. Eden Health Care Services travaille en étroite collaboration avec de nombreuses régies de santé, dans le but d'offrir des services à de nombreuses collectivités rurales et éloignées du Manitoba. C'est un bon exemple d'organisme communautaire bien établi et accepté qui a pris de l'ampleur pour répondre aux besoins de la population.

L'organisme, dont l'approche en matière de santé mentale était autrefois axée sur les soins à long terme, met maintenant l'accent sur les soins actifs. Il exploite un service de santé mentale actif comptant 30 lits, essentiellement financé par la régie de santé régionale centrale dans le cadre d'un accord d'achat de services. En outre, Eden exécute un ensemble de programmes dans la communauté de rétablissement dans le domaine de la santé mentale, programmes qui s'adressent à des clientèles variées, allant des enfants et des adolescents aux adultes et aux personnes âgées. L'organisme offre aussi des programmes de logements avec services, d'emploi et de conseils professionnels.

Il existe un étroit partenariat entre Eden Health Services, la régie de santé régionale et le ministère des Services à la famille et du Logement. Comme les collectivités situées aux alentours de Winkler sont petites et éloignées, les résidents de ces collectivités ont tendance à venir à Winkler pour obtenir des services, ce qui explique une plus grande concentration à Winkler de personnes ayant une maladie mentale. Eden Health Care Services administre les prestations de logement transférables. L'organisme est également le pourvoyeur de logements ainsi que le propriétaire des logements occupés par les personnes ayant une maladie mentale et des problèmes de dépendance. Il offre un éventail de logements allant de foyers de groupe de transition aux appartements autonomes permanents. Comme de nombreux pourvoyeurs de logements, Eden Health Care Services a aussi du mal à assurer l'entretien et la réparation des logements, ne disposant que de fonds restreints. Divers types de logements sont offerts aux locataires. Dans ces logements, les locataires ont aussi accès aux services d'un coordonnateur des services aux locataires, d'intervenants en santé mentale dans la communauté, de gestionnaires de cas et d'avocats. Les services offerts aux locataires ainsi qu'à l'ensemble de la collectivité comprennent également des services de soutien à l'emploi et de réadaptation professionnelle. Certains services sont offerts par la régie de santé en collaboration avec Eden Health Care Services. Les employés des régies de santé qui font partie de ce partenariat relève d'Eden Health Care Services.

## Propriétaires et locataires

Le processus de cartographie ainsi que les webinaires ont indiqué que **nombre de provinces et de territoires considèrent la stigmatisation et la discrimination comme d'importants obstacles quand il s'agit de trouver un logement sur le marché locatif privé**. Les cartes insistent sur l'importance de l'élaboration de stratégies éducatives à l'intention des propriétaires dans le but de réduire les préjugés et de fournir aux locataires et aux propriétaires des services de soutien continus qui leur permettent d'assurer la pérennité du logement.

**Les données recueillies dans le cadre du sondage révèlent que le soutien accordé aux locataires à l'égard de leurs relations avec leurs propriétaires est lié de près au type de logement occupé; 16 personnes ayant une maladie mentale qui louaient un appartement subventionné ont dit attacher beaucoup d'importance à ce service de soutien (94 %)**. L'un des taux d'insatisfaction les plus élevés liés au logement se constate chez les personnes louant des habitations n'étant pas spécifiquement réservées aux personnes ayant une maladie mentale, ce qui donne à penser que les propriétaires de logements non spécifiquement réservés aux personnes ayant une maladie mentale ne connaissent pas les besoins des personnes ayant une maladie mentale ou un problème de santé mentale ou n'en tiennent pas compte. Les personnes interviewées ont également indiqué que l'une de leurs plus grandes craintes était de perdre leur logement.



Quatre-vingts pour cent des 183 répondants membres de la famille d'une personne ayant une maladie mentale ont dit penser que les personnes ayant une maladie mentale ont besoin **de services de soutien pour éviter d'être expulsées de leur logement**. Ces répondants ont également fait observer que la discrimination posait d'importantes difficultés pour une personne ayant une maladie mentale cherchant à trouver un logement et à conserver son logement.

Huit des douze pourvoyeurs de logements sociaux ont insisté sur l'importance du besoin de formation lié à l'orientation relative aux meilleures pratiques, montrant ainsi que les pourvoyeurs de logements sociaux eux-mêmes ne savent pas vraiment comment se comporter dans leurs rapports avec les personnes ayant une maladie mentale. S'efforçant de satisfaire ce besoin, plusieurs provinces comme le Manitoba, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont forgé des partenariats réussis avec des pourvoyeurs de logements sociaux dans le but de fournir du soutien aux pourvoyeurs de logements sociaux. Une formation en matière de lutte contre la stigmatisation s'adressant spécifiquement aux propriétaires de logements a été donnée en exemple de besoin de formation important par les 96 pourvoyeurs de logements sociaux ayant participé au sondage. Ce même besoin a été signalé par les pourvoyeurs de services de santé mentale, mais pas dans la même proportion que par les pourvoyeurs de logements. Quelque 48 % des 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ont confirmé qu'ils participaient à des initiatives en vue d'établir des liens avec les propriétaires de logement.

« Lorsque la personne avec laquelle je partage ma chambre a été hospitalisée, on a défalqué une certaine somme de son chèque de logement. Comme notre propriétaire a fait preuve de compréhension, nous n'avons pas dû tous les trois quitter notre logement, ce qui aurait fait de nous des personnes itinérantes. »  
— participant à un webinaire

Les participants aux webinaires ont fait état de la stigmatisation dont font l'objet les personnes ayant une maladie mentale lors de leurs interactions avec des intervenants comme les propriétaires de logements, les employeurs, la collectivité et la police, et ont réclamé des efforts de sensibilisation publics pour changer les perceptions de la société à l'égard de la maladie mentale. **Les participants ont également déploré qu'ils s'étaient déjà retrouvés sans logement après avoir été hospitalisés.** Les constatations des participants aux webinaires font ressortir la nécessité de politiques assurant les personnes ayant une maladie mentale qu'elles ne perdront pas leur logement, ni les services de soutien connexes dont elles jouissent lorsqu'elles doivent être hospitalisées.

## Défis en matière de planification, de coordination et d'intégration

Dans des sections antérieures de ce chapitre, il a souvent été question du manque de coordination et d'intégration qui existe en ce qui touche les logements et les services de soutien connexes, ce qui engendre des lacunes dans les services destinés à certaines sous-populations ainsi que la création et le maintien de conditions de logement loin d'être idéales. Au nombre des exemples de ce genre de lacunes, mentionnons les écarts dans les services offerts par les pourvoyeurs de logements et les services offerts par les pourvoyeurs de services de santé, dans les services offerts par les pourvoyeurs de services et les services offerts par les propriétaires de logement et dans les besoins de logement et les priorités de financement.

Les données issues du sondage révèlent que les 12 pourvoyeurs de logements sociaux sont les répondants au sondage ayant signalé l'intégration la moins grande entre les services de santé mentale et les services offerts par les pourvoyeurs de logement. Les 26 pourvoyeurs de logements mixtes (soit des modèles de logement où un certain nombre de logements sont spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale) ont fait état d'une intégration un peu plus poussée et les 55 pourvoyeurs de logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale ont signalé l'intégration la plus poussée. Ces écarts dans les perceptions à l'égard de l'intégration des services feront en sorte qu'il sera plus difficile aux pourvoyeurs de logements sociaux d'accepter des personnes ayant une maladie mentale ou des troubles mentaux en raison du manque de services de soutien destinés à les aider à apprendre comment interagir avec cette population.

**Des services de santé mentale et des services de logement intégrés sont parmi les cinq principaux besoins en matière de soutien** qui ne seraient pas satisfaits selon les 96 pourvoyeurs de logements, les 35 représentants hospitaliers et les 216 pourvoyeurs de services de santé mentale.

Cinquante-trois pour cent des 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ont dit être d'accord avec l'idée qu'il est nécessaire de créer des partenariats interministériels à des fins de planification et de financement. Cette idée a aussi reçu l'appui de 54 % des 96 pourvoyeurs de logements tandis que celle de l'établissement de partenariats avec les bailleurs de fonds a obtenu l'appui de 41 % d'entre eux.

Les consultations menées auprès des groupes de référence ainsi que les cartes provinciales et territoriales ont clairement confirmé l'absence de coordination des actions des principaux intervenants, y compris les bailleurs de fonds, les responsables de l'élaboration des politiques et les pourvoyeurs de services de logement et de services de soutien connexes en ce qui touche l'élaboration de stratégies de logement et de services de soutien efficaces pour les personnes ayant une maladie mentale. Voici les principaux messages entendus à cet égard :

- **Besoin de coordination** : des solutions viables exigent une collaboration interministérielle aboutissant à des solutions créatives. La coordination des actions des ministères et des organismes en vue de répondre aux besoins de logement et de services de soutien connexes des personnes ayant une maladie mentale doit continuer à s'améliorer. Les attentes spécifiques des ministères, des organismes et des intervenants de première ligne ne sont souvent pas précisées.
- **Manque de stabilité dans le leadership** : les remaniements ministériels et les changements dans la direction des ministères pertinents peuvent créer de la confusion et des modifications au niveau de la prestation des services.
- **Mécanismes en place pour la prestation de services** : la bonne volonté ne suffit pas. À titre d'exemple, au Yukon, quatre paliers de gouvernement et plus de 100 organismes non gouvernementaux servent une population d'un peu moins de 33 000 personnes, ce qui crée des défis administratifs et organisationnels particuliers.

Les groupes de référence ont également donné en exemple certains partenariats innovateurs comme l'Initiative de coordination interministérielle (Cross Departmental Coordination Initiative) au Manitoba, lesquels ont déjà été présentés dans la section VIII du rapport.

## Évaluation des besoins et planification systémique continues

Les participants au processus de cartographie et les membres des groupes de référence ont fait état de plusieurs défis liés à l'estimation des besoins véritables des personnes ayant une maladie mentale en matière de logement et de services de soutien connexes. Les estimations à cet égard et la réalité sur le terrain sont cependant bien différentes. De nombreuses personnes ayant une maladie mentale n'ont pas obtenu de diagnostic comme tel, mais elles sont néanmoins confrontées à de graves problèmes en matière de santé mentale et connaissent des problèmes de santé physique qui prennent de plus en plus d'ampleur, tout cela alors qu'elles éprouvent de la difficulté à se loger. **L'un des problèmes systémiques à se poser, c'est que nous ne disposons pas de données complètes, adéquates et fiables permettant d'effectuer des évaluations exactes des problèmes liés au logement et à l'itinérance ainsi qu'à la maladie mentale.**

**Le niveau de la demande en première ligne en logements et en services de soutien connexes, auquel s'ajoutent les niveaux de ressources insuffisants, favorise l'adoption d'une approche de planification fondée sur la réaction aux crises plutôt que sur des actions proactives.** La planification et le financement en matière de logement et de services de soutien connexes destinés aux personnes ayant une maladie mentale doit reposer sur une évaluation des besoins futurs et comporter la souplesse nécessaire pour pouvoir adapter les modèles aux demandes systémiques.

De nombreuses personnes qui tombent entre les mailles du filet sont des personnes ayant des problèmes complexes de santé mentale et de toxicomanie, problèmes qui sont souvent liés à des traumatismes et à une marginalisation remontant très loin. Ces personnes ne s'intègrent souvent pas de façon très claire dans les catégories du système de santé mentale.

Il est nécessaire de tenir compte des **tendances démographiques** lors de la planification des besoins futurs en matière de logement et de services de soutien connexes (p. ex., augmentation importante des personnes âgées et croissance de la population autochtone).

## Formation et soutien inadéquats du personnel

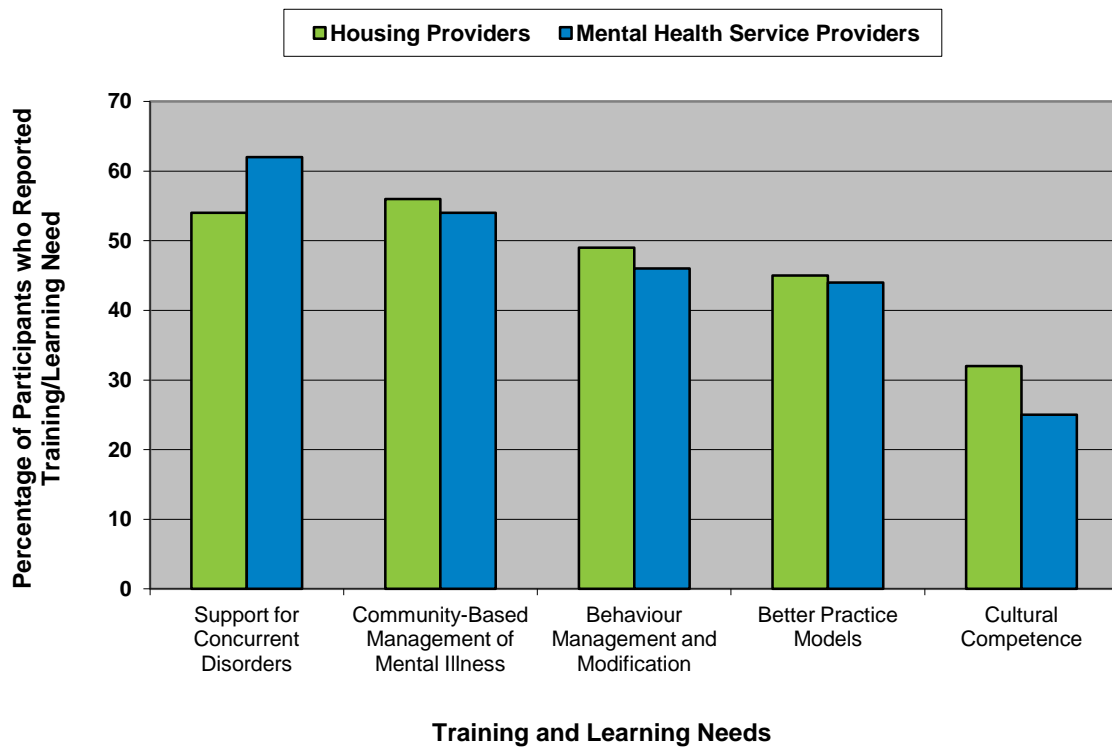
«...ils prennent aussi de mes nouvelles et s'assurent que mon logement est adéquat et qu'il me plaît. Ils m'ont beaucoup soutenu et ont rendu mes jours plus faciles, tant sur le plan physique que mental. »

-locataire recevant une aide dans le cadre du programme Allocation-logement transférable

En ce qui touche tant les services de santé mentale que les services de soutien au logement, les personnes ayant une maladie mentale ont insisté, lors des visites de site, sur l'importance d'un personnel adéquat, sensibilisé aux besoins de leur clientèle et possédant le soutien et les compétences voulues. Le manque de financement pour la formation du personnel et le manque de possibilités de formation offertes au personnel dans le contexte du logement et des services de soutien connexes ont aussi été déplorés par les pourvoyeurs de services, en particulier au sein du secteur du logement et dans les régions rurales ou éloignées. Dans les provinces de l'Atlantique, les clients ont fait état du manque de financement pour inviter des spécialistes à offrir une formation sur le tas ou pour envoyer le personnel suivre des cours de formation.

Les données recueillies dans le cadre du sondage mené auprès de 96 pourvoyeurs de logements et de 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ont fait ressortir le besoin d'une formation poussée et d'apprentissage parmi leur personnel. Les difficultés que posent le recrutement et le maintien au sein de l'effectif de professionnels de la santé dans les régions rurales ou éloignées à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador ont été soulevées. Les deux types de pourvoyeurs de services ont aussi souligné la rareté des ressources de soutien destinées aux personnes ayant des troubles concomitants.

**Figure 1.** Données sur les besoins en matière de formation et d'apprentissage recueillies dans le cadre du sondage mené auprès des pourvoyeurs de logements et de services de santé mentale.



## COMMENT NOUS COMPARONS-NOUS?

### POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE DROITS DE LA PERSONNE ET DE LOGEMENT

#### Le contexte plus large de la santé mentale et du logement : le logement comme déterminant social de la santé

« Le logement est une nécessité absolue dans le contexte d'une vie saine. Le fait pour une personne de ne pas avoir accès à un logement sûr et abordable accroît les risques qu'elle connaisse des problèmes de santé. C'est surtout faute de moyens que de nombreux Canadiens ont du mal à se loger. Le logement est une question de politique publique parce que les gouvernements ont la responsabilité d'assurer à leurs citoyens des conditions de vie propices à la santé. Le Canada est signataire de nombreux accords internationaux de défense des droits de la personne qui garantissent le droit au logement. » (Mikkonen et Raphael, 2010).

Les facteurs qui influent le plus sur notre état de santé ne sont pas des facteurs liés à notre système de soins de santé traditionnel. Les soins de santé traditionnels ne constituent qu'un des douze déterminants clés de la santé faisant partie de la liste des déterminants établie par Santé Canada. **Le déterminant de la santé le plus important est le revenu et le statut social, en grande partie en raison du fait que la qualité du logement est fonction de ces deux facteurs** (le logement est un aspect de notre milieu physique, lequel est un autre déterminant de la santé). Par extension, le revenu et le statut social ont également une incidence sur d'autres déterminants de la santé comme les réseaux de soutien social, les pratiques de santé personnelles et la résilience ainsi que le développement de la petite enfance, et interagissent avec ces déterminants (Mikkonen et Raphael, 2010; Bryant 2003).

Une analyse récente de l'évolution dans l'écart entre les revenus dans trente pays industrialisés montre que l'inégalité de revenu a augmenté depuis le milieu des années 1980 dans la plupart des pays, sinon tous (Organisation de coopération et de développement économiques). **Selon cette étude, le Canada se classe parmi le petit groupe de pays où l'écart dans les revenus a considérablement augmenté depuis le milieu des années 1990.**

En 1980, une famille dans le 90<sup>e</sup> percentile pour ce qui est de la distribution du revenu gagnait 15 fois le revenu d'une famille dans le 10<sup>e</sup> percentile. En 2000, la famille dans le 90<sup>e</sup> percentile gagnait 32 fois plus que la famille dans le 10<sup>e</sup> percentile. Bien que le revenu familial médian au Canada ait augmenté de 19,3 % entre 2000 et 2005, 20,6 % des familles canadiennes vivaient dans la pauvreté en 2005. Entre 1980 et 2005, la proportion de familles pauvres au Canada, le taux de pauvreté étant mesuré en fonction du « seuil de faible revenu », est tombée une seule fois en deçà de 20 %, soit en 1989 (Fondations communautaires du Canada, 2008).

Mikkonen et Raphael (2010) résument de la façon suivante l'analyse que fait l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de l'aide accordée aux personnes handicapées dans les pays membres :

- Comparativement aux autres pays riches industrialisés appartenant à l'OCDE, le niveau des prestations versées aux personnes handicapées est très faible au Canada et **le niveau de soutien dont jouissent les personnes handicapées au Canada pour s'intégrer à la société (y compris la population active) est inférieur à ce qu'il est dans la moyenne des pays de l'OCDE.**
- Le pourcentage des Canadiens qui déclarent avoir un handicap s'élève à 14,3 %, et plus de 40 % des Canadiens handicapés ne font pas partie de la population active (la principale source de revenu de bon nombre d'entre eux est l'aide sociale, laquelle est beaucoup moins élevée que dans d'autres

pays de l'OCDE). **Le Canada se classe 27<sup>e</sup> sur 29 pays pour ce qui est des dépenses publiques affectées à des programmes d'aide aux personnes handicapées.**

- Si l'on se reporte à des mesures permettant d'établir les prestations et le soutien qu'accorde le Canada aux personnes handicapées, on constate que le niveau de ces prestations et de ce soutien n'est moins élevé que dans un seul autre pays et que cette **aide est assortie au Canada des restrictions les plus élevées.**

## Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Article premier (Objet) de la Convention relative aux droits des personnes handicapées

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées vise à faire en sorte que les droits existants dont jouissent toutes les personnes soient pleinement garantis pour les personnes handicapées (Assemblée générale des Nations Unies, 2011). Les pays signataires doivent donc veiller notamment à ce que les droits des personnes handicapées soient respectés dans les contextes de la santé, du travail et de l'emploi, des conditions de vie, de la vie autonome, de l'intégration à la collectivité, de l'accès aux transports et aux immeubles publics et de la protection contre l'exploitation. Ils doivent aussi s'assurer du respect du droit des personnes handicapées à prendre leurs propres décisions.

Le Canada a au départ signé la Convention en 2007, et l'a ratifiée en mars 2011. Aux termes de l'article 35 de la Convention, une fois qu'un pays a ratifié la Convention, il confirme qu'il protégera les droits et les obligations qui y figurent et qu'il fera rapport au Comité des droits des personnes handicapées des mesures qu'il a prises pour s'acquitter de ses obligations. Par conséquent, le **Canada sera tenu de faire rapport sur les progrès réalisés afin d'améliorer cette situation.** La ratification de la Convention constitue un important progrès vers la réalisation de l'égalité des personnes handicapées au Canada.

## Incidence du logement sur la santé

Voici des conclusions clés se rapportant à l'incidence du logement sur la santé ainsi que des exemples tirés de recherches récentes.

- Il existe un **lien solide entre la qualité du logement et la santé perçue** : plus le logement est bon, plus l'état de santé est bon (Organisation mondiale de la santé, 2007). Une mauvaise réaction aux traitements ainsi qu'un taux de mortalité élevé est associé à un logement ne répondant pas aux normes.
- **La stabilité en matière de logement est associée à une réduction du recours aux services hospitaliers coûteux** (Culhane, Metraux et Hadley, 2002).
- **L'amélioration de l'accès aux soins actifs et aux soins de santé ne règle pas le problème du logement** : les interventions en vue d'améliorer les soins de santé n'attachent pas beaucoup d'importance à l'incidence des déterminants sociaux de la santé comme le logement.

- Le quartier est un déterminant important de la santé mentale (Braubach, 2007) étant donné que le risque de troubles mentaux liés à la dépendance à la drogue augmente lorsqu'une personne vit dans un quartier défavorisé et mal organisé (Chaix et coll., 2006).
- Le rétablissement – satisfaction du rôle social et sens d'appartenance communautaire (réseaux de soutien sociaux) : **la résilience est associée à la satisfaction du rôle social, aux soutiens sociaux et à l'appartenance à la collectivité** (Banyard et Williams, 2007).
- **Parce qu'ils sont privés d'un bon logement et qu'ils vivent dans un milieu défavorisé, de nombreux adultes ne peuvent pas adopter des pratiques de santé personnelles propices à la santé** (Organisation mondiale de la Santé, 2007).

Niveau de scolarisation et conditions de logement : parmi les personnes âgées, un faible niveau de scolarisation est associé à un risque de mauvaise santé. **Une mauvaise santé mentale est associée à de mauvaises conditions de logement** (Rueda, Artazos et Navarro, 2008). L'âge, un faible revenu et de mauvaises conditions de logement (vivre seul ou sans accès à des réseaux de soutien sociaux) sont directement liés à des problèmes en matière de logement.

## Interaction de la santé, du logement et du revenu

La pauvreté et la maladie mentale sont souvent des problèmes concomitants (Santé Canada, 2002; Raphael, 2007). Les mauvaises conditions de vie quotidiennes des enfants et des familles à faible revenu se répercutent de façon marquée sur leur santé physique et mentale. On peut parler du syndrome de la poule et de l'œuf en ce qui touche la pauvreté et la maladie mentale, le fait pour une personne d'être étiquetée comme personne ayant une maladie mentale menant à la perte de l'emploi, des réseaux de soutien et du logement. Il existe aussi un lien entre le revenu et la santé mentale étant donné qu'un nombre disproportionné de personnes ayant une maladie mentale touchent des prestations de soutien du revenu. Ces prestations peuvent être inadéquates et découragent leurs bénéficiaires de chercher un emploi rémunéré parce qu'ils s'exposent, s'ils trouvent un travail, à perdre leurs prestations de santé totalement ou en partie. Ces personnes se retrouvent souvent devant une alternative : pouvoir continuer d'avoir droit à des médicaments et à une thérapie, ou pouvoir travailler (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2003).

Comme la pauvreté, l'itinérance constitue une triste partie du cheminement pour de nombreuses personnes ayant une maladie mentale (Institut canadien d'information sur la santé, 2007; Institut Wellesley, 2010). **Le cheminement menant à l'itinérance est complexe et varié, la maladie mentale étant un facteur qui précipite l'itinérance dans certains cas, et son résultat dans d'autres** (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). La santé mentale est rarement en elle-même une explication de l'itinérance. D'autres facteurs tels l'aliénation et la marginalisation, la pauvreté et le manque de soutien adéquat sont des explications tout aussi importantes, sinon plus. Dans un rapport récent, Lightman, Mitchell et Wilson (2008) ont conclu que comparativement aux 20 % des Canadiens les plus riches, on constatait ce qui suit chez les 20 % de Canadiens les plus pauvres :

- Un taux de diabète et de maladies cardiovasculaires deux fois plus élevé;
- Un taux de maladies chroniques (une ou plusieurs) supérieur de 60 %;
- Un taux de bronchite plus de trois fois plus élevé;
- Un taux d'arthrite ou de rhumatisme près de deux fois plus élevé.

**Par comparaison avec le cinquième de la population canadienne qui est le plus riche, le taux d'incapacité est 358 % plus élevé dans le cinquième de la population canadienne qui est le plus pauvre, taux incroyablement élevé.** L'inégalité marquée en matière de santé qui se constate chez les pauvres touche de nombreux autres domaines également. Ainsi, chez les pauvres, le taux de **troubles mentaux et comportementaux est 128 % plus élevé**; le taux d'ulcères, 95 % plus élevé; le taux de maladies chroniques, 63 % plus élevé; et le taux de maladies circulatoires, 33 % plus élevé.

Il existe autant de visages de l'itinérance et de la maladie mentale qu'il y a de personnes. Si toutes les histoires sont différentes, elles tournent invariablement autour de l'incapacité d'une personne à fonctionner dans la société lorsque celle-ci est privée d'un revenu et n'a pas accès à un logement abordable. La stigmatisation et la



discrimination dont sont victimes les personnes ayant une maladie mentale et le fait que l'on présume qu'elles ne sont pas autant en mesure de travailler que les personnes qui n'ont pas de maladie mentale constitue pour elles un important obstacle à surmonter pour trouver et conserver un emploi (Dewa, Burke, Hardaker, Caveen, et Baynton, 2006; Mizzoni et Kirsh, 2006). Conserver un emploi est un défi encore plus grand lorsque le milieu de travail offre peu de mesures d'adaptation pour les personnes ayant une maladie mentale (Gates, 2000; McAlphine et Warner, 2002; Shankar, 2005). La situation est encore plus difficile lorsqu'une personne n'a même pas d'adresse ou d'endroit où entreposer ses possessions. **Pour être prête à travailler, une personne doit d'abord être adéquatement reposée, nourrie et habillée et être sobre et propre – tout ce qui peut ne pas aller de soi pour les personnes ayant une maladie mentale qui n'ont pas de logement adéquat.**

Pour les personnes recevant des prestations d'aide sociale ou qui ont un emploi mal rémunéré, trouver un logement abordable est difficile dans la plupart des régions du pays. De nombreuses personnes doivent consacrer plus de 30 %, et certaines, plus de 50 %, de leur revenu à se loger, ce qui leur fait courir le risque imminent de devenir itinérante. (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010). De nombreuses personnes et familles sont dans des situations précaires, un seul chèque de paie les séparant de l'itinérance. Les loyers ont augmenté au Canada chaque année depuis 1992 tandis que les revenus des ménages n'ont pas bougé. Il n'est pas surprenant que les listes d'attente pour des logements abordables soient de plus en plus longues. À titre d'exemple, l'Ontario Non-Profit Housing Association (ONPHA; 2011) a indiqué que l'an dernier, 10 442 familles se sont ajoutées à la liste d'attente, ce qui porte le nombre de familles à attendre un logement à 152 077, ce qui représente une augmentation en une seule année de 7,4 % et une augmentation de 17,7 % depuis 2009. L'Institut Wellesley (2010) propose de faire une extrapolation à partir des estimations de l'ONPHA pour établir le nombre de ménages inscrits sur la liste d'attente à l'échelle nationale. D'après cette extrapolation, ce nombre s'élève à 3,4 millions de ménages<sup>16</sup>.

La difficulté à trouver un logement est aggravée en raison de la stigmatisation associée à l'étiquette de personne ayant une maladie mentale et à d'autres types de discrimination liées notamment au pays d'origine, à la langue, à la culture, à l'orientation sexuelle et au fait d'être une famille comptant des enfants.

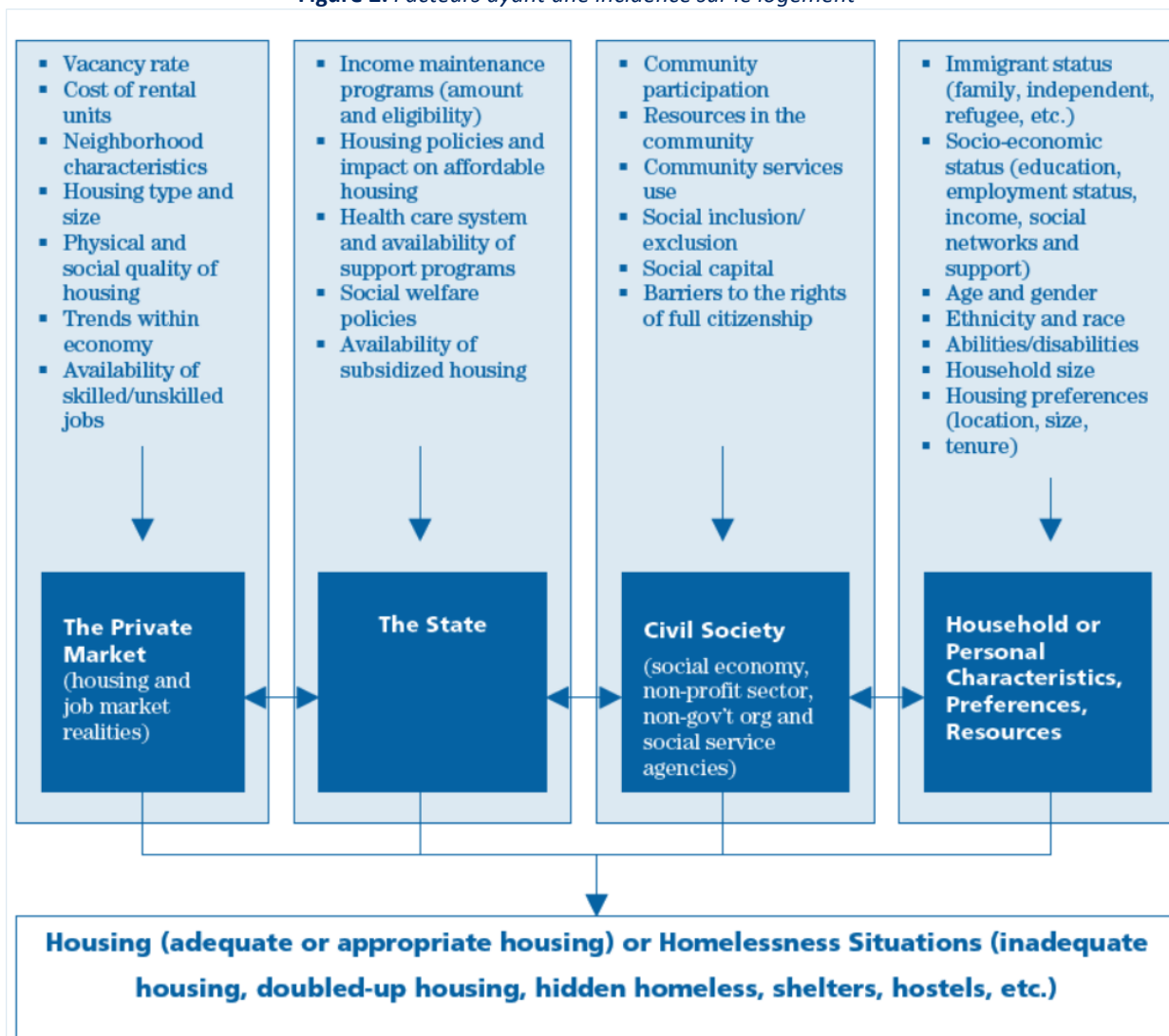
## Modèle multidimensionnel de logement et d'itinérance

Le Projet de recherche sur les politiques (PRP) du gouvernement du Canada est en cours depuis 1996. Cette initiative vise à servir de cadre pour la réalisation de projets de recherche touchant aux mandats de plusieurs ministères. Dans une analyse du logement, de la pauvreté et de l'exclusion sociale datant de 2005, le PRP faisait observer que le fossé entre la politique de logement et la politique sociale générale « peut réduire l'efficacité des politiques de logement individuelles, empêcher de saisir les occasions s'offrant d'élaborer des priorités socio-économiques et compliquer les efforts en vue d'accroître la coordination ou d'établir les investissements à consentir dans ce domaine » (Projet de recherche sur les politiques, 2005). Historiquement, la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et le Secrétariat national pour les sans-abri ont collaboré à l'élaboration de politiques, mais ont habituellement mis en œuvre leurs programmes de façon séparée. Bien que le logement et l'itinérance soient des questions qui relèvent maintenant toutes deux de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, le PRP note l'existence « d'un fossé administratif » (Projet de recherche sur les politiques, 2005). Dans le contexte de la pauvreté et de l'exclusion, l'itinérance ou le logement inadéquat est une exclusion, c'est-à-dire le produit d'une pauvreté persistante qui « accentue les conséquences négatives de cette situation socioéconomique » (Projet de recherche sur les politiques, 2005) [traduction libre]. La figure 2 présente un cadre indiquant les facteurs associés à des problèmes de logements et leurs interactions.

---

<sup>16</sup> Le rapport de l'Institut Wellesley (2010) intitulé *Precarious Housing in Canada* fait une extrapolation à partir des données de l'ONPHA datant de 2009. En tenant compte de l'augmentation de 9,6 %, le nombre de ménages dans cette situation s'élèverait à 3,7 millions.

Figure 2. Facteurs ayant une incidence sur le logement



Sources : Projet de recherche sur les politiques (2005); tiré de Anucha (2005a).

Ce modèle nous permet de voir comment les forces sociales et économiques peuvent avoir un effet disproportionné sur certains groupes; ces groupes peuvent d'ailleurs souvent faire face à de multiples défis d'intégration sociale et économique. **Pour être pleinement efficace, une politique en matière de logement ne peut être mise en œuvre de façon indépendante et sans être intégrée aux autres politiques sociales et économiques visant à lutter contre la pauvreté à long terme.** Comme les liens entre les enjeux se renforcent d'eux-mêmes, la politique en matière de logement est susceptible d'être plus efficace si l'on incorpore les mécanismes de soutien social aux politiques (Projet de recherche sur les politiques, 2005).

Les conditions de logement inadéquates s'ajoutent à d'autres indicateurs de situation défavorisée. Un manque de logement adéquat abordable peut aggraver les autres problèmes associés à un faible revenu. À titre d'exemple, les ménages qui doivent consacrer une part disproportionnée de leur revenu pour se loger font souvent face à l'insécurité alimentaire, et possiblement à la malnutrition, et ne peuvent pas participer aux activités dans la communauté saines comme les loisirs actifs et les programmes sociaux (Bryant, Chrisholm et Crowe, 2002).

Le Québec montre de façon convaincante l'incidence que les politiques environnementales et sociales peuvent avoir dans la lutte contre les inégalités et dans le succès des efforts pour améliorer les résultats de santé et prévenir les maladies chroniques (Fang, Kmetc, Millar et Drasic, 2009).

On peut se faire une idée de l'incidence de l'environnement et des politiques sociales sur les inégalités dans le domaine de la santé en étudiant le cas du Québec. Une étude récente menée par Fang, Kmetz, Millar et Drasic (2009) a comparé les risques des maladies chroniques graves et la prévalence de ces maladies dans les populations à faible revenu des provinces. Cette étude conclut que si ce sont les habitants de la Colombie-Britannique dont la santé est la meilleure de façon générale, lorsqu'il s'agit des populations à faible revenu, ce sont les résidents à faible revenu du Québec qui sont les moins susceptibles d'avoir une maladie chronique grave. Jusqu'à récemment, le Québec, qui a adopté en 2002 une loi en vue de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, était la seule province au Canada qui s'était dotée d'une stratégie globale de réduction de la pauvreté. Selon les auteurs de cette étude, « la stratégie a mené à l'élaboration de politiques sociales et de soins de santé qui semblent donner aux habitants à faible revenu de la province un avantage dans la prévention des maladies chroniques...[et] la prévalence des maladies chroniques est associée avec des investissements dans les services de soutien social destinés aux populations vulnérables. » (Fang et coll., 2009) [traduction libre].

## Conséquences de l'adoption de l'approche de la politique sociale dans le domaine du logement et des services de soutien pour les personnes ayant une maladie mentale

En raison des interactions complexes entre les déterminants sociaux de la santé, et en raison du fait que le logement est lié à tant d'aspects des politiques sociale et économique, notre capacité à pleinement relever le défi consistant à fournir un logement avec services partiels adéquat et abordable aux personnes ayant une maladie mentale ne peut être étudiée en faisant abstraction des autres éléments du tableau (Bradford, 2005; Jenson, 2004; Hay, 2004). Hay (2005) estime qu'il faut prendre en compte les éléments suivants en vue de l'élaboration d'une politique sociale, en particulier dans le domaine du logement :

- Pour qu'une politique sociale soit efficace, elle doit être multidimensionnelle, et notamment comporter des volets relatifs au logement, au revenu et aux services de santé, et doit faire intervenir de multiples intervenants comme les ministères, les divers paliers de gouvernement, les membres de la collectivité ainsi que le marché privé.
- Pour qu'une politique sociale soit efficace, elle doit également refléter une bonne compréhension du milieu, ce qui veut dire que les capacités et le savoir locaux sont mis à contribution dans la mise en œuvre de programmes locaux; une approche « taille unique » pour répondre aux besoins de logement des personnes ayant une maladie mentale ne convient pas. La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance est un exemple de politique à la mise en œuvre sur le terrain de laquelle la collectivité a participé activement.
- La collaboration horizontale se constate dans tous les ministères gouvernementaux pour faciliter une prestation continue des services entre les gouvernements (municipaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux) et d'autres intervenants comme les promoteurs privés dans le but de répartir les investissements et les risques et, à l'échelon régional, pour favoriser l'exécution de différentes initiatives.
- Une collaboration verticale entre la collectivité, les entreprises, le public et les hautes sphères du gouvernement permet de veiller à un bon équilibre entre les solutions locales (approches fondées sur le milieu) et les objectifs nationaux. Cette collaboration facilite aussi le partage des ressources, des meilleures pratiques ainsi que des infrastructures.
- Une politique sociale efficace reflète des objectifs et des priorités faisant l'objet d'un consensus et est appuyée par des mécanismes de coordination canalisant l'énergie et le savoir. Les investissements consentis doivent mettre l'accent sur l'autonomisation des collectivités locales.

La politique du logement fait alors partie de la politique sociale plus large. C'est ce que reflète une étude nationale récente. Il s'agit plus précisément du rapport sur la pauvreté, le logement et l'itinérance produit par

le Comité sénatorial permanent présidé par Art Eggleton (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009).

Diverses approches doivent être envisagées en vue de l'élaboration d'une politique du logement efficace (y compris le logement pour les personnes ayant une maladie mentale) dans le contexte d'une politique sociale qui n'a pas pour conséquence inattendue de « concentrer » la pauvreté dans des quartiers précis (Pomeroy et Evans, 2008):

- Des programmes de restauration visant à améliorer l'apparence des quartiers pour y attirer des personnes de tous les revenus.
- Des programmes dans la communauté de construction de logement à but non lucratif et de logements coopératifs.
- Des programmes favorisant l'accès à la propriété pour réduire le problème que posent les propriétaires absents qui ne s'occupent pas de l'entretien des immeubles.
- Des allocations de logement transférables pour permettre aux ménages pauvres de s'installer dans des quartiers moins pauvres, ce qui permet de réduire la concentration de ménages pauvres dans un quartier; cette pratique est couramment utilisée aux États-Unis (p. ex., programme de démonstration Moving to Opportunities for Fair Housing).
- Des programmes d'allocation-logement transférable auxquels il est possible de recourir pour offrir un logement d'urgence aux personnes itinérantes, aux femmes maltraitées et aux autres ménages prioritaires.
- Des incitatifs fiscaux pour encourager le secteur privé à construire des logements locatifs.

## Le logement et les droits de la personne

Les conditions de vie quotidiennes dans lesquelles les gens vivent exercent une grande influence sur leur santé. L'accès à un logement et à un hébergement de qualité ainsi qu'à de l'eau propre et des services sanitaires sont des droits de la personne et des éléments essentiels pour une vie saine (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2006; Shaw, 2004).

La conception globale des déterminants sociaux de la santé est inextricablement liée au principe du logement comme droit fondamental de la personne. La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), adoptée par les Nations Unies, décrit le logement comme un droit de la personne :

« 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, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Le paragraphe 25(1) de la DUDH énumère de façon précise les droits économiques des personnes handicapées : droit d'une personne à un niveau de vie suffisant pour répondre à ses besoins en ce qui touche l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux ainsi que le droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage ou de vieillesse. L'article 7, pour sa part, garantit l'égalité de tous devant la loi et la protection égale de la loi, y compris une protection égale contre la discrimination.

La Déclaration des NU sur les peuples autochtones, récemment adoptée par le Conseil des droits de l'homme des NU, considère également le logement comme un droit :

« Les peuples autochtones ont droit à des mesures spéciales pour assurer une amélioration immédiate et continue de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelle, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.

Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. »

Commission des déterminants de la santé (2008)

Presque tous les États ayant ratifié ou ayant signé un traité international doivent émettre des décrets, changer des lois existantes ou adopter de nouvelles lois pour donner force de loi à ce traité. **Les Nations Unies ont précisé les trois mesures immédiates qu'un pays doit prendre pour respecter ses obligations internationales en vertu de la Déclaration universelle des droits de l'homme** (et de nombreux autres accords adoptés depuis lors) :

1. **Déterminer l'envergure de l'itinérance.**
2. **Adopter une stratégie du logement nationale établie après des consultations véritables et approfondies auprès des personnes itinérantes.**
3. **Veiller à ce que les expulsions forcées des logements ne poussent personne à l'itinérance.**

« Il existe des liens évidents entre l'approche des " droits " à la santé et l'approche des déterminants sociaux de la santé à l'équité en santé. La Déclaration universelle des droits de l'homme indique l'interdépendance des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux – les dimensions de l'exclusion sociale soulignées au niveau des déterminants sociaux dans le cadre de la santé » (Commission des déterminants de la santé, 2008).

De nombreux pays ont intégré les concepts de santé, logement et droits de la personne dans leurs cadres législatifs et d'élaboration des politiques. Notre propre Charte canadienne des droits et libertés (1982) visait à rassembler la société canadienne sous un cadre commun de droits juridiques. La Charte n'accorde cependant pas le statut de droit à l'accès à certaines nécessités comme le logement.

Dans le contexte du droit au logement, les Nations Unies ont fait les observations suivantes à l'égard des personnes itinérantes et des personnes handicapées :

- Les définitions les plus communes de l'itinérance reconnaissent que l'exclusion sociale est un fait de la vie pour la personne itinérante - « être sans abri, c'est appartenir à nulle part plutôt que simplement n'avoir nulle part où dormir » (Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2009).
- La pauvreté est le dénominateur commun des personnes qui sont itinérantes – d'autres facteurs qui accroissent les risques d'itinérance comprennent le chômage, le manque de systèmes de sécurité sociale, les expulsions forcées, la non-disponibilité des logements sociaux, les conflits et les désastres naturels ainsi que le manque d'attention aux besoins des plus vulnérables.
- À l'issue de la « désinstitutionnalisation » du système de santé mentale, qui a débuté dans de nombreux pays dans les années 1960 et 1970, l'itinérance était une issue presque certaine pour les personnes handicapées qui avaient besoin de soutien, mais qui ne pouvaient pas avoir accès aux services nécessaires dans leur milieu.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a affirmé que le droit au logement adéquat comprend l'accessibilité pour les personnes handicapées. Le Rapporteur spécial sur le logement

convenable insiste également sur le fait que non seulement le logement doit être physiquement et économiquement accessible aux personnes handicapées, mais les personnes handicapées doivent pouvoir vraiment participer à la vie de leur collectivité. L'Annexe 5 donne un aperçu des divers éléments qui composent le droit au logement.

## Évaluation par les Nations Unies de la façon dont le Canada s'acquitte de ses obligations en matière de droit au logement

La violation du droit à un logement convenable peut porter atteinte à l'exercice d'une gamme étendue d'autres droits de l'homme et inversement. L'accès à un logement convenable peut être une condition préalable à l'exercice de plusieurs droits de l'homme, y compris le droit au travail, à la santé, à la sécurité sociale, le droit de voter, le droit à la vie privée ou à l'éducation. Le relogement d'une personne à la suite d'une expulsion forcée dans un lieu éloigné de toute possibilité d'emploi peut fortement entraver la possibilité pour elle de gagner sa vie. Sans preuve de résidence, des sans-abri peuvent être dans l'impossibilité de voter, de bénéficier des services sociaux ou de recevoir des soins de santé.

Fiche d'information no 21 des Nations unies sur le droit à un logement convenable (2009)

Il y a plus de 15 ans, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (DESC) des Nations Unies a noté avec préoccupation le fait que « les droits sociaux et économiques sont considérés comme de simples " objectifs de principe " des gouvernements, plutôt que comme des droits de l'homme fondamentaux » (1993). Le Comité s'est également dit alarmé par « la persistance de la pauvreté » au Canada. En 1998, le DESC a affirmé que le fait que le Canada n'ait pas mis en œuvre des politiques de réduction de la pauvreté entre 1993 et 1998 avait exacerbé le problème de l'itinérance parmi les groupes vulnérables de sa population. En 2006, la plupart des recommandations faites par le DESC en 1993 et en 1998 n'avaient toujours pas été appliquées (Kothari, 2009).

L'itinérance est l'un des signes les plus visibles et les plus graves du manque de respect pour le droit au logement convenable et ce manque de respect **est encore plus troublant dans un pays industrialisé riche comme le Canada** (Kothari, 2007) [traduction libre].

Les Nations Unies nomment des « rapporteurs spéciaux » qui formulent des recommandations sur différents pays et différents thèmes. Les Nations Unies ont ainsi nommé un Rapporteur spécial sur le logement convenable. En 2007, le gouvernement fédéral a invité le rapporteur Miloon Kothari à examiner quatre enjeux : l'itinérance, le droit des femmes à un logement convenable, les populations autochtones et le logement convenable et son incidence. Dans un communiqué publié peu de temps après sa mission, le Rapporteur spécial a déploré « **la profonde et dévastatrice incidence de la crise nationale du logement sur la vie des Canadiens** », crise ayant entraîné de nombreux décès. Le Rapporteur spécial a aussi signalé le fait que « le manque de stratégie nationale de réduction de la pauvreté adéquatement financée était la cause de cette crise » (Kothari, 2007). [traduction libre]

L'Annexe 5 traite de façon plus approfondie du rapport que M. Kothari a présenté au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (*Rapport du Rapporteur spécial sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant, ainsi que sur le droit à la non-discrimination*, (2009)). Voici les recommandations que le Rapporteur spécial formulait dans son rapport :

1. Reconnaître le droit à un logement convenable à tous les niveaux de l'État et adopter ou modifier des textes législatifs afin de protéger le droit à un logement convenable. **Le refus de respecter le droit à un logement convenable des groupes marginalisés et défavorisés au Canada va clairement à l'encontre des droits fondamentaux qui sont reconnus dans la Charte canadienne des droits et**



**libertés**, même si la Charte ne fait pas clairement mention du droit à un logement convenable. Étant donné que la définition de besoins de logement impérieux est plus restrictive que la définition du droit de la personne que constitue le droit au logement convenable, le nombre de personnes vivant dans des logements inadéquats est sans doute plus élevé que ne l'indiquent les statistiques officielles.

2. **S'engager en faveur d'une stratégie nationale globale en matière de logement, assortie d'un financement stable et durable.**
3. Adopter une stratégie nationale complète et coordonnée de lutte contre le problème des sans-abri et la pauvreté. **Le Rapporteur spécial a manifesté sa préoccupation pour le nombre important de sans-abri qu'on trouve dans toutes les parties du pays et pour l'absence de statistiques gouvernementales fiables à cet égard.** Au cours de sa mission, il a vu des situations particulièrement préoccupantes, notamment dans le quartier Downtown Eastside, à Vancouver.
4. **Prendre en main la situation des Autochtones, dans les réserves et hors réserve, au moyen d'une stratégie complète et coordonnée en matière de logement.** En 2009, le budget fédéral comportait une allocation ponctuelle de 400 millions de dollars pour le logement autochtone dans les réserves. Le surpeuplement et l'état de détérioration des logements, ainsi que l'absence de services de base comme l'eau potable et les installations sanitaires, sont fréquents dans les collectivités autochtones. Ces problèmes existent depuis de nombreuses années dans ces collectivités et la situation s'améliore très lentement. On peut dire que des collectivités entières vivent dans des conditions déplorables depuis des décennies.

« Le Canada est l'un des rares pays au monde à ne pas avoir adopté de stratégie nationale en matière de logement. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales et les organismes de la société civile (y compris le secteur des organismes de bienfaisance) ont proposé un ensemble d'initiatives de financement ponctuelles à court terme... Il existe au Canada un nombre important de programmes dans le domaine du logement qui sont financés par les autorités aux paliers fédéral, provincial et municipal. En raison des écarts qu'on constate dans les diverses parties du pays sur les plans du financement, de la conception des programmes et des mesures législatives, l'impression générale qui se dégage des initiatives de logement globales, c'est qu'elles manquent d'uniformité et d'organisation » (Kothari, 2009) [traduction libre].

Enfin, en mars 2009, l'examen périodique universel portant sur le Canada a renforcé l'importance du droit à un logement convenable ainsi que la nécessité de stratégies et d'investissements visant à faire respecter ce droit. Si les initiatives stratégiques et législatives mises en place par les provinces et les territoires ainsi que des initiatives fédérales de portée restreinte ont permis d'accomplir certains progrès dans le domaine du logement, le Conseil des droits de la personne des Nations Unies a exprimé, sous la forme de recommandations et de rapports successifs, de graves préoccupations à l'égard des progrès accomplis depuis 1988.

## Projet de loi C-304 : Élaboration d'un plan de logement national

Le projet de loi C-304, projet de loi d'initiative parlementaire présenté par Libby Davies, députée de Vancouver-Est, a franchi l'étape de la troisième lecture en octobre 2010. Ce projet, qu'ont appuyé trois des quatre partis politiques représentés à la Chambre, incite le gouvernement à élaborer une stratégie du logement national en collaboration avec les provinces, les territoires, les Premières nations, les municipalités et les intervenants. Le projet de loi intitulé *Loi visant à assurer aux Canadiens un logement sûr, adéquat, accessible et abordable*, cite les obligations faites au Canada, en vertu d'instruments juridiques onusiens, de fournir un logement convenable à tous ses citoyens. **Le projet de loi demande au ministre duquel relève la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) d'établir, en consultation avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables des affaires municipales et du logement ainsi que les collectivités autochtones et des organismes sans but lucratif et du secteur privé, une stratégie nationale relative à l'habitation.** Ce plan serait assorti de cibles et d'investissements précis. Le projet de loi cadre avec les



recommandations qui figurent dans un rapport sénatorial récent intitulé *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009), préparé sous la direction des sénateurs Art Eggleton et Hugh Segal. Ce rapport presse le gouvernement d'établir un plan national en matière de logement.

## Contexte international

Dans d'autres pays que le Canada, et en particulier dans les pays européens, l'enjeu du logement est abordé dans le contexte plus large de l'inclusion sociale. L'Union européenne (UE) a adopté un ensemble d'indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale (les indicateurs Laeken) qui est régulièrement produit pour chaque pays européen à des fins de comparaison. L'Union européenne voit un lien entre l'exclusion sociale et le logement et des indicateurs de logement y sont actuellement en cours d'élaboration. Le logement est au cœur des stratégies de réduction de la pauvreté en France, en Irlande et en Suède. Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, le logement est intégré à des stratégies sociales plus vastes. Pomeroy et Evans (2008) donnent un bref aperçu d'exemples internationaux de l'intégration du logement aux stratégies générales de réduction de la pauvreté. Au tableau 5, on trouvera cette information ainsi qu'un examen des stratégies de réduction de la pauvreté mené par le Conseil national de bien-être social (2007). Au Canada, il existe, dans les provinces, un certain nombre d'exemples de ce genre de stratégies souvent appelées stratégies de « promotion de la prospérité » ou d'« inclusion sociale ». Ces stratégies sont examinées à l'Annexe 7.

**Le Canada a pris du retard par rapport à de nombreux pays industrialisés en ce qui touche l'élaboration d'un cadre national en matière de logement abordable.**

Aux fins de comparaison dans le tableau 5, environ 5 % des ménages canadiens vivent dans des logements sociaux, une proportion beaucoup moins élevée de la population que dans de nombreux autres pays industrialisés. Le taux des personnes vivant dans des logements sociaux au Canada est plus de deux fois moins élevé que le taux moyen dans les pays appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Falvo, 2003). D'après le dernier recensement, 68 % des ménages canadiens sont propriétaires de leur propre logement (Statistique Canada, 2006). L'Annexe 5 fournit de l'information supplémentaire à l'issue d'une comparaison des politiques de logement dans les pays du G8 et traite de façon approfondie du logement social, des grands déterminants de la santé et des droits de la personne.

**Tableau 5.** *Interaction entre le logement et les stratégies de réduction de la pauvreté dans un certain nombre de pays industrialisés.*

Pays	Description de la stratégie de logement et/ou de la stratégie de réduction de la pauvreté
Union européenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les pays membres partagent un cadre commun comportant trois principaux objectifs :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cohésion sociale, égalité entre les hommes et les femmes, égalité de chances pour tous par l'entremise de systèmes de protection sociale adéquats, accessibles, financièrement viables, adaptables et efficaces.</li> <li>2. Interaction efficace et mutuelle entre les politiques visant à stimuler la croissance économique, à créer davantage de bons emplois et à favoriser la cohésion sociale ainsi que le développement durable.</li> <li>3. Bonne gouvernance, transparence et participation des intervenants dans la</li> </ol> </li> </ul>

	<p>conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les pays de l'EU élaborent des plans dans le but d'atteindre ces objectifs et <a href="#">font rapport publiquement à ce sujet</a> sur le site Web de l'UE.</li> </ul>
<b>France</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La troisième priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté est d'accroître le nombre et la qualité des logements subventionnés.</li> <li>Un système universel d'allocation de logement : allocation versée directement aux particuliers et qui leur permet de choisir librement entre un logement social ou un logement locatif privé.</li> <li>Des prestations universelles de logement sont accordées aux ménages à faible revenu.</li> </ul>
<b>Irlande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lancement il y a 10 ans, de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (1997).</li> <li>S'appuie sur un grand nombre de mesures pour évaluer le progrès accompli en vue de réduire la pauvreté, y compris l'élaboration d'une politique nationale d'intégration fondée sur les principes de l'égalité et de l'inclusion sociale.</li> <li>Le taux de personnes étant victimes de pauvreté persistante est passé de 15,1 % en 1994 à 5,2 % en 2001 (Conseil national de bien-être social, 2007)</li> <li>Intégration de la stratégie de réduction de la pauvreté dans le plan de développement national de 2007-2013, l'objectif étant de ramener le taux de pauvreté persistante à entre 2 et 4 % d'ici 2016.</li> <li>Le logement est la quatrième priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté.</li> <li>Deux programmes nationaux de logement : 1) Octroi et renouvellement du logement social; 2) logement abordable et soutien au logement locatif privé cible; financement équivalent à quelque 30 milliards de dollars par année – beaucoup plus que ce qui est attribué à des programmes semblables au Canada.</li> </ul>
<b>Pays-Bas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les programmes de logement abordables sont principalement financés par le gouvernement national, mais sont mis en œuvre par les régies de logement municipales (ainsi qu'un petit nombre de programmes de logement coopératif et sans but lucratif).</li> <li>Avant 1990, la principale stratégie de logement du gouvernement national était de subventionner l'achat et le développement du parc de logements sociaux.</li> <li>En 1991, le gouvernement national a cessé de subventionner les pourvoyeurs de logements pour personnes à faible revenu et a remplacé ces subventions par une allocation de logement (calculée au moyen d'un modèle de loyer en fonction du revenu). Environ 30 % des ménages louant un logement ont reçu une allocation nationale universelle de logement (établie d'après un ratio revenu-loyer).</li> <li>Constatation que le modèle de l'allocation de logement calculée en fonction du revenu décourageait les bénéficiaires de travailler puisque l'augmentation du revenu se traduisait par une diminution de l'allocation de logement. Adoption en 2003 d'un index du revenu net visant à réduire l'effet de dissuasion sur le plan travail de l'allocation de logement. Le calcul de l'allocation a été fondé sur le revenu résiduel net après paiement du loyer.</li> </ul>
<b>Nouvelle-Zélande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption en 2003 d'une approche de développement social mettant l'accent sur la protection sociale et l'investissement social.</li> <li>Insistance sur la consultation et l'utilisation d'indicateurs pour l'évaluation des progrès accomplis (Ainsi, l'élaboration du Programme pour les enfants (Agenda for Children) s'est appuyé sur la consultation des spécialistes dans la communauté, des représentants gouvernementaux et, à l'échelle du pays, d'enfants, de jeunes et d'adultes.</li> <li>Les indicateurs de bien-être social ont été publiés chaque année depuis 2001. Ces indicateurs permettent de suivre les tendances au fil du temps et d'établir des comparaisons avec d'autres pays.</li> </ul>
<b>Suède</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique universelle de bien-être social, politique d'intégration à la population active.</li> <li>Le système de bien-être social comprend les soins de santé, les soins sociaux et l'assurance sociale; il assure une sécurité financière en cas de maladie, d'invalidité, de vieillesse et également aux familles ayant de jeunes enfants.</li> <li>Protection supplémentaire de base sous la forme d'aide financière.</li> <li>Intégration des priorités à une vision à long terme : pour la période allant de 2006 à 2008,</li> </ul>

	<p>ces priorités comportaient la création d'emplois, la réduction de la mauvaise santé au travail, l'amélioration de l'accessibilité pour les personnes handicapées, la lutte contre l'itinérance et l'accroissement de l'inclusion sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création d'une commission mettant l'accent sur la prestation de services aux utilisateurs les plus vulnérables et la collaboration entre les différents paliers de gouvernement.</li> </ul>
<b>Royaume-Uni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le secteur du logement social a plafonné à plus de 30 % – diverses politiques ont permis une diminution de ce taux et certains locataires peuvent maintenant acheter leur logement à un prix de rabais.</li> <li>▪ L'accessibilité au logement social de plus en plus réservée aux personnes à faible revenu.</li> <li>▪ Des initiatives nationales ont mis l'accent sur la régénération ciblée de l'actif; politique axée sur le chez-soi.</li> <li>▪ La distinction faite entre le soutien du revenu de base et l'allocation de logement a eu pour effet de décourager les bénéficiaires de travailler; il est nécessaire de réfléchir sérieusement au mode de retrait/réduction des prestations lorsque les bénéficiaires entrent sur le marché du travail.</li> <li>▪ Stratégie de réduction de la pauvreté infantile : objectif consistant à réduire de moitié la pauvreté chez les enfants d'ici 2010 et à l'éliminer d'ici 2020. De la même façon, une stratégie de réduction de la pauvreté chez les retraités a été élaborée. Cette stratégie est assortie d'objectifs précis et l'accent est mis sur le soutien visant les personnes qui ont le plus besoin d'aide : les parents chefs de famille monoparentale, les personnes handicapées, les travailleurs âgés et les membres des minorités ethniques.</li> <li>▪ Le R.-U. a conclu qu'il n'existait pas de mesure qui permettrait à elle seule d'évaluer la pauvreté et a donc décidé de s'appuyer à cet égard sur un petit ensemble de mesures.</li> <li>▪ La pauvreté chez les enfants est passée de 27 %, en 1997 à 22 %, en 2004. Un million de retraités et 800 000 enfants ont cessé de vivre dans une pauvreté relative depuis 1999 (National Council on Welfare, 2007)</li> </ul>

## REDÉFINIR LES PANIERS DE SERVICES

### Conséquences d'une approche axée sur le rétablissement

Notre processus de collecte de renseignements a accordé une place de premier plan à la participation directe des personnes ayant une maladie mentale, de leur famille et de leurs pourvoyeurs de soins dans le but de mieux établir l'éventail de services et de mesures de soutien dont ces personnes ont besoin pour pouvoir conserver un logement. Le thème qui est ressorti de nos discussions avec ces intervenants, c'est que cet éventail devait absolument être orienté vers le rétablissement.

Depuis la moitié des années 1980, le concept du rétablissement en santé mentale a mis l'accent sur la perspective de la personne ayant une maladie mentale, des membres de sa famille et des spécialistes de la santé mentale. La recherche sur divers aspects du rétablissement continue de prendre de l'ampleur. Des recherches menées il y a déjà un certain temps par Courtney Harding (1987) et d'autres ont contesté la croyance voulant que la maladie mentale grave soit une maladie chronique et que la stabilisation du patient était la meilleure issue que l'on puisse espérer. Le concept du rétablissement a donc commencé à s'imposer (Sullivan, 1997).

Le rétablissement est un processus hautement personnel qui est défini par la personne ayant la maladie mentale et qui est, en définitive, un cheminement pour cette personne en vue de découvrir le sens de sa vie selon ses propres paramètres. **Une approche axée sur le rétablissement doit insister sur l'importance pour la personne visée de l'autodétermination et de l'autogestion qui lui permettront de se réaliser comme personne, de jouer un rôle social et professionnel significatifs, de forger des liens avec sa collectivité et de mesurer les résultats obtenus sur les plans logement, éducation, emploi et participation. Il s'agit donc d'un**

**processus dont le seul but n'est pas d'atténuer des symptômes** (Davidson, Chinman et Sells, 2006). Voici donc une description du processus du rétablissement (Eastern Regional Network, 2006):

- Le rétablissement ne prend pas une seule forme; c'est un processus autour duquel doit s'articuler l'ensemble du système.
- Le rétablissement n'est pas synonyme de cure; c'est cependant toujours une occasion qui est donnée à la personne de donner plus de sens à sa vie, une occasion qui s'offre à tous.
- Le rétablissement est favorisé dans les milieux où règne l'espoir et qui sont fondés sur la dignité et le respect.
- Le rétablissement est rendu possible par le concours d'intervenants qui soutiennent la personne qui lutte contre une maladie mentale ou un problème de toxicomanie.
- Ce cheminement doit aussi viser à surmonter non seulement la maladie elle-même, mais les conséquences secondaires de celle-ci ainsi que la discrimination à laquelle elle expose la personne qui en est victime.
- Le rétablissement peut survenir avec ou sans intervention professionnelle.
- Le rétablissement suppose que la personne est prête à prendre des risques et à faire l'essai de nouvelles façons de faire les choses et qu'elle a le courage de le faire.

**Le rétablissement est une solution censée pour la personne visée et pour le système.** L'engagement envers cette compréhension commune du rétablissement entraîne certaines conséquences pratiques sur le plan des services et du fonctionnement du système :

- Les personnes qui cheminent vers le rétablissement participent activement dans leur collectivité à toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des services et du système.
- Les personnes sur la voie du rétablissement ont le pouvoir de transformer leur collectivité ainsi que le système de soins de santé.
- Les services peuvent être étroitement liés à l'amélioration des résultats au niveau personnel en fonction des déterminants sociaux de la santé et ne doit pas simplement viser à réduire des symptômes.
- Des services mettant l'accent sur la réintégration à la collectivité.
- Le respect, l'inclusion et l'authenticité constituent le fondement des relations.
- Les services de soutien des pairs constituent un élément important de notre système axé sur le rétablissement. Ces services répondent à tous les niveaux de besoins et se sont révélés efficaces tant de façon indépendante que lorsqu'ils sont combinés à d'autres services de santé mentale.

Le panier de services de santé mentale renvoie habituellement aux services en cas de crise, à la gestion des cas et au traitement communautaire dynamique. Le projet et la rétroaction obtenue à son égard de Canadiens répartis dans tout le pays ayant des perspectives variées mettent en lumière l'importance de services de soutien au logement axés sur le rétablissement. Le panier de services est donc de nature globale et comprend l'ensemble des déterminants de la santé. Cette section cherche à répondre à la question clé suivante : **comment convient-il de définir le panier de services pour qu'il soit complet et comporte un ensemble de services de soutien axés sur le rétablissement qui aide les personnes ayant une maladie mentale à trouver et à conserver un logement?**

SERVICES DE SOUTIEN AU LOGEMENT  
Soutien du revenu  
Sécurité alimentaire  
Formation en dynamique de la vie  
Soutien à l'emploi et à l'éducation  
Soins à domicile et entretien ménager

## SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE

Gestion de cas  
Traitement communautaire dynamique  
Counselling sur les lieux  
Lits pour personnes en situation de crise/lits de répit/lits de sécurité  
Services de soutien pour les besoins complexes et les soins actifs  
Médecin de famille, infirmière communautaire

## SOUTIEN PAR LES PAIRS

## Services de soutien au logement

Le sondage mené auprès des intervenants a défini de façon générale le « soutien au logement » comme un ensemble de services de soutien souples, offerts sur les lieux, pour aider les personnes ayant une maladie mentale à conserver leur logement (il peut s'agir d'aider la personne visée à apprendre comment s'occuper d'un logement, à gérer ses finances et son budget, à établir des relations interpersonnelles et à obtenir des services cliniques et non cliniques). Le sondage a permis d'établir la gamme variée de services de soutien au logement axés sur le rétablissement qui peuvent être utiles aux personnes ayant une maladie mentale.

### SOUTIEN DU REVENU

Le soutien que les personnes ayant une maladie mentale (n=330) et leur famille (n=183) ont le plus fréquemment identifié comme étant nécessaire pour les aider à trouver et à conserver un logement est le soutien du revenu. Il est intéressant de voir que ce besoin a supplanté tous les autres, y compris le besoin en services de santé mentale. **Il importe donc que les recommandations en vue de l'élaboration d'une stratégie de logement efficace tiennent compte de l'importance d'une stratégie de lutte contre la pauvreté.** Cette approche est également conforme au cadre des déterminants sociaux de la santé qui fait partie intégrante d'un modèle de soins axé sur le rétablissement. À mesure que les membres de l'équipe de recherche menaient l'exercice de cartographie, ils se sont rendu compte de la grande importance du soutien du revenu parmi les services de soutien connexes et ont convenu que ce service en particulier méritait un examen plus approfondi.

Les personnes-ressources à l'échelle internationale ont également insisté sur l'importance des services de soutien au logement. À titre d'exemple, les personnes-ressources des États-Unis ont relevé le rôle important que joue le ministère du Logement et du Développement urbain, lequel distribue des allocations aux termes de l'article 8. Grâce à ces subventions, un locataire n'a pas à consacrer plus de 30 % de son revenu à se loger.

### SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Immédiatement après le soutien au revenu, c'est le besoin d'une alimentation saine et abordable qui a été vu comme le besoin le plus important. En fait, c'est ce besoin qui a été classé en deuxième place par 330 personnes ayant une maladie mentale, et en quatrième place, par les 183 membres de la famille qui ont rempli le sondage. Les sondés ont indiqué qu'un soutien du revenu inadéquat et que la pauvreté constituaient, en raison du coût élevé du logement, des obstacles supplémentaires à une alimentation saine. Les participants au sondage en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique ont insisté sur l'importance de l'accès à une alimentation saine et abordable.

Ces résultats sont confirmés par les conclusions du rapport *La vulnérabilité en matière de logement et la santé : l'urgence cachée au Canada* (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010), qui révèle que **parmi les personnes en situation de vulnérabilité en matière de logement ou qui sont**

itinérantes, 33 % disaient avoir du mal à manger à leur faim, 27 %, ne pas manger une nourriture de qualité et 22 %, ne pas manger des aliments nutritifs.

## **FORMATION EN DYNAMIQUE DE LA VIE, SOUTIEN À L'EMPLOI ET SOUTIENS ÉDUCATIFS**

Le but de la formation en dynamique de la vie est de promouvoir l'autonomie; cette formation peut comprendre l'apprentissage et la mise en pratique de compétences de base (p. ex., littératie, technologie de l'information), des habiletés essentielles pour la vie indépendante (p. ex., gestion des tâches ménagères, établissement d'un budget) et les aptitudes sociales (p. ex., aptitudes aux relations interpersonnelles, capacité d'éviter les différends avec les voisins ou de composer avec eux; Power, 2008). La dynamique de la vie et le soutien à l'emploi ont été classés en cinquième et en sixième place respectivement par les 183 membres de la famille ayant répondu au sondage. Cet ordre a été inversé dans le cas des 330 personnes ayant une maladie mentale qui ont également répondu au sondage, le soutien à l'emploi venant en cinquième place et la formation en dynamique de la vie, en sixième. L'importance du soutien au revenu, du soutien à l'emploi et des services éducatifs a également été soulignée par les participants aux webinaires.

Les participants aux webinaires ont plus particulièrement mis l'accent sur le soutien nécessaire dans le domaine des activités quotidiennes et de l'**entretien ménager**. C'est ce qui est ressorti des webinaires à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince Édouard et au Québec. Les membres des groupes de référence ont également soulevé la question du manque d'aide pour l'entretien ménager. À titre d'exemple, en Alberta, les personnes de moins de 65 ans n'ont pas droit à une aide à ce titre, ce qui entrave la transition à la vie indépendante; un programme en place jusqu'en 1993-1994 a été supprimé. Les pourvoyeurs de services ont également relevé ce besoin lors des visites de sites.

Les personnes-ressources à l'échelle internationale ont également traité de la **nécessité de créer des partenariats avec d'autres organismes dans le but d'offrir des soutiens éducatifs et des soutiens à l'emploi qui serviraient de complément à des programmes de logement et contribueraient à leur succès**.

## **PRÉPARATION DES REPAS ET GESTION DES MÉDICAMENTS**

Les membres de la famille ayant répondu au sondage ont accordé davantage d'importance aux services de préparation des repas et à la gestion des médicaments que les personnes ayant une maladie mentale. Cela s'explique du fait que le tiers des membres de la famille ayant participé au sondage hébergeaient un membre de la famille ayant une maladie mentale (ou cette personne vivait avec d'autres membres de la famille). Il se peut que lorsque des personnes ayant une maladie mentale vivent avec des membres de leur famille, c'est qu'elles ne peuvent pas préparer leurs propres repas ou gérer la prise de leurs médicaments. L'importance accordée par les membres de la famille à la préparation des repas et à la gestion des médicaments allait dans un sens ou dans l'autre, selon les provinces; les membres de la famille du Nouveau-Brunswick et du Manitoba ont insisté sur l'importance de ces besoins, mais pas ceux de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec.

Le soutien au logement figurait parmi les cinq principaux besoins non satisfaits ayant été mentionnés dans les réponses données au sondage par 96 pourvoyeurs de logement et 216 pourvoyeurs de services de santé mentale. Les 35 participants représentant des hôpitaux ont également indiqué que le soutien au logement constituait un important besoin non satisfait.

# INNOVATIONS

## HOUSELINK (TORONTO, ONTARIO)

Houselink, organisme qui existe à Toronto depuis plus de 32 ans, a fourni du logement à plus de 2 000 personnes. L'organisme possède 22 immeubles dans la région de Toronto et gère plus de 100 logements en partenariat avec des propriétaires de logements privés. Plus de 400 personnes ont trouvé un logement permanent grâce à Houselink.

Houselink offre des logements tant avec services complets qu'avec services partiels. Le projet fournit un logement permanent et à long terme. Le modèle répond également aux besoins d'orientation et de transition des bénéficiaires. Le modèle de financement adopté par Houselink vise à fournir un éventail de combinaisons de modes de prestation des services destinés à répondre aux besoins particuliers des clients. En outre, les services visent à encourager les personnes ayant une maladie mentale à conserver leur logement. Le soutien accordé vise à les aider à adopter les comportements qui leur permettront de ne pas perdre leur logement, et non pas à poser des diagnostics individuels.

L'un des aspects exemplaires de cet organisme, c'est son mode de gestion. Houselink attribue son succès au fait que ce sont ses membres qui dirigent toutes ses activités. Environ la moitié des membres du conseil d'administration de Houselink sont des personnes ayant une maladie mentale. Les décisions relatives à la mise en œuvre des programmes et des politiques de l'organisme sont revues par un comité de bénévoles élus comptant des personnes ayant une maladie mentale. La « Guilde des membres » de Houselink compte plus de 100 membres résidents et non résidents (des membres vivant actuellement, ayant vécu ou souhaitant vivre dans un logement fourni par Houselink) qui abordent toutes les questions et les enjeux sous l'angle des intérêts des membres.

À Houselink, les services sont offerts à une clientèle variée dont les besoins s'étendent sur tout le spectre des services. L'approche est fondée sur un modèle de prestation des services de nature communautaire, et non clinique, qui sont axés sur les besoins de la clientèle. Ces services comprennent du counselling informel, du soutien en cas de crise et de la formation en dynamique de la vie. Comme l'organisme estime que les besoins de ses membres varient en fonction de leur vécu, le soutien qu'il leur offre est souple et adapté à l'évolution de leurs besoins.

Houselink adopte une approche non clinique et ne fait pas appel à des spécialistes, ce qui réduit le problème de l'étiquetage. Le personnel de l'organisme se compose d'agents de logement avec services partiels. S'appuyant sur les forces de leur clientèle et dans le but de favoriser son autonomie, ces agents enseignent aux membres à défendre leurs propres intérêts. Les programmes sont exécutés par des pairs et tiennent compte des besoins de santé complexes des membres.

Divers comités comptant des employés ainsi que des membres aident à renforcer le sens d'appartenance à une communauté. À titre d'exemple, *Houselink 101* est un comité dont le rôle est d'organiser à l'intention des nouveaux membres des séances d'information portant sur le fonctionnement de Houselink, les emplois pour membres et le rôle des agents de logement.

Le programme d'activités sociales et récréatives de Houselink, fort abordable, est offert dans deux centres d'accueil où des repas sont servis. Le programme d'alimentation, lui, vise à répondre aux besoins alimentaires des membres. Des cuisines communautaires offrent aux membres et aux non-membres des repas nutritifs tous les jours de la semaine. Les membres peuvent aussi répondre à leurs besoins alimentaires grâce à un programme appelé Good Food Boxes (p. e.x, fruits et légumes offerts à des prix abordables); à des sorties de groupe pour faire les emplettes; et à des activités de sensibilisation, de formation et de conseils liées à une saine alimentation.

Un programme qui est grandement apprécié par les membres de Houselink est le programme d'emploi qui offre aux membres un emploi au sein de Houselink ou à l'extérieur de celui-ci. L'organisme emploie chaque année plus de 100 membres par l'entremise de divers programmes de travail, y compris le programme de soutien à l'emploi, dont la souplesse constitue un grand atout puisqu'il permet de tenir compte des besoins individuels des membres. Parmi les types d'emploi offerts aux membres, mentionnons les emplois suivants : services d'entretien (p. ex, aménagement paysager, nettoyage, peinture); services administratifs (p. ex. aide à l'accueil); et services d'appui à la mise en œuvre du programme (p. ex. pairs aidants, cuisiniers pour les cuisines communautaires). Le volet formation des emplois aide les membres à acquérir des compétences transférables. Une visite auprès de l'organisme a permis de voir à quel point le programme de travail, en raison de sa souplesse, était apprécié des membres. Pour les membres, le programme d'emploi est une occasion d'acquérir des compétences à leur propre rythme et de travailler et d'optimiser leur potentiel. Le programme leur permet également de gagner un revenu qui est fort apprécié.

Les forces de l'organisme résident dans son orientation qui privilégie le rétablissement à tous les paliers de la prestation de services. À preuve, les membres du conseil d'administration participent à des activités de formation régulières axées sur le rétablissement et la réflexion. L'engagement de Houselink en faveur du rétablissement en santé mentale se reflète également dans le choix qu'il fait de donner une voix à ses membres en leur accordant de véritables occasions de participer à son évolution organisationnelle, tant sur le plan des activités que de la gouvernance, ainsi qu'à la mise en œuvre des politiques et des pratiques favorisant le rétablissement. La diffusion par l'organisme d'un outil de sondage intitulé *Developing Recovery Enhancing Environment Measure* (Élaboration d'un outil de mesure du milieu propice au rétablissement) constitue une pratique exemplaire. Cet outil permet aux membres d'évaluer leur propre expérience du rétablissement et des services de soutien connexes auxquels ils ont accès.

Le panier de services qu'offre Houselink est fondé sur les déterminants psychosociaux de la santé et est, par conséquent, fortement axé sur le rétablissement.



## Services de santé et de santé mentale

Le sondage auquel ont participé 330 personnes ayant une maladie mentale a révélé que les services de santé mentale (33 %) venaient en troisième place parmi les principaux facteurs les ayant amenés à changer de logement. Une place importante a aussi été accordée à ces services parmi les 45 personnes possédant leur propre logement (77 %), les 27 personnes louant une chambre (73 %) et les 60 personnes louant un appartement spécialement réservé aux personnes ayant une maladie mentale (68 %). Le nombre élevé de personnes ayant opté pour un logement spécialement réservé aux personnes ayant une maladie mentale est peut-être attribuable au fait que des services de santé mentale sont offerts dans ce type de logement.

Pour ce qui est des autres types de services de santé, les personnes ayant une maladie mentale accordent davantage d'importance à l'accès à un médecin de famille (4<sup>e</sup> place sur la liste) que les membres de la famille.

Quant au classement parmi les besoins des services de soutien jugés essentiels, les services de santé mentale ont été classés en troisième place par les personnes ayant une maladie mentale. En réponse aux questions ouvertes posées dans le sondage, les services de soutien indiqués étaient la **gestion des cas** et l'**accès à des services de counselling sur place**.

Les 183 membres de la famille ont jugé dans une proportion de 36 % que les services de santé mentale étaient le plus important facteur les amenant à souhaiter qu'un membre de leur famille ayant une maladie mentale s'installe dans un nouveau logement. Lorsque le membre de la famille ayant une maladie mentale vivait à un endroit n'étant pas spécialement réservé aux personnes ayant une maladie mentale, les autres membres de la famille ont indiqué que le besoin le plus important pour lui était davantage de services de santé mentale. C'est aussi le principal besoin sur lequel ont insisté les membres de la famille lorsque la personne ayant une maladie mentale vivait avec eux.

Parmi les membres de la famille ayant répondu au sondage, ceux qui ont indiqué que le membre de la famille ayant une maladie mentale avait accès à des services de santé mentale, dont les services d'une infirmière communautaire et des services de soutien au logement, étaient plus nombreux que ceux qui indiquaient que le membre de leur famille ayant une maladie mentale n'avait pas accès à ces services, à déclarer que c'étaient ces services qui permettaient au membre de leur famille ayant une maladie mentale de conserver son logement. Les participants au sondage ayant une maladie mentale ont confirmé cette conclusion. Une analyse plus poussée des données a indiqué que les services de soutien au logement étaient le facteur permettant le mieux de prédire si une personne ayant une maladie mentale garderait ou non son logement.

Les données recueillies dans le cadre du sondage auprès des pourvoyeurs de logements (n=96) révèlent l'existence d'un nouveau besoin important, à savoir des **services de soutien pour les cas de santé mentale complexes et les cas de besoins en soins actifs. Les lits pour personnes en situation de crise/lits sûrs/lits de répit** étant mis à la disposition de personnes ayant besoin de soutien à court terme et de services de gestion de cas intensive (GCI) sont parmi les besoins les plus importants n'étant pas satisfaits dans le contexte du logement pour les personnes ayant une maladie mentale. Les lits pour personnes en situation de crise et les services intégrés de santé mentale et de logement sont parmi les cinq plus importants besoins non satisfaits selon les 216 pourvoyeurs de services de santé mentale ayant participé au sondage tandis que le traitement de soins actifs et la gestion de cas intensive se situaient parmi les dix plus importants besoins non satisfaits. Les services en cas de crise (p. ex., lits pour personnes en situation de crise, ligne d'aide d'urgence et services de crise mobiles) ont été qualifiés d'inadéquats par un nombre plus élevé des 87 pourvoyeurs de services dans des collectivités éloignées que dans des collectivités non éloignées. Par ailleurs, chez les 35 représentants hospitaliers, c'est le suivi intensif dans le milieu (SIM) qui a été classé en troisième place parmi les besoins non satisfaits, la gestion des cas à court terme, les lits pour personnes en situation de crise et les services de crise mobiles venant beaucoup plus bas sur la liste des dix besoins non satisfaits. À titre d'exemple, les équipes de SIM s'occupant de personnes ayant un trouble concomitant ne doivent pas compter le même genre d'intervenants que les équipes de SIM s'occupant de personnes n'ayant pas un problème de toxicomanie.

Pour un bref aperçu de la documentation portant sur l'éventail des services de santé mentale, prière de se reporter à la section bibliographique portant sur les services de santé mentale à l'Annexe 4.

## Soutien par les pairs

« J'ai aussi une conseillère de soutien par les pairs qui m'a aidé à régler tous les problèmes liés au déménagement ainsi que d'autres types de problèmes. Elle se préoccupe de mon sort et elle est compétente. Elle sait comme agir avec moi. J'aimerais que le budget réservé aux salaires soit plus élevé pour qu'il soit possible de recruter davantage de conseillers. »

-Commentaire recueilli auprès d'une personne ayant une maladie mentale lors d'une visite de site au Manitoba

Les données recueillies dans le cadre des webinaires, des sondages, des visites de site et des consultations auprès des groupes de référence confirment que le soutien par les pairs est vu comme un service très utile. Le sondage a fait ressortir que 73 % des 330 personnes ayant une maladie mentale ont souscrit à la recommandation voulant que l'on donne un meilleur accès au soutien par les pairs alors que 68 % des 183 membres de la famille ont dit être d'accord avec cette recommandation.

Les données recueillies dans le cadre du sondage auprès des pourvoyeurs de services de santé mentale ( $n = 216$ ) accordent le 16<sup>e</sup> rang au soutien par les pairs parmi la liste des 60 services de soutien. Ce besoin variait cependant d'une province et d'un territoire à l'autre. La majorité des répondants du Nouveau-Brunswick, du Québec, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan ont indiqué que le besoin en soutien par les pairs n'était pas satisfait. Les pourvoyeurs de services de la Colombie-Britannique et de l'Ontario n'ont pas accordé la même importance à ce besoin, environ 25 % d'entre eux dans chaque province indiquant l'existence d'un besoin non satisfait. Or, il existe davantage d'initiatives de soutien par les pairs dans ces deux provinces que dans les autres.

Les participants aux webinaires, pour leur part, trouvent que tant le soutien par les pairs que les pairs et les organismes de pairs aident vraiment les personnes ayant une maladie mentale à s'y retrouver dans le système de santé mentale et à avoir accès aux services de santé mentale. Les participants au webinaire tenu au Québec ont accordé de l'importance au soutien par les pairs informel et ont dit qu'il favorisait le rétablissement. **Les services de soutien jugés bénéfiques comprenaient les services de soutien concrets comme l'aide au logement ou l'aide financière ainsi que le soutien d'ordre émotif comme le fait d'écouter une personne et de l'aider à avoir confiance en elle-même.** Notre visite de site à Potential Place, à Calgary, où un soutien par les pairs informel important est accordé aux locataires ayant une maladie mentale, nous a permis de constater par nous-mêmes l'importance du soutien par les pairs.

## INNOVATIONS

### MODÈLE DIRIGÉ ET SOUTENU PAR LES PAIRS : POTENTIAL PLACE (CALGARY, ALBERTA)

Modèle du pavillon autour duquel sont regroupés des appartements

La Potential Place Society a pour objet de favoriser le rétablissement de personnes ayant une maladie mentale en créant un milieu de vie accueillant et réparateur où les personnes qui, parce qu'elles ont eu une maladie mentale, ont souffert d'exclusion sociale et professionnelle peuvent reprendre confiance en elles-mêmes et acquérir les compétences voulues pour mener une vie professionnellement productive et socialement satisfaisante. Le modèle est fondé sur les forces de chaque personne. Comme dans les autres modèles de ce genre, le membre du projet joue un rôle important dans la bonne marche du pavillon.

D'après le directeur administratif de Potential Place, Gordon Young, le modèle de logement vise à créer une « communauté choisie par ses membres » où des pairs vivent aux côtés les uns des autres et où les membres obtiennent le soutien et l'aide thérapeutique nécessaires à leur rétablissement. Le sentiment d'appartenance à une communauté et le sentiment d'être une partie prenante sont rehaussés par le fait que tous les membres du pavillon en sont propriétaires et que les locataires agissent comme des gestionnaires immobiliers.

Potential Place possède deux immeubles à appartements, l'un qui compte 11 appartements et l'autre, 16. Alberta au Travail et l'ACSM ont participé au financement de la rénovation de ces immeubles. Calgary Housing accorde également une aide au cas par cas. Les locataires sont membres des deux associations communautaires, ce qui a permis de régler les problèmes découlant de l'attitude « pas dans ma cour » susceptibles de se poser dans la collectivité. Les partenariats conclus avec la force policière (agent de liaison communautaire) et PACT (Police and Crisis Team (équipe policière et d'intervention en cas de crise)) et le partenariat existant entre la Police de Calgary et les Services de santé de l'Alberta jouent également un rôle utile en prévenant l'escalade en cas de situations problématiques et en offrant un soutien communautaire. Des ententes de collaboration efficaces ont facilité la mise en œuvre de ce modèle de logement.

Trois membres du personnel et un certain nombre de résidents assurent le bon fonctionnement du programme, gèrent les activités d'orientation et d'accueil et s'acquittent des tâches financières et administratives nécessaires. Les locataires membres, et une personne assurant la liaison avec les autres appartements, participent aux réunions hebdomadaires. Il n'y a pas de personnel de soutien affecté sur les lieux; le modèle est très indépendant, le soutien par les pairs jouant un rôle crucial. En outre, les locataires ont accès aux services offerts par le personnel du pavillon ainsi que dans le cadre des programmes de soutien destinés aux locataires.

Les membres du pavillon sont pleinement responsables de l'entretien de l'immeuble et participent aux travaux de nettoyage, passent l'aspirateur, coupent l'herbe et s'occupent de l'entretien général. D'après les membres, « cette communauté choisie par ses membres » est une source incroyable de soutien pour eux lorsqu'ils ont besoin de soutien. À titre d'exemple, lorsqu'un membre remplace un fusible dans l'appartement d'un autre membre, ce membre lui fait des biscuits en retour. Lorsque leur appartement a été inondé en raison d'un refoulement du réseau d'égout, les locataires ont été invités par leurs voisins du haut à s'installer temporairement avec eux.

Pour ceux qui s'opposent à ce genre de modèle, il ne s'agirait que de « parquer » les gens, mais les locataires eux sont d'un tout autre avis. Le soutien actif des pairs ainsi que le sentiment d'être une partie prenante font de ce modèle un modèle axé sur le rétablissement.

En raison du manque de fonds de démarrage et de la pénurie de logements, il est difficile à reproduire ce modèle.

L'important rôle du soutien par les pairs dans la vie des personnes ayant une maladie mentale est un thème qui est clairement ressorti du webinaire tenu en Ontario. Les participants au webinaire ont dit estimer que les initiatives mises en œuvre par les pairs dans l'ensemble de l'Ontario fournissent divers types de soutien et aident notamment les personnes ayant une maladie mentale à comprendre le système, défendent leurs intérêts, les aident à trouver de l'emploi et favorisent le rétablissement.

Dans les consultations menées auprès des groupes de référence, le modèle du pavillon a été donné en exemple de modèle facilitant l'accès au soutien par les pairs. L'Île-du-Prince-Édouard est l'une des rares provinces où ce

modèle est également offert dans un milieu rural. L'exploitant du pavillon en milieu rural dans cette province est l'ACSM. Il existe également des modèles de ce genre à Calgary et à Toronto. D'après le groupe de référence, il est nécessaire de mettre en place davantage d'initiatives de soutien par les pairs. Il a également abordé la question de la rentabilité de ce modèle.

Les entrevues des personnes-ressources à l'échelle internationale ont également fait ressortir l'importance du soutien par les pairs. Traitant d'innovations récentes dans le domaine du logement et des services de soutien connexes, M. Sam Tsemberis, des États-Unis, a affirmé que le **soutien par les pairs comme service de soutien individuel ou au sein d'une équipe de SIM constituait la plus importante innovation à ce jour.**

Pour un bref aperçu de la documentation se rapportant au soutien par les pairs, veuillez vous reporter à la section sur le sujet à l'Annexe 4.

## RÉSUMÉ

Bien que notre recherche ait surtout porté sur les services de soutien concrets pouvant constituer un panier de services, il existe certains concepts ou facteurs qui sont tous liés au rétablissement et qui devraient figurer dans tout panier de services. Voici certains de ces concepts ou facteurs :

- Donner l'espoir
- Médicaments/traitement
- Impression de prendre en main sa destinée
- Spiritualité
- Soutien des pairs, de la famille, des amis et des spécialistes de la santé mentale
- Entraide
- Connaissances/savoir sur la maladie mentale
- Soutien par les pairs
- Emploi/activité significative

Pour favoriser le rétablissement, le panier de services doit comporter des services variés fondés sur les besoins des personnes ayant une maladie mentale et de leur famille. Le panier de services dans le domaine du logement va bien au-delà des services de santé mentale traditionnels et comprend des services comme le soutien au logement et des services liés aux déterminants sociaux de la santé comme le revenu, la sécurité alimentaire, l'emploi et l'éducation. Le panier doit également inclure des services de soutien par les pairs officiels et officieux qui sont essentiels pour favoriser la participation, les interventions et le rétablissement. En résumé, le modèle proposé est un modèle de services de soutien complets pouvant être adapté aux besoins individuels des clients et à leurs circonstances particulières.

## INNOVATIONS

### **MODÈLE DU PANIER DE SERVICES COMPLETS : ACSM (NANAIMO, COLOMBIE-BRITANNIQUE)**

#### Modèle enrichi en milieu rural

En raison de la fermeture de l'établissement psychiatrique Woodlands dans les années 1980 et du remplacement des patients de Riverview dans les collectivités voisines comme Nanaimo il y a trois ans à peine, de nombreuses personnes ayant une maladie mentale et des problèmes de toxicomanie risquaient de devenir des personnes itinérantes ou d'être logées dans des logements de très mauvaise qualité dans un milieu rural pauvre en ressources. L'ACSM a relevé le défi consistant à réintégrer ces personnes dans la collectivité en leur fournissant un logement de qualité ainsi que des services de soutien.

Il s'agit du seul projet de logement à long terme peu restrictif en place à Nanaimo. Le personnel qui est chargé de sa mise en œuvre appartient à l'ACSM. Le vieil hôtel où sont logés les participants du projet compte 19 chambres et fait actuellement l'objet de travaux de rénovation. La plupart des locataires partagent une salle de bain.

Le projet est le fruit d'un partenariat efficace entre l'ACSM, la Régie de santé de l'Île de Vancouver et du Ministère du Logement et de l'Aide sociale. Lorsque l'ACSM a acquis l'immeuble, 19 personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie y habitaient dans de très mauvaises conditions. Aucun service de soutien ni de santé mentale ne leur était offert. Grâce au partenariat entre les trois intervenants susmentionnés, tous les clients, sauf trois, obtiennent maintenant des services de santé mentale et de soutien. Des travailleurs de soutien affectés à cet immeuble s'occupent de ces trois clients alors qu'une équipe de suivi intensif dans le milieu ou un service de liaison répondent aux besoins des autres clients.

Les locataires de l'immeuble peuvent avoir accès à des services qui se trouvent à proximité. À titre d'exemple, les services d'aide au revenu du ministère du Logement et de l'Aide sociale sur lesquels les locataires comptent pour conserver leur logement sont offerts sur les lieux. Outre les travailleurs de soutien sur place, l'ACSM a affecté une équipe de suivi intensif dans le milieu qui intervient auprès des personnes itinérantes. La Régie de santé de l'Île de Vancouver a adopté une approche véritablement psychosociale dans ses rapports avec les clients de ce projet. Nous avons constaté avec plaisir que l'équipe de suivi intensif dans le milieu aidait les résidents à s'acquitter de leurs tâches quotidiennes et avait affiché un calendrier pour aider les clients à savoir quand faire leur lessive. Les trois équipes collaborent et mettent toutes l'accent sur la participation de la collectivité. Elles s'efforcent aussi de faire participer leurs clients à des activités comme l'entretien du jardin communautaire et l'entretien général de l'immeuble. D'autres activités collectives sont offertes aux résidents : clubs sociaux en soirée, soirées cinéma, soirées spaghetti et soirées de lessive.

La gamme des services offerts dans le cadre de ce programme en constitue l'élément innovateur. Ces services sont offerts grâce à des partenariats axés sur l'équité; ils permettent à un groupe de personnes marginalisées à besoins élevés de conserver leur logement, ce qui améliore leur qualité de vie et favorise leur rétablissement. Ces interventions ayant lieu dans un milieu familier ont un effet transformateur.

## AU-DELÀ DE L'IMPÉRATIF MORAL – LE COÛT DE L'ACTION ET LE COÛT DE L'INACTION

« Il convient d'encourager les gens à faire quelque chose, ne serait-ce que par humanité, mais si vous voulez parler d'argent...»

Kim Kerr, Pauvreté, logement, itinérance : Les trois fronts de la lutte contre l'exclusion, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009)

Les systèmes de santé au Canada gaspillent de l'argent en n'investissant pas dans le logement pour les personnes ayant une maladie mentale. Les économies que nous croyons faire n'en sont pas. Au lieu d'investir la somme modeste nécessaire pour loger décemment les personnes ayant une maladie mentale, nous préférons dépenser des sommes importantes aux fins suivantes : visites à l'urgence; séjours à l'hôpital; services policiers et carcéraux; perte de productivité. Or, les investissements au titre du logement sont les investissements les plus rentables en vue de maîtriser les coûts. En outre, ils permettent aux personnes ayant une maladie mentale de progresser vers le rétablissement. Malheureusement, le logement pour les personnes ayant une maladie mentale est souvent vu comme une dépense qui rapporte peu, et non comme un investissement. En fait, c'est un investissement qui rapporte gros en aval, et qui va aussi dans le sens de la sécurité et de la dignité.

En ne prévoyant pas le nombre voulu de logements pour les personnes ayant une maladie mentale et en n'assortissant pas les logements existants des services de soutien nécessaires à cette clientèle, nous avons créé des conditions favorisant la dépendance à l'égard du système de soins de santé. Parallèlement, nous créons un cercle vicieux en maintenant en place des systèmes coûteux qui entravent souvent le rétablissement individuel, et qui constituent un lourd fardeau financier pour la société. Le moment est clairement venu pour les décideurs canadiens d'aller au-delà de la conception de la santé qui est centrée sur les médecins, le personnel infirmier et les hôpitaux. Le logement est une question de santé, et en refusant de l'accepter, nous gaspillons de l'argent et nous ruinons des vies.

Une étude récente menée au Royaume-Uni a conclu que la possibilité pour une personne ayant une maladie mentale qui reçoit son congé de l'hôpital de pouvoir compter sur un logement avec services de soutien assorti de services de santé mentale de niveau intermédiaire se traduit par **des économies estimatives de 22 000 £ (35 000 \$ CDN) par client et par année**, économies qui se répercutent dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux. » [traduction libre] (Ministère de la Santé, 2011).

En outre, « **l'octroi de services de soutien au logement aux personnes ayant des troubles mentaux permettrait de réaliser des économies sur les plans santé et services sociaux de 10 000 à 20 000 £ (16 000 à 32 000 \$) par année et par client.** » (Ministère de la Santé, 2011). [traduction libre]

Comme Michael Shapcott de l'Institut Wellesley le fait observer dans son dernier rapport, «... au cours de cette décennie, il est possible de résoudre le problème du logement précaire au Canada, que ce descriptif s'applique au manque de logement abordable, à l'itinérance ou au logement de mauvaise qualité; les mécanismes à cette fin existent déjà; la seule chose qui fait défaut, c'est la volonté d'agir. » (Institut Wellesley, 2010) [traduction libre].

## Comprendre le coût de l'inaction

« L'inaction n'est pas gratuite. » [traduction libre].  
Stratégies en vue de réduire l'itinérance chronique du ministère du  
Logement et du Développement urbain des États-Unis (2004)

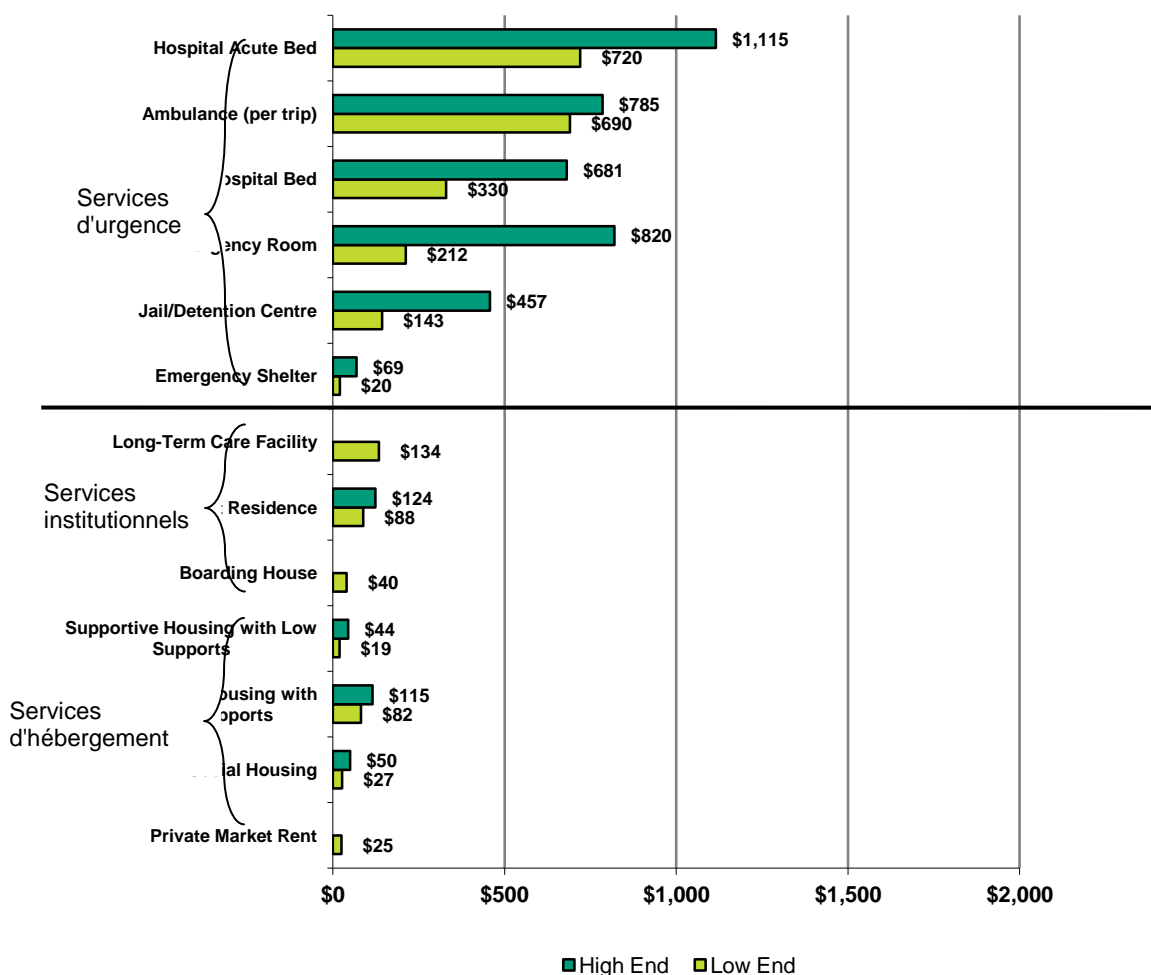
Le fait que les personnes ayant une maladie mentale soient inadéquatement logées et fassent par conséquent la navette entre les services institutionnels et d'urgence, les hôpitaux psychiatriques, les refuges, les foyers pour victimes de violence conjugale, les foyers d'accueil, les centres de désintoxication et les prisons coûte énormément cher à notre société.

Un exemple très connu auquel le New Yorker a consacré un article. « Million-Dollar Murray » est une personne itinérante et alcoolique vivant à Reno, au Nevada (Gladwell, 2006). **Comme cet homme est passé d'un service social à l'autre pendant plus de 10 ans, on estime que le fait de ne rien faire pour l'aider a coûté 100 000 \$ par année.**

La figure suivante fait une ventilation des diverses formes d'hébergement au Canada, lesquelles appartiennent à trois grandes catégories : refuges, établissements et logement. Elle donne un coût type pour chaque catégorie et parfois, une fourchette de coûts. Il ne faut pas oublier que ces trois catégories d'hébergement ne sont pas assorties des mêmes services (p. ex., logement, repas, soutien à la vie quotidienne et services de soutien médicaux). Une comparaison grossière des coûts d'exploitation/prestation d'un service donné pour un seul jour, abstraction faite de la fréquence ou de la durée de l'utilisation du service, montre que les **divers types de refuges institutionnels et d'urgence coûtent 10 fois plus cher que le logement avec services partiels.**



**Figure 3.** Coût quotidien ou par utilisation des services d'hébergement, des services institutionnels et des services d'urgence.



Sources : Ville de Toronto (2009); Le Conference Board du Canada (2010); Jacobs et coll. (2010); Pomeroy (2005); et Vincent et Morin (2010).

## Un équation simple

Une étude portant sur les patients d'un hôpital public vivant à Chicago a révélé que lorsque les personnes ayant une maladie mentale sont hospitalisées pour des motifs psychiatriques, c'est souvent davantage parce qu'il faut leur trouver un logement à court terme que parce qu'elles ont besoin de soins psychiatriques (Lewis et Lurigio, 1994).

Un programme basé à Toronto, *Streets to Homes*, qui aide les personnes itinérantes à trouver un logement à long terme assorti des services de soutien voulus, a fait la démonstration que lorsque ces personnes obtiennent un logement convenable, elles ont moins recours aux services d'urgence et commencent à avoir accès à des services de santé et à des services dans la communauté. Une évaluation du programme qui comptait 88 participants (un peu moins de la moitié d'entre eux avaient une maladie mentale; L. Raine,

communication personnelle, 14 mars 2011) a conclu que lors de la première année où les participants avaient obtenu un logement, on a constaté une **réduction de 38 % dans le nombre de personnes ayant recours aux services ambulanciers, une diminution de 40 % dans les visites à l'urgence et une réduction de 25 % dans le nombre de personnes devant être hospitalisées** (Raine et Marcellin, 2009).

### Le coût d'un lit d'hôpital

**Une personne sur quatre en situation de logement précaire ou connaissant l'itinérance a passé au moins une nuit à l'hôpital au cours de la dernière année** (abstraction faite des nuits passées à l'urgence) (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010).

Des études menées en Ontario ont conclu qu'environ **40 % des patients psychiatriques internes recevant des soins tertiaires et ayant des besoins graves et complexes pourraient recevoir ces soins dans la collectivité**, si elles avaient un logement convenable et les services de soutien voulus (Koegl, Durbin et Goering, 2004).

Un rapport datant de 2007 cherchant à établir les raisons des séjours hospitaliers a conclu que la maladie mentale était le **motif le plus fréquent (52 %) des séjours hospitaliers des personnes itinérantes**. Parmi les personnes ayant un logement, la maladie mentale n'était pas l'un des principaux motifs de séjours hospitaliers, ce qui montre l'incidence positive que le logement peut avoir (Institut canadien d'information sur la santé, 2007).

Un lit psychiatrique dans un hôpital coûte entre 330 et 681 \$ par jour.  
Un lit de soins actifs dans un hôpital coûte entre 720 et 1 115 \$ par jour.

Le recours aux modèles de logement assortis des services de soutien nécessaires permet de réduire les pressions s'exerçant sur les services hospitaliers pour patients internes. Une étude portant sur des personnes ayant une maladie mentale grave qui participaient soit à un programme *Priorité au logement*, soit un programme accordant la priorité au traitement, a démontré que **les personnes appartenant au groupe *Priorité au logement* avaient passé moins de temps dans les hôpitaux psychiatriques** (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis et Fischer, 2003). Une deuxième étude *Priorité au logement*, menée en Californie, a constaté une diminution de 14 % dans les services pour patients internes auxquels avaient eu recours des personnes ayant des troubles mentaux graves (Gilmer, Stefancic, Ettner, Manning et Tsemberis, 2010).

### Autre niveau de soins

Le terme Autre niveau de soins (ANS) est utilisé pour décrire les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés, mais qui demeurent à l'hôpital jusqu'à ce qu'ils reçoivent leur congé et obtiennent un niveau de services répondant mieux à leurs besoins (p. ex., logement avec services de soutien élevés). En l'absence d'options et de ressources de logement dans la communauté suffisantes, en particulier du logement avec services de soutien élevés, il est nécessaire de consacrer aux personnes qui n'en ont pas besoin des ressources hospitalières coûteuses.

Une étude menée en Ontario a indiqué que plus de **50 % de tous les patients ANS sont logés dans des établissements psychiatriques** et consomment une part importante des ressources hospitalières pour patients internes.

(Butterill, Lin, Durbin, Lunsy, Urbanoski et Soberman, 2009)

En outre, **60 % des clients ANS en santé mentale qui occupent des lits de soins actifs sont hospitalisés pendant plus de 90 jours à la fois**. Cette proportion passe à 65 % dans les hôpitaux de soins tertiaires (Butteril et coll., 2009).

Il découle de cette étude qu'il serait possible **de réaliser d'importantes économies en ce qui touche l'utilisation des lits d'hôpitaux** (Butterill, Lin, Durbin, Lunskey, Urbanoski et Soberman, 2009) si les clients ANS en santé mentale avaient accès à des logements avec services de soutien élevés. Une deuxième étude a fait ressortir le fait que ce sont les clients ANS qui sont les plus touchés par la pénurie de logements avec services de soutien élevés, ce type de logement étant le plus abordable compte tenu de leurs besoins et y répondant le mieux (High Support Housing Consortium, 2009).

### Coût d'une visite à l'urgence

**Cinquante-cinq pour cent des personnes en situation de logement précaire ou qui sont itinérantes ont fait au moins une visite à l'urgence au cours de la dernière année** (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010).

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2007-2008* s'est penché sur les raisons les plus fréquentes des visites à l'urgence au Canada. Il ressort de ce rapport que la maladie mentale est la **raison la plus commune (35 %) des visites à l'urgence parmi les personnes itinérantes**. Or, la maladie mentale ne faisait pas partie des cinq principales raisons des visites à l'urgence dans le cas de la population canadienne ayant un logement (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). Cette constatation montre clairement la corrélation qui existe entre l'itinérance et le recours aux services d'urgence pour des raisons de santé mentale.

Le recours au transport par ambulance coûte entre **690 et 785 \$ à chaque fois**.  
Une visite à l'urgence coûte entre **212 et 820 \$ par jour**.

Martinez et Burt (2006) ont étudié les conséquences d'un logement permanent avec services de soutien partiels pour les personnes itinérantes ayant des troubles psychiatriques et de toxicomanie. L'octroi à cette population d'un logement se traduit par une réduction importante du nombre de visites à l'urgence. Une étude menée en Californie dans le cadre du programme *Priorité au logement* a constaté une **diminution de 32 % dans le nombre de visites à l'urgence chez les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux graves** (Gilmer et coll. 2010).

### Le coût de l'incarcération

Plusieurs études ont cherché à établir le nombre de personnes ayant une maladie mentale qui sont incarcérées dans les prisons canadiennes ainsi que le coût qui en découle pour le système de justice. Une étude menée par Bland, Newman, Dyck et Orn (1990) a conclu que par rapport à la population générale, le diagnostic de schizophrénie était chez les détenus de quatre à cinq fois plus fréquent et celui de manie, cinq fois plus fréquent. Si les statistiques varient selon que la prison est provinciale ou fédérale, de façon globale, **les personnes ayant une maladie mentale grave sont cinq fois plus nombreuses dans les prisons canadiennes que dans la population générale** (Gingell, 1991).

L'incarcération d'une personne coûte entre **143 et 457 \$ par jour**.

**Les prisons ontariennes comptent actuellement 8 395 détenus, et chaque détenu incarcéré coûte en moyenne 65 689 \$ par année** (Howlett, 2011, 24 mars).

Dans une prison fédérale canadienne, l'incarcération d'une femme coûte environ 175 000 \$ par année. **Les femmes ayant des troubles mentaux sont plus susceptibles d'être mises en isolement, ce qui peut coûter**

**plus de 250 000 \$ par année.** En outre, bon nombre des détenues sont des chefs de famille monoparentale, ce qui signifie que leur incarcération cause un traumatisme psychologique à leurs enfants et entraîne des dépenses élevées pour le système d'aide à l'enfance (Howlett, 2011, 24 mars).

Le programme *Streets to Homes* a réussi à faire diminuer sensiblement les pressions s'exerçant sur le système de justice. Une fois que les participants du programme obtenaient un logement, ils avaient moins recours au programme de désintoxication policier dans une proportion de 75 %, étaient moins souvent arrêtés dans une proportion de 56 % et étaient moins souvent incarcérés dans une proportion de 68 % (Ville de Toronto, 2009). **Une deuxième étude menée à Denver a révélé que le nombre total de jours d'incarcération des participants à un programme Priorité au logement avait diminué de 76 %** (Perlman et Parvensky, 2006).

### Coûts pour le système de soins de santé

Les services de santé mentale et les services de soutien connexes ont coûté au moins **14,3 milliards de dollars** au Canada en 2007-2008.  
(Jacobs et coll. 2010)

Les médicaments, suivis des séjours hospitaliers, sont les sources de dépenses les plus élevées dans le système de soins de santé. Au Canada, la santé mentale accapare 7,2 % des dépenses gouvernementales au titre de la santé. En 2007-2008, les organismes sans but lucratif œuvrant dans le domaine de la santé mentale ont déclaré recevoir 847,9 millions de dollars de sources provinciales, 18,3 millions de dollars de sources municipales et 41 millions de dollars de sources fédérales (Jacobs et coll., 2010). Ces sommes sont disproportionnellement faibles compte tenu des taux de prévalence de la maladie mentale et des investissements consentis dans d'autres secteurs de la santé.

En 2005-2006, les personnes itinérantes disaient avoir été hospitalisées dans des établissements de soins actifs pour des raisons de santé mentale dans 52 % des cas (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). Le nombre de jours pendant lesquels les Canadiens sont hospitalisés pour des raisons de santé mentale sont cinq fois plus élevés que le nombre de jours pendant lesquels ils sont hospitalisés dans le cadre de leur lutte contre le cancer (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

Si rien n'est fait pour que cette situation ne change, les coûts continueront d'augmenter. À titre d'exemple, en 2010, la lutte contre la maladie d'Alzheimer a coûté 22 milliards de dollars. En 2038, le fardeau économique de cette maladie sera 153 milliards de dollars et la demande pour des soins de longue durée sera dix fois plus élevée (Société Alzheimer du Canada, 2010).

Ces chiffres ne tiennent compte que d'un membre de l'équation des soins de santé. Non seulement les personnes ayant des troubles mentaux ont besoin de soins liés à ces problèmes, mais elles sont également beaucoup plus à risque que les autres citoyens de souffrir d'un ensemble varié de problèmes de santé. **Il existe une corrélation triple entre le logement, la santé mentale et la santé tout court étant donné que l'insécurité sur le plan logement peut, comme nous l'avons déjà fait observer, mener à des problèmes plus graves de santé mentale et de santé tout court** (Association canadienne pour la santé mentale, 2009).

Dans le cadre de recherches récentes sur la santé et le logement en transition (Health and Housing in Transition (HHiT)), la Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health (2010) a publié des résultats préliminaires d'une étude longitudinale menée dans plusieurs villes canadiennes sur la situation des personnes itinérantes ou en situation de vulnérabilité sur le plan logement. Cette étude porte

sur 1 200 personnes réparties dans trois villes : Vancouver, Toronto et Ottawa. On considère comme étant itinérantes, les personnes dont l'itinérance est « absolue » ou « cachée » ainsi que les personnes en situation de « vulnérabilité sur le plan logement », c'est-à-dire des personnes qui avaient un logement, mais qui au cours de l'année soit étaient devenues itinérantes, soit avaient déménagées au moins deux fois (et étaient donc considérées comme étant à risque de devenir itinérantes). Les chercheurs ont depuis lors découvert que la distinction entre ces deux groupes de personnes est artificielle puisque les personnes considérées comme étant en situation de vulnérabilité sur le plan logement avaient été itinérantes presque aussi longtemps au cours de l'année précédente que les personnes itinérantes elles-mêmes : « au lieu de constituer deux groupes distincts, ces personnes ne forment qu'un grand groupe grandement défavorisé dont la situation sur le plan logement va de l'itinérance à la vulnérabilité et l'inverse (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010).

La principale conclusion de cette première phase de l'étude (qui se poursuivra jusqu'en 2012), c'est que **les personnes en situation de vulnérabilité sur le plan logement sont exposées aux mêmes risques que les personnes itinérantes**, y compris les problèmes graves de santé mentale et de santé tout court, les problèmes d'accès aux services de santé, l'hospitalisation, les agressions et la faim. Voici les conclusions qui se dégagent à ce jour de l'étude sur le groupe témoin et qui s'appliquent et aux personnes itinérantes et aux personnes en situation de vulnérabilité sur le plan logement :

- Plus de la moitié (52 %) de ces personnes ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de problème de santé mentale – le plus souvent la dépression (31 %), l'anxiété (14 %), le trouble bipolaire (13 %), la schizophrénie (6 %) ou le trouble de stress post-traumatique (5 %).
- Près des deux tiers (61 %) ont subi un traumatisme crânien à un moment donné au cours de leur vie.
- Une personne sur trois a déclaré ne pas parvenir à manger à sa faim. Certains ont affirmé ne pas pouvoir avoir une alimentation nutritive et de qualité. Sur les 36 % de personnes à qui l'on a conseillé de suivre un régime spécial, seulement deux sur cinq (38 %) le font.
- Environ une personne sur cinq (23 %) a déclaré avoir des besoins de santé mentale non satisfaits. Une proportion semblable de personnes (19 %) a affirmé ne pas savoir où s'adresser pour obtenir les soins de santé mentale dont elles ont besoin.
- Plus de la moitié des ces personnes (55 %) sont allées à l'urgence au moins une fois au cours de la dernière année.
- Le quart de ces personnes avaient passé une nuit à l'hôpital au cours de la dernière année (exception faite des nuits passées à l'urgence).

Comme le confirment d'autres recherches récentes, cette étude a fait ressortir dans le groupe témoin des taux élevés de maladies chroniques et de besoins de santé, y compris le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires. Plus du quart des personnes composant le groupe témoin avaient aussi des problèmes de mobilité.

### Coûts pour le secteur privé

Lorsque les coûts de productivité sont pris en compte, la santé mentale et la toxicomanie coûtent à l'Ontario au moins **39 milliards de dollars par année**.  
(Alberta Mental Health Board et l'Institute for Health Economics, 2007; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2006; Ministère de la Santé et des soins de longue durée, 2007).

Le secteur privé dépense au moins 2,1 milliards de dollars en réclamations d'invalidité, en remboursements de médicaments et en programmes d'aide aux employés dont bénéficient les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les réclamations d'invalidité pour raisons de santé mentale

dépassent maintenant les réclamations d'invalidité pour maladie cardiovasculaire en tant que catégorie de coûts d'invalidité à augmenter le plus rapidement au Canada (Wilson, Joffe et Wilkerson, 2000).

### Coûts invisibles

Les chiffres ci-dessus ne tiennent pas compte des coûts pour les aidants naturels dont le fardeau financier est souvent lourd. En outre, les aidants naturels ne reçoivent que peu d'aide, sinon pas du tout. Les membres des familles des personnes ayant une maladie mentale sont souvent forcées d'assumer le coût élevé des soins à prodiguer à ces personnes, souvent dans des conditions loin d'être idéales, vu l'absence d'options de logement et de services de soutien adéquats. Cette étude a conclu que les dépenses des aidants naturels constituent un besoin caché.

### Rationnement et ressources mal dirigées

La question ultime qu'il convient de se poser à l'égard des coûts est de savoir si nous dépensons des ressources limitées en matière de santé et de logement de la façon la plus efficace possible. À titre d'exemple, d'autres pays ont remplacé un modèle institutionnel dans lequel les personnes ayant une maladie mentale étaient isolées de la société par un système de logement et de services de soutien dans la communauté. Nous pouvons certainement soutenir que le Canada se dirige dans cette direction. Il n'en demeure pas moins que le modèle de financement est disproportionné de type institutionnel. Il en découle que la majeure partie des sommes affectées à la santé mentale continuent d'être dépensées dans les hôpitaux et les établissements, et cela malgré les nombreux rapports réclamant un financement axé sur la personne, ce qui fait en sorte que les personnes ayant une maladie mentale sont privées de moyens et n'ont d'autre choix que de dépendre sur autrui pour les soins dont elles ont besoin (Jacobs et coll. 2010).

43 % des clients ANS recevant des soins psychiatriques de longue durée en Ontario (séjours de 90 jours et plus) **ont dû être réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur première hospitalisation** (36 % de ces hospitalisations étaient aussi liées à des raisons de santé mentale).

14 % des clients psychiatriques ANS en Ontario **sont réadmis à l'urgence dans les 30 jours** suivant l'obtention de leur congé.

52 % des clients psychiatriques ANS en Ontario qui ont obtenu leur congé **ont reçu des soins d'un médecin appartenant au RASO dans les 30 jours suivants l'obtention de ce congé.**

Cet investissement dans les services hospitaliers ne s'est pas traduit par une amélioration mesurable de la santé mentale; des données probantes indiquent clairement que la clé du rétablissement, dont le logement est la pierre d'assise, est le remplacement de ce système par un système axé sur des services et des mécanismes de soutien dans la communauté répondant aux besoins individuels des personnes ayant des troubles mentaux.

Comme d'autres l'ont signalé (p. ex. Pomeroy, 2007), il importe également de noter que si le terme « économies de coûts » est utilisé, il peut s'appliquer à de véritables économies de coûts ou simplement à un évitement des coûts, ce qui signifierait que des ressources peuvent être réaffectées et utilisées à meilleur escient. Étant donné que la majorité des coûts du système des urgences sont fixes, les économies qui découleraient d'une réduction du recours à ces services par les personnes ayant des troubles mentaux sont difficiles à réinvestir dans le secteur du logement et des services de soutien pour compenser pour les augmentations de coûts dans ce secteur. Quoi qu'il en soit, le système tout entier s'en portera mieux si l'on

utilise les ressources de façon plus efficace puisque cela permettra de réaliser des économies importantes à long terme.

## Importance des chiffres

Pour pouvoir régler le problème, il faut d'abord en établir l'envergure. Or, il n'est pas facile de répondre aux questions suivantes : « Combien de personnes souffrent de troubles mentaux? » et « Combien de personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas convenablement logées? »

Selon les estimations dont nous disposons, le taux de prévalence de la maladie mentale au sein de la population oscillerait entre **20 et 26 %**.  
(Santé Canada, 2002; Organisation mondiale de la santé, 2001; Organisation mondiale de la santé, 2004)

Entre de **10 à 25 % des aînés** souffrent de troubles mentaux.  
(Cole, McCusker, Ciampi, Windholz, Latimer et Balzile, 2006)

Plus de **500 000 Canadiens** sont atteints de la **maladie d'Alzheimer** ou d'autres formes de démence, et l'on s'attend à ce que ce nombre double d'ici 20 ans.  
(Société d'Alzheimer du Canada, 2010)

Les estimations provenant d'un ensemble de sources ont été combinées pour créer un tableau des besoins de logement des personnes ayant une maladie mentale au Canada. Bien que l'on estime à entre 20 et 26 % le taux de prévalence de la maladie mentale au sein de la population générale, ce taux est plus élevé chez les personnes itinérantes ou les personnes n'ayant pas un logement convenable. Le Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions de l'Université Simon Fraser estime qu'entre de **20 à 40 % des personnes ayant une maladie mentale grave n'ont pas un logement convenable** (Patterson, Somers, McIntosh, Shiell et Frankish, 2008). Parmi la population des personnes itinérantes, on estime que ce taux est encore plus élevé et se situe entre 30 et 40 % (Kirby et Keon, 2006). Des recherches récentes indiquent que la prévalence des troubles mentaux parmi les personnes en situation de vulnérabilité sur le plan logement et les personnes itinérantes pourrait même atteindre 50 % (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010).

Comme nous l'indiquions, l'étude Health and Housing in Transition (HHIT) a suivi l'évolution de la situation de quelque 1 200 personnes en situation de vulnérabilité sur le plan logement et personnes itinérantes dans trois villes canadiennes : Ottawa, Toronto et Vancouver. Dans les deux groupes, **plus de la moitié des personnes (52 %) ont signalé avoir déjà reçu un diagnostic de problème de santé mentale tandis qu'environ une personne sur cinq (23 %) a déclaré avoir des besoins de santé mentale non satisfaits** (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010). En outre, les conclusions de la phase préliminaire de l'étude montrent que les personnes en situation de vulnérabilité sur le plan logement sont tout aussi à risque que les personnes itinérantes de souffrir de troubles mentaux graves. Le logement inadéquat et l'itinérance sont des problèmes parallèles, la majorité des personnes itinérantes ayant commencé par être en situation de vulnérabilité sur le plan logement (The Homeless Hub, 2009).

L'une des estimations les plus fréquemment utilisées du besoin impérieux de logement chez les personnes ayant une maladie mentale au Canada est celle de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, laquelle chiffre à **27 % (140 000) la proportion de personnes ayant une maladie mentale vivant dans des logements non convenables**. Qualifiant la situation d'« urgence cachée », la Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health (2010) estime que **près de 400 000 personnes sont en situation de vulnérabilité sur le plan logement**, bon nombre de ces personnes ayant eu des troubles mentaux. Les



estimations de l'Institut Wellesley (2010) sont encore plus élevées, l'Institut déclarant qu'il faut prendre en compte dans l'« itinérance cachée » les quelque 450 000 à 900 000 personnes qui sont en situation de vulnérabilité sur le plan logement.

S'appuyant sur des estimations provenant de diverses sources, le Tableau 6 regroupe les estimations provinciales, territoriales et nationales relatives aux taux de prévalence de maladie mentale grave parmi la population itinérante (Kirby et Keon, 2006), de besoin impérieux en matière de logement (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2005) et de personnes vivant dans des logements inadéquats (Patterson et coll., 2008).

## Le besoin en matière de logement

Selon le rapport sénatorial, *De l'ombre à la lumière*, il faudrait au moins 57 000 logements abordables pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale.

La recommandation figurant dans le rapport sénatorial produit sous la direction des sénateurs Kirby et Keon (2006) vise à atteindre l'objectif de faire passer le taux d'itinérance chez les personnes ayant une maladie mentale de 27 à 15 %, taux d'itinérance dans la population générale. **Or, l'estimation donnée dans le rapport Kirby et Keon ne tient pas compte du nombre de personnes ayant une maladie mentale dont l'itinérance est masquée** – les « personnes itinérantes cachées » – qui couchent sur un divan chez des amis ou chez des membres de leur famille. Cette estimation ne tient pas non plus nécessairement compte des personnes qui vivent avec des parents âgés qui s'occupent d'elles.

L'approche budgétaire exposée ci-haut tient compte du niveau de besoin et cherche à répondre à la question suivante : « Quelle est l'augmentation du niveau de services souhaité? Quel est le coût? » Nous avons également tenu compte de plusieurs autres méthodes pour estimer le besoin, y compris de jalons et de taux de prévalence à un moment donné, ainsi que d'extrapolations du besoin à partir du nombre de personnes qui attendent pour obtenir un logement municipal et un logement avec services partiels dans le cas de personnes ayant une maladie mentale. Il n'est donc pas surprenant que nous concluions **que compte tenu de sa population, le Canada a besoin de jusqu'à 500 000 logements (estimation la plus élevée) pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale** (comme le montre le Tableau 6).

Nous avons par conséquent conclu que compte tenu du fait qu'il est improbable que l'infrastructure voulue pour répondre à des besoins d'une telle envergure soit mise en place et de la population itinérante n'ayant pas été prise en compte (p. ex., itinérance cachée, parents vieillissants agissant comme aidants naturels) dans le rapport Kirby et Keon (2006), lequel établissait à 57 000 le nombre de personnes souffrant d'une maladie mentale ayant besoin d'un logement abordable, c'est en fait d'au moins 100 000 logements, assortis de services cliniques et de services de soutien, dont nous avons besoin pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale.

Comme nous le répétons à plusieurs reprises dans ce rapport, ces 100 000 logements doivent appartenir à diverses catégories de logements, de manière à répondre aux besoins individuels variables des personnes ayant une maladie mentale et doivent être assortis de services de soutien souples axés sur le rétablissement. Il faut notamment trouver une solution au problème urgent du soutien 24 heures par jour dont ont besoin les patients ANS. À l'heure actuelle, à Toronto, seulement 7 % des logements avec services

offrent des services de niveau élevé, ce qui signifie qu'un très grand nombre de clients à besoins élevés attendent pour un logement qui leur permettrait d'obtenir leur congé de l'hôpital, où ils sont logés de façon très coûteuse (The High Support Housing Consortium, 2009).

Nous avons également étudié divers scénarios en matière de coûts, y compris l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale (IALSM) décrite dans le rapport sénatorial de 2006, qui suppose des investissements annuels de 224 millions de dollars répartis sur dix ans en vue de l'élaboration de nouvelles unités de logement abordables et pour le versement de suppléments au loyer dans le cadre du Fonds de transition en santé mentale. Le rapport propose également une répartition judicieuse des fonds entre construction de nouveaux logements et financement de suppléments au loyer. Nous faisons remarquer que le rapport sénatorial accordait également un rôle dans l'IALSM à la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Le rapport recommandait notamment que la SCHL utilise une partie de ses fonds pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale et soit chargée d'assurer un suivi à l'achèvement de l'IALSM, laquelle doit s'échelonner sur 10 ans (Kirby et Keon, 2006).

## Modifier le paradigme

« Un chez-soi, c'est beaucoup plus qu'un toit au-dessus de sa tête; c'est ce qui sert de fondement à la personne. »

Les chiffres sont clairs. L'hospitalisation des personnes ayant une maladie mentale nous coûte cher. Les visites à l'urgence nous coûtent cher. Les lits occupés par les patients ANS nous coûtent cher. Le recours au secteur privé nous coûte cher.

Les logements avec services de soutien nous coûteront également cher, mais beaucoup moins cher que les options ci-dessus.

Bien que les estimations de coûts des différents modèles de logement et de services de soutien peuvent beaucoup varier, voici une estimation qui cadre avec les estimations données jusqu'ici : un logement et des services de soutien peu élevés coûteraient de **20 à 44 \$ par jour** et un logement avec services de soutien élevés de **82 à 115 \$ par jour**. Ces estimations sont **dix fois moins élevées** que l'hébergement dans des établissements ou dans des refuges d'urgence.

Une étude menée par Vincent et Morin (2010) estime qu'au moins 1 200 personnes ayant une maladie mentale grave au Québec répondraient aux critères d'admissibilité minimaux pour un logement indépendant assorti de services de soutien dans la communauté. Un programme de supplément au loyer pour répondre à ce besoin coûterait 4 500 000 \$ par année et les services de soutien dans la communauté, quelque 3 600 000 \$ par année. Cet investissement représenterait un investissement par personne moyen de 6 750 \$ par année ou de 18,50 \$ par jour.

Diverses études montrent qu'un logement stable assorti des services de soutien adéquats améliore la qualité de vie des personnes ayant une maladie mentale et réduit la nécessité de devoir recourir à des services d'urgence, de santé et de justice coûteux. Bien qu'il soit difficile de trouver des études permettant de faire des comparaisons en raison de variations dans les méthodes utilisées, les clientèles et les types de services offerts, de façon générale, les études consultées font état d'**économies de coûts et d'évitement de coûts de l'ordre de 1 300 à 34 000 \$ par personne par année si l'on offre un logement et des services de soutien aux personnes qui jusque-là ne vivaient pas dans un logement répondant à leurs besoins**. Les

économies de coûts les plus élevées se constatent dans le cas des personnes qui sont itinérantes de façon chronique, lesquelles sont de grandes utilisatrices du système des services d'urgence.

Un logement sûr et abordable constitue le fondement du bien-être et du sentiment d'appartenance; il s'agit d'un droit fondamental que la plupart des Canadiens tiennent pour acquis, à moins d'être une personne ayant une maladie mentale. Parce que les personnes ayant une maladie mentale ont été étiquetées – ayant fait l'objet d'un diagnostic – elles sont privées du droit le plus fondamental qui soit. La perte de son chez-soi est souvent le prélude à la perte du statut de personne. Si elle est privée d'un endroit sûr et abordable qu'elle peut appeler un chez-soi et des services de soutien nécessaires, une personne ayant une maladie mentale voit souvent sa maladie s'aggraver, ce qui peut se traduire pour elle par des séjours plus fréquents à l'hôpital, par des démêlés avec le système de justice criminelle et des incarcérations et, naturellement, par l'itinérance.

Il est triste de constater que même dans un pays aussi riche que le Canada, l'incarcération, l'hospitalisation, les longues listes d'attente pour des logements qui ne sont même pas convenables et l'itinérance sont devenues la norme. Cette situation masque souvent le besoin réel en logement ainsi que la situation précaire dans laquelle se retrouvent les membres les plus vulnérables de notre société. **Satisfaire les besoins des personnes ayant une maladie mentale en matière de logement et de services de soutien devrait non seulement s'imposer comme allant de soi dans une société compatissante, mais c'est également la solution la moins coûteuse pour la société canadienne.**

**Tableau 6.** *Fourchette des estimations relatives à la maladie mentale grave, à l'itinérance, au besoin impérieux en matière de logement et au nombre de personnes n'ayant pas un logement convenable au Canada.*

		AB	CB	MB	TN	NB	TNO	NE	NU	ON	IPE	QC	SK	YK
Prévalence d'une maladie mentale grave [2 %-5 %]	Population (15 ans et +)	2 658 835	3 433 885	923 230	427 240	611 745	31 545	767 025	19 470	9 949 480	111 870	6 293 620	780 460	24 655
	2 % de la population	53 200	68 700	18 500	8 600	12 300	640	15 400	390	199 000	2 240	125 900	15 700	500
	5 % de la population	133 000	171 700	46 200	21 400	30 600	1 580	38 400	980	497 500	5 600	314 700	39 100	1 240
Personnes n'ayant pas un logement convenable [20 %-40 %] (Patterson et coll., 2008)	20 % de 2 % de la population	10 700	13 800	3 700	1 800	2 500	130	3 100	80	39 800	450	25 200	3 200	100
	40 % de 2 % de la population	21 300	27 500	7 400	3 500	4 900	260	6 200	160	79 600	900	50 400	6 300	200
	20 % de 5 % de la population	26 600	34 400	9 300	4 300	6 200	320	7 700	200	99 500	1 120	63 000	7 900	250
	40 % de 5 % de la population	53 200	68 700	18 500	8 600	12 300	640	15 400	390	199 000	2 240	125 900	15 700	500
Personnes ayant un besoin impérieux en matière de logement [27 %] (CSMC)	Estimation de la CSMC : 27 % de 2 % de la population	14 400	18 600	5 000	2 400	3 400	180	4 200	110	53 800	610	34 000	4 300	140
	Estimation de la CSMC : 27 % de 5 % de la population	35 900	46 400	12 500	5 800	8 300	430	10 400	270	134 400	1 520	85 000	10 600	340
Personnes itinérantes [0,58 %-1,15 %]	Itinérance - 0,58 % de la population	15 500	20 000	5 400	2 500	3 600	190	4 500	120	57 800	650	36 600	4 600	150
	Itinérance - 1,15 % de la population	30 600	39 500	10 700	5 000	7 100	370	8 900	230	114 500	1 290	72 400	9 000	290
Personnes itinérantes ayant une maladie mentale [30 %-40 %] (Kirby et Keon, 2006)	MM - 30 % de 0,58 % de la population estimée étant itinérante	4 700	6 000	1 700	800	1 100	60	1 400	40	17 400	200	11 000	1 400	50
	MM - 40 % de 0,58 % de la population estimée comme étant itinérante	6 200	8 000	2 200	1 000	1 500	80	1 800	50	23 100	260	14 700	1 900	60
	MM - 30 % de 1,15 % de la population estimée comme étant itinérante	9 200	11 900	3 200	1 500	2 200	110	2 700	70	34 400	390	21 800	2 700	90
	MM - 40 % de 1,15 % de la population estimée comme étant itinérante	12 300	15 800	4 300	2 000	2 900	150	3 600	90	45 800	520	29 000	3 600	120

## L'ART DU POSSIBLE

L'espoir qu'exprime cet énoncé reflète le potentiel que présente une étude qui, de toutes les façons possibles, s'est efforcée de traduire les sentiments et les préoccupations des divers intervenants. L'énoncé rappelle également aux chercheurs l'engagement qui doit être pris à l'égard de la concrétisation des connaissances acquises dans le but de produire des changements sociétaux positifs.

Dans les sections qui précèdent, nous avons présenté les enjeux de façon conceptuelle, évalué la situation actuelle dans le domaine du logement et des services de soutien, décrits les défis auxquels nous faisons face et proposé des stratégies innovatrices pour relever ces défis. L'étude conclut à la nécessité de redéfinir l'éventail des services de soutien et insiste sur les pratiques innovatrices sur lesquelles se fonde cette redéfinition. Enfin, elle a fait la preuve sur le plan économique du besoin d'investir de façon urgente dans le domaine du logement. Ce chapitre s'appuie sur les données présentées dans les sections précédentes et cherche à répondre à la question suivante : **Que devons-nous faire et comment le faire?**

« Lorsqu'une personne a une maladie mentale, elle n'a souvent pas l'énergie ni la capacité pour faire entendre sa voix. Voilà pourquoi j'espère que la CSMC pourra faire entendre nos voix de façon unifiée et efficace. »  
— participant à un webinaire

## Un cadre fondé sur les besoins et axé sur les résultats

Les personnes ayant une maladie mentale et leur famille se sont exprimées dans le cadre de cette étude et leurs préoccupations ont été confirmées par d'autres groupes d'intervenants.

Selon l'étude, voici quels seraient les résultats optimaux en ce qui touche des options de logement et de services de soutien axées sur le rétablissement pour les personnes ayant une maladie mentale :

- Logement abordable
- Logement de qualité
- Options en matière de logement et de services de soutien qui sont efficaces
- Options en matière de logement et de services de soutien qui répondent aux besoins

L'atteinte de ces résultats dépend d'un certain nombre de facteurs précis qui ressortent de l'analyse sur laquelle reposent les diverses sections de l'étude :

- Investissements;
- Planification, partenariats et coordination;
- Prise en compte dans le cadre d'une Stratégie nationale en matière de logement et services de soutien pour les personnes ayant une maladie mentale de besoins locaux propres à des populations particulières;
- Application du nouvel éventail de services;
- Élaboration de normes de service en matière de logements et de services de soutien.

Pour assurer le succès de la mise en œuvre d'une stratégie, il importe d'identifier dès le départ les principaux intervenants dont la collaboration est nécessaire. Dans le cas de la Stratégie nationale en matière de logement pour la santé mentale, les principaux intervenants sont les suivants :

- La Commission de la santé mentale du Canada
- Les provinces et les territoires
- Le gouvernement fédéral

Parmi les autres intervenants dont la collaboration est nécessaire, mentionnons les municipalités, les gouvernements autochtones, les pourvoyeurs de logement et les personnes ayant une maladie mentale.

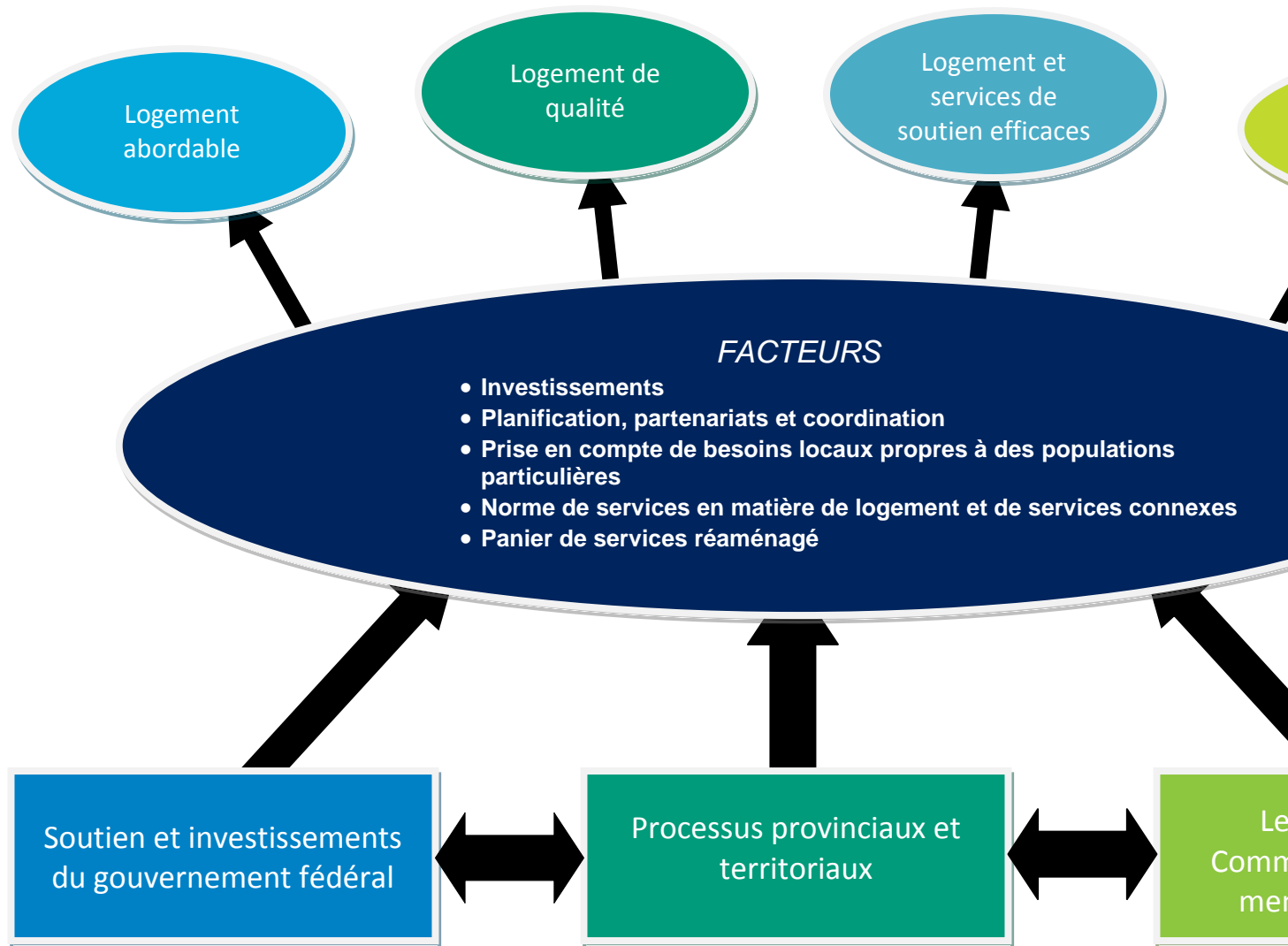
Un processus provincial/territorial, appuyé par le gouvernement fédéral et la Commission de la santé mentale du Canada, est essentiel pour le succès de cette stratégie.

Le cadre proposé va dans le sens des recommandations faites dans le rapport de la Commission Kirby, *De l'ombre à la lumière*, (Kirby et Keon, 2006), qui met l'accent sur la nécessité de logements sûrs et convenables et propose la mise sur pied du Fonds de transition en santé mentale, du Panier de services dans la communauté et de la Promotion des soins en collaboration.

La présente étude confirme la nécessité d'élargir la portée de l'Initiative d'aide au logement pour la santé mentale pour y inclure le panier de services réaménagé ainsi que la promotion de la collaboration dans la prestation de soins dans le contexte des besoins de logement et de services de soutien des personnes ayant une maladie mentale.



Figure 4. Cadre axé sur les résultats relatifs au logement et aux services de soutien pour la santé mentale.





La discussion suivante vise à éclaircir certains éléments précis du cadre et des innovations<sup>17</sup> qui donne des pistes de réponse en ce qui concerne la question suivante : **Comment parvenir à nos objectifs?**

### Augmenter l'offre de logements abordables



Des subventions plus généreuses, un loyer proportionnel au revenu, des initiatives favorisant l'accès à la propriété, la promotion d'un revenu annuel garanti et des prestations de logement transférables sont au nombre des moyens s'offrant à nous de rendre le logement abordable. **L'accès au logement abordable suppose de travailler étroitement avec les ministères en vue de veiller à accorder aux personnes ayant une maladie mentale l'aide au revenu dont elles ont besoin et de les aider également à établir un budget et à gérer leurs finances.**

*De l'ombre à la lumière* (Kirby et Keon, 2006) presse le gouvernement fédéral de consentir un investissement dont 60 % servira à financer un supplément au loyer et 40 % à créer de nouveaux logements abordables, ce qui porterait le nombre des unités de logement abordables à 57 000. Si l'on prend en compte les populations qui ne sont reflétées dans la recommandation figurant dans le rapport Kirby et Keon (p. ex., itinérance cachée, parents âgés étant des aidants naturels), nous estimons que **le nombre minimal d'unités de logement nécessaires s'élève à 100 000.**

Le renouvellement, à compter du 5 novembre 2010, pour trois ans de plus, de la Stratégie de partenariats de lutte contre l'itinérance aidera également les personnes ayant une maladie mentale qui sont représentées en grand nombre parmi la population itinérante. Par l'entremise de la CSMC, le gouvernement fédéral investit des fonds pour accroître le nombre de logements abordables hors réserve en partenariat avec les provinces et les territoires. Nous recommandons l'adoption d'une stratégie semblable qui viserait spécifiquement à créer des logements abordables pour les personnes ayant une maladie mentale.

---

<sup>17</sup> Veuillez noter que les innovations dont il a déjà été question dans le corps du rapport, plus particulièrement dans les sections V et VI, ne sont pas répétées dans la présente section, mais devraient également être prises en compte par le lecteur dans le contexte de l'évaluation des possibilités qui s'offrent.

## INNOVATIONS

### L'ALLOCATION-LOGEMENT TRANSFÉRABLE (MANITOBA)

Le bureau de l'Initiative de coordination interministérielle (ICI) a été créé en 2007 et s'est vu confier comme mandat de coordonner les mesures prises par les ministères provinciaux, dont Logement et Développement communautaire, Services à la famille et Consommation et Santé et Vie saine, en vue de fournir du logement et des services de soutien aux aînés et aux personnes itinérantes, y compris aux personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale. Par l'entremise de l'ICI, les ministères provinciaux ont regroupé leurs ressources pour créer une allocation-logement transférable qui est offerte aux habitants de l'ensemble de la province. L'allocation-logement transférable est un excellent exemple de la façon dont la coordination et la collaboration interministérielles a abouti à un engagement budgétaire en faveur du logement abordable. L'allocation-logement transférable est gérée par les organismes dans la communauté, ce qui permet de veiller à ce que les services de soutien nécessaires soient également offerts aux personnes vivant de façon indépendante.

### MODÈLE MIXTE – ACCÈS À LA PROPRIÉTÉ ET LOCATION (SALMON ARM, COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Modèle abordable d'accès à la propriété

Ce modèle ne s'adresse pas seulement aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, mais a cependant aidé ces personnes. Grâce à un processus commercial innovateur mis au point par l'ACSM, la section des acquisitions de B.C. Housing a acheté 11 appartements de deux chambres dans la pittoresque ville de Salmon Arm, en milieu rural en Colombie-Britannique et a offert des subventions aux acheteurs admissibles pour les aider à accéder à la propriété. Au nom de la province, l'ACSM gère le programme d'accession à la propriété ainsi que la liste d'attente pour ce programme. Il s'agit d'un volet de la Stratégie de logement provincial intitulée *Housing Matter B.C.*

Une collaboration opérationnelle efficace avec la coopérative de crédit locale a permis aux acheteurs admissibles d'obtenir un hypothèque de 100 %, ce qui rendait l'acquisition d'un logement possible aux personnes n'ayant pas la mise en fonds nécessaire. Les bénéficiaires du programme ont également été exonérés du paiement des frais de la SCHL. Comme ces appartements ne s'adressent pas à une clientèle particulière, cela crée un modèle mixte qui facilite l'intégration à la collectivité. Le logement est abordable à perpétuité parce que lorsque les propriétaires sont prêts à vendre leur appartement, ils ne peuvent le vendre qu'au prix d'achat initial, majoré de l'augmentation correspondant à l'augmentation de l'Indice des prix à la consommation.

Le modèle locatif

Également à Salmon Arm, on trouve 28 appartements locatifs situés tout près des 11 appartements appartenant à leurs occupants. Ces appartements sont subventionnés et exploités par l'ACSM et ils sont spécifiquement réservés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il s'agit d'un partenariat entre la Régie de santé de l'intérieur, qui offre des services cliniques sur place, et Logement C.-B. qui a conclu un accord de gestion immobilière avec l'ASMC. Tous les locataires sont encouragés à participer à d'autres programmes offerts par l'ACSM (p.ex. pavillon et soutien par les pairs). Il s'agit d'un modèle de logements regroupés cohabitant avec un modèle mixte.

L'intégration des deux modèles dans un même lieu favorise l'intégration et le rétablissement tout comme le font les services de soutien offerts sur les lieux également. En outre, le fait que tant les appartements locatifs que les autres soient de qualité comparable aux appartements sur le marché privé donne aux résidents l'impression d'être appréciés comme membre de la collectivité. Cela est très important étant donné que la visibilité est très élevée dans une petite collectivité comme Salmon Arm dont la population est d'environ 17 000 personnes. Ces efforts ont permis de combattre l'attitude « pas dans ma cour » tout en contribuant à promouvoir les options de logement abordables.

## Mesures permettant de veiller à ce que le parc de logements soit de qualité



Les pourvoyeurs de logements sont toujours confrontés au défi consistant à assurer le maintien d'un parc de logements de qualité. Dans tout le Canada, des personnes ayant une maladie mentale comptent sur les logements locatifs privés, les logements sociaux et les programmes spécifiquement conçus pour elles. Quel que soit le type de logements visés, la question du respect de normes de qualité se pose. Des propriétaires de logements privés louent souvent un logement à des personnes qui n'ont pas un revenu suffisant pour payer un loyer leur permettant de bien entretenir ces logements. Les logements sociaux, pour leur part, se sont tellement détériorés au pays que la situation a atteint des proportions de crise. Dans certains cas, les logements spécifiquement conçus pour les personnes ayant une maladie mentale sont en meilleur état, mais le tableau à cet égard diffère d'un coin à l'autre du pays. Le processus de cartographie qui a été mené dans le cadre de cette étude confirme que le vieillissement et la détérioration du parc de logements se constatent dans de nombreuses provinces. Il faut attribuer à cette situation la diminution de la qualité de vie des résidents, des risques de santé accrus comme l'asthme et les infestations de punaises des lits ainsi que la diminution du parc de logements abordables. Elle est aussi responsable de l'augmentation importante des investissements à long terme requis pour remettre en état et rénover ces logements.

Dans certains cas, des organismes sans but lucratif ont essayé de lutter contre la détérioration du parc de logement et de faire participer les locataires à l'entretien des logements; il ne s'agit cependant que de solutions partielles au problème. Comme le recommande *Precarious Housing in Canada* (Institut Wellesley, 2010), **il est nécessaire d'établir des objectifs annuels relativement à la rénovation des logements actuels et aussi de consentir des investissements aux fins d'entretien et de rénovation des logements existants et de construction de nouveaux logements.**

Le rapport *Housing Vulnerability and Health* (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health, 2010) insiste également sur l'importance de la qualité du logement qu'il classe parmi les trois éléments essentiels pour qu'un logement soit considéré comme un logement sain, les deux autres étant le caractère abordable du loyer et la prestation de services de soutien. L'autre problème qui se pose, c'est que les logements de qualité dans les quartiers sécuritaires ne sont pas abordables. Par conséquent, la planification en matière de logement et de services de soutien destinés aux personnes ayant une maladie mentale doit réserver une place à l'aide financière et au soutien du revenu ainsi qu'à des assurances relatives à la qualité. Dans le cas des programmes de logements et de services de soutien en place, le budget opérationnel doit veiller à prévoir des fonds pour l'entretien et les réparations et des augmentations de ces postes budgétaires doivent aussi être prises en compte.

## Insistance sur la nécessité de fournir une gamme d'options en matière de logement et de services de soutien qui est axée sur le rétablissement, et qui comprend le panier de services réaménagé



Ce projet de recherche a clairement fait ressortir l'importance d'un éventail d'options en matière de logement allant des logements indépendants non regroupés aux logements regroupés assortis de services de soutien élevé 24 heures par jour, en passant par les logements de transition. Cet éventail de logements permettra une transition sans heurt d'un type de logement à l'autre, selon les besoins du client. Cet éventail doit également être axé sur le rétablissement. **Il importe aussi que cet éventail comprenne des services de soutien souples adaptés aux besoins des personnes ayant une maladie mentale.**

La rareté des ressources dans les secteurs du logement et de la santé mentale est présentée comme un obstacle qui complique la tâche consistant à fournir les services de soutien appropriés aux personnes ayant une maladie mentale. C'est aussi un facteur qui explique que les régies de logements sociaux aient du mal à entretenir leur parc de logement vieillissant, à rémunérer adéquatement leur personnel et à investir pour assurer leur viabilité (Hulchanski, 2002). La situation explique que peu de ressources additionnelles, sinon aucune, ne soient consacrées à fournir du soutien aux clients. En raison de cette absence de logements et de services de soutien, des patients ANS se retrouvent dans les hôpitaux, ce qui augmente les coûts et oblige d'autres patients à attendre lorsqu'ils ont besoin d'être hospitalisés. Le présent rapport fait état de ces besoins qui ont été relevés par diverses sources de données.

**Le réaménagement du panier de services de manière à y inclure les services nécessaires au rétablissement** sur lesquels ce rapport a insisté est absolument essentiel pour fournir aux personnes ayant une maladie mentale des services de soutien adaptés à leurs besoins.

Le panier réaménagé comprend des **services de soutien en matière de logement** comme le soutien du revenu; l'éducation et le soutien à l'emploi; le soutien assurant la sécurité alimentaire, l'entretien ménager, la préparation des repas, des travailleurs sur les lieux et la gestion des médicaments; **le soutien par les pairs**, tant formel qu'informel, et **les services de soutien en matière de soins de santé**, y compris l'accès à un médecin de soins primaires et à une infirmière de la communauté ainsi que des services de santé mentale.

Une stratégie de logement pour les personnes ayant une maladie mentale doit être complète et doit représenter un investissement global dans un parc de logements abordables et dans les services de soutien connexes. **Cela exige la coordination des interventions des divers niveaux de gouvernement, un engagement budgétaire et des normes claires relatives à la composition du panier de services.** Voilà la façon d'éviter les chevauchements, de réduire les coûts et de promouvoir la continuité dans les services. Cette stratégie requiert également des investissements concertés pour étayer l'importance des services de soutien, ce qui, à son tour, mènera à une amélioration et à un perfectionnement constants des services.

## INNOVATIONS

### SERVICES COMMUNAUTAIRES STELLA BURY (ST. JOHN'S, TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR)

Les Services communautaires Stella Bury (SBCS) est le plus important organisme non gouvernemental pourvoyeur de logements de Terre-Neuve-et-Labrador. SBCS offre des logements abordables aux personnes à faible revenu à St. John's. SBCS possède et exploite 17 immeubles et offre du logement et des services connexes à entre 80 et 90 locataires (y compris des personnes ayant des besoins de santé mentale complexes). SBCS a adopté l'approche Priorité au logement. De nombreuses personnes qui sont des locataires de SBCS ont divers types de besoins de santé mentale, mais il ne s'agit pas d'un critère d'admissibilité aux services offerts par l'organisme.

SBCS a pris de l'essor en acquérant plusieurs immeubles (dont des biens immobiliers excédentaires du gouvernement fédéral), en les rénovant et en se servant de l'avoir accumulé dans les premières maisons achetées sur le marché privé pour financer l'achat d'autres maisons. L'organisme a ensuite obtenu des fonds pour rénover ces maisons pour créer davantage de logements abordables. SBCS a établi un partenariat avec St. John's Housing dans le cadre duquel SBCS est devenu propriétaire d'immeubles que St. John's Housing n'est pas en mesure d'entretenir et offre également des services de soutien à ses locataires.

SBCS exploite actuellement trois maisons : 1) Emanuelle House; 2) Naomi Centre; et 3) Carew Lodge. Emanuelle House est un établissement thérapeutique résidentiel pour hommes et femmes comptant 16 lits. Deux lits sont réservés aux femmes jouissant de la libération conditionnelle. Emanuelle House est la seule maison de transition dans la province qui accueille des personnes ayant fini de purger une peine dans un pénitencier fédéral. Les Services correctionnels du Canada dirigent d'anciens détenus vers cet établissement. Les services de gestion des cas sont offerts aux clients en consultation avec leur agent de libération conditionnelle. Les services offerts sur les lieux comprennent du counseling de groupe, une formation en dynamique de la vie, des activités de vie active (p. ex., des activités récréatives) et des services de suivi.

Le Naomi Centre est une résidence de type refuge à court terme pour les jeunes femmes âgées de 16 à 30 ans. Les services de soutien sur place comprennent le counseling et le soutien en matière d'éducation et d'emploi, la formation à la dynamique de la vie et le logement.

Carew Lodge offre 12 unités de logement autonome avec cuisine partagée à chaque étage. Deux unités de logement de transition sont destinées aux personnes en libération conditionnelle supervisée qui se réintègrent à la collectivité. Les unités de logement de transition comprennent des services de surveillance et de sécurité plus poussés ainsi que du soutien 24 heures par jour. Tous les locataires peuvent compter sur l'aide d'un agent de développement communautaire qui peut discuter avec eux de leurs besoins en matière d'éducation et d'emploi et qui peut les aider à obtenir une aide financière fondée sur leur revenu. Carew Lodge deviendra un centre de ressources en logement de type « guichet unique ». Il s'agira du seul centre de ressources de la province.

### UN MODÈLE « COMMUNAUTAIRE » : LE PORTLAND HOTEL SOCIETY (VANCOUVER, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Le modèle créé par la Portland Hotel Society (PHS) dans le quartier centre-ville-Est de Vancouver vise à donner un sentiment d'appartenance à la communauté à des populations fortement marginalisées, soit des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance qui vivent dans la pauvreté. Un certain nombre d'hôtels reconvertis en maisons de chambres logent cette population. L'aménagement des unités de logement varie (espace et caractère privé), certaines ayant des salles de bains partagées et d'autres des salles de bain privées. La PHS exploite une galerie d'art qui expose les œuvres d'artistes appartenant à cette communauté ainsi qu'un café qui offre des possibilités de formation et d'emploi aux résidents. Elle permet également aux membres de la communauté de contribuer de façon utile à la société. À titre d'exemple, les résidents du quartier contribuent des articles à un journal local qui leur a offert de l'espace gratuit dans ses pages.

Comme les membres de cette population sont nombreux à ne pas avoir de compte de banque parce qu'ils n'ont pas de pièce d'identification, la société exploite sa propre banque, la Pigeon Park Savings. De cette façon, les résidents peuvent déposer directement dans un compte leur chèque d'invalidité ou de bien-être social, ce qui les soustrait à l'exploitation des entreprises privées de paiement rapide. L'organisme souscrit au concept de l'atténuation des méfaits et exploite sur les lieux son propre site d'injection supervisé. Juste au-dessus du site, il exploite un centre de désintoxication financé par la Vancouver Coastal Health Authority. Se sentant acceptés, les utilisateurs font confiance aux intervenants et bon nombre d'entre eux s'inscrivent volontairement au programme de désintoxication. Selon la PHS, des trois centres de désintoxication que finance la Régie de santé, c'est celui qui connaît le plus de succès.

Comme ce modèle concentre les groupes marginalisés, ses détracteurs lui reprochent d'être simplement une façon de « caser » les membres de ces groupes. D'après Mark Townsend, directeur général de la Portland Hotel Society, ce modèle crée plutôt chez les participants un sentiment d'appartenance à une communauté, ce qui revêt beaucoup d'importance pour ceux qui sont fortement marginalisés pour diverses raisons, qui se sentent isolés et non désirés et qui risquent de souffrir de solitude, d'isolement et du sentiment de rejet dans un modèle de logements non regroupés.

La Phoenix Residential Society (Regina, Saskatchewan), modèle décrit à la section IV, et Houselink (Toronto, Ontario), modèle décrit à la section VI, sont également des exemples d'innovations qui illustrent l'éventail de logements et de services de soutien qui favorisent le rétablissement en s'appuyant sur un cadre axé sur les déterminants sociaux de la santé.

## Élaboration de programmes favorisant une utilisation efficace des lits



Une étude menée par le service de conseils et de recherche sur les systèmes de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale indique que les journées d'hospitalisation des patients ANS et les séjours de longue durée (p. ex., séjours hospitaliers continus de plus de trois mois) consomment une partie importante des ressources pour patients internes puisqu'ils représentent 51 % de tous les séjours des patients ANS et des séjours de longue durée en Ontario (Butterill et coll. , 2009). Les données recueillies dans le cadre de la présente étude, y compris la cartographie des provinces et des territoires, les données tirées des sondages et les consultations menées auprès des groupes de référence indiquent clairement que l'établissement de liens entre les hôpitaux et les pourvoyeurs de services est essentiel pour qu'il soit possible aux personnes ayant une maladie mentale étant hospitalisées de quitter l'hôpital pour un milieu sûr et accueillant où elles seront logées et où elles obtiendront les services de soutien dont elles ont besoin.

L'utilisation efficace des lits exige l'établissement de partenariats et une planification adéquate. Tous les programmes visant à faire en sorte que les personnes ayant une maladie mentale cessent d'occuper des lits d'hôpitaux reposent sur un modèle faisant une large place aux partenariats.

## INNOVATIONS

### ST. HELEN'S (VANCOUVER, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE)

St. Helen's est un modèle de logements avec services de soutien prenant la forme d'un ancien hôtel reconverti en maison de chambres. Cet ancien hôtel est exploité par la Coast Mental Health, à Vancouver. St. Helen's est un immeuble de plusieurs étages qui compte 86 chambres et des pièces communes. Le centre offre un programme d'atténuation des méfaits dont les critères d'admissibilité sont peu élevés et qui se fonde sur les forces des participants. Grâce à ce modèle, St. Helen's offre du logement à des populations dont la marginalisation est extrême.

Le troisième étage de St. Helen's est réservé à des services innovateurs vraiment nécessaires, soit un hébergement temporaire pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie graves qui attendent d'être admises au Burnaby Mental Health and Addictions Centre. Étant donné l'incidence de l'itinérance sur la santé mentale, l'objectif est de faire en sorte que les personnes dont le nom figure sur cette liste d'attente aient un logement jusqu'à ce que leur traitement puisse commencer ou jusqu'à ce qu'on leur trouve un logement stable. Ce partenariat entre la Coastal Mental Health et le Burnaby Centre permet de loger 22 clients. Une fois que les clients sont logés, le personnel du Burnaby Centre leur fournit des services de soutien, ce qui permet parfois d'éviter leur hospitalisation. D'autres fois, les clients sont transférés à l'hôpital pour gestion clinique de leurs symptômes une fois qu'un lit d'hôpital se libère. Entretemps, le personnel d'aide aux locataires de la Coastal Mental Health travaille également avec ces clients pour les aider à se trouver un logement à long terme.

À un autre étage de St. Helen's, cinq lits sont réservés aux clients de l'équipe de transition dans la collectivité de l'Hôpital Paul's. Lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital, les patients en question sont logés pendant trois mois à St. Helen's où ils reçoivent, une ou deux fois par semaine, du soutien progressivement plus léger de la part du personnel clinique. Les clients obtiennent ensuite de l'aide pour trouver un logement à long terme et pour y emménager. Ce modèle assure une utilisation plus efficace des lits et aide aussi les anciens occupants de ces lits à faire la transition vers un logement autonome. On propose également à St. Helen's, un programme de transition pour les jeunes (cinq lits) qui est mis en œuvre en partenariat avec les Broadway Youth Services, Covenant House et des psychiatres locaux.



Le Lower Union Street Project (Kingston, en Ontario), présenté dans la section IV et le Programme de transition post-congé – Hamilton House (Calgary, en Alberta), également présenté dans cette section, constituent d'autres exemples de partenariats ayant pour objet de permettre aux personnes ayant une maladie mentale de quitter l'hôpital aussi rapidement que possible.

## Conversion du parc de logement de type établissement de garde en parc de logements axé sur le rétablissement



De nombreux intervenants ont insisté sur la nécessité d'adopter des modèles de logement axés sur le rétablissement. Les données provenant du sondage montrent clairement que les personnes ayant une maladie mentale manifestent le plus haut degré de satisfaction lorsqu'elles vivent chez elles ou dans des appartements spécialement réservés aux personnes ayant des troubles mentaux. Il importe donc de songer à convertir le parc de logements actuel pour qu'il soit axé sur le rétablissement. Les spécialistes étrangers que nous avons consultés ont également relevé l'importance de cette conversion. Comme l'offre en logement est limitée, il convient d'innover à cette fin.

Dans l'ensemble du pays, on peut trouver des modèles de logement qui n'obéissent pas aux meilleures pratiques. Il s'agit de modèles répondant aux simples exigences de garde s'ils ne respectent pas le droit à la vie privée des résidents et s'ils ne sont pas adaptés à leurs besoins individuels. Dans de nombreux cas, l'exploitant des foyers de ce genre reçoit une indemnité journalière pour fournir notamment des repas et des services de lessive. Ces services doivent être offerts selon les règles de financement, qu'ils répondent aux besoins des clients ou non. La planification des services de soutien individuels est lacunaire et les séjours dans ce type d'endroits sont souvent très longs. Il arrive souvent que les clients soient contraints de manger ou de prendre leurs médicaments selon un horaire précis, tout comme s'ils étaient hospitalisés. La mise en place de stratégies individuelles axées sur le rétablissement ne va malheureusement pas de soi.

## Innovation relative à la recherche de modèles de vie indépendante remplaçant les modèles de soins collectifs

Dans le cadre du processus de désinstitutionalisation, les clients ont quitté les hôpitaux pour réintégrer la collectivité. Bon nombre des modèles proposés à ce moment mettaient l'accent sur les soins collectifs. Les clients se sont vus offrir de vivre en groupe dans des foyers collectifs ou des établissements de soins résidentiels. C'est lorsque le rétablissement est devenu l'objectif des services de santé mentale que les modèles favorisant la vie autonome et les services de soutien connexes sont apparus comme des éléments essentiels. Ce mouvement en faveur de la conversion du parc de logements a toujours été entravé en raison de l'existence de divers problèmes, dont la pénurie de logements autonomes, la maigreur des suppléments de loyer et d'autres problèmes de financement. Au fil du temps, plusieurs innovations ont été mises à l'essai dans diverses provinces. La

Saskatchewan est au nombre des provinces qui sont conscientes de l'importance de ce besoin. Elle s'efforce depuis une vingtaine d'années de reconvertir les foyers de groupe en logements autonomes.

## INNOVATIONS

### WAKAMOW PLACE (MOOSE JAW, EN SASKATCHEWAN)

Grâce à la mise en œuvre d'une stratégie innovatrice, trois sources de financement ont été regroupées dans le but de créer des logements autonomes à Moose Jaw. Des foyers de groupe ont été convertis en appartements supervisés. Ce modèle, reconnu comme une meilleure pratique, est issu d'un partenariat solide entre la Société de logement sans but lucratif de Moose Jaw, la Société de logement de la Saskatchewan, la Ville de Moose Jaw, la Régie de logement de Moose Jaw, la Régie de santé Five Hills, le Mental Health Resource Centre et la Fondation des Kinsmen.

Grâce à la planification de services de soutien, rendue possible par l'entremise des partenariats, cet immeuble comptant 16 logements, dont quatre garçonnières et 12 appartements d'une chambre à coucher, peut accueillir des résidents et leur offrir trois niveaux de soins ou d'autonomie. Les résidents peuvent passer d'un niveau de soins à l'autre sans perdre des services. La Fondation Kinsmen a meublé tous les appartements.

L'immeuble compte des salles pour les loisirs ainsi qu'un centre professionnel où des services d'emploi sont offerts aux clients. Des ateliers de groupe sur la dynamique de la vie sont organisés régulièrement à l'intention des résidents. En outre, les résidents ont également droit gratuitement à des services de gestion du revenu, à des groupes éducatifs, à des programmes de repas et à une aide en matière de gestion des médicaments. Le loyer de base pour ces appartements est de 500 \$.

Un soutien individuel est offert aux résidents de l'immeuble par du personnel de Thunder Creek Rehabilitation. Les résidents ont accès aux services du Centre de ressources en santé mentale. La Régie de santé joue un rôle crucial de chef de file dans ce partenariat. Des employés de la Régie de santé travaillent à Wakamow Place et les résidents reçoivent la visite régulière de psychiatres et d'infirmières dans la communauté. Les employés de la Régie de santé possèdent une formation en promotion de la santé mentale et en lutte contre la toxicomanie. Le membre du personnel à qui le dossier d'un résident est confié peut donc aider cette personne si elle a à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le rétablissement est fortement privilégié et les clients sont encouragés à réintégrer la collectivité et peuvent compter pour cela sur les services de soutien dont ils jouissent à Wakamow Place.

## Élaboration d'options en matière de logement et de services de soutien répondant aux besoins particuliers de sous-populations



Les options en matière de logement et de services de soutien actuelles ne répondent pas aux besoins des sous-populations comme les personnes ayant des troubles concomitants et des diagnostics doubles, les jeunes, les jeunes adultes, les personnes âgées, les minorités ethniques et les Autochtones. Cette situation est attribuable à l'ignorance des besoins particuliers de ces sous-populations, au manque d'investissement dans la formation du personnel qui intervient auprès de ces groupes, à des critères d'admission rigides et aux lacunes en matière de planification, aucune évaluation des conséquences pour les populations visées n'étant faite. Les conséquences politiques, sociales et culturelles de cette situation ne sont pas non plus prises en compte. En outre, des recherches plus poussées s'imposent pour qu'il soit possible de formuler à cet égard des recommandations efficaces et pertinentes. Si un projet national comme celui-ci peut faire ressortir certains enjeux et proposer des stratégies possibles, l'élaboration d'un plan d'action concerté exige un examen approfondi des sous-populations dont nous connaissons mal les besoins.

## INNOVATIONS

### **BOLIVAR COURT – SERVICES COMMUNAUTAIRES FRASERSIDE (SURREY, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE)**

Fraserside est un organisme communautaire qui offre des programmes de logement avec services de soutien destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à Coquitlam, et à Surrey, et qui exploite un refuge pour séjours brefs à Burnaby.

Bolivar Court, exploité par Fraserside, offre des logements sûrs et abordables assortis de services de soutien à des résidants ayant une maladie mentale et, le plus souvent, un problème concomitant de toxicomanie. Les résidants sont âgés de 19 à 65 ans.

Il est nécessaire que les conditions d'admission à Bolivar Court soient extrêmement peu élevées puisque les résidants proviennent des rangs soit des personnes itinérantes, soit des personnes à risque de le devenir; que leur situation instable en matière de logement les a amenés à passer d'un endroit à l'autre; qu'ils n'ont pas de réseaux de soutien familiaux ou sociaux; et que, dans de nombreux cas, les options de rechange en matière de logement dans la collectivité sont très limitées.

Le programme souscrit au concept de l'atténuation des méfaits, est axé sur les besoins des résidants et favorise la participation active et volontaire aux activités quotidiennes offertes. La durée de la participation au programme est fonction des besoins des résidants. Le logement ne fait pas partie du programme. Le résidant signe un bail pour son logement. Les résidants sont logés dans un motel récemment rénové et gardent leur logement jusqu'à leur retour s'ils doivent être hospitalisés ou s'absenter pour d'autres raisons. Bolivar Court accueille 17 locataires qui reçoivent des soins du personnel de la Régie de santé Fraser et des Services communautaires Fraserside. Une infirmière spécialisée dans les troubles concomitants reçoit des clients à Bolivar Court trois fois par semaine. Elle agit comme gestionnaire de cas pour les 17 résidants. En outre, quatre employés sont sur place cinq jours par semaine et au moins un employé est sur place la fin de semaine entre 9 et 18 heures. Un médecin, un thérapeute spécialiste des troubles concomitants et un spécialiste en toxicomanie offrent également des services à Bolivar Court. Bien que chaque appartement compte une salle de bain et une cuisine, Bolivar Court offre également à ses résidants des cuisines et des espaces communs ainsi qu'un gymnase dans le but de favoriser le sentiment d'appartenance à une communauté. Des services informels (rappel en frappant sur la porte et aide avec la gestion des médicaments) sont aussi offerts aux résidants qui en ont besoin.

Bolivar Court fait partie d'un réseau solide d'organismes intervenant auprès de la clientèle des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie. De nombreux organismes comme Employment Options rendent visite aux résidants de Bolivar Court et leur offrent des services sur place. Grâce au partenariat établi avec la Régie de santé Fraser, il est facile d'aiguiller les résidants de Bolivar Court vers d'autres services au besoin comme des centres de détoxification et de travail. Cette entente a permis de considérablement réduire le nombre de séjours hospitaliers. Pour lutter contre le syndrome du « pas dans ma cour », un solide partenariat s'est établi avec la police au fil des ans.

La section IV décrit d'autres innovations visant à répondre aux besoins de sous-populations particulières.

## Élaboration d'une stratégie relative au logement et aux services de soutien connexes en milieu rural dans le contexte d'un cadre national de logement avec services de soutien



Les collectivités rurales sont confrontées à des défis particuliers si on les compare aux collectivités urbaines. Ainsi, l'offre en logements est restreinte en milieu rural. Il en va de même pour le financement et les autres ressources, dont les services. Ce problème est aggravé du fait que le recrutement du personnel et le maintien au sein de l'effectif pose des difficultés, que les services de liaison sont insuffisants et que des problèmes surgissent à l'égard de l'accès aux services en raison des difficultés de transport. En outre, les investissements dans ces régions ne sont souvent pas très alléchants sur le plan politique.

Force est de constater que des innovations sont nécessaires pour pouvoir relever ces défis. Comme divers intervenants l'ont cependant fait observer lors de nos visites dans des collectivités rurales, il ne faudrait pas tirer prétexte du fait que ces milieux parviennent à se tirer d'affaires avec très peu en ayant recours à certaines innovations pour ne pas reconnaître que les besoins qui se manifestent dans ces collectivités qui souffrent d'un manque de ressources ne sont que la « pointe de l'iceberg ».

Une stratégie de logement pour les régions rurales/éloignées doit tenir compte de l'investissement nécessaire au titre du parc de logements, des services de soutien nécessaires pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, d'un plan de ressources humaines reposant sur un personnel suffisant, d'une formation du personnel adéquate et des mesures favorisant le maintien au sein de l'effectif, et surtout, de l'établissement d'un partenariat et d'efforts de collaboration à divers échelons. La mise en œuvre de cette stratégie exige également des investissements provinciaux et ministériels particuliers.

## INNOVATIONS

### MODÈLE DU PARTENARIAT INTÉGRÉ RELATIF À L'ÉVENTAIL DES SERVICES (BRANDON, AU MANITOBA)

Le logement et les services de soutien connexes offerts à Brandon est un exemple parfait de l'intégration continue des services des ministères de la Santé, des Services à la famille et de la Consommation, de Logement Manitoba et des organismes dans la communauté dans une communauté où tous se connaissent et où la souplesse et la réciprocité sont des valeurs fondamentales assurant une amélioration du service.

L'allocation-logement transférable (ALT) du Manitoba est gérée de façon innovatrice dans le cadre de ce projet. Les prestataires doivent toucher des prestations d'assurance-emploi pour avoir accès à cette allocation. Un partenariat réussi avec les Services à la famille et Consommation a permis de relever le taux de l'allocation transférable qui peut atteindre jusqu'à 200 \$ par client. L'ACPS, qui gère l'ALT d'un certain nombre de personnes, paie le dépôt en cas de dommages pour que le résidant ne perde pas son logement et obtienne le remboursement de cette somme par la suite au moyen de l'ALT. L'ACPS a également établi de bonnes relations avec les propriétaires de logement qui sont assurés de son aide et qui sont donc prêts à accepter des personnes ayant une maladie mentale. Le comité d'accueil central pour l'ALT comprend des représentants de la Régie de santé régionale de Brandon, de Logement Manitoba, de l'ACSP et du ministère des Services à la famille et de la Consommation. De cette façon, les personnes ayant une maladie mentale peuvent être immédiatement placées soit dans un logement social, soit dans un logement appartenant à la SCSM, ce qui réduit la durée du processus d'examen de la demande par le pourvoyeur de logement. Le modèle est appliqué avec une certaine souplesse. Des clients peuvent préférer utiliser l'allocation-logement pour louer une maison et vivre ensemble, tout en recevant des services de soutien par l'entremise de la Régie de santé régionale de Brandon.

Bien que le parc de logements soit insuffisant pour répondre à la demande, les clients ont accès à toute une gamme d'options en matière de logement, y compris à des unités de logement de transition, à des foyers approuvés et agréés, à des appartements groupés et non regroupés et à des foyers collectifs. Des services de soutien d'intensité variable sont offerts dans ces différents types de modèles. Le refuge d'urgence exploité par l'ACPS n'est pas de style dortoir et compte des unités de logement individuelles. Cette formule fait en sorte que la présence de personnel 24 heures par jour n'est pas nécessaire. Elle est peu coûteuse et axée sur le rétablissement, les unités de logement se rapprochant davantage d'appartements que de dortoirs.

Des services d'aide à l'emploi sont offerts par des agents de liaison professionnelle appartenant au programme d'assurance-emploi. L'ACSP confie également l'entretien ménager des immeubles aux locataires contre rémunération. La Régie de santé régionale, pour sa part, offre de l'aide à l'emploi par l'entremise de conseillers en développement professionnel.

La Régie de santé régionale de Brandon exploite des lits de soins actifs, des foyers de groupe et un service d'intervention en cas de crise. Ces modèles permettent aux clients de recevoir les soins de transition nécessaires lorsqu'ils reçoivent leur congé de l'hôpital et avant qu'ils ne se réintègrent dans la collectivité. Ces services mettent en œuvre une stratégie de prévention des expulsions en cherchant à stabiliser la situation d'un client en l'hébergeant temporairement dans un centre d'intervention en cas de crise. Le centre exploite également une unité mobile d'intervention en cas de crise qui se rend jusque dans les collectivités éloignées.

La Régie de santé régionale a forgé des partenariats efficaces avec Logement Manitoba, avec SFC et des pourvoyeurs de services dans la communauté. La Régie et ses partenaires offrent toute une gamme de services qui va des services spécialisés aux services de surveillance. C'est un modèle axé sur une « équipe étendue ».

Le système de surveillance est un modèle unique en son genre dans lequel membres de la collectivité sont formés et embauchés pour remplir les fonctions de travailleurs de soutien occasionnels. Comme les surveillants proviennent des collectivités d'où les clients sont originaires, ils peuvent leur offrir des services dans les régions rurales/éloignées, établir des liens avec eux et les aider dans leur collectivité d'attache. Ce modèle permet d'éviter d'arracher les clients à leur milieu. De 20 à 25 % des surveillants ont un vécu de maladie mentale, cela indiquant une tendance en faveur de l'adoption du modèle du soutien par les pairs.

## INNOVATIONS

### **PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES EFFICACES DANS UN MILIEU OÙ LES RESSOURCES SONT INSUFFISANTES : SHARE ET L'ACSM (PRINCE ALBERT, EN SASKATCHEWAN)**

Les options en matière de logement et de services connexes s'adressant aux personnes ayant une maladie mentale ou une dépendance sont limitées dans de nombreux milieux ruraux. Le financement des services pose un défi constant. Dans ces milieux, les organismes dans la communauté diversifient leurs services pour répondre aux besoins non satisfaits et collaborent dans le but d'optimiser leur efficacité et leur rayonnement. Les services que SHARE et l'ACSM offrent en partenariat à Prince Albert sont un exemple de cette diversification.

SHARE a converti une brasserie Molson en centre de formation professionnelle en 1988. Ce centre offre du travail protégé aux clients ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Parmi les types d'emplois offerts, mentionnons la tonte de la pelouse, l'enlèvement de la neige, la signalisation, la collecte des ordures, le travail de déménageur et la distribution d'encarts publicitaires. Le financement du centre est en partie assuré par la régie de la santé et par la facturation des services. Les clients peuvent gagner jusqu'à 250 \$ par mois. Comme l'itinérance était fréquente chez les clients et que l'offre en logements était insuffisante, SHARE a élargi ses services et exploite maintenant un foyer de groupe par l'entremise du financement pour logement approuvé. Les participants au programme de formation professionnelle de SHARE entretiennent cet immeuble, ce qui permet à l'organisme de réaliser certaines économies.

L'ACSM œuvre dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation et du soutien communautaire à Prince Albert. Elle offre depuis peu du logement subventionné et achève la construction d'un immeuble à appartements comptant huit unités de logement indépendantes : six unités à une chambre à coucher et deux unités à deux chambres à coucher. Les locataires de ces appartements auront accès au centre d'accueil de l'ACSM, à son programme de formation professionnelle et aux services d'un travailleur sur place. Ils pourront aussi consulter une infirmière communautaire de la santé mentale. Dans un milieu où la majeure partie du logement offert aux clients ayant une maladie mentale et des dépendances provient d'Approved Homes, il s'agit d'un pas vers la vie autonome. Le loyer demandé est abordable, soit 550 \$ par mois.

Le partenariat qui lie l'ACSM et SHARE permet aux clients d'un organisme de profiter des services offerts par l'autre organisme. Ainsi, les clients de l'ACSM peuvent obtenir du travail protégé auprès de SHARE si le programme de formation professionnelle offert par l'ACSM ne leur convient pas. Pour leur part, les locataires de SHARE peuvent participer aux programmes de jour de l'ACSM, y compris du centre d'accueil, du centre de formation professionnelle et du programme de déjeuner. Les deux organismes font du démarchage ensemble auprès de la province et des régies de santé dans le but d'obtenir des services pour leurs clients.



La section IV présente une autre innovation visant à répondre aux besoins des personnes vivant en milieu rural/éloigné. Eden Health Care Services, en collaboration avec diverses régies de santé, offre des services dans de nombreuses régions rurales/éloignées du Manitoba.

## Piliers du cadre

Cette section insiste sur les résultats obtenus. Dans ce contexte, il est question des intrants assurant l'opérationnalisation de ces résultats comme les partenariats et le panier de services réaménagé ainsi que de considérations de nature locale et liées à des populations particulières.

Les deux éléments suivants sont essentiels à l'atteinte des résultats escomptés :

1. La planification, les partenariats et la coordination;
2. L'établissement de normes de service.

## Ouvrir des portes par la planification, l'établissement de partenariats et la coordination

Les évaluations courantes et la planification continue fondée sur les niveaux de besoins doivent constituer des aspects fondamentaux d'une stratégie nationale en matière de logement avec services de soutien. À l'heure actuelle, on peut dire que par rapport à d'autres domaines, la planification relative au logement et aux services de soutien connexes laisse plus ou moins à désirer (p. ex. Cancer Care Ontario qui vieillit à ce que la planification assure aux personnes atteintes du cancer des soins oncologiques dans des délais raisonnables). Les besoins en logement et en services de soutien connexes ne sont pas satisfaits dans la même mesure que les autres types de besoin en santé.

Ce genre de planification et d'évaluation a déjà été entrepris dans le cadre d'initiatives mises en œuvre dans plusieurs provinces. À titre d'exemple, Housing Matters BC (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2006), la Stratégie de logement provinciale de la Colombie-Britannique, vise à offrir des logements avec services de soutien aux populations vulnérables. En Ontario, des efforts semblables ont été déployés dans le cadre de Making It Happen (gouvernement de l'Ontario, 1999) et d'autres initiatives comme le Réseau local d'intégration des services de santé visant à évaluer, dans une région géographique donnée, la capacité actuelle en matière de logement et de services de soutien connexes par rapport à la capacité nécessaire. La politique-cadre provinciale sur laquelle repose la planification des services de santé mentale au Québec est le Plan d'action en santé mentale pour 2005-2010 (gouvernement du Québec, 2005). Cette politique est axée sur le rétablissement, insiste sur l'importance des partenariats et favorise l'intégration sans heurt des services de santé et des services sociaux dans le but de venir en aide aux utilisateurs des services et à leurs aidants naturels.

Comme le sujet qui nous occupe intéresse plusieurs ministères et de nombreux intervenants, l'établissement de partenariats et la coordination des interventions revêtent une importance critique dans le cadre du processus visant à fournir un logement et des services de soutien connexes optimaux aux personnes ayant une maladie mentale. Les données tirées du sondage, les visites de site, les consultations menées auprès de personnes-ressources à l'échelle internationale et les discussions avec les membres des groupes de référence ont fourni des preuves concrètes de cette importance.

On a trouvé des exemples de partenariats et de coordination des interventions à divers niveaux. Ces éléments sont des éléments constitutifs de presque toutes les innovations décrites dans ce rapport.

La stratégie en matière de logement doit se fonder sur un modèle de partenariat et de coordination des interventions qui reflète les divers niveaux de partenariats, la coordination des interventions au sein du partenariat

et à tous les niveaux de partenariats ainsi que les aspects opérationnels de ces partenariats qui se fixent comme objectifs des résultats particuliers.

Les intervenants dont il est ici question comprennent les ministères (p. ex. les ministères responsables du logement, de l'aide au revenu et de l'aide aux personnes handicapées), les régies de santé régionales, les pourvoyeurs de logements à but lucratif et sans but lucratif, les organismes de services de santé mentale, les organismes de pairs et les organismes familiaux ainsi que les organismes de services dans la communauté.

Si les partenariats et les processus provinciaux sont absolument essentiels, les partenariats fédéraux-provinciaux et la coordination des interventions entre les divers paliers de gouvernement sont des éléments dont dépendent la planification et la mise en œuvre réussies, dans l'ensemble des provinces et des territoires, d'options en matière de logement qui sont adéquates et abordables.

On peut donner en exemple de ce genre de partenariats l'investissement fédéral-provincial de 32 millions de dollars en Nouvelle-Écosse qui a été annoncé en octobre 2010 par le ministère des Services sociaux. Cet investissement permettra de fournir un logement sûr et abordable à plus de 6 000 familles, personnes âgées et personnes handicapées. De cette somme, 21 millions de dollars serviront à financer des travaux de rénovation et de réfection.

# INNOVATIONS

## DIVISION DES INITIATIVES DE COORDINATION INTERMINISTÉRIELLES (MANITOBA)

Le Bureau des Initiatives de coordination interministérielles (ICIM) a été créé en 2007 dans le but de coordonner les activités menées par divers ministères provinciaux (y compris Logement et Développement communautaire, Services à la famille et Consommation et Santé et Vie saine Manitoba) pour fournir de meilleurs logements et services de soutien connexes aux personnes âgées, aux personnes itinérantes et aux personnes itinérantes ayant également des problèmes de santé mentale. Le Bureau travaille avec les régies de santé régionales et les collectivités à améliorer la coordination des politiques, à intégrer la prestation des services, à améliorer la collaboration et à coordonner la mise en œuvre des stratégies.

Le CDCI assure la liaison avec les ministères provinciaux, les régies de santé régionales, les régies de logement, les organismes dans la communauté et les initiatives de recherche. On considère que l'ICIM a joué un rôle de premier plan dans la création d'une allocation-logement transférable destinée aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cette allocation, ainsi que les services de soutien au logement connexes qui sont offerts par les organismes de santé mentale, a déjà eu des répercussions positives. Voici certains des facteurs ayant facilité la création de l'ICIM :

- Consensus au sein des instances gouvernementales, des pourvoyeurs de services de santé, des pourvoyeurs de logements et d'autres organismes dans la communauté sur la nécessité d'une véritable collaboration en vue de régler les problèmes liés au logement et à l'itinérance.
- Augmentation des activités de défense des intérêts et pressions s'exerçant dans des tribunes publiques.
- Engagement solide au niveau ministériel à l'égard de l'amélioration de la situation relative au logement et à l'itinérance : le ministre responsable du logement de l'époque s'est engagé à tirer parti des meilleures pratiques en matière de logement (comme Priorité au logement), à veiller à ce que les patients recevant leur congé de l'hôpital ne soient pas contraints à l'itinérance et à élaborer une stratégie à long terme en vue de régler les problèmes liés au logement et à l'itinérance.

L'ICIM a également participé au financement et au soutien de l'Initiative de bien-être communautaire qui vient en aide aux personnes ayant des problèmes de santé mentale qui occupent des logements sociaux au Manitoba. Il s'agit d'un autre exemple de cas où l'ICIM a favorisé la coordination des interventions des divers ministères provinciaux, y compris du ministère des Services à la famille et du Logement, le ministère de la Santé et de la Vie saine et la Société d'habitation et de rénovation. L'ICIM est également en mesure de favoriser le règlement rapide des problèmes; à titre d'exemple, lorsque des personnes ont estimé que l'allocation-logement transférable n'était pas suffisante pour couvrir le dépôt en cas de dommages demandé au moment de la location d'une unité de logement, l'ICIM a soumis le problème au ministère des Services à la famille et du Logement et a obtenu le financement demandé.

## INNOVATIONS

### LE SUPPORTIVE LIVING COMMUNITY PARTNERSHIP (TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR)

Cette initiative interministérielle gouvernementale a été lancée en 2009. Elle vise à régler deux grands problèmes auxquels était confronté le secteur sans but lucratif : 1) avoir à adapter ses demandes aux paramètres régissant les programmes de financement du gouvernement fédéral, ce qui signifiait que les organismes sans but lucratif devaient faire certains compromis par rapport à ce qu'ils souhaitaient vraiment faire; 2) un certain nombre de bonnes idées et de bons projets disposaient de fonds d'immobilisations, mais non pas de fonds opérationnels, ce qui empêchait leur mise en œuvre.

Le programme a été élaboré par les ministères provinciaux (Justice, Ressources humaines, Travail et Emploi, Logement, Éducation) et les régies de santé régionales. Dans le but d'obtenir le soutien des organismes non gouvernementaux, les ministères ont décidé de mettre en commun leurs fonds et de présenter une demande commune au Cabinet. La demande a été approuvée et l'un des directeurs régionaux a été détaché pour mettre en œuvre l'initiative, y compris pour gérer son financement.

Le Supportive Living Community Partnership est chargé d'élaborer des programmes, d'évaluer les besoins et de répondre aux besoins des collectivités en offrant un éventail d'options en matière de logements avec services de soutien connexes. Les groupes dans la communauté sans but lucratif peuvent ainsi travailler étroitement avec le gouvernement tout en acceptant des fonds destinés à faciliter l'obtention d'un logement avec services de soutien. Voici comment le logement avec services de soutien se présente dans cette initiative : éventail de services et de soutiens qui favorisent la stabilité en matière de logement pour les personnes ayant des besoins complexes. Ces services comprennent : la prévention des expulsions, le soutien à l'accès communautaire, l'aiguillage vers les services dans la communauté, la gestion budgétaire et la formation en dynamique de la vie. Les services de soutien doivent être offerts dans une perspective communautaire générale, et non au niveau individuel (p. ex., ne peuvent s'adresser qu'aux personnes ayant besoin d'un haut niveau de soutien individuel). Le programme ne peut pas financer les programmes dont les participants exigent des soins à domicile (p. ex., soutien individuel 24 heures par jour).

L'objectif global de l'initiative est de financer des groupes dans la communauté qui élaboreront des modèles aux termes desquels les travailleurs sur le terrain offriront des services et des soutiens aux personnes qui n'ont pas besoin d'un haut niveau de soutien. Le programme peut financer un éventail de services, selon les besoins de la collectivité. Le programme n'est pas axé sur les logements collectifs, mais plutôt sur la formule des logements non regroupés qui découle du modèle Priorité au logement. Du financement est cependant disponible pour les services regroupés sur les lieux, pour le logement non regroupé et les services et les soutiens dans la communauté souples. Tout le financement est accordé aux organismes dans la communauté sans but lucratif. Voici certains exemples de programmes ayant obtenu des fonds du Living Community Partnership : appui en vue de la création d'un Centre de ressources en matière de logement par l'entremise des Services communautaires Stella Burry; parrainage d'une conférence portant sur le travail auprès de personnes ayant des besoins complexes (tenue à St. John's, en octobre 2009); création d'un poste à temps plein pour favoriser le renforcement des capacités à l'intérieur du système; et offrir des services de soutien sur place dans les logements de transition destinés aux jeunes (Choices for Youth).

On espère que grâce à ce programme, davantage d'unités de logement non regroupées et de services de liaison pourront être mis en place. Le financement offert dans le cadre du Supportive Living Community Partnership est fonction de la population cible; le programme utilise un outil d'évaluation général pour établir le financement à accorder. Ce processus a été adopté pour permettre une certaine souplesse dans l'élaboration du programme et pour veiller à ce que le financement réponde aux besoins de la collectivité.

## INNOVATIONS

### PROGRAMME CLÉ EN MAIN (QUÉBEC, QUÉBEC)

Clé en main fournit du logement autonome à des personnes ayant une maladie mentale grave ou des troubles concomitants qui vivent dans la Ville de Québec et dans certaines régions rurales avoisinantes.

Clé en main répond de façon inhabituelle aux besoins de logement des personnes ayant une maladie mentale. Le programme est un chef de file et un catalyseur en vue de créer des mécanismes intersectoriels qui lient de façon efficace le secteur des pourvoyeurs de logement, le secteur du soutien en santé mentale et les locataires ayant une maladie mentale.

La coordination de la recherche d'un logement pour les personnes ayant une maladie mentale grave est assurée par Clé en main. Les locataires se voient offrir un logement individuel par divers pourvoyeurs de logements ainsi que les services de soutien en santé mentale nécessaires par un ensemble d'organismes de santé mentale.

Le principal aspect innovateur de Clé en main, c'est la façon dont il favorise activement l'intégration des interventions intersectorielles. Clé en main possède les capacités de leadership et les moyens opérationnels pour servir de liaison entre les ressources du secteur du logement et celles du secteur de la santé, ce qui donne lieu à la négociation d'un protocole tripartite auquel sont signataires le client/locataire, le pourvoyeur de logement et le secteur de soutien communautaire. Ce modèle peut tout à fait être reproduit dans d'autres régions (urbaines et rurales) ainsi qu'auprès de diverses populations marginalisées et vulnérables (population à diagnostic double).

« La vie en logement au cœur du développement de la citoyenneté et du rétablissement. »  
-Brochure expliquant le programme Clé en main, Clé en main: le rétablissement par le logement autonome

## L'établissement des normes de service relatives au logement et aux services de soutien connexes

La reddition de comptes constitue un aspect vital d'un cadre qui est axé sur le rétablissement et qui met l'accent sur la nécessité de concevoir des options en matière de logement et de services de soutien connexes qui répondent aux besoins de la clientèle visée. La reddition de comptes repose sur l'établissement de normes de services; l'existence de normes assure également une uniformisation de la qualité des services dans l'ensemble du pays.

Les données recueillies lors du sondage ont uniformément fait état de lacunes dans les services offerts selon les organismes de santé mentale et les différentes régions, de problèmes posés par des propriétaires peu compatissants et peu disposés à répondre aux besoins de leurs locataires et de la non-satisfaction des besoins de certaines sous-populations particulières.

Il en découle des écarts dans la qualité des services et dans la gamme de services offerts aux personnes ayant une maladie mentale dans leur milieu respectif. Deux programmes de logement à première vue semblables peuvent être dissemblables sur les plans rétablissement et qualité des services en raison du manque d'uniformisation des

normes. Cette situation affecte gravement les collectivités rurales/éloignées où la formation du personnel et le maintien des effectifs posent de sérieuses difficultés.

L'établissement de normes de services est essentiel pour assurer le succès d'une stratégie nationale en matière de logement et de services de soutien connexes qui tient compte des déterminants sociaux de la santé sur lesquels se fonde le cadre relatif à la santé et qui est axée sur le rétablissement et le fonctionnement optimal. À tout le moins, les normes de service doivent s'appliquer aux éléments suivants :

1. Le panier de services réaménagé : ce panier comporte des services de soutien au logement, du soutien par les pairs et du soutien en matière de santé et de santé mentale, des normes minimales étant fixées pour chaque catégorie.
2. Formation : exigences globales en matière de formation et besoins de formation particuliers en fonction du rôle, de la géographie et des populations visées. Les normes de formation doivent comporter du perfectionnement, des évaluations préliminaires et du suivi. L'élaboration de programmes de formation doit faire partie de la stratégie.
3. Propriétaires : Les normes de service doivent préciser les facteurs d'inclusion et d'exclusion que doivent respecter les propriétaires sur le marché privé ainsi que les organismes de logements sociaux. L'élaboration d'un programme de formation et des consultations à cet égard auprès des propriétaires s'imposent.
4. Mécanisme d'évaluation : ce mécanisme permettra l'amélioration continue et l'examen du rendement en ce qui touche le logement et les services de soutien connexes. Le mécanisme d'évaluation doit permettre d'évaluer le processus ainsi que les résultats obtenus.

Pour l'élaboration d'un programme de formation, il est possible, à l'échelle internationale, de s'inspirer de l'exemple du programme de la Corporation for Supportive Housing aux États-Unis. Cette série comptant onze ateliers de formation portant sur des sujets distincts présente les meilleures pratiques et donne des conseils relativement à la conception et au fonctionnement des programmes de logement avec services de soutien connexes. On peut obtenir l'information voulue sur ce programme de formation en s'adressant au U.S. Department of Housing and Urban Development's Homelessness Resource Centre.

On peut aussi s'inspirer utilement de l'étude de base sur la stabilité en matière de logement menée par l'Unité de soutien communautaire et de recherche (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2003). Ce document présente de façon claire les exigences de base et les pratiques recommandées pour améliorer le logement et les services de soutien connexes destinés aux personnes ayant une maladie mentale tout en favorisant la stabilité dans ce domaine. Le même organisme a ensuite mené une étude sur la validité de la stabilité du logement (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005), qui a permis de valider le modèle de stabilité du logement élaboré à Toronto, en Ontario, en l'appliquant à deux systèmes de logement locaux au Canada : celui d'Ottawa, en Ontario, et celui de Halifax, en Nouvelle-Écosse.

## INNOVATIONS

### CADRE D'ÉVALUATION POUR ASSURER LA FIDÉLITÉ ET LA QUALITÉ DU PROGRAMME (QUÉBEC)

On s'attend habituellement à ce que les organismes dans la communauté se dotent des mécanismes voulus pour assurer la qualité et la conformité à l'égard des pratiques fondées sur des preuves. Le Mûrier, qui gère un large spectre de programmes de logement et de services de soutien destinés à diverses populations cibles, a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre un cadre d'évaluation lui permettant d'améliorer de façon continue ses services. Le centre a confié à un expert-conseil la tâche d'élaborer le mécanisme initial pour répondre à ses besoins changeants.

L'outil d'évaluation se compose de 12 grilles accordant une cote aux processus et aux procédures se rapportant au soutien et aux services offerts aux clients. L'outil est rempli aux trois ans par chaque équipe de programme. Les résultats sont analysés et permettent l'élaboration d'objectifs d'amélioration s'appliquant à l'établissement ou à l'organisation. Des plans d'action sont élaborés et mis en œuvre dans les deux années qui suivent. Ce processus continu d'assurance de la qualité permet à l'organisation de demeurer à l'écoute des besoins des clients et de tenir compte des points forts et des points faibles de l'organisation ainsi que de la réalité environnementale. L'organisation a perfectionné et amélioré l'outil au fil des ans et continue de le faire. L'outil est également utilisé lors

L'Art du possible insiste sur l'importance d'un cadre de santé axé sur le rétablissement et les déterminants sociaux de la santé dans le contexte de la mise en œuvre de toutes les initiatives devant être menées pour améliorer le logement et les services de soutien connexes destinés aux personnes ayant une maladie mentale. Il importe que les gouvernements et que les décideurs s'engagent dans ce processus à partir de cette perspective pour que les investissements soient ciblés et reflètent les meilleures pratiques.

La page suivante propose des lignes directrices en vue d'actualiser le cadre axé sur les résultats sur lequel s'appuiera la stratégie nationale en matière de logement avec services de soutien connexes.

### Limites du projet en ce qui touche les populations à l'étude

Un certain nombre de populations ont des besoins particuliers en matière de logement et présentent des défis spéciaux qui vont au-delà de la portée de ce projet. Nous reconnaissons qu'il faut prendre en compte, dans l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de logement et de services de soutien connexes, les besoins des populations ayant une lésion cérébrale acquise, des troubles concomitants, un diagnostic double, des antécédents médicaux-légaux ainsi que les besoins des personnes âgées. La Commission de la santé mentale du Canada a pris la direction du mouvement en vue d'établir la façon d'améliorer le système de santé mentale pour certaines de ces populations. La Commission compte des comités consultatifs qui œuvrent dans huit domaines distincts. L'un de ces comités s'intéresse tout particulièrement aux besoins des personnes âgées ayant une maladie mentale ou des troubles mentaux et un autre, avant tout au sort des personnes ayant une maladie mentale ou des troubles mentaux qui ont des démêlés avec le système judiciaire. Des recherches plus poussées s'imposent pour établir les besoins notamment de ces populations en matière de logement et de services de soutien connexes.



**Context**  
**Sub-populations Rural & Remote Aboriginal**

## AGIR

Le meilleur point de départ au Canada pour une action dans le domaine du logement est sans doute le rapport *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Produit par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Kirby et Keon, 2006), ce rapport insiste sur l'importance de l'établissement d'objectifs en matière de logement et de services de soutien connexes. *De l'ombre à la lumière* évalue également de façon franche les conséquences sur le plan logement du manque d'attention accordé au système de santé mentale au Canada :

« Le résultat, c'est que beaucoup trop de personnes ayant une maladie mentale se sont retrouvées dans des prisons et des refuges pour personnes itinérantes — en fait, les prisons et les refuges sont les asiles du XXI<sup>e</sup> siècle ».

Il ne faut pas non plus oublier les milliers de personnes au pays qui sont hospitalisées, qui connaissent l'insécurité sur le plan du logement et à qui l'on offre des modèles de logement qui ne répondent pas aux normes des meilleures pratiques. *De l'ombre à la lumière* proposait des solutions à ce problème dans le cadre d'une Initiative d'aide au logement pour la santé mentale (IALSM). Ce plan décennal créerait de nouvelles unités de logement et des subventions au logement. Le plan est vraiment d'envergure nationale et repose sur la participation des provinces et des territoires; il accorde également un rôle important aux pourvoyeurs de services.

L'IALSM est un plan ambitieux qui propose des interventions d'envergure susceptibles de permettre de régler le problème que pose le logement des personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale. Ce rapport confirme que les assises voulues sont en place pour réaliser l'IALSM et que cette mesure se justifie dans la perspective de l'amélioration du système de santé. Un logement inadéquat est nocif pour la santé et aggrave les pressions déjà importantes qui s'exercent sur le budget en matière de santé. En concertant nos efforts, nous pouvons investir dans les personnes ayant une maladie mentale ou des problèmes de santé et leur donner ainsi les outils voulus pour mener une vie productive et enrichissante.

*De l'ombre à la lumière* (Kirby et Keon, 2006) fait une distinction claire entre une stratégie « fédérale » et une stratégie « nationale ». Une stratégie fédérale repose sur les interventions du gouvernement fédéral. Si une stratégie fédérale est importante, elle ne suffit pas. Une véritable stratégie nationale fait appel à la participation de tous les intervenants— y compris les divers paliers de gouvernement, les pourvoyeurs de services, les personnes ayant une maladie mentale et leur famille ainsi que d'autres personnes —, œuvrant tous à la mise sur pied d'un cadre commun. Cette conception d'une stratégie nationale permet de tirer parti des abondantes ressources et de la vaste expérience dont nous disposons afin de résoudre le problème du logement.

Mais par où commencer? La bonne nouvelle évidemment, c'est que nous progressons déjà sur divers plans. Dans bon nombre de provinces et de territoires, des stratégies de promotion de la santé mentale sont déjà en place ou en cours de révision et la plupart de ces stratégies font une place importante au logement. En outre, la Commission de la santé mentale du Canada doit sous peu proposer une stratégie nationale en matière de santé mentale. Les personnes ayant une maladie mentale se sont exprimées très clairement — « un chez-soi, un emploi, un ami » — et de nouveaux modèles de logement comme des subventions au logement permettront une plus grande souplesse en matière de financement.

## Processus national

Nous devons instituer ou améliorer d'importants processus pour être en mesure de mettre en œuvre des solutions dans le domaine du logement. En se fixant comme objectif d'élaborer une vision nationale, nous pouvons établir les initiatives régionales, territoriales et fédérales qui peuvent donner de bons résultats. Le défi est de reconnaître que nous cherchons à exercer une influence sur un ensemble de processus déjà en cours. Il s'agit donc non pas de réinventer la roue, mais de savoir comment imprimer une certaine direction à des interventions en cours et

comment élaborer de nouvelles interventions. Nous comptons proposer ci-dessous certains processus et idées dans le but de parvenir à ces fins.

## NIVEAU PROVINCIAL/TERRITORIAL

Tout plan d'action doit s'articuler autour d'un inventaire des mesures dont l'adoption s'impose dans chaque province et chaque territoire. De combien d'unités de logement et de quels types de logements avons-nous besoin pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale? Nous avons appris à la section VII comment il est possible d'évaluer les besoins, mais chaque administration fait face à des défis propres. Dans le cadre de la rédaction de ce rapport, des intervenants nous ont répété à plusieurs reprises qu'il était nécessaire que tous les intéressés participent à l'élaboration d'une approche commune. Dans cette optique, il est essentiel, si ce n'est pas déjà fait, d'établir des objectifs provinciaux et territoriaux.

L'établissement d'objectifs entraîne plusieurs conséquences :

- Une instance provinciale/territoriale doit jouer un rôle de chef de file et le processus doit être avalisé, idéalement par le gouvernement.
- Un choix judicieux d'intervenants. Les membres des groupes consultatifs ayant piloté cette étude constituent un noyau d'intervenants. Ces intervenants devraient représenter les gouvernements, les pourvoyeurs de logements sociaux, les personnes ayant une maladie mentale et leur famille ainsi que les pourvoyeurs de logements spécialisés en santé mentale<sup>18</sup>.
- L'examen des ressources existantes. Ce rapport offre de l'information détaillée sur chaque province et chaque territoire, mais cette information doit faire l'objet d'un examen critique. Les quatre pôles indiqués dans la section VIII (caractère abordable, qualité, soutien et adaptation aux besoins) peuvent servir de point de départ. À titre d'exemple, de nombreuses administrations ont toujours recours aux pensions de garde. Or, ce type de foyers indique l'existence d'un problème sur le plan soutien puisqu'ils ne sont pas axés sur le rétablissement. Dans d'autres administrations, c'est l'absence d'options de logement dans les régions rurales et éloignées qui pose problème.
- L'établissement de l'inventaire du nombre et du type de logements nécessaires.
- L'importance à accorder aux partenariats. Des personnes provenant de tout le Canada ont insisté sur la nécessité de rassembler les intervenants et d'établir entre eux des partenariats.

Il est bien évident que l'établissement d'objectifs exigera la réforme ou la modification de certains programmes existants et l'élaboration de nouvelles méthodes de collaboration et de partenariats à différents niveaux. Les objectifs ne suffisent cependant pas en eux-mêmes. Chaque administration doit se doter d'un plan d'action précisant les étapes à suivre en vue de la réalisation des objectifs.

## NIVEAU FÉDÉRAL

La Commission de la santé mentale du Canada a mené deux projets nationaux dans le domaine du logement : celui-ci et le projet Chez Soi. Ces projets ont attiré l'attention, à l'échelle nationale, sur les besoins en matière de logement des personnes ayant une maladie mentale. Des intervenants de tous les milieux ont participé à ces projets, et notamment des intervenants provenant du gouvernement fédéral, des organismes professionnels nationaux et des organismes nationaux exploités par des pairs et des familles. Voici les formes que devra prendre la participation du gouvernement fédéral aux interventions dans le domaine du logement :

- Manifestation d'un leadership national. La Commission de la santé mentale du Canada est idéalement l'organisme qui devrait coordonner la participation du gouvernement fédéral à l'élaboration d'une initiative de logement pour la santé mentale.

---

<sup>18</sup> Il sera nécessaire dans certains cas que le gouvernement fédéral participe à l'établissement des besoins, notamment dans le cas d'éléments des populations autochtones et des Forces armées.

- Établissement d'objectifs nationaux. Ce rapport donne une indication des besoins nationaux, mais il sera possible d'évaluer ces besoins de façon plus précise lorsque les objectifs provinciaux seront connus.
- Groupes d'intérêts transversaux. Pour qu'il soit possible de relever les défis qui se posent dans le domaine du logement et des services de soutien connexes pour les personnes ayant une maladie mentale, les intervenants principaux du domaine doivent être disposés à entamer des discussions suivies avec d'autres parties au Canada. Cette étude a fait ressortir cinq questions particulières qui devront être examinées dans l'ensemble du pays :
  1. Le logement et les services de soutien connexes dans les régions rurales et éloignées.
  2. Les moyens permettant de faciliter la transition vers les modèles qui ne sont pas axés sur la garde.
  3. Les défis que posent les sous-populations – les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant des problèmes de dépendance.
  4. Les problèmes de financement et de partenariats créateurs.
  5. Le logement et les services de soutien pour les populations autochtones.
 Des personnes dans tous les coins du pays ont exprimé le désir de travailler ensemble pour trouver des solutions. La Commission est idéalement placée pour diriger ce travail.
- Partage des enseignements tirés. Outre qu'il est nécessaire de créer des groupes transversaux, il faut favoriser l'échange d'idées à l'échelle nationale. Ce rapport propose un certain nombre de pratiques innovatrices pouvant servir de fondement. Ces idées seront affichées sur le site Web de la Commission de sorte que tous pourront y avoir accès. Les divers intervenants pourront également proposer de nouvelles ressources.
- Accorder une place au logement dans le mouvement social en faveur de la santé mentale.

## Tirer parti des réussites

Tirer parti des réussites actuelles constitue la meilleure façon d'exprimer le défi que pose le logement. Il convient d'exploiter les facteurs de réussite déjà en place :

- Un savoir et une expérience étendus;
- Une infrastructure de pourvoyeurs de logements pouvant s'adapter rapidement à de nouveaux objectifs;
- Un environnement national dynamique favorable à la réforme dans le domaine de la santé mentale;
- Un point de convergence à l'échelle nationale : la Commission de la santé mentale du Canada;
- Une compréhension toujours plus nette des déterminants sociaux de la santé.

## Prochaines étapes

1. Demander aux membres des comités consultatifs provinciaux de former le noyau des groupes qui seront chargés d'établir les objectifs provinciaux/territoriaux.
2. Confier aux groupes de référence provinciaux et territoriaux de la Commission de la santé mentale du Canada la tâche de promouvoir le concept des objectifs provinciaux/territoriaux.
3. Faire participer les ministères fédéraux compétents aux discussions portant sur les enjeux liés aux Autochtones et au financement d'une stratégie nationale.
4. Lancer, sous les auspices de la CCSM, des groupes d'intérêts transversaux nationaux.
5. Mettre en œuvre une stratégie de communication auprès des pourvoyeurs de logements et d'autres intervenants; cette mesure est déjà en cours de réalisation.
6. Créer une marque de commerce pour cette initiative pour qu'elle devienne un point de ralliement.

## Principales recommandations présentées à la Commission de la santé mentale du Canada

- Que le gouvernement fédéral continue de collaborer avec les gouvernements des provinces et des territoires dans le dossier des logements abordables assortis de services de soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux du Canada.
- Que la Commission de la santé mentale du Canada s'appuie sur les constatations de ce rapport pour concevoir, de concert avec les groupes de référence créés dans le cadre de ce projet, les régies de santé régionales et les gouvernements des provinces et des territoires, des projets visant à augmenter l'offre en logements avec services de soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux à l'échelle du pays. Au moins 100 000 unités de logement avec services de soutien partiels doivent être créés ou financés sur 10 ans.
- Que la Commission, les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les partenaires de la communauté élaborent, à l'issue du volet recherche du projet Chez Soi, des plans visant à faire en sorte que les participants au projet continuent de bénéficier du modèle accordant la priorité au logement et aux services de soutien orientés vers le rétablissement, et que la Commission et ses partenaires élaborent une stratégie pour tirer parti des connaissances acquises et des leçons tirées dans le cadre du projet.
- Que la Commission travaille avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que les stratégies en matière de santé mentale actuelles ou futures élaborées de concert avec les Premières nations, les Inuits et les Métis comportent des mesures qui amélioreront l'offre et la qualité des logements et des services de soutien connexes.
- Que la Commission convoque un groupe de travail qui veillera à ce que les recommandations du Groupe d'étude canadien sur la finance sociale<sup>7</sup> servent à faire du logement et des services en santé mentale une priorité pour les fondations, les régimes de retraite et les gouvernements cherchant à faire des investissements socialement responsables.