

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

CAHIERS DU LAREPPS

No 13-02

**Étude des hybridations entre des formules
de logement social et d'hébergement
Rapport d'étape portant sur les initiatives destinées
aux personnes âgées en perte d'autonomie**

par

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

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

**© LAREPPS/UQAM
Janvier 2013**

Dépôt légal –Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-922879-59-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-922879-60-5 (version pdf)

ISSN 1490-8069 (Cahiers du LAREPPS)

RÉSUMÉ

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

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

Ce *working paper* se présente en quatre chapitres. Le premier chapitre présente les objectifs de la recherche. Le second chapitre présente le contexte et le cadre d'analyse. Le chapitre 3 présente la méthodologie et le quatrième chapitre présente les résultats eux-mêmes. L'examen confirme la poursuite des tendances à l'hybridation amorcées il y a une vingtaine d'années dans les ensembles communautaires pour aînés. L'accentuation de formes hybrides a été favorisée par un contexte de réformes politiques marqué par l'adoption d'une nouvelle politique de soutien à domicile et par la volonté gouvernementale de développer des alternatives aux formules institutionnelles de type CHSLD. Bien que les formules observées et les trajectoires de chaque projet soient variées, l'évolution de celles-ci laisse voir une certaine standardisation dans les pratiques et les normes. On peut attribuer cette convergence relative à l'intégration des règles de conformité dans les résidences pour personnes âgées avec services.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACL	AccèsLogis Québec
AQDR	Association québécoise des droits des retraité(e)s
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de Santé et des Services sociaux
ESAAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et les Services sociaux
LSSS	Loi sur la Santé et les Services sociaux
OSBL-H	Organisme sans but lucratif en habitation
PAD	Programme d'adaptation de domicile
PARCO	Programme achat-rénovation pour coopératives et OSBL
PSL	Programme de supplément au loyer
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SHQ	Société d'habitation du Québec
SSS	Santé et Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	iv
INTRODUCTION	1
1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	3
2. LE CONTEXTE ET LE CADRE D'ANALYSE	5
2.1 Éléments de contexte.....	5
2.2 Les personnes âgées : du domicile aux milieux de vie substitués	7
2.2.1 Les années 1960 et 1970 : les formules en émergence	7
2.2.2 Les années 1980 et 1990. L'essor et la domination des résidences privées pour aînés	8
2.2.3 Multiplication des formules résidentielles et encadrement par le MSSS.....	9
2.2.4 Tendances récentes et enjeux	10
2.3 L'hybridation, une notion polysémique	14
2.4 Notre cadre d'analyse	16
2.4.1 Le logement social et l'hébergement : deux univers.....	17
2.4.2 Les dimensions d'analyse	19
2.4.3 AccèsLogis, un programme aux objectifs multiples	20
3. LA MÉTHODE.....	23
3.1 Stratégie de recherche	23
3.2 Les organismes et projets à l'étude	24
3.3 La méthode d'analyse	25
4. LES RÉSULTATS.....	27
4.1 Les principaux indices d'hybridation.....	28
4.1.1 Les cibles et les conditions d'attribution des logements	28
4.1.2 L'aménagement.....	31
4.1.3 L'organisation des services (facturation, traitement des baux).....	36
4.1.4 Le chez-soi, les conditions de séjour et les durées de séjour	38
4.2 Les processus d'hybridation.....	41
4.2.1 Les contextes de création et les modèles résidentiels	42
4.2.2 Le rôle structurant des politiques publiques.....	50
4.2.3 Le rôle des acteurs à l'échelle locale.....	52
4.3 Enjeux, écueils et opportunités	60
CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69

ANNEXE 1 Descriptif des cas.....	77
ANNEXE 2 Grille d'analyse (indicateurs)	89
ANNEXE 3 Schéma d'entretien	93
ANNEXE 4 Les principales normes et paramètres d'Accèslogis Québec, volet 2	99
ANNEXE 5 L'annexe au bail avec services	101

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, au Québec comme ailleurs, les systèmes de prise en charge des personnes vulnérables évoluent constamment vers la recherche d'alternatives de milieux de vie moins lourds et moins coûteux. Dans ce contexte, on a assisté au cours des dernières années à la naissance et au développement de nouvelles formules résidentielles qui se situent à la limite de l'univers du logement social (statut de locataire, appropriation d'un « chez soi ») et de l'univers de l'hébergement (statut de bénéficiaire, besoin de services). En effet, pour répondre aux besoins de leurs locataires, les organismes voués au domaine de l'habitation sociale ont été nombreux à développer des pratiques d'intervention et des services visant le maintien et l'amélioration des conditions de santé et de bien-être de leurs résidants. Celles-ci empruntent, d'une certaine manière, au domaine de l'hébergement, ce qui a donné naissance à des formules que nous qualifions d'« hybrides ».

Le présent cahier du Laboratoire sur les politiques et les pratiques sociales (LAREPPS) présente une partie des résultats d'une recherche présentement en cours et portant sur ces nouvelles formules à cheval entre les domaines du logement et de l'hébergement. Cette recherche, intitulée *Vivre en zone frontalière : hybridation entre les formules de logement social et d'hébergement destinés aux personnes vulnérables*, consiste en l'examen d'une quarantaine d'initiatives résidentielles. Celles-ci ont été réalisées dans le cadre du programme AccèsLogis et elles s'adressent à cinq populations différentes (filères) : les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes ayant une déficience physique, les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes à risque d'itinérance.

La recherche est née de l'intérêt du Réseau québécois des OSBL d'habitation auxquels se sont joints d'autres partenaires des secteurs de l'habitation sociale et de la Santé et des services sociaux. Soulignons que cette recherche est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et est réalisée en collaboration avec le Réseau québécois des OSBL d'habitation, la Société d'habitation du Québec, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le Centre de réadaptation Normand-Laramée et la Ville de Montréal.

Le présent texte présente les résultats de notre investigation de huit initiatives dans le cadre du programme AccèsLogis s'adressant aux personnes âgées. Avec le rapport sur la filière déficience intellectuelle, il s'agit de l'un des deux premiers cahiers que nous produisons. Il est important de souligner, vu le caractère nouveau de la thématique abordée, nous sommes encore à cette étape-ci, à peaufiner à la fois notre cadre d'analyse et nos outils d'analyse. En fait, nous sommes encore dans une sorte de « *work in progress* » et c'est à ce titre qu'il faut considérer les résultats que nous présentons, qui constituent des résultats partiels à l'étape où nous en sommes actuellement. Ainsi, pour nous, il ne fait aucun doute que l'investigation des

trois autres filières à l'étude nous permettra d'affiner encore nos concepts et notre cadre d'analyse. Par exemple, déjà à cette étape-ci, nous constatons que certains indices d'hybridation apparaissent plus porteurs dans une filière donnée à l'étude par rapport à une autre, ou encore que certains indices s'avèrent plus ou moins pertinents pour rendre compte du phénomène d'hybridation.

Ainsi, il ne fait aucun doute que, au terme de notre investigation des cinq filières à l'étude, le rapport final, prévu pour mai 2013, viendra assoir des conclusions plus probantes, plus solides, plus affirmées. Il comportera également l'avantage de faire porter l'analyse sur l'ensemble des filières à l'étude. Ceci dit, les résultats partiels que nous présentons aujourd'hui demeurent utiles car ils nous permettent d'avancer et de pousser toujours plus loin nos questions et notre analyse. En ce sens, ils s'inscrivent bien dans la méthodologie que nous avons privilégiée pour cette recherche, à savoir l'approche par questionnement analytique de Paillé et Mucchielli (2003). Cette nous invite à débiter le travail analytique dès les premières collectes de données de façon à raffiner, au fur et à mesure, nos questions de recherche et pousser plus loin l'analyse.

Dans ce « *working paper* », nous présentons d'abord, dans un premier chapitre, le contexte de la recherche en cours ainsi que notre cadre d'analyse. Le chapitre 2 présente la méthodologie. Le troisième chapitre présente les résultats eux-mêmes. Ce chapitre est lui-même divisé en trois sections. Ainsi, après avoir décrit brièvement notre méthodologie, nous présentons d'abord le fruit de notre analyse faite à partir des indices d'hybridation que nous avons trouvés dans les initiatives étudiées. Dans un second temps, nous nous attardons aux processus d'hybridation en analysant comment ces hybridations ont-elles vu le jour et quels sont les facteurs qui sont en cause. La dernière section du chapitre 3 dégage les principaux enjeux, les dangers et les opportunités potentiels de ces expériences.

1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

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

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

2. LE CONTEXTE ET LE CADRE D'ANALYSE

2.1 Éléments de contexte

De façon continue depuis trois décennies, le système québécois du logement social et celui de la santé et des services sociaux sont touchés par les transformations concernant la prise en charge des personnes vulnérables. Les origines de ces changements sont multiples mais, globalement, elles reflètent la volonté des États de trouver des alternatives aux institutions lourdes et coûteuses qu'étaient les hôpitaux psychiatriques, les centres d'accueil, les hôpitaux pour malades chroniques, les refuges pour itinérants (Dubuc, *et al.*, 2009; Y. Vaillancourt, Charpentier, M., 2005). Une rationalité fondée sur l'autonomie et l'individualité des personnes tend à prendre le pas sur la prise en charge institutionnelle, type fordiste (Roehrer Institute, 1993). Ainsi, pour des populations vulnérables traditionnellement prises en charge par des institutions d'hébergement, le logement est aujourd'hui fortement pressenti non seulement en tant qu'abri, mais bien comme un outil d'intégration, d'autonomie, de construction de l'identité, d'*empowerment* (Jetté *et al.*, 1998; Means, 1996; Morin, 2001; Y. Vaillancourt, Charpentier, M., 2005). Les approches centrées sur le logement social entraînent une certaine convergence des politiques publiques relevant de l'habitation, d'une part, et d'autre part, de la santé et services sociaux, responsables de l'hébergement. Cette tendance n'est guère spécifique à notre province. Elle s'observe un peu partout en Occident (Dansereau, 2005; Kelly, 2005) et intéresse les responsables canadiens en habitation (CMHC-SCHL, 2009).

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

D'une manière plus générale, les années 1990 ont marqué une sorte de « *redécouverte* » du logement social. En 1992, la Politique de la santé et du bien-être misait sur le logement social à titre de déterminant social de la santé et de l'insertion (sociaux, 1992). Plusieurs plans d'action auprès de groupes vulnérables ont emboîté le pas. Le *Plan d'action pour la*

transformation des services en santé mentale de 1998 a montré, quant à lui, l'importance de soutenir des services « dans la communauté » incluant le logement social (sociaux, 1998). Quelques années plus tard, le Plan d'action 2005-2010 en santé mentale établissait des cibles précises quant au nombre souhaité de logements avec services de soutien pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale (Montréal, 2009; sociaux, 2009). En 2001, le MSSS faisait la promotion du chez-soi pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Comparativement à la vie en ressources d'hébergement, le logement est était vu comme un moyen d'accroître leur participation sociale (MSSS, 2001). En 2003, les orientations ministérielles en déficience physique avaient pour fer de lance « le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel ». On souhaite « supporter la création de milieux résidentiels non institutionnels intégrés dans la communauté » et lancer des projets pilotes permettant la mise en place de liens de collaboration avec la Société d'habitation du Québec, l'organisme responsable du développement du logement social ((MSSS, 2003 #341). Enfin, le Plan d'action 2005-2010 pour les aînés en perte d'autonomie mise sur l'adaptation de domicile et les programmes tel AccèsLogis pour le développement des formules alternatives à l'hébergement (sociaux, 2005). Le rapport déplore qu'en matière d'hébergement et de logement, en dépit d'efforts pour améliorer la continuité des services, on assiste encore à une représentation binaire : d'une part, le service à domicile et d'autre part, le CHSLD pour les personnes ayant des besoins importants, arguant que « cette vieille opposition ne tient plus ».

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

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

2.2 Les personnes âgées : du domicile aux milieux de vie substitués

D'une manière générale, la recherche d'alternatives à l'hébergement est partagée tant pour les États que pour les représentants des groupes de personnes vulnérables et il en va de même pour les personnes âgées en perte d'autonomie. On sait que les formules d'hébergement et de logement pour les personnes âgées remontent avant l'avènement de l'État-providence alors que les communautés religieuses assumaient d'importantes responsabilités dans ces domaines (Charpentier, 2002). Depuis les années 1960, entre la création des centres d'accueil d'une part et des HLM pour aînés, d'autre part, les formules n'ont cessé de se multiplier. Au cours des années 1960 et 1970, de nombreux rapports, enquêtes et commissions d'études ont été unanimes à identifier les personnes âgées comme une des populations les plus touchées par les problèmes de logement (Québec, 1965 ; Hellyer, 1969; CCDS, 1973). Au cours de ces mêmes années, plusieurs politiques et mesures touchant le logement social, l'hébergement et la sécurité du revenu des personnes âgées sont instaurées (Charpentier, 2002 ; Vaillancourt, 1988).

2.2.1 Les années 1960 et 1970 : les formules en émergence

Il semble que les premières initiatives de création d'habitations sociales pour les personnes âgées remontent aux années 1960, où, avant même la création de la SHQ, quelques ensembles ont été réalisés à l'aide de programmes de la SCHL (CCDS, 1973). À la fin des années 1960, au Québec, les premières initiatives de logement social visaient essentiellement les familles à faibles revenus et les personnes âgées. La formule des HLM pour aîné-es est alors privilégiée et rapidement adoptée. À cette époque, tant les ministères responsables de l'habitation que des affaires sociales sont interpellés.

Jusqu'au tout début des années 1970, aux yeux des promoteurs, la distinction entre « logement social », « centre d'hébergement » ou « centre d'accueil » pour personnes âgées demeure encore ténue, voire floue. À preuve, pendant que la SHQ se voit confier la construction des premiers centres d'accueil et des centres d'hébergement destinés aux personnes âgées, c'est le ministère des Affaires sociales du Québec qui accorde des subventions aux loyers et des subventions aux déficits d'exploitation aux personnes âgées locataires des résidences d'habitation construites par la SHQ ! (SHQ, 1992).

Dès le départ, les HLM pour aînés n'ont pas eu pour mission de répondre aux aînés en perte d'autonomie mais bien à la pénurie de logements abordables et de qualité. Édifiés principalement entre 1970 et 1985, ils n'ont pas été considérés comme faisant partie de la solution au moment des premières manifestations de la crise du providentialisme, de la crise des finances publiques ou des défis liés au vieillissement de la population. Au contraire, avec l'adoption, dès 1979, de la première politique québécoise de maintien à domicile (MSSS, 1979), les discours feront graduellement place au domicile privé comme lieu privilégié d'épanouissement des personnes âgées, sans faire allusion au logement social (Vaillancourt et Jetté, 1997). À partir de la première moitié des années 1980, le Québec vit

les premières manifestations des limites du modèle fordiste et providentialiste tel que déployé au cours des 20 dernières années. La crise engendre une préoccupation de plus en plus grande envers les personnes vulnérables sur les plans économique et social. Les coûts et le rythme de développement des centres d'accueil sont reconsidérés.

En 1986, la SCHL et la SHQ prennent un tournant en ciblant des groupes de personnes plus vulnérables sur les plans économique et social. Répondant à ces nouveaux contextes, la SHQ, qui est désormais maître de la mise en œuvre des programmes à frais partagés avec la SCHL, se tourne graduellement vers les OSBL d'habitation pour aîné-es, notamment avec les innovateurs programmes PSBLP, PARCO et plus tard, AccèsLogis (Ducharme, Charpentier et Vaillancourt, 2004). Le Programme sans but lucratif privé (PSBLP) a agit comme précurseur. Ce programme à frais partagés, destiné aux coopératives d'habitation et aux OSBL, a été en vigueur de 1986 à 1993. Pour la SHQ, il se voulait le reflet de la volonté de « *déborder le cadre strict de l'habitation en introduisant une nouvelle catégorie d'habitation dite avec services* » (SHQ, 1992 : 34). Il prévoyait un volet destiné aux personnes âgées avec la possibilité d'offrir des services d'animation, de sécurité, de repas, d'aide domestique, etc. *Au Québec, il a donné lieu à plus de 80 réalisations totalisant 1 300 unités entre 1990 et 1994 (Ducharme et Vaillancourt, 2002).* Le PSBLP met également en œuvre une composante architecturale spécialement adapté pour les aînés (Renaud, 2008). Le programme architectural encourage le développement de logements complets avec chambre à coucher séparée « *afin de favoriser l'autonomie chez les locataires âgés* ». (SHQ, 2008). Une attention particulière est portée aux espaces piétonniers, à l'éclairage, à la circulation des fauteuils roulants et à plusieurs autres détails ergonomiques. Bref, longtemps confinée à la « brique et au béton », la SHQ se voit graduellement confier, à partir de la fin des années 1980, des responsabilités à l'égard du mieux-être des locataires, des responsabilités de gestion sociale.

2.2.2 Les années 1980 et 1990. L'essor et la domination des résidences privées pour aînés

Cette première phase de développement des OSBL d'habitation pour aînés en perte d'autonomie doit être située dans le contexte plus large de l'essor des résidences privées pour aînés au cours des années 1990. Cet essor ne sera pas sans influence, au cours des années subséquentes, sur l'ensemble des résidences pour aînés. Amorcé au milieu des années 1980, le secteur des résidences privées pour aînés a connu une importante croissance de 1994 et jusqu'à la moitié des années 2000. Ce développement a constitué une autre réponse que certains ont qualifieront de privatisation tacite de la part des gouvernements face à la crise de finances publiques (Charpentier, 2002). Selon le registre des résidences avec services du MSSS, il existait au Québec en 2011, environ 1 900 résidences privées à but lucratif, comportant environ 100 000 unités de logement, ce qui fait de ce type de résidence le

deuxième mode d'habitation le plus important après le foyer familial. Pour le MSSS, une résidence pour personnes âgées se définit comme : « *Un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS (chapitre S-4.2) et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial au sens de cette loi* ». Dans cette définition, le MSSS distingue donc les résidences pour personnes âgées (incluant les ensembles de logement sans but lucratif) qui reçoivent un certain encadrement, des établissements plus lourds relevant directement de son réseau (ex. CHSLD, RI, RTF). En Amérique du Nord, les ressources résidentielles pour aînés (autre que les CHSLD) sont connues sous les noms de logements-services ou logements en milieu de soutien (*Supportive Housing*) (Social Data Research, 2000; etc.).

2.2.3 Multiplication des formules résidentielles et encadrement par le MSSS

Si les années 1980 et 1990 ont été caractérisées par l'essor des résidences privées ainsi que des logements sociaux et communautaires pour aînés avec services, les années 2000 ont été, quant à elles, marquées par la multiplication des formules résidentielles et, en corollaire, par des initiatives de l'État québécois visant à mieux encadrer le secteur. L'intérêt pour ces « nouvelles formules » a aussi donné lieu à une nouvelle nomenclature et à des distinctions que plusieurs ont regroupé sous le parapluie des *milieux de vie substitués* (Grenier, 2002). Dubuc *et al.* (2009) rapportent que, selon la littérature, les *milieux de vie substitués* sont ni plus ni moins que des centres d'hébergement et de soins de longue durée mais dont le cadre peut s'opérer dans des milieux résidentiels variés. Le Conseil des aînés (Québec) y donne une définition plus large, c'est-à-dire : "*Un lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès, en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services d'aide et d'assistance et même à des soins de santé*". En 2007, le Conseil des aînés recensait 130 000 unités appartenant à différents *milieux de vie substitués*. Or, dans ce recensement, 10 % des places appartenaient à des logements sociaux et communautaires. Les autres unités se trouvaient principalement dans des résidences privées (55 %), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (29 %) ou des ressources résidentielles intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF)¹. Concrètement, les initiatives du MSSS, qu'il s'agisse de recensement, d'enregistrement et de règlementation, ont eu pour effet de faire « basculer » une bonne partie des OSBL d'habitation (et certains HLM) offrant des services dans la

¹ Le document distingue également des places dans le cadre de « Projets novateurs : partenariat au service des aînés » (voir les détails plus bas); des places d'hébergement sous forme d'achat de places ou d'entente de services, des places de soins de courte durée occupées pour des soins de longue durée (ex. hôpital) et des places de longue durée dans des installations de courte durée.

catégorie des résidences pour aînés ou celle des milieux de vie substituts tels que définis par le MSSS.

La tendance à la réglementation des milieux résidentiels spécialisés pour les aînés s'observe dans plusieurs pays. L'idée d'une réglementation adaptée est venue, en Amérique du Nord, avec la prolifération des formules intermédiaires entre l'institution et le domicile conventionnel. Au Québec, les premières initiatives datent d'une vingtaine d'années. Elles proviennent, du moins en partie, des tensions survenues dans le secteur en croissance des résidences privées (insuffisance des services à domicile, vieillissement, pénurie de ressources d'hébergement, etc.) (Aubry, 2005; Charpentier, 2002). Elles ont aussi correspondu avec la réforme du système de santé et de services sociaux sous l'égide de son ministre Philippe Couillard. Au Canada, des auteurs, appuyés par la SCHL, se sont penchés sur le cadre juridique entourant les « logements en milieu de soutien » pour les aînés (Hall, 2005), le but étant « *d'établir un juste équilibre entre les protections nécessaires et un maximum de choix et d'autonomie pour chaque résident* » (p. 1). L'atteinte d'un certain équilibre entre sécurité (contrôle) et autonomie traverse les démarches de réglementation actuelle. Dans une étude sur les contextes réglementaires au Canada et dans les provinces, Hall (2005) affirme que le défi consiste à : « (...) *envisager une réglementation qui établit un juste équilibre entre les protections nécessaires et un maximum de choix et d'autonomie pour chaque résident* » (p. 5). En Colombie-Britannique, une consultation auprès des ensembles de logements en milieu de soutien traduisait le souci de l'instauration de normes inutilement sévères et leurs effets sur l'abordabilité de ces ressources pour certains ménages de personnes âgées (BCNPHA, 2010). Il en va de même pour le nouveau projet de loi en cours au Québec². On s'entendait aussi dans une grande mesure pour dire que, si l'on exigeait que les logements en milieu de soutien se soumettent à des normes établies pour la délivrance de permis aux établissements de soins, les logements finiraient par avoir la même apparence et donner la même impression que ces établissements. En somme, tout se passe comme si, au moment où les milieux de vie substituts débordent du cadre hospitalier, la notion de domicile s'élargit à son tour à une variété de milieux plus protégés.

2.2.4 Tendances récentes et enjeux

En 2012, les ensembles de logement social et communautaire destinés aux aînés sont rattrapés par les enjeux du logement social, de l'hébergement, de la qualité des services et de la place qu'y jouent les résidents. Un grand nombre d'habitations communautaires pour aînés offre de manière combinée des logements abordables et des services allant de l'animation à l'alimentation en passant par différents services d'aide et de soins à domicile. Cette formule

² Réseau québécois des OSBL d'habitation (2012) Résidences pour personnes âgées. Éditorial, Le Réseau. Bulletin du RQOH, no 40, juin 2012.

est à la base du volet 2 d'AccèsLogis tout comme elle est fortement répandue dans l'univers des résidences privées pour personnes âgées. Peu présente parmi les habitations sociales et communautaires il y a quelques décennies, elles n'ont eu de cesse de s'étendre (Charpentier, 2002; Vaillancourt, 2005).

Le développement d'instruments de régulation étatique tels que *l'Annexe au bail pour les services offerts au locataire en raison de sa condition personnelle pour les personnes âgées ou handicapées et la mise en place d'un registre et d'une certification pour les résidences pour aînés* n'est pas étranger à ce phénomène (voir l'annexe 5). Au cours des dernières années, la recherche québécoise a effectué un important travail de recension et de description des ressources résidentielles pour aînés, si bien que l'on dispose d'un très bon portrait général (Pelletier, 2000; Ducharme et Vaillancourt; 2006; Aubry, 2005). D'autres recherches se sont penchées sur la qualité, l'encadrement et les soins, notamment dans les résidences privées pour aînés (Charpentier, 2002; Hébert, 2010) ou à la participation et à l'insertion dans les logements sociaux destinés aux aînés (Dansereau; 2006; Charpentier et Soulières, 2006; Renaud, 2008).

Deux importantes recherches québécoises se sont intéressées aux nouvelles formules d'habitation sociale et communautaire pour aînés avec services sous l'angle de la reconfiguration des politiques. La première, sous l'égide du LAREPPS (Vaillancourt et Charpentier, 2005) s'est intéressée aux points de convergence et aux passerelles dans différentes formules de résidences pour aînés, mais sous l'angle des tenures (privées, publiques, sans but lucratif) en faisant ressortir l'apport des valeurs, principes et pratiques des uns et des autres comme conditions favorables à des développements futurs. Le rapport met notamment en lumière certaines innovations ou pratiques issues du secteur communautaire ou privé et leur institutionnalisation sous forme de politique publique. On pense, par exemple, à certaines normes d'aménagement, à la valorisation du chez-soi (intimité), aux comités de résidents ou aux partenariats locaux. De même, la recherche y souligne des lacunes au plan des régulations entourant l'aménagement et l'animation dans le secteur des résidences privées, pourtant davantage associées à l'univers de l'hébergement.

« Projets novateurs »

L'autre projet d'importance portait sur l'évaluation des nouvelles formules d'hébergement (NFH) en tant qu'alternatives aux CHSLD en s'intéressant à leur coût et à leur effet sur la qualité de vie (Dubuc, *et al.*, 2009). Les formules étudiées étaient issues d'ententes pilotes entre des CSSS, d'une part, et des résidences de type HLM, OSBL ou résidences privées pour aînés. L'évaluation a notamment démontré que ces formules « *permettent la création de milieux (financièrement) neutres tout en répondant à des besoins de types et de niveaux différents* » (Ibid. p. 182). Les formules étudiées émanaient d'un programme pilote lancé en

2003 par le MSSS. Les nouvelles formules d'hébergement (ou projets novateurs : un partenariat au service des aînés)³ encourageaient des organismes privés ou communautaires à offrir des services d'hébergement dans le cadre d'un partenariat avec des établissements publics. Si l'étude portait sur une comparaison avec les CHSLD, les auteurs ont, de toute évidence, été sensibilisés aux enjeux majeurs de politique publique « *qui naît de la convergence de deux domaines d'intervention publique, soit l'hébergement de personnes dépendantes et le logement de personnes à faible revenu* » p. 28. Dans leur rapport, les auteurs notent que les distinctions entre logement et hébergement « ... *ne sont pas que sémantiques et qu'elles mettent en cause la conception même du lieu où réside la personne âgée. À quel moment (demandaient-ils) un projet de logement social doté de services comme ceux que subventionne le programme AccèsLogis Québec volet III (sic) cesse-t-il d'abord d'être au service de l'intégration sociale de la personne et devient-il plutôt un lieu de dispensation de soins, un appendice du domaine de la santé et des services sociaux?* » (ibid ;, p. 26).

Autonomie et pouvoir d'agir

Inévitablement, l'intégration dans une résidence pour aînés renvoie aux questions d'autonomie, du chez-soi et de vie quotidienne. Le tout étant de maximiser le confort, l'espace et l'intimité tout en assurant la sécurité et les soins. Une étude de Charpentier (2006) portant sur le pouvoir d'agir des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement conclut que « le sentiment de ne pas être chez soi y est généralisé » (p. 87) Certains y déplorent le rétrécissement de leur espace privé, la soudaineté de la relocalisation (par exemple après une hospitalisation, peu de visites préalables) et la perte de pouvoir qui s'en est suivi. Au Québec, le récent règlement d'agrément des résidences pour aînés y réfère, avec l'exigence de codes d'éthique, de l'espace qui garantit l'intimité et les visiteurs de son choix (art. 3), soutien à l'autonomie, etc. (Québec, 200?).

Diversité, libre choix, soutien à domicile

Les orientations mises de l'avant dans le Plan d'action pour les aînés (2005-2010) s'inscrivent dans le droit fil de la Politique de soutien à domicile (MSSS, 2005a). Le plan d'action place le soutien à domicile et la diversification des formules de logement au centre de ses principes d'action. À leur tour, Reguer et Charpentier (2007) notent que l'idée du « *domicile le plus longtemps possible* » et du « *placement le plus tard possible* » s'est imposée comme une injonction au nom du libre choix. Or, le fait de limiter le maintien à domicile au plus longtemps possible a conduit à promouvoir des filières spécifiques, donc ségrégatives, de consommation de services et de mode d'habitation pour les personnes qualifiées en perte d'autonomie lorsque le maintien à domicile est considéré comme devenu

³ Dans le reste du texte, ces projets seront désignés par « Projets novateurs ».

impossible. Il impose aux personnes de s'adapter, faute de mieux, au passage du domicile à l'hébergement sur des critères sociaux et médicaux, au nom d'un libre choix. Sur un plan plus théorique, les auteurs ouvrent appellent à une redéfinition des concepts de domicile et d'hébergement, traditionnellement vus et perçus comme des univers distincts aux valeurs irréconciliables.

« Les représentations portées par les politiques publiques perpétuent une opposition entre, d'un côté, le maintien à domicile, approche valorisée et associée aux concepts d'autonomie et de vieillissement réussi et, d'un autre côté, le recours à l'hébergement, approche dévalorisée et associée aux concepts de perte, de déclin et de dépendance. Ces conceptions cachent, en fait, d'importants enjeux sociaux, politiques, économiques, idéologiques et culturels, que nous avons tenté ici de mettre en évidence. Ils ne sont pas étrangers à des caractéristiques sociétales concernant le rôle de l'État, notamment une marketisation de la vieillesse, de plus en plus privatisée et réduite à l'état de clientèle de senior dans son pouvoir de décision, et une pression constante de conformité à des normes d'indépendance/autonomie, d'adaptation et, bien entendu, de maintien à domicile le plus longtemps possible. » (Ibid : p. 48).

Conclusion

Au cours des vingt dernières années, l'univers des résidences pour aînés a été marqué par une démultiplication des formules, un encadrement et une reconnaissance accrue du cadre domiciliaire comme principal lieu de prestation des services aux aînés. Comme le notaient Vaillancourt et Charpentier (2005), dans les années 1970 et 1980, les interventions du gouvernement québécois en matière d'habitation et d'hébergement pour personnes âgées évoluaient « à la manière de deux solitudes » (p. 121). Pendant que la SHQ créait des HLM pour aînés, le ministère des Affaires sociales (l'ancien MSSS) érigeait des centres d'accueil et des centres hospitaliers pour les personnes âgées. Plus tard, à partir du milieu des années 1990, la diminution des investissements dans les centres d'accueil laissera croître l'important secteur des résidences privées avec services. En matière de résidences pour aînés, les recherches montrent que les formules émergentes vont dans le sens de résidences qui offrent à la fois un caractère résidentiel sécuritaire, d'une part, tout en offrant des services et soins de santé, d'autre part (Social Data Research, 2000, Grenier, 2002). Le développement d'unités de type ressource intermédiaire (RI), l'adoption, en 2006, d'une certification de conformité pour les résidences pour aînés, la mise en place d'ententes de soins et services entre des centres de santé et des services sociaux (CSSS) et des résidences pour aînés (publiques, privées ou communautaires) traduisent cette orientation.

2.3 *L'hybridation, une notion polysémique*

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

D'autres sociologues se sont intéressés à l'économie sociale et solidaire sous l'angle des hybridations auxquelles celles-ci donnent lieu. Evers et Laville (2004) utilisent le terme « *hybridation* » pour caractériser le lieu et la fonction de l'économie sociale, soit un espace intermédiaire, caractérisé par la porosité des secteurs et le brouillage des frontières. Eme et Laville (2004) avancent également l'idée d'hybridation entre les économies marchandes, étatiques et de l'économie sociale, non pas comme des juxtapositions, mais comme s'influencant de manière dynamique. Ainsi, dans son importante étude sur les services de proximité en Europe, Laville (1992) soutient que les entreprises d'économie sociale et solidaire représentent en fait une hybridation entre les trois formes d'économie que sont l'économie non monétaire, l'économie marchande et l'économie non marchande, dont le but est le « changement institutionnel » par le promotion de « solutions mixtes » où « l'impulsion communautaire est amplifiée par le recours au marché et à la redistribution dans le fonctionnement d'institutions macroéconomiques » (Laville, 1992 : 149). Pour décrire les entreprises d'économie sociale et solidaire, Laville parle également de « complémentarité » des économies privées, publiques et communautaires, ou encore de « nouvelles articulations entre ressources financières publiques et autofinancement » (Laville, 1992 : 190).

Dans le même ordre d'idée, Smith (2010) rend compte de l'accroissement des hybridations dans le secteur des politiques publiques, caractérisées par un mélange entre formules sans but lucratif, mixtes ou à but lucratif. Pour lui, les hybridations dans le tiers secteur reflètent la restructuration de l'État et un processus d'adaptation dans un environnement changeant. Dans la même veine, pour Joldersma et Winter (2010), le processus d'hybridation est l'intégration d'une logique marchande au sein du secteur public dans un contexte de restrictions budgétaires gouvernementales. Brandsen, van de Donk et Putters (2007) ont une vision plus large du phénomène et avancent que l'hybridation est devenue une condition générale des organisations au sein des secteurs public, privé et de l'économie sociale, ce qui rend difficile, à leur yeux, l'objectivation des caractéristiques propres à chacun des secteurs. Encore récemment, Billis (2010), un britannique, a rendu public un ouvrage formé d'une vingtaine d'articles (dont plusieurs études de cas) et qui rend compte de l'accroissement et du rôle de plus en plus significatif des organisations hybrides dans le tiers secteur. Le dernier

chapitre de son ouvrage propose une théorisation des processus menant à des formes hybrides, laquelle repose sur une typologie croisant les organisations du tiers secteur selon le degré de pénétration des caractéristiques de *l'autre univers* (*shallow* à *entrenched*) et le type de structure y ayant donné naissance (*organic* à *enacted*). Quatre dimensions d'analyse sont considérées à travers cette grille : propriété, gouvernance, ressources humaines, mission. Billis croit que l'ancrage identitaire demeure un vecteur important de reconnaissance et d'action pour les acteurs qui y puisent leurs valeurs et les principes qui commandent leur manière de répondre aux besoins des populations et des communautés.

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

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

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

économie sociale) ne signifie pas nécessairement que la ressource reflète les valeurs qui sont traditionnellement associées à celui-ci. » (p13).

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

2.4 Notre cadre d'analyse

Notre cadre d'analyse s'articule autour des concepts d'hybridation et des formules résidentielles susceptibles d'expérimenter ces processus. Nous retenons à cette fin, dans un premier temps, la définition de Boyer qui, tout simplement, décrit l'hybridation comme un processus d'échanges et d'emprunts d'un univers à l'autre (Boyer, 1998). Aussi, l'idée d'emprunt demeurera centrale dans notre analyse, une idée également très répandue dans l'étude des transferts de politiques (*policy transfer studies*) ou de programmes et qui trouve des échos dans notre manière d'appréhender les choses Dolowitz *et al.*, (2000)⁴ parlent, de leur côté, du processus par lequel des informations et des savoirs concernant les politiques publiques propres à un système politique – passé ou présent – sont empruntées et utilisées dans le cadre du développement de politiques publiques dans un autre système politique. Une telle définition implique :

- La présence d'un modèle de référence;
- Des acteurs engagés dans l'exportation et/ou dans l'importation de ce modèle;
- D'une variété de canaux, mécanismes et stratégies de transfert (emprunts), des processus de réception.

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

Si l'hybridation insiste sur les processus, nous n'ignorons pas les résultantes, que nous appelons ici, les hybrides. Ainsi, et reprenant à notre compte le modèle développé par Billis

⁴ David P. Dolowitz, *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the USA?*, Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 2000, p. 5.

(2010), une forme est hybride si la nature de l'une ou plusieurs des caractéristiques fondamentales constituant son univers d'origine est altérée ou oblitérée par le ou les emprunts à l'autre univers. Nous y revenons dans notre section sur l'analyse des hybrides.

2.4.1 Le logement social et l'hébergement : deux univers

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

Le logement social

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

Actuellement, les logements sociaux destinés aux aînés représentent 35 000 HLM publics et 20 000 logements de type communautaire (OSBL et coopérative) (Dumais, Ducharme, & Vermette, 2008). On estime le nombre de logements dans des OSBL-H et les coopératives d'habitation pour personnes âgées à près de 20 000 dont 450 OSBL et 60 organismes de type coopérative d'habitation. Les formules de logement social pour aînés « avec services » sont le lieu de prédilection des OSBL d'habitation. La majorité des OSBL d'habitation destinés aux aînés offrent des services légers tels l'alimentation ou l'animation alors que des services d'assistance et de soins personnels sont offerts dans plus de 25 % des OSBL d'habitation destinés aux aînés (Ducharme et Dumais, 2008).

Hébergement

Si on associe l'univers du logement social au besoin économique, au louage (bail), au statut de locataire et au chez-soi permanent, l'univers de l'hébergement renvoie, quant à lui, aux besoins psychosociaux ou sanitaires des personnes (Means, 1996). L'accompagnement social ou le traitement sont inhérents à l'univers de l'hébergement. Au Québec, une bonne partie des

ressources d'hébergement relève d'établissements dont les contours sont balisés par la Loi sur la santé et les services sociaux (CHSLD, ressources intermédiaires, ressources de type familial, etc.). D'autres ressources, de type privé ou communautaire, accueillent des femmes victimes de violence, des jeunes ou des familles en difficulté, des personnes toxicomanes, des ex-détenus, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des personnes présentant une déficience intellectuelle, etc. (ASSSMC, 2009; MSSS, 2008).

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

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

Tableau 1
Éléments de l'ancien et du nouveau *paradigme*

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

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

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

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

2.4.2 Les dimensions d'analyse

Nous avons d'abord identifié une cinquantaine d'indicateurs pouvant caractériser un univers ou l'autre⁵. Ces indicateurs sont regroupés selon six grandes dimensions. Il s'agit :

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

Ces dimensions d'analyse sont, dans une large mesure, inspirées de Ridgway et Zippel (1990) dans leur article intitulé *The Paradigm Shift in residential services. From the linear continuum to the supported housing approaches*. Cet article, qui fait référence au système de santé mentale, a constitué un cadre d'analyse inspirant pour plusieurs autres recherches et

⁵ La liste des indicateurs est à l'annexe 2.

interventions. Les grandes caractéristiques sont synthétisées. Enfin, dans l'univers du logement, il importe aussi de distinguer certaines caractéristiques propres à l'univers du logement en général et d'autres qui sont plus spécifiques au logement social. Les caractéristiques propres au logement social se rapportent essentiellement aux subventions qui y sont rattachées ainsi qu'aux critères d'attribution des logements qui sont fondés sur les bas revenus ou l'impossibilité à accéder à un logement salubre ou adéquat.

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

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

2.4.3 AccèsLogis, un programme aux objectifs multiples

Nous avons choisi de nous centrer exclusivement sur des projets d'habitation sociale et communautaire émanant du programme AccèsLogis et plus particulièrement des projets dans le cadre des volets dits « avec services ». Nous avons ciblé les OSBL non seulement en raison de l'origine de la demande pour cette recherche, mais parce que la grande majorité des projets destinés à des personnes vulnérables ou présentant des besoins particuliers ont été

développés dans ce type d'organisme. Le choix d'AccèsLogis nous permet de nous concentrer sur une période de vie à la fois courte - globalement le début des années 2000, et récente, ce qui permet de mettre en lumière des enjeux nouveaux, contemporains. AccèsLogis est, depuis son lancement en 1997, le principal producteur de projets d'habitation sociale et communautaire au Québec. Conçu au Sommet de 1996, le programme AccèsLogis a été lancé en 1997 pour une période de 5 ans (1997-2001). Par la suite, il a été reconduit à diverses reprises, ce qui lui a donné une certaine durabilité. Le répertoire des programmes du gouvernement du Québec le décrit comme « *...un programme d'aide financière qui encourage le regroupement des ressources publiques, communautaires et privées afin de favoriser la réalisation de logements sociaux et communautaires pour des ménages à revenu faible ou modeste, ou pour des clientèles en difficulté ayant des besoins particuliers en habitation* » (Gouvernement du Québec, 2011).

Le programme se divise en trois volets : le volet 1 est destiné à des ménages à revenu faible ou modeste (familles, personnes âgées autonomes) et il offre des logements permanents. Le volet 2 est destiné à des projets de logements permanents avec services pour des personnes âgées en perte légère d'autonomie. Le volet 3 est destiné à des projets de logements temporaires ou permanents avec services pour des personnes ayant des besoins particuliers de logement : logement permanent ou de transition pour de l'insertion sociale, hébergement d'urgence, etc.

3. LA MÉTHODE

Il n'est pas inutile, à ce stade-ci, de rappeler les principaux objectifs poursuivis par cette recherche. Celle-ci vise à :

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

3.1 Stratégie de recherche

Étude de cas multiples

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

3.2 Les organismes et projets à l'étude

Ainsi, la liste des projets développés dans le cadre du volet deux du programme AccèsLogis (pour aînés en légère perte d'autonomie) comportait environ 120 entrées (cas). Les projets et organismes retenus sont situés dans des milieux géographiques variés soit, des grandes villes (n=3), des milieux ruraux (n=3) ou dans des banlieues ou petites municipalités (n=2). Le nombre d'unités des projets varie d'une trentaine à plus de 90. Tous les projets étudiés ont été inaugurés entre 1998 et 2005. Le tableau qui suit présente les grandes caractéristiques des projets retenus et qui constituent notre échantillon à l'étude.

Spécifions que, dans la présente filière, tous les cas étudiés relèvent, au sens stricte et premier, de l'univers du logement social. Ce classement préliminaire se justifie selon ces deux critères : 1) l'utilisation effective du bail de logement; 2) et la conception même des promoteurs sur le statut de logement social (et non d'hébergement). Ce classement de base n'est pas fortuit. Il constitue la base à partir de laquelle il devient possible d'identifier le sens des emprunts. Ici, donc, les cas seront étudiés sous l'angle des emprunts à l'univers de l'hébergement⁶.

L'échantillon des projets AccèsLogis à l'étude

no	Type de milieu	Statut de base	Nombre d'unités (arrondi en dizaine)	Année d'ouverture	Personnes interrogées
P-01	Banlieue nord de Montréal	Logement social	50	2005	2 entrevues : président et responsable de l'ESAAD partenaire
P-02	Grande ville	Logement social	90	2008	4 entrevues : 1 membre CA; 1 coordonnateur; 1 fonctionnaire Ville; 1 responsable soutien à domicile au CSSS
P-03	Petite municipalité	Logement social	30	1998	2 entrevues : président et employé GRT
P-04	Grande Ville	Logement social	70	2009	2 entrevues : directeur et coordonnatrice
P-05	Milieu rural (Rive-Sud) de Québec	Logement social	60	1999 à 2004	3 entrevues : président; ancien directeur CLSC; coordonnatrice OSBL-H
P-06	Milieu rural (est du Québec)	Logement social	30	2002	2 entrevues : directeur et responsable du SAD du CSSS
P-07	Grande ville	Logement social	30	2005	1 entrevue : directeur
P-08	Petite ville milieu rural (Rive-Sud, Montréal)	Logement social	30	2004	2 entrevues : directeur; organisatrice communautaire CSSS

⁶ A l'inverse, dans certains des cas à l'étude, par exemple dans les filières « santé mentale » ou itinérance, certains cas relèvent plutôt de l'univers de l'hébergement. L'analyse va alors dans le sens des emprunts à l'univers du logement social.

Entretiens semi-dirigés avec des intervenants-clés

Finalement, pour chacun des huit organismes sélectionnés pour la « filière aînés », de une à quatre personnes ont été rencontrées. Le choix des personnes sur leur connaissance des projets à l'étude. Il importait que les intervenants rencontrés aient été impliqués dans le développement des projets et qu'ils en connaissent la « petite histoire ». Ces personnes pouvaient être des administrateurs-fondateurs, des directeurs ou intervenants, des employés de groupes de ressources techniques (GRT)⁷, des organisateurs communautaires associés au développement du projet, etc. D'autres intervenants, l'un du monde municipal (C-1) et l'autre de la Société d'habitation du Québec (C-2) ont été rencontrés pour compléter l'information ou encore pour obtenir des points de vue en provenance d'acteurs différents, notamment pour ce qui est des partenaires de l'univers de l'hébergement (santé et services sociaux). Ces points de vue complémentaires et croisés contribuent à l'objectivation des données et facilitent leur interprétation lors de l'analyse. Avec l'autorisation des personnes, les entretiens ont été enregistrés. Ainsi, le choix et la variété des intervenants rencontrés ainsi que la transcription des entretiens assurent la validité et la fidélité des informations. Un tableau présentant les principales caractéristiques des cas est offert à la page suivante. Une description plus élaborée de chaque cas figure à l'annexe 1.

3.3 La méthode d'analyse

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

⁷ Le programme AccèsLogis invite fortement les groupes promoteurs à faire appel à un groupe de ressource technique (GRT).

corpus, « des structures pour les réponses » et même des « balises pour la rédaction du rapport ». En générant constamment de nouvelles questions basées sur le corpus de données, le canevas investigatif n'est donc pas un outil « rigide » et est en constante évolution, une évolution qui s'appuie sur l'attention que l'on porte aux « phénomènes émergents » et sur la découverte de nouveaux éléments issus du travail terrain. En somme, outre le fait qu'elle soit économique, l'approche par questionnement analytique comporte l'avantage de travailler directement avec les questions posées par les commanditaires, permettant ainsi une analyse « en prise ferme à la fois avec les objectifs de l'enquête et les particularités du corpus de données », lui conférant ainsi « un niveau de validité important » (ibid : 111).

De façon plus précise, nous avons travaillé avec deux sortes de fiches. Dans un premier temps, nous avons conçu une fiche « signalétique » dans laquelle nous avons consigné des informations factuelles et uniformes (donc comparables) sur chacune des initiatives étudiées, par exemple : année du début des opérations, mission, clientèle desservie, nombre et types d'unités, organisation des services, etc. Dans un deuxième temps, nous avons conçu une fiche « analytique », dans laquelle nous avons formulé un certain nombre de questions d'analyse auxquelles, pour chacun des cas étudiés, nous apportons des réponses à la lumière du matériel recueilli. On trouvera les deux types de fiches aux annexes 3 et 4.

Considérations éthiques

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

4. LES RÉSULTATS

Cette partie présente des constats et des analyses à partir des cas étudiés. Les éléments présentés ne prétendent pas à l'exhaustivité. Ils retiennent plutôt l'attention en raison de leur caractère inédit, illustratif ou encore pour la portée ou les enjeux qu'ils recèlent. Les éléments d'emprunt entre les univers du logement et de l'hébergement (indicateurs de forme hybride) sont présentés suivant les grandes dimensions présentées plus haut. La partie 3.1 présente les principaux lieux d'échange ou d'emprunt d'un univers à l'autre. Comme nous l'avons déjà mentionné en introduction, il nous apparaît que certains de ces indicateurs ne s'avèrent pas significatifs, ou encore qu'ils semblent s'avérer pertinents pour telle filière mais moins pour telle autre. Dans certains cas, nous pouvons même dire que certains s'avèrent tout simplement inopérants. De même, tous ces indices n'ont pas un poids égal, n'ont pas la même portée et nous devons en tenir compte au plan de l'analyse. Or, quoiqu'il en soit, à cette étape-ci de la recherche, nous avons décidé de les conserver tous, quitte à raffiner notre grille d'analyse plus nous approcherons du produit final. Dans les faits, ils doivent encore être considérés comme des outils de travail. Après ce travail d'analyse plus méthodique fait à partir des indices d'hybridation, nous porterons un regard plus qualitatif sur le phénomène de l'hybridation en abordant les dynamiques entre les acteurs et les processus d'hybridation qui sont en cause.

La seconde section s'intéresse, quant à elle, aux hybridations sous l'angle des processus, des dynamiques sous-jacentes. Les contextes de création, les modèles de référence et le rôle des acteurs y prennent une place importante. Enfin, la troisième partie tente de dégager des enjeux, opportunités, recommandations.

D'entrée de jeu, et tel que le montre le tableau ci-bas, l'examen des cas laisse voir que certaines dimensions se trouvent davantage influencées par l'univers de la santé. C'est le cas des missions, des aménagements et des conditions d'attribution des logements. En revanche, les conseils d'administration et les conditions de séjour, qui font référence aux durées de séjour et au chez-soi, sont moins touchés. En effet, on ne trouve que très peu de postes désignés ou même de représentants du secteur de la santé au sein des conseils.

Tableau 2
Principaux domaines d'hybridation, selon les cas étudiés

cas	Contexte de création	Mission et gouvernance	Attribution logement	Aménagements	Conditions de séjour	Services	Dimensions symboliques
P-01	x	xx	xxx	xxx	x	x	
P-02	xx	xx	xx	xxx		x	
P-03	xx	xx	xx	xx	x	xx	xx
P-04	x						
P-05	xx	xx	x	x			
P-06	x	x	x	xx		xx	x
P-07	x	xx	xx	xx	xx	xxx	x
P-08	x	xx	xx	x	x	xx	x

Échelle d'interprétation : absence de X : très peu d'emprunts; un X : peu d'emprunts; deux XX : assez d'emprunts; XXX : plusieurs emprunts

4.1 Les principaux indices d'hybridation

La présente section examine les différents indices d'hybridation se manifestant essentiellement par des emprunts à l'univers de l'hébergement en contexte d'ensembles résidentiels de type logement social et communautaire (AccèsLogis Québec). Nous avons retenu ceux qui nous apparaissent les plus significatifs, donc en mettant l'accent sur le principal. De même, ici, le mot indice n'est pas fortuit puisque certains de ces emprunts peuvent s'avérer sans effet ou peu significatifs. Ils demeurent donc, dans la présente recherche, objets de discussion.

4.1.1 Les cibles et les conditions d'attribution des logements

Dans l'univers du logement social, la sélection des locataires est fondée sur les conditions économiques des ménages et leur impossibilité à accéder à un logement convenable sur le marché privé. L'accès aux ressources d'hébergement, de son côté, se fonde sur une logique de traitement ou d'intervention psychosociale. Dans les faits, le volet 2 du programme AccèsLogis combine les deux logiques (voir l'annexe 4). Or, de quelle manière nos organismes à l'étude composent avec ces deux réalités ? Trois observations se dégagent.

1) Évolution vers des personnes en plus lourde perte d'autonomie

Il s'avère que plus de la moitié des projets AccèsLogis que nous avons étudiés ciblent des personnes âgées présentant des **pertes d'autonomie importantes**, c'est-à-dire nécessitant des soins personnels et médicaux réguliers. Ces profils excèdent les niveaux de perte d'autonomie *légère* prescrits dans le volet 2 du programme AccèsLogis. Dans certains cas,

ces « nouvelles cibles » découlent des fameux « *projets novateurs* », ces projets subventionnés dans le cadre d'ententes de services avec des CSSS (P-01; P-02; P-08). Dans d'autres cas, les organismes ont décidé, sur leur propre base, d'offrir des soins de santé. Ils se sont ouverts graduellement à des personnes âgées en perte plus importante d'autonomie (P-07; P-05). Selon les organismes, les populations cibles sont explicites, c'est-à-dire inscrites dans les missions ou règles d'admission, ou implicites, c'est-à-dire qu'elles sont le reflet d'une pratique qui a évolué et dont on constate le fait *a posteriori*.

2) La secondarisation du critère faible revenu

Aux yeux de plusieurs responsables, il semble que la question du revenu et des conditions de logement tende à être secondarisée au fur et à mesure que l'offre de service aux aînés prend de l'importance dans l'organisme. Dans ces organismes offrant de nombreux services, les intervenants insistent sur l'importance de *répondre au besoin de sécurité des personnes âgées*. Des insécurités souvent subséquentes au vieillissement ou à des veuvages. Bref, bien que les postures soient variables, pour une majorité des cas, le critère du revenu est présenté par les promoteurs comme secondaire, voire non-existant (P-03; P-05; P-06; P-7; P-8).

Une remarque s'impose ici afin de distinguer le discours de ces responsables de la réalité des faits. Tout d'abord, l'importance ou non accordée aux revenus des requérants ne peut concerner que la part des logements qui ne sont pas éligibles à des subventions. Cela représente généralement la moitié des logements des projets dans le volet 2 d'AccèsLogis. D'autre part, des études récentes de la SHQ ont démontrées que la grande majorité des aînés résidants dans les ensembles du volet 2 du programme AccèsLogis ont des revenus faibles (Leduc, 2008).

Dans ce contexte plus cadré, il demeure intéressant d'examiner le traitement accordé à ces unités de logement non-subventionné ? Dans certains cas, ces logements demeurent une priorité pour les personnes âgées à faible revenu, priorité reflétée dans les grilles de sélection développées par l'organisme (P-01; P-02). Or, dans d'autres cas, les organismes ne considèrent pas (ou rarement) les revenus pour les unités non subventionnées. Pour ces logements non subventionnés, la priorité est accordée aux besoins en services des personnes âgées ou à leur isolement. Plus encore, certains organismes ont peine à combler les unités réservées pour les logements subventionnés. (P-05; P-07; P-08). Si, pour certains, ceci est le reflet d'une baisse récente des demandeurs à faibles revenus (notamment en milieu rural), pour d'autres, cela reflète une certaine orientation qui mise plutôt sur les personnes ayant besoin de services et accorde la priorité aux gens de la localité, comme l'illustre ce commentaire :

« Le revenu, pour nous (en référence aux logements non subventionnés), n'est pas la priorité. Même, il arrive qu'on ne réussisse pas à remplir notre quota de suppléments au loyer parce qu'on va privilégier les gens de la place. Bref, l'appartenance territoriale est une priorité. Les gens peuvent bien n'avoir aucun problème financier, pour l'instant, c'est : priorité aux gens de la place, aux pertes d'autonomie, ensuite les revenus » (P-05-1)

Un autre responsable affirme que dans sa ville, où les loyers sont bas, il est plutôt enclin à rechercher des personnes de 70 ans et plus **éligibles au crédit d'impôt** que des personnes éligibles au PSL (P-07-1). Bref, pour plusieurs, le programme ACL volet 2, dont les finalités sont nombreuses, est utile, aux yeux des administrateurs et des gestionnaires des OSBLH, dans la mesure où il répond aux besoins économiques des aînés, mais aussi à leur besoin de sécurité, au maintien des personnes âgées dans la localité, à la pérennité des milieux locaux. Notons que dans deux cas, la présence de plan de service ou de plan d'intervention est un préalable pour les locataires qui sont partie à une entente de services avec le CSSS (P-02; P-03).

3) Le rôle des établissements de santé dans la sélection et la référence

Dans plusieurs cas, les établissements de santé et leurs intervenants jouent un rôle important dans la sélection des locataires. Ce rôle se présente alors comme une contrepartie dans le cadre d'une collaboration ou d'une entente de services formelle. Les acteurs les plus souvent concernés sont les équipes de soutien à domicile (SAD) des CLSC ou encore des hôpitaux. Le niveau de contrôle de ces intervenants est variable et peut s'exercer de différentes manières. Dans le plus fort des cas (P-01), le CLSC-CSSS exerce lui-même la sélection pour l'ensemble des locataires aînés de l'organisme conformément à l'entente de services qui lie l'OSBLH et le CSSS. Le rôle de l'OSBL-H se résume à une validation après l'approbation de l'OH, dans le cas des suppléments au loyer et du CLSC (voir les détails de chaque cas à l'annexe 2). Dans d'autres cas, l'établissement de santé se voit confier la responsabilité de la sélection d'une partie des locataires; ceux qui sont concernés par l'entente de services dans l'OSBL-H. L'OSBL-H prévoit alors différents systèmes (ou niveaux) de sélection, selon les sous-groupes de locataires. Dans les cas où des ententes ont été formellement signées, le rôle des établissements de santé a été négocié et formalisé au départ. Ces ententes impliquent parfois que des intervenants des établissements de santé siègent sur le comité de sélection de l'organisme, et parfois non. Les établissements de santé qui jouent un rôle dans les OSBL-H n'ayant pas d'entente de services est différent. Il prend alors plutôt la forme de références ou de recommandations. Tous ces cas de figure entraînent inévitablement des demandes de placement, dont certaines peuvent être jugées excessives (en raison de la condition de santé de la personne) ou parfois trop insistantes. Dans la majorité de ces cas, il apparaît que les demandes en provenance des établissements de la santé ont plutôt augmenté. Le responsable

de P-07, par exemple, affirme qu'auparavant les références en provenance du secteur de la santé étaient quasi inexistantes; elles forment maintenant la majorité.

4.1.2 L'aménagement

L'aménagement des immeubles, incluant les modalités de financement, pose de nombreux enjeux dans la création des formules résidentielles pour aînés dans le cadre d'AccèsLogis. Ainsi, vu sous l'angle de notre cadre conceptuel visant à distinguer les univers du logement et celui de l'hébergement, la présence de pièces communes ou d'équipements consacrés à des traitements, des soins ou des activités de socialisation est associée à l'univers de l'hébergement. Il en va de même pour les dispositifs de sécurité de nature à contrôler les allées et venues, etc. En revanche, on peut considérer que l'aménagement de logements complets est associé à l'univers du logement parce qu'ils offrent à la fois l'intimité (chambre fermée), l'autonomie (cuisine et salle de bains) et la possibilité de recevoir (salon). Bien entendu, l'examen des choix d'aménagement survient dans le contexte déjà fortement normé du volet deux du programme ACL et qui intègre des éléments de l'un et l'autre des univers. Les sections qui suivent illustrent bien que les aménagements font souvent l'objet de négociations et qu'ils jouent dans l'évolution de cette fameuse zone frontalière. Voici nos principales observations et nos constats.

Première observation. Changement de catégorie d'usage des immeubles

Parce qu'ils accueillent des personnes en perte d'autonomie, certains ensembles résidentiels ont opté pour des aménagements appartenant à une catégorie d'usage des bâtiments de type B-2 dite « *établissement de soins* » plutôt que « résidentiel » tel que le prévoit le programme AccèsLogis (P-01; P-02; P-03). Les choix d'aménagement ont pu s'appliquer à l'ensemble d'un immeuble ou à une partie seulement. C'est le Code du bâtiment du Québec qui détermine les différentes catégories d'usage des bâtiments et les normes qui s'y rattachent. L'encart qui suit présente les principales normes relevant du Code de la construction et du Code du bâtiment.

Les usages des bâtiments et les résidences pour personnes âgées.

Au Québec, les normes d'aménagement concernant la construction et la sécurité des bâtiments sont colligées dans le chapitre Bâtiment du Code de la Construction du Québec. Le Code encadre des aspects tels que la solidité des structures, la sécurité incendie, l'accessibilité, les moyens d'évacuation, la salubrité, la santé et sécurité des occupants. Le Code détermine aussi la réglementation en fonction des différents usages de ceux-ci. Concrètement, l'adoption d'une norme B-2, se traduit par des mesures de sécurité, de protection des incendies et d'évacuation accrues. Ces codes sont en évolution constante. La dernière mise à jour importante date de 2005. Le tableau qui suit montre les différentes catégories d'usage des bâtiments.

Tableau 5 . Les usages des bâtiments selon le Code national du bâtiment

Usage des bâtiments	Catégorie	Exemples
Groupe A	Établissements de réunion	Cinémas, restaurants, arénas, etc.
Groupe B-1	Établissements de soins ou de détention	Hôpitaux, pénitenciers, prisons, etc.
Groupe B-2	Établissements de soins	Centres d'hébergement pour enfants, hôpitaux, maisons de convalescence, orphelinats, résidences supervisées.
Groupe C	Résidentiel	Appartements, maisons, hôtels et motels, internats, monastères, etc.
Groupe D-E	Commercial	Boutiques, supermarchés, magasins, garages, laiteries, etc.

Source : À partir du Code national du bâtiment 2005.

A l'intérieur du groupe B, division 2, (B-2) à l'usage des institutions de soins, les *Résidences supervisées* constituent une version légèrement allégée de la norme B- du groupe 2, par rapport aux hôpitaux, maisons de repos ou infirmeries, par exemple. Les résidences supervisées se disent d'établissements pour des personnes qui ne sont pas autonomes et qui nécessitent de l'aide pour leur évacuation. Les soins et services reçus par les personnes ne sont pas des traitements médicaux. Sont exclus de cette catégorie les hôpitaux, infirmeries, maisons de repos et les centres de réadaptation. (RDB, 2009 : 12). Les CHSLD ainsi que certaines résidences privées pour aînés avec soins et services peuvent appartenir à cette catégorie.

Spécifions que ces développements sont survenus dans un contexte où les normes du Code du bâtiment étaient soumises à des resserrements visant une plus grande sécurité dans les

résidences pour aînés (Régie du bâtiment, 2009). Aux dires d'un représentant de la SHQ (C-2), le traitement des normes de sécurité a fait, au début des années 2000, l'objet d'intenses débats entre les représentants des résidences pour aînés et la SHQ, d'une part, et le ministère de la Sécurité publique d'autre part. À l'échelle des organismes et des projets, l'opportunité ou non d'appliquer des normes architecturales de type institutionnel a été source de nombreuses négociations et, par la nouveauté de ces normes, a laissé place à des interprétations variées. Nous revenons plus en détail sur ces aspects dans la section 3.2 portant sur l'analyse des processus.

Deuxième observation. Aménagements et équipements voués aux soins

Certains OSBL-H offrant des services à domicile ont ajouté des équipements de type *médical* ou *institutionnel* tels qu'un **ascenseur pouvant accueillir des lits roulants**, l'aménagement de **pièces exclusives dotées de bains ou de douches thérapeutiques**, la présence de **tirettes d'alarme dans tous les logements** ou de **bracelets de sécurité** pour une partie des locataires en plus lourde perte d'autonomie (P-02; P-08). De même, certains immeubles d'ACL comprennent des postes d'accueil s'apparentant à ceux que l'on retrouve dans les immeubles d'hébergement. Ces dispositions ne figurent pas au plan architectural du volet 2 du programme ACL. Elles accentuent le caractère spécialisé de ces résidences et leur vocation socio-sanitaire. L'aspect de certaines de ces installations n'est d'ailleurs pas sans effet sur la perception que les résidents, visiteurs ou employés peuvent se faire de ces ensembles d'habitation. Nous en traitons plus loin. Enfin, mentionnons que, dans le cas de P-02, l'intégration, dès le départ, d'une ergothérapeute et, occasionnellement, d'une travailleuse sociale dans l'équipe du projet et leur participation active a favorisé l'ajout d'adaptations et d'aménagements plus personnalisés, mieux adaptés aux besoins des aînés. Ces aménagements concernaient souvent des aménagements lourds (l'ajout d'un bain thérapeutique) ou des points de détails. Selon P-02-1, « *...le fait que les ergos entendent les commentaires des auxiliaires familiales lorsque celles-ci vont donner des bains; elles finissent par savoir où doit être placée la vanité par rapport au lavabo dans une salle de bains* ».

Enfin, bien que certains responsables fassent des efforts pour intégrer les approches et vocabulaires liés à l'univers du logement, la présence de certains aménagements (cuisines, dispensaires), la présence de personnel et d'équipements de soins et autres laissent malgré tout cette impression que l'on est dans une résidence pour aînés avec services et non dans un immeuble de logements sociaux et communautaires. Ainsi, dans certains projets, les pièces et équipements dédiés aux soins et services sont plus manifestes.

C'est dans cette optique que l'aménagement du bureau du personnel de soins a été d'abord regretté puis modifié par les responsables de P-02, un projet s'adressant à des aînés

autonomes et en perte d'autonomie. Dans ce cas, le poste d'accueil y jouxtait les bureaux et comportait un comptoir pouvant s'apparenter à ceux que l'on trouve dans les unités de soins de CHSLD. Aux dires de certains responsables, cet aménagement produisait un message ambiguë sur la vocation de l'immeuble. Pour les locataires autonomes, le personnel de soins et même les parents : « *cela a pu créer des attentes exagérées et laisser croire que l'on était d'abord dans un espace d'hébergement et de soins de longue durée* ». (P-02-2)

Troisième observation. La typologie des logements

Certains projets ont privilégié le développement de studios ou de chambres (P-05; P-06; P-07; P-03). Ils s'inscrivent, ce faisant, à l'encontre de l'orientation générale d'AccèsLogis, qui recommande de faire des logements complets⁸. À l'examen, ces choix révèlent souvent la volonté de faire des économies, soit pour développer plus d'unités ou encore pour mettre l'accent sur des aménagements collectifs. Par contre, pour les promoteurs de P-03, le choix des chambres ne découlait pas de contraintes financières mais bien d'une préférence. Les chambres qu'on y trouve s'apparentent grandement à ce que l'on trouve en CHSLD, c'est-à-dire sans cuisine ni salon, mais avec de grandes salles de bains. Nous y revenons à la section 3.2.

Quatrième observation. Les modes de financement des immeubles

D'autres types d'aménagement ont été réalisés sous la forme d'un partage d'immeubles avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (P-04; P-05). Bien qu'elles aient attiré notre attention, ces formules ne relèvent pas directement de l'hybridation, si ce n'est au plan de la participation financière que ces aménagements ont impliqué de la part de certaines agences de la SSS. En effet, ces formes s'apparentent davantage à de la mise en commun de ressources, voire de la cohabitation dans le respect des missions de chacun. Dans ces cas, le partage des immeubles n'a manifestement pas entraîné de modification des vocations et des pratiques « d'un univers à l'autre ». Dans un premier cas (P-04), l'organisme a développé, dans un même grand immeuble (un ancien couvent), une aile abritant une quarantaine d'unités de type RI (ressource intermédiaire). La cohabitation des deux ressources (OSBL d'habitation et ressource intermédiaire) permet le partage de locaux (cour extérieure, salle de séjour, salle à manger) et de ressources (concierge, matériel d'entretien,

⁸ Dès le début des années 1990, la SHQ a mis de l'avant le principe (dans la mesure du possible) de logements complets (3 ½ ou 4 ½ pièces) pour les aînés incluant cuisine, chambre, salle de bains, comme « élément de maintien de l'autonomie des locataires en logement » (Renaud, 2008). La norme des logements complets domine maintenant le paysage des ensembles ACL. Le programme architectural spécifie que la typologie retenue sera des logements complets avec chambre à coucher séparée. Les studios sont acceptés à l'intérieur de cette typologie. « *On pourra cependant réduire certains espaces à l'intérieur des logements au profit des espaces collectifs (dans la mesure où les logements demeurent complets et autonomes) (...)* ». (SHQ, 2010)

cuisinier, personnel de bureau, etc.) Dans le second cas (P-05), l'immeuble de l'OSBL-H est partagé avec le CLSC qui y occupe un point de service et un centre de jour. Les opportunités, pour l'OSBL-H, sont indéniables puisque les locataires profitent de l'accès, dans un même immeuble, au centre de jour et à certains services du CLSC.

Dans la mesure où des contributions financières du secteur de la SSS concourent au montage des immeubles d'habitation sociale et communautaire, celles-ci peuvent être assimilées à des formes hybrides. Le programme ACL prévoit déjà une formule de financement mixte appelée « *contribution du milieu* ». La contribution du milieu prévoit que des partenaires de la communauté (incluant des acteurs du secteur de la santé) doivent contribuer à hauteur de 15 % et plus du coût de construction de l'immeuble. Ces contributions sont souvent multiples et résultent de la collaboration de plusieurs acteurs variés (municipalité, Caisse populaire, levée de fonds, établissement, etc.) Nous avons relevé quelques exemples illustratifs.

- Chez P-01, l'Agence de la SSS a contribué financièrement pour l'immeuble lui-même ainsi que pour certaines adaptations de domicile (160 000 \$).
- Quant à P-05, le CSSS est locataire d'une partie de l'immeuble de l'OSBLH où il occupe un point de service et un centre de jour. Le loyer du CSSS représentait, en 2009, 1/6 du budget de fonctionnement de l'OSBL-H.
- Chez P-04, la ressource intermédiaire (RI) pour aînés partage, en copropriété, une partie de l'immeuble dont la majeure partie appartient à P-04
- Dans le projet P-08, c'est l'Agence de la SSS de la région qui a fait don d'une partie du terrain où son propre édifice est établi.

Les logiques sous-jacentes à ces investissements sont variées. Certaines contributions se sont inscrites dans un cadre contractuel impliquant le « *placement* » de personnes âgées en perte d'autonomie et la prestation de services dans le cadre du programme SAD. Ainsi, dans les cas de P-01 et P-02 et P-08, des partenariats et des ententes de services avaient été établis et figuraient dans les dossiers de demande à la SHQ. Les contributions financières à la « brique et au béton » visaient à boucler le montage financier et, ainsi, favoriser l'acceptation et la réalisation des projets. Les motivations du partenaire santé de l'organisme P-04 sont d'un autre ordre et le partage de l'hypothèque dans un grand immeuble où se trouvent des unités RI et des logements communautaires (ACL) relève davantage d'une opportunité d'affaires. En effet, le partenariat entre le CSSS et l'OSBL-H se limite au partage de l'immeuble ainsi que de certains espaces et ressources immobilières, mais n'implique aucunement des services auprès des locataires. Or, chez certains partenaires du réseau de la santé, la contribution

financière et le partenariat sous-tend une volonté plus large, dans une perspective de logement social.

L'optique et le contexte du CSSS (ancien CLSC) de la localité de P-05 semble avoir été différents. L'implication financière n'est pas liée à quelques « placements » ou entente de service. Ici, la contribution a pris la forme d'un appui à un projet de développement local de type communautaire et qui, forcément, générerait des effets positifs sur la santé des individus et de la collectivité (rappelons que le CLSC et l'OSBL-H ont développé un immeuble où l'on trouve un centre de jour et un point de service ainsi que 70 logements pour la partie de l'OSBLH). L'interlocuteur du CLSC de l'époque explique : « Le CHSLD de la localité ayant été détruit dans un incendie, on cherchait des solutions de remplacement. Une réflexion avait été amorcée au CLSC sur les alternatives (au CHSLD) et les voies à prendre. (...) On voulait travailler avec les gens de la localité » (P-05-2).

Enfin, les stratégies de certains OSBL-H de type résidence communautaire pour aînés avec services laissent voir que ceux-ci ont utilisé des projets d'habitation *réguliers* comme levier pour la provision de soins et services ou d'aménagements. Ainsi, les responsables de P-02 ont, en cours de projet, augmenté le nombre d'unités (incluant des logements pour les familles) de manière à pouvoir justifier des aménagements supplémentaires nécessaires à l'accueil des personnes âgées en plus lourde perte d'autonomie (ex. : grands ascenseurs). Chez P-03, on admet que le « modèle économique » de chambres pour convalescents avait atteint ses limites et ACL s'est présenté comme une opportunité de financement pour soutenir cette mission.

4.1.3 L'organisation des services (facturation, traitement des baux)

Nous ne pouvons, dans le cadre de cette démonstration, décomposer en détail chacun des modes d'organisation des services dans chacun des cas. Nous avons néanmoins pointé des modes d'organisation s'apparentant aux façons de faire de l'univers de l'hébergement destiné aux aînés.

Première observation. Les forfaits logement-services

Les cas que nous avons étudiés laissent apparaître deux grands modèles d'organisation. Dans le premier modèle, des services et des soins de santé sont assurés (en bonne partie gratuitement) dans le cadre d'une entente de services avec le CSSS. Dans le second modèle, l'OSBLH dispense lui-même des services de santé en les chargeant aux résidents.⁹ Cette dernière formule s'apparente à ce que l'on retrouve dans les résidences privées pour aînés.

⁹ Nous vous invitons à consulter le résumé des cas, à l'annexe deux pour connaître la variété des situations.

Elle prend souvent la forme d'une offre forfaitaire de base incluant, dans le bail, le logement et une liste de services tels que de l'aide domestique, des soins personnels et des soins infirmiers par exemple. Ici, l'emprunt à l'univers de l'hébergement ne tient pas tant au volume ou à l'étendue des services qu'au fait que le logement et les services se trouvent liés en un même tout forfaitaire. Dans ces baux forfaitaires, le coût attribué aux soins et services est souvent plus élevé que le coût du loyer, ce qui atteste du poids croissant de cette dimension. Dans la moitié des cas étudiés (P-03; P-05; P-07; P-08) l'organisme ajoute des services infirmiers ou des soins personnels en les liant obligatoirement au bail. Dans certains cas, la facturation liée aux soins infirmiers s'étend à tous les locataires, même si ceux-ci sont autonomes et qu'ils ne requièrent pas ces soins (P-05; P-07). Il s'agit, pour les résidences communautaires, d'une façon d'amortir ses coûts de santé sur un plus grand nombre, « dans une optique de solidarité ». Pour le responsable de P-05, cette modalité va de pair avec l'idée d'un **projet de résidence collective au sens fort**, où les responsables ont voulu mettre l'accent sur **un milieu de vie**. En outre, le fait de payer pour des services infirmiers procure, pour les personnes autonomes, une sécurité, une forme de prévention.

D'autres organismes ajoutent des services de santé « à la carte » (bains, gouttes pour les yeux, aide à l'habillement, prises de sang, services de repas aux chambres, etc.) (P-03; P-07). L'idée d'offrir des services de base et certains services complémentaires à la carte s'inspire directement des pratiques en cours dans un grand nombre de **résidences privées pour aînés**. Certains responsables reconnaissent que ce modèle s'inscrit dans le contexte d'une cohabitation *à deux vitesses*, avec l'offre publique des CLSC, du moins, en ce qui concerne les services prévus en principe, par ces derniers. Ceci tend à confirmer les inégalités d'accès aux services à domicile dans certaines régions, mais aussi, dans certains cas, la volonté d'avoir une meilleure prise sur les soins offerts (ministère Familles et Aînés, 2008). Nous y revenons plus loin.

Certains organismes, bien qu'offrant une gamme étendue de services, grâce à une entente dans le cadre des « projets novateurs » P-01; P-02, ont opté pour une organisation différente. Dans ces deux cas, les organisateurs communautaires étaient au cœur du développement et tout deux ont mis de l'avant l'importance d'un milieu de vie qui s'apparente le plus possible à l'univers du logement et qui, de ce fait, se devait de rendre les services de santé optionnels. En outre, ceux-ci voulaient s'assurer que le financement des services de santé ne repose pas sur les seuls locataires. Ainsi, chez P-01, le financement des services est largement assuré par l'entente et ceux-ci transitent en partie par une entente avec une EESAD (qui assure AVQ, AVD). Quant à P-02; tous les services sont assurés directement par le personnel du CLSC ou de leurs agences. Ces dernières modalités s'apparentent davantage au modèle du partenariat intersectoriel où chacun occupe son « créneau de spécialité » : les services aux CLSC et les immeubles et loyers à l'OSBL-H.

Deuxième observation. Évolution des tâches et nouvelles fonctions

Les ensembles de logements sociaux et communautaires qui évoluent vers une offre plus importante de services de santé se traduit par une évolution des tâches et des fonctions des employés. C'est le cas, par exemple, de l'organisme P-07 qui a opté pour utiliser le personnel déjà en place plutôt que d'engager du personnel spécialisé. C'est ainsi qu'une surveillante de nuit ou une adjointe administrative sont devenues des préposées aux soins. « *Elles étaient là, les résidents les connaissaient et avaient un lien de confiance* » (P-07-1). Ces employées sont supervisées à l'interne, par l'infirmière de l'organisme.

Ailleurs, la signature d'une entente de services avec le CSSS s'est traduite par une importante transformation des tâches du directeur (P-08). Cette entente prévoit en effet un partage des tâches (et des budgets) de coordination et de gestion des services entre le CSSS et la direction. Les deux organisations se partagent les tâches de sélection, de supervision du personnel, de coordination, etc. Ce même directeur reçu de l'équipe de SAD du CLSL une formation qui lui permet maintenant d'évaluer, d'une manière sommaire et préliminaire, le niveau d'autonomie des locataires requérants. Celui-ci utilise une version adaptée de la grille d'évaluation multi-clientèle du CLSC. La présence croissante du personnel de soins de santé au sein des OSBL d'habitation est bien documentée (Binhas et Ducharme, 2010). On trouve des préposés aux soins et à l'aide domestique dans 20 % des OSBL-H et des infirmières (ou auxiliaires) dans 3 % des organismes. L'apprentissage « sur le tas » y est monnaie courante et reflète le caractère peu structuré du secteur.

4.1.4 Le chez-soi, les conditions de séjour et les durées de séjour

Le caractère transitoire ou permanent de la résidence constitue sans doute l'un des caractères les plus distinctifs entre les univers du logement et de l'hébergement. D'une manière générale, dans les réalisations du volet 2 d'AccèsLogis Québec, les logements sont permanents, les personnes âgées sont invitées à y demeurer le plus longtemps possible et plusieurs des responsables interrogés se réclament de la philosophie du *Aging in place*. En ce sens, les ensembles résidentiels tiennent de l'univers du logement. Grâce au bail, les résidents jouissent d'une sécurité d'occupation certaine. Les fins de séjour sont souvent déterminées par des hospitalisations, des placements en CHSLD ou encore dans des résidences avec plus de services lorsque ces derniers sont insuffisants.

Première observation. La mise en place d'unités de transition.

Toutefois, en dépit du caractère permanent de la très grande majorité des logements, un phénomène semble faire son apparition. Il s'agit de l'apparition, bien qu'en nombre restreint, d'unités transitoires à l'intérieur des résidences (P-03; P-07). Celles-ci sont réservées le plus

souvent pour des convalescences ou pour des périodes d'essai. Dans les deux cas, la formule est inspirée des modèles présents dans plusieurs résidences du secteur des résidences privées. Dans un premier cas (P-03)¹⁰, le financement de six unités transitoires¹¹ découle d'une entente avec le centre hospitalier (CH) régional¹². Les séjours varient de quelques jours à quelques semaines. L'entente prend la forme de *per diem*, lesquels sont accordés aux personnes et non aux unités de logement. Le financement provient des *per diem* ou de la facturation à la demi-heure pour des soins complémentaires. Aux dires du directeur, ces montants sont importants et soutiennent les salaires et des formations. (P-03-1). Ailleurs (P-07), une demi-douzaine d'unités de transition sont offertes pour des convalescences et pour des périodes d'essai. Elles fonctionnent en partie par le jeu des inoccupations des unités de l'ensemble¹³. Leur nombre n'est donc pas fixe. Les unités ne sont pas liées formellement à une entente avec le CSSS ou l'hôpital. L'infirmière de l'OSBLH qui est en lien direct avec le CSSS y joue cependant un rôle facilitateur pour les références, etc. Le promoteur compte bientôt aménager une aile exclusive pour mieux répondre à ce type de besoin. Dans les deux cas, ces unités ont été développées pour « *répondre à un besoin* » tout en bénéficiant, pour un, d'un accès à une forme de financement qui contribue à, comme on l'a vu pour le cas P-03, à boucler le budget de la partie services.

Seconde observation. Plans de services et plans d'intervention

Il est rare que les organismes développent et administrent eux-mêmes des plans d'intervention. Ceux-ci sont laissés, le cas échéant, aux CLSC. Le plus courant est que des infirmières auxiliaires ou des préposés aux soins tiennent, à l'interne, des dossiers (qui ne sont pas des plans d'intervention tout en collaborant, le cas échéant, aux plans d'intervention du CLSC. Parmi les cas étudiés, plusieurs collaborent activement aux plans de services ou aux plans d'intervention des personnes âgées des CLSC lorsque celles-ci reçoivent des services à domicile de ces établissements. Dans l'organisme P-03, le personnel a développé des « *plans d'aide* » à l'interne et qui, dans certains cas, deviennent complémentaires pour les personnes âgées ayant déjà des plans de services individualisés. Ces plans d'aide peuvent concerner la stimulation, l'aide à la marche, la nutrition, etc.

¹⁰ Sous toute réserve. L'information a été transmise par le fondateur mais n'a pu être validée par le partenaire du CSSS

¹¹ Ces unités sont financées dans le cadre du volet 3 du programme ACL. Il s'agit donc d'un projet mixte combinant des unités pour aînés (volet 2) et des unités pour des personnes aînées ayant des besoins particuliers (volet 3).

¹² Il semble qu'au départ, cette entente faisait de ces unités des logements de type RI (ressource intermédiaire). La SHQ serait intervenue après coup pour demander à modifier l'entente puisque les unités RI ne sont pas permises dans ACL (P-03-2)

¹³ À noter que cette résidence comporte d'autres unités développées hors du programme ACL

Troisième observation. Le chez-soi, l'intimité

Le chez-soi, c'est le respect de son intimité, de ses allées et venues pour soi-même et ses visiteurs. Le respect du chez-soi peut présenter un défi, s'agissant d'un « milieu de vie » où, par exemple, certaines activités et des repas sont partagés et, plus encore, lorsque du personnel de soins dispense des services à plusieurs personnes âgées. C'est le cas d'un des projets où l'offre de service s'apparente à celle offerte dans des CHSLD et où les portes sont le plus souvent ouvertes. Le directeur admet : « *ça devrait être ça (portes fermées), mais il y a des efforts à faire. Et c'est contraire à l'esprit de notre propre code d'éthique* ». (P-06-1). Dans d'autres lieux, la manière d'agir des employées du CSSS (ou leurs agences) ne va pas sans créer une certaine confusion comme dit ce dirigeant de P-02 :

« (C'est)... surtout lorsqu'il s'agit de nouvelles auxiliaires et de préposées aux soins (...) Celles-ci se croient souvent dans des CHSLD ou des résidences privées de type plus hospitalier ... Il faudrait chaque fois les former et les aviser. Ces préposées ne comprennent pas toujours que les personnes sont à leur domicile et qu'il faut cogner avant d'entrer ».

Nous terminons cette section d'analyse en mentionnant que certains éléments, parmi notre grille d'hypothèses, se sont révélés trop difficiles à mesurer pour être véritablement opérants. C'est le cas pour certaines des dimensions plus symboliques du chez soi, mesurées, en principe, par le vocabulaire et le sentiment du chez soi¹⁴. C'est aussi le cas de l'énoncé officiel des missions qui ne traduit pas toujours les pratiques réelles. Enfin, mentionnons que certaines des dimensions identifiées dans notre grille d'analyse se sont avérées peu significatives. Ainsi, hormis quelques cas en croissance et de manière qui paraît encore marginale, le caractère permanent des logements et la sécurité d'occupation sont non seulement généralisés, mais également affirmés et encouragés par les promoteurs. De même, la composition des conseils d'administration à l'étude montre que les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux y sont peu présents et que les canaux d'influence sont situés ailleurs.

En bref...

L'examen de huit ensembles résidentiels développés dans le cadre du programme AccèsLogis laisse voir des emprunts caractéristiques de l'univers de l'hébergement. Plusieurs OSBL d'habitation accueillent des personnes âgées ayant des pertes d'autonomie importantes

¹⁴ Suivant notre grille d'analyse, l'emploi du vocable « locataire » renvoie à une approche centrée sur le logement tandis que l'emploi des mots « bénéficiaires », « clients », « chambreurs » ou « résidents » pourrait renvoyer à une approche centrée sur l'hébergement. Or, selon nous, l'emploi du mot résident est largement utilisé, mais il demeure trop neutre pour en tirer quelques conclusions sur les approches ou modèles.

et excédant les prescriptions du programme AccèsLogis lui-même. Ces organismes contractent avec des CSSS pour offrir des services médicaux ou encore, ils organisent ces soins à domicile sur leurs propres bases. Certains responsables de ces organismes de logement en milieu de soutien sont enclins à accorder la priorité à des personnes âgées sur la base de leur besoin en services, peu importe le niveau de revenu de ces personnes.

Parmi les OSBL-H pour aînés offrant des services à domicile, les établissements de santé jouent souvent un rôle important dans la pré-sélection ou la sélection des résidents. Plusieurs organismes ont des offres de service et des grilles de sélection différenciées selon certains sous-groupes de personnes. Dans plusieurs cas, les tâches et les fonctions des employés ont évolué pour s'adapter à ces nouvelles missions (ex. de surveillant de nuit à préposé aux soins). Au plan des aménagements, certains projets accueillant des personnes en lourde perte d'autonomie ont développé une partie (ou l'ensemble) de leur immeuble en empruntant aux normes du Code du bâtiment réservées aux édifices de type institutionnel. Certains immeubles sont partagés avec des établissements de santé et, dans certains cas, des établissements de santé ont participé au financement de l'immeuble (ou don de terrain). Certains projets intègrent des aménagements supplémentaires voués aux soins tels que des pièces pour des bains thérapeutiques, des dispensaires, etc. On note aussi des projets optant pour des chambres ou des logements plus petits offrant davantage d'option pour des équipements collectifs. Certains organismes ont emprunté des pratiques issues de l'univers des résidences privées avec services tels que le développement d'unités de transition (ou de convalescence) ou la facturation de certains services « à la carte ».

Par ailleurs, on peut considérer que des processus d'emprunts à l'univers du logement sont survenus si l'on considère que les modèles des promoteurs, au départ, consistaient en des projets d'hébergement. Dans ces cas, souvent ces emprunts sont virtuels et concernent des conceptions de départ. Ils résultent de l'adoption des règles du jeu d'AccèsLogis. Nous traitons de ces situations dans les pages qui suivent.

4.2 Les processus d'hybridation

La présente section s'intéresse aux éléments d'emprunts décrits à la section précédente, mais sous l'angle des dynamiques et des processus entourant leur survenue. De nature plus théorique, ces développements sont encore exploratoires et le modèle d'analyse est à achever. Néanmoins, nos premiers éléments d'analyse mettent l'accent sur le rôle des acteurs agissant au cœur de ces projets, sur les modèles de référence ayant guidé ces initiatives et sur les facteurs d'évolution en cours de développement ou d'opération. La première partie examine les initiatives à partir du point de vue des promoteurs et des acteurs locaux, en regardant plus particulièrement les modèles de référence à l'origine des projets. Ceci nous permet ensuite d'identifier les facteurs d'évolution les plus déterminants et structurants. Une dernière section

se penche sur des facteurs, contextes et procédés plus particuliers. Ces catégories d'analyse rejoignent largement celles utilisées chez certains courants d'étude néo-institutionnels ou encore sur l'étude des transferts de politique (*transfer studies*) tel que nous les avons présentées à la fin de la section 2.2 sur le cadre d'analyse (Delpeuch, 2008).

4.2.1 Les contextes de création et les modèles résidentiels

Les processus de création et d'apprentissage s'appuient invariablement sur des modèles. On entend par modèle des choses, personnes, objets, procédés ou techniques qui, grâce à leurs caractéristiques et leurs qualités, peuvent servir de référence à l'imitation ou à la reproduction¹⁵. Les modèles peuvent être connus et répliqués de manière exacte ou, à l'inverse, peu connus et agir à titre d'inspiration vague (Rose, Richard, 1991). Des emprunts peuvent concerner une partie ou l'entièreté du modèle.

Les modèles de référence sont déterminants

En ce qui concerne nos cas à l'étude, il apparaît que les modèles de référence se sont avérés déterminants pour les promoteurs et ceux-ci ont souvent influencé, ou à tout le moins teinté, leurs réactions ou leurs choix. Ces choix sont manifestement marqués par les courants d'idée qui mettent de l'avant les alternatives aux CHSLD classiques, des cadres résidentiels qui favorisent le maintien chez-soi le plus longtemps possible, avec pour toile de fonds la sécurité, le respect des droits et de l'intimité des personnes. Ces idées se traduisent toutefois de manières variées selon les contextes (par exemple, celui d'AccèsLogis) mais aussi des modèles pressentis par les promoteurs.

L'exemple des aménagements et l'application de normes suivant les catégories de bâtiment est illustratif. Par exemple, les promoteurs de l'organisme P-3 ont opté pour un usage de type institutionnel (selon le Code du bâtiment) avec des chambres sans cuisine. Dès le départ, cette typologie leur est apparue comme *naturelle* puisque leur modèle de référence était celui d'une maison d'hébergement dans une version qui se situait, intuitivement, entre le CHSLD et la résidence pour aînés avec services. Pour le président de P-03, la norme architecturale B-2 constituait une garantie que les personnes âgées allaient rester le plus longtemps possible « *tout en offrant un milieu extraordinairement sécuritaire* ». Plus encore, l'aménagement allait prévenir l'éviction de locataires « (...) *comme on a vu dans certaines résidences privées qui ne sont pas conformes aux normes d'évacuation, etc.* ». Plus encore, ce sont des motifs de sécurité et non les budgets qui ont motivé ce choix puisque l'application de la norme B-2 était plus coûteuse. À l'inverse, les promoteurs de P-01 ont résisté à l'imposition de cette norme (B-2) qu'ils voyaient comme une contrainte. Ici, les promoteurs avaient pour

¹⁵ Foulquié, Paul (1982), Dictionnaire de la langue philosophique, Paris, PUF, 278 pages

leader un organisateur communautaire familier avec l'univers du logement social. C'est l'Agence de la santé et des services sociaux qui, dans le contexte d'une entente de services avec le CSSS qui en avait alors fait une condition. Le président-fondateur explique :

« Nous ne voulions, ni ne pouvions tomber en B-2 parce que la SHQ ne l'autorise pas ni ne le finance en principe (...) Nous, au départ, on était pas d'accord avec la norme B-2; on considérait que c'était des domiciles. Mais l'Agence (de la santé) s'est fait tirer l'oreille, la SHQ s'est fait tirer l'oreille parce que c'étaient des clientèles santé. Après ça, la SHQ nous a dit clairement, : « vous êtes les premiers et les derniers ». Finalement, on s'est retrouvé sous une norme qui s'appelle « RÉSIDENCE SUPERVISÉE¹⁶ » dans le Code du bâtiment. Sauf qu'on a dérogé. On a mis le filage et les cuisinières et ça a été accepté. On voulait respecter l'idée que ce ne sont pas toutes les personnes en perte d'autonomie qui ne peuvent pas utiliser une cuisinière. (...) Nous voulions maintenir l'intégrité des logements tout en s'adressant à des clientèles en perte moyenne à sévère d'autonomie »

Comme on peut le voir, les modèles de référence peuvent influencer les choix suivant que les principes et priorité sont axés sur la sécurité, l'autonomie active ou une combinaison des deux. La nature des modèles de référence va souvent de pair avec le profil des promoteurs. Ainsi, alors que les organisateurs communautaires de CLSC sont souvent familiers avec les modèles de logement communautaire (coop et OSBL d'habitation), les promoteurs issus des milieux de la santé le sont davantage avec le plus répandu modèle des grandes résidences privées avec services ou encore avec les modèles d'hébergement de type CHSLD. Le tableau qui suit montre, selon les cas, les modèles de référence et le profil des principaux promoteurs.

¹⁶ Une sous-catégorie de la norme B-2

Tableau 3 : Les modèles de référence et les profils des promoteurs au départ des projets

P-01	P-02	P-03	P-04
Modèles résidentiels de référence au début du processus de création			
Logements sociaux de type ACL volet 2 personnes âgées en faible perte d'autonomie.	Résidences privées avec volonté d'innover dans une formule alternative en CHSLD.	Hébergement avec services pour aînés en perte d'autonomie, type résidence privée ou maison d'accueil.	Logements sociaux pour aînés. Recherche de « solutions en amont de l'hébergement »
Organisateur communautaire CLSC	Promoteurs et cadres réseau de la santé	Cadres réseau de la santé et bénévoles locaux	Organisme communautaire en hébergement
P-05	P-06	P-07	P-08
Modèles résidentiels de référence au début du processus de création			
Hébergement de type CHSLD, projet de remplacement après un incendie dans l'ancien centre d'hébergement	Résidence pour aînés en perte d'autonomie pour le village	Logement pour aînés autonomes. Résidences privées et OSBLH pour aînés. GRT	Logement social pour aînés. Réponse à une pénurie de logement.
Bénévoles locaux, municipalité et direction CLSC	Bénévoles locaux	Agents de GRT	Organisatrice communautaire de CLSC

Comme le montre ce tableau, les projets inspirés par des modèles de type hébergement sont plutôt le fait de promoteurs en provenance du réseau de la santé et de services sociaux, si l'on fait exception des organisateurs communautaires de CLSC qui, tout en étant familiers avec les deux univers, sont plus près des modèles du logement social. Ces personnes avaient en tête de développer des « *CHSLD alternatifs* » ou des résidences privées sans but lucratif pour aînés avec soins et services. Les besoins exprimés à l'origine du projet concernaient les besoins socio-sanitaires (sécurité, accès aux services, autonomie), mais ne concernaient pas les conditions économiques des personnes en regard du logement (pénurie, taux d'effort, insalubrité, etc.) Un seul cas fait exception, c'est P-04, qui, bien qu'issu de l'univers de l'hébergement, souhaitait dès le départ se diriger vers des formules de logement.

Dans trois cas particuliers (P-02; P-03; P-05), les tout premiers promoteurs n'étaient pas familiers avec l'univers de l'habitation communautaire; ils n'avaient jamais entendu parler du programme AccèsLogis Québec avant que les circonstances ne les y amènent. Selon les contextes et environnements, le développement dans le cadre d'AccèsLogis Québec a

impliqué pour eux une démarche d'adaptation, d'apprivoisement, de négociations, impliquant aussi des deuils, des abandons, à travers de nouvelles contraintes. Pour certains, en effet, le fait d'opter pour AccèsLogis impliquait des modifications importantes en regard des visées mêmes du projet initial. Dans certains cas, comme celui de P-03, l'intégration dans un programme de logement social a pu, à certains moments, être vécue comme une contrainte, le prix à payer pour accéder à des ressources (voir le cas P-03 en annexe 2).

À l'inverse, dans le cas des promoteurs centrés sur des modèles de logement social, les promoteurs ont vu leurs visions et modèles de départ être transformés à la faveur d'ententes de services avec des CSSS ou encore par l'ajout plus ou moins graduel de services, de pratiques ou de régulations (P-08; P-01). Les processus d'emprunts d'un univers à l'autre entraînent donc des stratégies et des réactions qui sont teintées par des modèles. Leurs dynamiques sont faites d'adaptations, de négociations et de compromis, de dérogations etc. Ces trajectoires sont exposées, de manière synthétique, dans le tableau qui suit. Celui-ci est suivi par des exemples illustratifs de ces processus.

Tableau 4
Évolution des modèles

	Modèles de départ	Facteurs d'évolution		Résultats
P-1	Logements sociaux dans ACL personnes âgées en légère perte d'autonomie. Promoteur : organisateur communautaire CLSC.	Survenue des projets novateurs (mesure structurante du MSSS) Modèle de référence (direction du CLSC : privé)	Pédagogie de l'OC. Négociation structurée entre promoteurs, OC-CLSC les partenaires SSS sur l'intégrité de l'approche logement; plusieurs adaptations. Mise en concurrence des modèles.	Logements sociaux et services pour personnes âgées en lourde perte d'autonomie.
P-2	Recherche d'hébergement pour aînés alternative aux CHSLD; contexte réforme Couillard, désengorgement hôpitaux. Méconnaissance d'ACL	Rencontre avec équipe SAD du CLSC et OC. Pédagogie des OC et du CLSC (proposition de projet novateur). Recentrage vers le logement. Choix d'AccèsLogis. Mise en place d'un comité de négociation.	Adaptations architecturales; processus d'intégration de l'univers du logement au contact de l'OC, GRT, équipe SAD du CLSC.	Forme hybride. Hybridation raisonnée et négociée. Assimilation des promoteurs par les partenaires de l'univers logement
P-3	Maison d'hébergement pour aînés en perte importante d'autonomie. Modèles de référence privé peu normé.	Limite financière du modèle calqué sur les résidences privées. Recherche de financement. Un conseiller municipal suggère ACL. Programme peu connu des promoteurs.	Volonté de préserver des composantes hébergement : chambres, unités d'hébergement; centré sur les services, etc.	Formes hybrides. Compromis, processus résistif.

P-4	Logement sociaux pour aînés. « Recherche de solutions en amont de l'hébergement »	Arrimage avec une ressource RI	Cohabitation du projet avec un ensemble RI dans un même immeuble	Logements sociaux pour aînés en légère perte d'autonomie
P-5	CHSLD pour aînés. Solution de remplacement suite à l'incendie de l'ancien centre d'hébergement	Intégration des normes logement en raison de l'évolution des valeurs. Mise en présence de modèles d'OSBLH /	Choix d'AccèsLogis fondé en partie sur la possibilité de contrôle de sélection des résidents / Ajustements aux nouvelles normes	Forme hybride. Deuil du modèle initial. Adaptation aux nouveaux contextes
P-6	Logements sociaux pour aînés autonomes. Expansion dans le cadre d'un OSBLH pour aînés avec services. Recherche de revenus pour viabiliser l'ensemble	ND	ND	
P-7	Logements sociaux pour aînés en légère perte d'autonomie	Évolution graduelle et transformation pour répondre aux besoins en services. Inspiration résidences privées	Embauche d'une infirmière; développement d'unités de transition;	Forme hybride
P-8	Logement sociaux pour aînés. Solution à une pénurie logements et briser l'isolement. Promoteur : OC de CLSC	Introduction du projet novateur par le CLSC	Don du terrain; partage	Forme hybride.

4.2. 1.1 Différents types d'hybrides

Avant d'aborder plus avant les processus d'hybridation, nous avons voulu caractériser les formes hybrides, prises en tant que résultantes, en les considérant du point de vue de l'évolution des modèles de référence. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de certaines catégorisations issues du champ d'études des transferts de politiques (Transfer policy studies) notamment une catégorisation développée par Rose (1991). Celle-ci propose une catégorisation selon un spectre qui mesure l'écart entre la forme initiale et le modèle de référence. Adaptés à notre contexte, les hybrides se présentent comme la résultante d'importations selon différents modes.

Le modèle de la **permutation** présente une évolution radicale, voire l'adoption délibérée d'un autre modèle. Ce nouveau modèle, le logement social, suppose donc des évolutions et adaptations importantes à cet univers. Ces évolutions se traduisent, ultimement, par une

nouvelle identité, par un basculement dans les règles fondamentales de l'autre univers. Ce modèle correspond à quatre de nos organismes à l'étude (PS2; PS3; PS4; PS5). Il s'agit essentiellement d'organismes qui oeuvraient exclusivement en hébergement et qui ont décidé de développer un projet de logement social dans le cadre d'AccèsLogis.

Le modèle dit **d'inspiration** présente une forme intermédiaire. Il suppose l'importation d'idées ou de principes généraux, de techniques au modèle initial ou pré-existant et qui servent d'outils permettant de créer de nouvelles réponses ou arrangements. Le PS-4 peut correspondre à ce modèle. Bien que s'inscrivant clairement dans un modèle de logement social avec soutien, certains compromis (ou attributs de l'hébergement) ont été apportés.

L'importation ou imitation renvoie à la réplique sans modification substantielle d'un dispositif ou d'un programme existant dans un autre contexte. Ce modèle n'est pas seulement une inspiration vague. C'est une réalité opérationnelle avec ses règles, ses modalités, etc. Le modèle est donc importé en un tout : mission, aménagement, attribution, conditions, etc. Par exemple, il pourrait s'agir d'importer dans un contexte de HLM publics une maison pour femmes victimes de violence. Ces cas supposent souvent une forme d'instrumentalisation du nouveau cadre. On ne trouve pas de cas d'importation parmi les cas étudiés. Enfin, nous classons dans la catégorie **statu quo** les cas qui s'avèrent n'avoir subi que peu ou pas de transformations comme c'est le cas de PS-5 qui présentait plusieurs attributs de l'univers du logement et peu d'emprunts à l'univers de l'hébergement.

Tableau 5

Distribution des cas selon le type d'hybride du point de vue de l'évolution du modèle

	<i>Le statu quo</i>	<i>L'importation (copying)</i>	<i>Partiel (inspiration)</i>	<i>La permutation</i>
<i>PA1</i>			X	
<i>PA2</i>			X	
<i>PA3</i>			X	
<i>PA4</i>	X		x	
<i>PA5</i>			X	
<i>PA6</i>			X	
<i>PA7</i>			X	
<i>PA8</i>			X	

Le cas de P-02, un modèle « d'hébergement alternatif » en contexte de réforme de la santé.

La démarche initiale de P-02 s'apparente à celle de P-03, à la différence de quoi, une fois l'option ACL engagée, elle a laissé place à un processus d'hybridation raisonné et fruit d'un processus de négociation avec les promoteurs et des intervenants du CLSC et du GRT où chaque enjeu a été soupesé méticuleusement. Les initiateurs du projet sont des hommes d'affaires et d'anciens cadres du réseau de la SSS impliqués au sein de la fondation d'un CSSS nouvellement formé. Ce projet s'inscrivait explicitement dans le contexte de la réforme Couillard (facteurs exogènes). L'heure était alors au développement de formules alternatives aux CHSLD, aux réflexions entourant le vieillissement de la population, à la nécessité de trouver des mesures de désengorgement des lits d'hôpitaux et des urgences occupés par des aînés ayant des besoins en soins de longue durée. L'idée était alors de *contribuer au développement « d'alternatives novatrices aux CHSLD »*. À la fin du processus, le projet était devenu un ensemble dans le volet 2 d'ACL, assorti d'une entente de services de type projet novateur.

Lors des premières phases d'exploration, les promoteurs ignoraient alors tout d'AccèsLogis Québec. Avant d'être sensibilisés à ce programme, les promoteurs avaient examiné quelques formules dans le privé, en envisageant notamment la formule PPP, des levées de fonds, etc. Les promoteurs ont également examiné les mesures de relocalisation relatives au PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement) etc. La rencontre avec des dirigeants du CLSC local a été déterminante. Une démarche de concertation s'est alors amorcée entre l'équipe du soutien à domicile (SAD) du CLSC, des organisateurs communautaires et le GRT, d'une part, et les promoteurs (cadres et hommes d'affaires) dudit projet d'hébergement. Au cours des discussions au sein du comité de développement, les acteurs de la fondation et du CSSS ont eu à prendre conscience que *« si on offre la même intensité de services que dans des CHSLD, c'est autant d'unités qu'on prive pour des gens qui ont des besoins psychosociaux importants »*. Les promoteurs ont eu, dès lors, à penser les cibles en termes d'équilibre entre les besoins de santé et les besoins psychosociaux des personnes âgées du quartier.

Pour les initiateurs, *l'assimilation* à l'autre univers a été graduelle et a pu signifier l'abandon de certains objectifs : *« Alors on a dit aux administrateurs, soit on fait les hypocrites on prend des personnes en désengorgement de type hébergement et ça finit par se savoir, ou on le fait dans les normes et visées d'ACL. »* (fiche analyse P-02). Sensibilisé par des responsables du SAD et des organisateurs communautaires au programme AccèsLogis volet 2, le projet a graduellement évolué pour inclure dans les préoccupations de promoteurs (hormis la partie services), les dimensions du logement comme déterminants de la santé (notamment) et comme réponse aux besoins des aînés en situation de pauvreté, etc...

Pour P-05, l'une des étapes dans ce passage ayant mené cette localité rurale à évoluer vers le monde du logement social et communautaire a porté sur les **contraintes de sélection** que présentaient les formules d'hébergement du MSSS, en l'occurrence ici, les ressources intermédiaires (RI). Rappelons qu'au départ, les gens de cette localité rurale considéraient une formule en CHSLD mais celle-ci fut vite abandonnée parce que la région était alors en mode fermeture et non développement de ce type de places. Or, dans les ressources intermédiaires, le bassin de sélection est régional. Le président-fondateur explique : « *Dans la formule RI, il y avait une rupture entre les procédés de sélection, qui sont à échelle régionale, et notre volonté de cibler les gens de notre village, d'autant que les gens de notre communauté avaient contribué financièrement à une partie du financement du projet* ».

Le cas de P-08, quant à lui, fait état d'un certain passage d'un projet initial centré vers le logement social pour aînés vers une formule plus hybride (avec services), à la faveur du développement d'un « *projet novateur* ». L'initiative revient à l'organisatrice communautaire du CSSS et qui, au début des années 2000, « *voulaient explorer la faisabilité d'un développement pour répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie et garder les aînés dans le village* » (endogène) (P-08-2). Les besoins constatés dans la localité tenaient essentiellement à l'insécurité des aînés dans leur logement et à la pénurie de logements dans le village. « *Il n'y avait que des logements vétustes. La plupart des requérants étaient des femmes seules qui demeuraient un peu en dehors du village (milieu agricole) et qui voulaient se rapprocher. Le projet de départ ne comprenait pas de services. (...) C'est (même) un peu pour se conformer aux normes d'ACL volet 2 qu'on a développé une offre minimale de services (5 repas, un peu de ménage et des loisirs)* ». C'est en 2005, avec l'arrivée des budgets des « *projets novateurs* » que le projet a pris un nouveau tournant et le CLSC a alors cru bon d'inclure un volet pour le soutien à domicile. Pour les promoteurs, il s'agissait tout simplement d'une opportunité financière, qui a été vécue comme une addition intéressante. Pour les partenaires santé, ce montant s'ajoutait aux budgets courants et contribuait à bonifier l'offre générale de services. La transition semble ici s'être passée en douce, du moins à l'interne.

Certains organismes tels **P-05 et P-07** ont développé des soins et services infirmiers sur leur propre base. Les raisons invoquées pour offrir soi-même des services qui sont, en principe, offerts par le CLSC concernent surtout la continuité et l'accessibilité des soins dans le contexte particulier des résidences pour aînés. Nous y revenons plus en détail à la section 3.2 portant sur les processus et les logiques sous-tendus par ces choix.

Le tableau et les cas qui précèdent montrent bien que, contrairement à notre hypothèse, l'évolution des projets n'a pas été marquée systématiquement par des modèles centrés sur les attributs du logement social, fussent-ils accompagnés de services (P-02; P-05; P-03). En fait, la trajectoire de chacun des projets offre l'effet de trajectoires croisées où des projets

d'hébergement se transforment au contact des normes du logement social et où des projets de logement social, au départ, intègrent des composantes de l'univers de l'hébergement et du secteur socio-sanitaire. Ces trajectoires croisées révèlent, en ce sens, le caractère fortement convergent du programme AccèsLogis, soutenu par ailleurs par le contexte de la Réforme de la santé et des services sociaux du début des années 2000, ce dont nous discutons dans la section suivante.

4.2.2 Le rôle structurant des politiques publiques

Parmi les facteurs sous-jacents aux dynamiques d'hybridation, certaines politiques publiques récentes ont influencé plusieurs de nos projets à l'étude de manière structurante. Que l'on pense à la politique Chez-soi, le premier choix, au Plan d'action sur les aînés en perte d'autonomie et au programme AccèsLogis lui-même. Plusieurs de ces politiques et mesures concernaient l'encadrement du secteur, plus vaste, des résidences pour aînés. Or, elles ont eu un effet certain sur quelque uns de nos projets à l'étude.

La centralité du programme AccèsLogis Québec

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que la mise en œuvre du volet 2 du programme AccèsLogis Québec est, en soi, un élément constitutif des formules hybrides. Déjà pressenti comme une formule intersectorielle, le programme a donné lieu à une **accentuation** des tendances en ce qui concerne **l'intégration** de certaines configurations propres à l'univers de l'hébergement. On a vu plus haut que l'intégration de paramètres pour répondre aux besoins de personnes ayant besoin de services n'est pas nouveau; il s'est amorcé en 1989, avec quelques projets avec services dans le cadre du programme sans but lucratif privé (PSBLP-PAPA) (Renaud, 2008; Ducharme, 2005). Toutefois, avec la mise en œuvre de son volet pour aînés, AccèsLogis a établi plus clairement les maillages avec le réseau de la santé. Le contexte même de son déploiement n'est pas anodin puisqu'il s'est effectué au moment même où le gouvernement déclarait un gel du développement des places en CHSLD et où l'on tentait de développer des places de type RI. Le caractère structurant d'AccèsLogis se vérifie d'ailleurs à travers les trajectoires des promoteurs des projets et qui révèle un **mouvement de convergence vers ce programme** (voir le tableau 4). En effet, la décision d'opter pour *AccèsLogis* est souvent survenue après que les promoteurs eurent recherché, en vain, d'autres options du côté des programmes d'hébergement. Parmi ces scénarios éliminés se trouvaient des formules privées hors programme financées exclusivement avec des dons privés, des projets de type ressource intermédiaire (RI), ou encore subventions du MSSS et/ou des levées de fonds ou même des partenariats publics privés (PPP).

Le contexte de la réforme Couillard

L'accentuation des formes hybrides dans les formules de logement social développées dans AccèsLogis Québec (volet 2) a été largement déterminée par les régulations qui ont été mises en œuvre au milieu des années 2000, et plus particulièrement sous l'égide du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son titulaire Philippe Couillard (2003-2009). Ces nouvelles régulations, pour ne nommer que les principales, se sont traduites par : 1) un resserrement de la réglementation et du contrôle des résidences pour aînés avec services (registre, règles de conformité) ; 2) par de nouvelles normes fiscales favorisant l'offre de services dans les résidences et aussi ; 3) par l'ajout de budgets supplémentaires favorisant le développement de nouvelles formules hybrides dont les *projets novateurs*, pour ne nommer que les principales. **Les ententes de services**¹⁷ entre les CSSS et les OSBL-H pour la prestation de services à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie sont survenues parce que les orientations du MSSS encourageaient de telles formules et que, dans certains cas tel le programme des « projets novateurs », des budgets supplémentaires étaient disponibles. Plusieurs promoteurs des projets à l'étude ont affirmé que l'acceptation de leur projet a pu être facilitée par l'appui des agences de la SSS (lorsque celles-ci n'étaient pas directement les initiatrices) (P-01; P-02; P-03; P-05; P-08).

Quant au **crédit d'impôt pour le maintien à domicile** des personnes âgées, leur utilisation a pu, chez des promoteurs, confirmer l'idée du développement des modèles avec services et, dans certains cas, en a permis la consolidation.¹⁸ Aux dires de certains responsables, en effet, ces crédits d'impôt sont venus combler un manque à gagner qui compromettrait la qualité des services et l'accès de certaines personnes âgées à ces soins et services. Ajoutons que le contexte général des *projets* avec soins et services s'est trouvé caractérisé par des demandes croissantes de « *placements* » de la part des équipes de SAD des CLSC. Sans savoir s'il s'agit d'une conséquence des besoins réels des milieux ou d'un effet naturel découlant des interfaces et des interactions entre le CLSC et les OSBL-H, cette pression est révélatrice des limites souvent démontrées dans notre système de services à domicile.

Le poids politique de la réforme du ministre Philippe Couillard, au début des années 2000, ne fait pas de doute comme le montre l'exemple de la mise en œuvre du projet pilote des « projets novateurs » par le MSSS. Mettant à contribution plusieurs projets dans le cadre d'AccèsLogis, la SHQ n'y a pas fait l'objet d'une consultation par le MSSS pour sa mise en œuvre. Plusieurs projets, dont les normes débordaient les balises du programme, ont néanmoins été entérinés par les agents de la SHQ et aussi par certaines villes mandataires. Interrogé à ce sujet, un fonctionnaire de la SHQ évoque le contexte général où les

¹⁷ La Loi sur les services de santé et des services sociaux adoptée en 2003 permet à un établissement de conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne des ententes pour la dispensation de certains services (article 108)

¹⁸ Entrevues avec P-05-1; P-07-1; P-08-1

orientations et les volontés exprimées alors par le ministre Couillard (à travers le Plan d'action pour les aînés notamment) ne laissaient aucun doute sur les mesures à prendre. Ces orientations ont été interprétées comme telles et appliquées « parce qu'elles s'inscrivaient dans les orientations générales du gouvernement » (entrevue C-1).

Règles de conformité génératrices de nouvelles identités

Par ailleurs, les nouvelles exigences de la Loi les services de santé et de services sociaux et de ses règlements ne sont pas sans conséquences sur la manière d'assurer la sécurité et la prise en charge des résidents. La certification portant sur les résidences pour personnes âgées prévoit, par exemple, des mesures sur le traitement de la confidentialité et les renseignements personnels, la gestion des médicaments, la formation du personnel de soins, la présence de matériel de premier(s) soins, les codes d'éthique et l'aménagement. Elle encadre aussi des pratiques de manière à assurer le respect de l'intimité dans son propre logement (MSSS, 2007). Aux dires des responsables des OSBL-H à l'étude, la certification a été une occasion de mise à jour, d'amélioration de certaines pratiques et de leur systématisation. À titre d'exemple, pour les uns, la certification s'est traduite par une meilleure tenue des dossiers (P-07; P-06), pour les autres, il s'est agi d'améliorer les plans de sécurité incendie ou encore de créer des cartables d'accueil pour tous les employés et résidents (procédures, codes d'éthique, etc.). Des formations ont été utilisées par certaines préposées aux soins (déplacements sécuritaires ou autres soins invasifs) (P-05). L'implantation de la certification¹⁹ semble avoir entraîné des effets non seulement en termes d'une sécurité accrue dans des modèles de type logement social, mais aussi, à l'inverse, sur une plus grande intégration du principe du domicile privé comme élément de base dans les résidences privées qui s'étaient d'abord inspiré des modèles d'hébergement. Tous les promoteurs se disent sensibles à l'idée du *chez-soi*, du respect de l'intimité, du libre choix et du maintien dans son logement le plus longtemps possible (et ce, en dépit du fait que ces principes puissent poser des défis et des limites). En revanche, selon une organisatrice communautaire impliquée dans le développement et la gestion de P-08 et de quelques autres projets similaires, le processus de conformité a eu un effet clair sur la façon dont les promoteurs des projets se perçoivent (à savoir davantage comme des résidences avec services que des projets d'habitation sociale).

4.2.3 Le rôle des acteurs à l'échelle locale

Cette partie se penche sur les interactions entre les acteurs impliqués au niveau local, à l'échelle des ensembles résidentiels. Ces acteurs, ce sont tout d'abord, les promoteurs, les membres du conseil d'administration, mais également tous les partenaires impliqués dans la

¹⁹ Cela dit, quant au rôle qu'on pu jouer les politiques et les régulations sur les mentalités, il reste difficile de mesurer l'influence directe de celles-ci.

réalisation des projets : agents de GRT, établissements de santé et de services sociaux, SHQ, municipalités, etc. Quelles considérations sont mises dans la balance dans la prise de décision ? Quels types d'interactions caractérisent les rapports entre les acteurs impliqués dans le développement des projets, notamment entre les partenaires « santé » et ceux de l'habitation? Où se trouvent les principales zones de tension, de négociation ou d'apprentissage ? Y a-t-il des catégories d'acteurs dont les effets sont plus déterminants ? Quelles sont les ressources mises en œuvre ? Quels enjeux sont en cause ? Comment naissent et s'organisent les espaces d'échange ?

La centralité du rôle des acteurs impliqués dans le développement et l'opération des ensembles résidentiels demeure, évidemment, variable. Ainsi, les municipalités, particulièrement celles qui sont mandataires de la SHQ, jouent un rôle important puisqu'elles approuvent les projets tout en indiquant des règles particulières à la région concernée. Les GRT, même si leur rôle se situe essentiellement dans la phase de développement des projets, peuvent exercer une influence certaine sur leur orientation, plus précisément dans les cas où ces derniers disposent d'expériences et de connaissances et que les promoteurs sont, de leur côté, inexpérimentés. Mais il se trouve aussi des GRT (ou des agents) peu familiers avec l'univers complexe des projets « avec services » et, dès lors, les promoteurs qui sont expérimentés et leur rôle devient secondaire. Quant aux liens entre les responsables des OSBL d'habitation et les différents fournisseurs de services de santé, ceux-ci sont susceptibles de se poursuivre de façon plus régulière puisque les partenaires « santé » sont présents dans la vie quotidienne des locataires.

Le rôle des municipalités mandataires de la SHQ

Sans doute en raison de leur proximité avec les populations et les milieux locaux, certaines municipalités ont su se montrer très attentives aux enjeux intersectoriels que présentent les projets hybrides destinés aux personnes âgées. Lors de la consultation entourant le Plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie, la Ville de Montréal avait émis certaines réserves quant aux effets possibles sur le parc d'habitation sociale et communautaire pour aînés consécutifs au moratoire sur le développement des CHSLD.

À la lumière des observations dont nous disposons, il se trouve au moins deux grandes villes mandataires de la SHQ ayant exprimé leurs préoccupations à l'égard des projets pour aînés en perte d'autonomie et impliquant une offre de soins et services de santé sous forme d'entente. Toutes deux ont posé clairement les écueils potentiels de ce type d'initiatives. La première a pour ainsi dire opté pour fermer la porte à des projets impliquant des personnes âgées en perte d'autonomie importante. La seconde ville mandataire a fait montre d'une

certaine ouverture mais cette ouverture reste empreinte de prudence et les « projets novateurs » font toujours l'objet d'une attention minutieuse²⁰.

L'acceptation du projet par la ville mandataire du projet P-02 est loin d'avoir été automatique. Hormis le respect des balises du programme, les responsables du service de l'habitation étaient préoccupés par la tendance à « *l'empiétement de la santé dans le champ de l'habitation* ». L'autre préoccupation de la municipalité portait sur la pérennité financière de l'offre de services aux aînés par le CSSS (entrevue P-02-3). Une autre réflexion plus générale ressortait, à savoir l'idée que « *des millions de dollars de l'habitation soient investis pour désengorger les lits d'hébergement* ». Les représentants de la ville mandataire ont finalement consenti à l'acceptation de ce projet en raison de la « *crédibilité des promoteurs* ». (P-02-3).

Le rôle des établissements de la santé et des services sociaux

Les rôles des établissements de santé et des services sociaux (CSSS, hôpitaux, CLSC) sont multiples et complexes. En raison des ressources dont ils disposent, ceux-ci restent des acteurs de poids avec qui il est parfois difficile de se mesurer si les promoteurs ne sont pas en mesure de bien défendre leur spécificité. Ainsi peut-il en être des équipes de soutien à domicile de CLSC ou pour des centres hospitaliers qui, eux-mêmes aux prises avec des pénuries de places pour « leurs personnes âgées », répercutent cette pression sur les nouveaux projets d'habitation pour aînés. Plusieurs responsables des projets ont évoqué les tentatives de placement de personnes dont les soins étaient plus lourds et complexes qu'annoncé et les taux croissants des demandes.

Or, à moins d'être eux-mêmes accompagnés et guidés dans l'univers de l'habitation communautaire, certains agents du réseau de la santé et des services sociaux sont susceptibles, tout au moins, d'assimiler la mission des projets AccèsLogis au réseau de la santé, voire même de reproduire les milieux de soins à partir des exemples des ressources intermédiaires ou autres résidences pour aînés en grande perte d'autonomie.

Ce sera d'autant plus le cas si les promoteurs, tout comme leurs partenaires du réseau de la santé, s'appuient sur des modèles d'hébergement, comme ce fut le cas de P-03 qui a agit en début de programme dans un contexte où les balises étaient plus sujettes à interprétation. Dans ce cas, le centre hospitalier a conclu une entente à base de *perdiem* et où celui-ci, en échange de six places de convalescence, l'établissement offre certains services et des *perdiem*. Il importe donc que les promoteurs des ensembles résidentiels AccèsLogis exercent une vigilance basée sur une information à jour. Du reste, ces conditions semblent au rendez-vous dans les projets étudiés, mais cet état de fait actuel résulte souvent d'un processus

²⁰ D'après des entretiens avec des responsables de services de l'habitation

d'apprentissage jalonné d'essais et d'erreurs. Cela dit, les partenariats avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne représentent pas que des dangers et des écueils et les ententes bien ficelées peuvent s'avérer gagnant-gagnant. Certains intervenants oeuvrant au sein d'établissements du réseau de la santé agissent même parfois comme agents d'évolution vers des attributs de l'univers du logement, comme cet ancien directeur de CLSC, partenaire de P-05. Alors que les gens de cette localité pensaient reconstruire leur foyer (incendié) sous forme de CHSLD, c'est ce directeur qui a accompagné le cheminement vers une formule milieu de vie et qui s'est finalement incarnée avec AccèsLogis. À travers ce processus d'évolution qui s'est étalé sur quelques années, cet ancien cadre de CLSC explique que le développement du projet AccèsLogis a contribué à son propre cheminement. Celui-ci se fait volontiers défenseur des ensembles fondés sur les attributs du logement social et communautaire plutôt que sur les ressources d'hébergement.

Les organisateurs communautaires

Bien qu'ils soient rattachés à des établissements du réseau de la santé, le cas des organisateurs communautaires de CLSC reste à part. Leur mandat de développeurs locaux les amène à connaître les organisations de l'univers du logement social (comités logement, mouvements des coops et des OSBL, offices municipaux d'habitation, etc.). En effet, de par leur fonction de « développeurs locaux », ceux-ci sont très au fait des deux univers. C'est particulièrement le cas de l'un d'eux qui, depuis une vingtaine d'années, a participé au développement de plus d'une dizaine de projets de logements sociaux, qui siège sur les tables logement, etc. et qui, tout en faisant cela, œuvre aussi sur des dossiers de maintien à domicile. Il apparaît d'ailleurs clairement que les organisateurs communautaires de CLSC apportent des contributions clés lorsque vient le temps de faire le pont entre les deux secteurs. Bien au contraire, ces organisateurs communautaires²¹ peuvent se révéler de bons « avocats » du logement social et des principes liés à l'approche centrée sur le logement, notamment auprès des employés-mêmes du CLSC.

Lieux d'échange, de tension ou de négociation

Les principaux points de négociation entre les établissements de santé et les responsables des OSBL d'habitation portent sur la sélection des locataires et sur l'organisation des services. Dans presque tous les projets, les négociations concernant ces aspects se poursuivent sur une base régulière, même si des balises ont été négociées préalablement. Les questions liées à la sélection sont importantes pour les OSBL H puisque la participation des établissements de santé (CSSS, CLSC, centre de réadaptation, etc) à la sélection ou les recommandations de « placement » soulève des enjeux pour l'autonomie des OSBL, pour le climat des ensembles

²¹ Nous avons également rencontré un autre organisateur communautaire à titre d'intervenant-clé pour un autre projet. Les remarques s'appliquent également dans son cas.

résidentiels et pour la capacité des organismes de répondre correctement aux besoins des résidents en perte d'autonomie.

Chez P-01, une partie importante de la négociation a porté, dès le départ, sur l'importance de l'autonomie de l'organisme en regard de la sélection, « *une notion qui n'était pas claire chez tous les partenaires du CSSS* » (P-01-1). Le fondateur, un organisateur communautaire relate : « *À partir de l'inclusion de l'entente de services, les responsables du CSSS ont voulu que les locataires soient recrutés par eux. Le CSSS voulait insérer les habitations dans leur réseau de ressources institutionnelles, donc que les admissions passent par le comité régional d'admission qui sert les CHSLD et les ressources intermédiaires. On a refusé, il n'en était pas question, d'autant plus que la SHQ exige que l'on soit maître de nos admissions* ». Le conseil d'administration a plutôt formé un comité d'admission constitué de l'OSBLH, de l'ESAAD, et du CSSS.

Pour ce qui est de P-02, le processus menant à la détermination des critères concernant les 24 personnes âgées en plus lourde perte d'autonomie, s'est avéré « *très laborieux et compliqué* » (P-02-1). Quel profil privilégié ? Où était la limite ? Quel niveau de perte d'autonomie ? Fallait-il considérer les gens avec des troubles cognitifs importants ? Ces questions ont été discutées longuement au sein de l'équipe de soutien à domicile (qui incluait deux organisateurs communautaires familiers avec l'univers du logement social) aussi bien qu'au sein du comité aviseur du projet lui-même qui comprenait le GRT, les membres de la fondation en santé, des représentants du CSSS, des locataires requérants, etc. Les cibles et les critères de sélection ont, dans les deux années qui ont suivi l'ouverture, fait l'objet de nouvelles discussions. De fait, les besoins en services des personnes ont été réévalués à la baisse à trois reprises.

Au chapitre de l'organisation des services, les discussions entourant l'organisation des services sont souvent assurées par la coordination des organismes ou encore, le cas échéant, les infirmières pivots. La formule de « comité clinique » telle que développée chez P-08 semble unique parmi nos cas étudiés. Ce comité sert à assurer la bonne collaboration des parties dans le cadre d'une entente de services de santé avec le CSSS. Le comité est formé, côté CSSS, d'une travailleuse sociale, d'une coordonnatrice auxquelles s'ajoutent d'autres professionnels qui peuvent venir occasionnellement. Du côté de l'OSBLH, on trouve le directeur et l'infirmière auxiliaire qui assure aussi des tâches de coordination. Le comité se réunit une fois par mois. Des enjeux de sélection y sont discutés. Le comité étudie aussi l'état des résidents, leurs besoins, les fins de séjours et remplacement, etc. La présence fréquente, sur place, du personnel du CSSS permet aussi une meilleure appréhension des dynamiques du milieu. On y trouve des négociations formelles au départ des projets (parfois encadrées par des organisateurs communautaires), notamment dans les cas où les OSBL-H qui ont des ententes de services avec des CSSS (P-01; P-02).

Ailleurs chez P-01, le coordonnateur affirme qu'il a fallu négocier la « *philosophie du chez-soi* » avec les préposés aux soins de l'EESAD. Il a « *fallu à l'organisme imposer, éduquer, négocier l'approche logement* » (P-01-1). Et le processus n'est pas allé sans quelques frictions. Aujourd'hui, toutes les préposées sont gagnées (remplacer par « favorables ») à ces manières de faire et fières de partager la philosophie d'intervention de l'OSBL d'habitation (entrevue avec P-01-2, représentante d'une ESAAD).

Expérience, réseautage, connaissance des règles

Nous avons noté que les processus seront davantage « raisonnés » si les promoteurs ont pu s'appuyer sur des ressources favorisant les apprentissages. Ces ressources peuvent aller de l'accès à des modèles, des réseaux (à travers des groupements et des associations), des documents pertinents, des agents de GRT ou des organisateurs communautaires aguerris. Les processus impliquant des hybridations ou des arrimages intersectoriels ont été davantage raisonnés et éclairés si les principaux promoteurs étaient suffisamment familiers avec les cadres de référence relatifs à l'univers du logement et celui de l'hébergement. De même, la connaissance des règles et des personnes ressources pertinentes a un effet sur la nature des processus.

Ainsi, **le cas de P-02** a été soutenu par deux organisateurs communautaires du CLSC local. Ils jouissaient également de l'appui d'un agent de GRT ayant à son actif plusieurs projets avec services. Ceux-ci, déjà familiers avec l'univers du logement ont, tout au long du processus, agit tantôt comme des formateurs, des intermédiaires, des négociateurs et des entremetteurs professionnels. Un comité de développement a été mis sur pied, où siégeaient, outre le GRT, les promoteurs issus du milieu de la santé et peu ou prou familiers avec l'univers du logement social, des représentants du milieu local, etc. Ce comité, qui a siégé pendant plus d'un an, fut le lieu privilégié pour expliquer, conscientiser, négocier, intégrer les préoccupations des uns et des autres dans un vocabulaire commun. Dans ce cas, les écueils, bien que nombreux, ont été identifiés, discutés et surmontés conjointement, avec les acteurs des *deux mondes*. *De même, l'ajout de ressources spécialisées en santé à l'étape même de la construction a contribué à une adaptation plus fine du milieu physique*. Prenons le simple cas de l'installation de bains thérapeutiques. Dans ce cas, les agents du CLSC ont cru bon de mettre à profit, dès le moment de la construction, une ergothérapeute familière avec les besoins des personnes âgées. Plusieurs aménagements ont donc été l'objet de discussions entre les architectes du projet et celle-ci, une pratique jusque-là inédite. Plusieurs aménagements ont fait l'objet de discussions particulières : emplacement des bains et douches thérapeutiques; des vanités, etc. Dans ce cas, des tensions sont nées des effets sur le rythme du chantier.

Dans d'autres cas, comme P-03, on a du composer avec un capital d'expérience moindre tout en agissant comme défricheur puisqu'il s'agissait d'une des premières moutures dans le cadre d'ACL volet 2 : un architecte plus habitué à construire des centres d'accueil que des logements sociaux; peu de liens avec les fédérations d'OSBLH; aucun organisateur communautaire ou d'agent de GRT susceptibles de faire le lien avec des projets similaires. En l'absence de ces ressources, le processus s'est parfois avéré plus ardu, avec des ajustements après coup, voire des réprimandes de la SHQ. Ici, l'intégration d'unités de type RI a dû être revue, parce non admissibles. Le règlement de l'affaire a supposé une rencontre « en haut lieu » à la SHQ. Plus tard, toujours à la demande de la SHQ, il fallait revoir la comptabilité de manière à séparer la partie logement et la partie services. De même, l'intégration de normes architecturales de type B-2, leur approbation par la SHQ, a semblé après coup s'être opérée sous forme de mesure d'exception.

Le cadre temporel

On remarque que le moment du développement a pu jouer dans la manière dont les processus se sont déroulés. Les responsables des projets qui ont été développés dans les premières années de mise en œuvre d'AccèsLogis ont éprouvé davantage de difficultés à établir les termes et contours de leurs projets et collaborations. Dans le cadre des projets ACL volet deux, ces normes se sont clarifiées graduellement alors que les premières années étaient marquées par une certaine marge d'expérimentation et de flottement. Ainsi en a-t-il été des normes architecturales, de sélection ou le type d'entente de services.

Par exemple, chez P-03, les architectes ont été enclins à prescrire la norme B-2 (institutionnelle). Cette interprétation de leur part, ainsi que de certains promoteurs, survenait, faut-il souligner, dans un contexte où le Code du bâtiment subissait des modifications au centre desquelles la question de la sécurité des personnes à mobilité réduite occupait une place certaine. Comme le souligne un agent de GRT impliqué dans un de ces projets : « ...la norme B-2 est arrivée un peu par accident, à un moment où le programme en était à ses tout débuts et où les normes étaient plus souples ». (P-03-2). À noter que les promoteurs de P-03 agissaient sous la recommandation de leur architecte. Or, celui-ci cumulait beaucoup d'expérience dans la construction de CHSLD, de centres institutionnels, etc. Quant au groupe de ressources techniques (GRT), chargé d'accompagner le développement du projet, son représentant explique que « ces développements sont survenus lors des premières années de programmation d'ACL, alors que subsistait encore un certain flottement en regard de ces normes » (entrevue P-03-2).

Rôle entre les acteurs

Dans la sous-section portant sur les aménagements, nous évoquons les débats des différents ministères et organismes entourant les catégories d'usage à apporter dans les nouveaux

projets AccèsLogis accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie. À l'origine, la demande à l'effet d'inclure les résidences privées (et les projets ACL volet 2) à l'intérieur de la norme B-2 est venue du ministère de la Sécurité publique. Dès lors, des discussions ont opposé, du côté de la Sécurité publique, les principes de sécurité et la réalité du vieillissement et, de l'autre (SHQ et fédérations de résidences pour aînés), les principes de libre choix, d'autonomie, de potentiel des personnes. De ces discussions serait survenu un compromis sous la forme d'une sous-catégorie appelée *Résidence supervisée* qui se présente comme une sorte d'intermédiaire entre ACL et un CHSLD. À ce jour, la norme B-2 n'est toujours pas applicable dans ACL (hormis certaines exceptions dont quelque unes sont évoquées dans cette recherche). Par exemple, les cuisinières et frigos réfrigérateurs ne sont pas acceptés.

L'opportunité (ou non) d'adopter des éléments propres à des bâtiments de type institutionnel (B-2) illustre le caractère inédit de ces nouveaux maillages de même qu'un déplacement des normes en matière d'aménagement de sécurité. Tout d'abord, le fait, pour la SHQ ou ses villes mandataires, d'avaliser des projets ciblant des personnes âgées en perte lourde d'autonomie, impliquait en soi une certaine entorse à la norme en vigueur. Comment, alors, répondre correctement aux exigences des services de sécurité incendie des municipalités ? Par ailleurs, comme le montrent les cas qui suivent, la variété des situations s'est aussi traduite par des **interprétations différentes des normes**, interprétations découlant souvent des situations souhaitées par les promoteurs, **en fonction de leur modèle de référence**. Nous revenons sur ces aspects à la section 3.2.

Conclusion

Deux facteurs ont été particulièrement en cause dans la configuration des ensembles résidentiels étudiés et leur évolution vers des formes hybrides : les modèles de référence des promoteurs et, parfois, de leurs partenaires, d'une part, et d'autre part, l'environnement des politiques et régulations.

L'intégration des attributs de l'univers du logement et du logement social s'est avérée plus ardue pour les promoteurs ayant envisagé des projets d'hébergement au départ. Cela a supposé, pour eux, des deuils et certains changements de perspective. Les adaptations ont parfois été vécues comme des contraintes. En rétrospective, plusieurs y voient maintenant les avantages : normalisation à travers les règles du bail, aménagements, ciblage vers des personnes à plus faibles revenus. Autant de dimensions qui étaient peu ou pas considérées au départ.

L'offre de services à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie semble plus aisée, naturelle, lorsque les modèles de référence appartiennent à l'univers du logement social.

D'une part, le programme AccèsLogis se prête naturellement à cet univers. D'autre part, les attributs de l'hébergement sont plus aisément négociés ou adaptés.

Évidemment, les processus sont plus harmonieux lorsque les protagonistes disposent des ressources suffisantes et d'une variété d'exemples et de modèles qui puissent faciliter leur prise de décision. Ce ne fut pas toujours le cas, particulièrement lors des premières années d'implantation du programme AccèsLogis. Les cheminements y ont été plus tâtonnants; les normes étaient sujettes à interprétation et à des ajustements successifs. La composition des équipes de même que l'expérience des personnes ressources actives dans les phases de réalisation et d'opération jouent dans la capacité d'aboutir à des résultats sinon satisfaisants, du moins rationalisés et assumés.

La mise en place de règles de conformité et l'attention portée à la qualité des soins dans les résidences avec services ont sans doute contribué à une base commune, voire une uniformisation des pratiques en dépit de la variété des modèles d'organisation dans les projets AccèsLogis destinés aux personnes âgées. En définitive, l'effet cumulé des initiatives locales pour répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie et celles du MSSS pour pourvoir un encadrement plus sécuritaire de ces aînés s'est traduit peu à peu par un déplacement du centre de gravité des résidences au profit de la dimension hébergement/santé.

4.3 Enjeux, écueils et opportunités

Nous terminons cette analyse en relevant des enjeux, des contraintes ou des opportunités qu'on pu engendrer la création de ces ensembles résidentiels. Ces enjeux touchent notamment à la mixité, au financement, à la sécurité/autonomie, à l'accessibilité aux services et aux soins et à l'identité des ensembles de logement social avec services en tant que milieux de vie.

Enjeux de mixité

Vu sous l'angle de l'intégration des logiques et nouvelles règles propres aux résidences pour aînés avec services dans l'univers des projets d'habitation communautaires tel AccèsLogis, l'une des premières contraintes potentielles regarde l'application uniforme de règles d'aménagement et de sécurité dans le cadre de projet mixtes, c'est-à-dire des projets combinant des catégories de personnes différentes et/ou dont les niveaux d'autonomie sont très variés. En effet, les exigences de conformité en provenance du MSSS ont été pensées en fonction des résidences pour aînés ou pour des CHSLD accueillant des personnes ayant des caractéristiques assez homogènes. Les règles du MSSS sont plus difficiles à appliquer dans les projets intergénérationnels (en croissance) ou encore les projets pour personnes âgées combinant des personnes autonomes ou beaucoup moins autonomes. Les contraintes

potentielles sont non seulement d'ordre financier, elles touchent aussi le fonctionnement des milieux de vie et des personnes.

Ainsi, certains ont questionné les effets de ces normes sur les personnes plus autonomes et sur l'allure générale des milieux de vie. L'exemple, à première vue anodin, de l'utilisation du savon à lessive donné par la directrice de P-05 en fournit l'illustration. Suivant les indications reçues pour la certification de cette résidence, le savon à lessive doit être placé dans un lieu sécurisé. Or, souligne la coordonnatrice, *« qu'en est-il des personnes âgées autonomes qui veulent faire elles-mêmes leur propre lessive ? À terme, ces mesures de sécurité peuvent finir par entamer l'autonomie de ces personnes, autonomie que nous désirons soutenir »*. On pourra aussi donner pour exemple l'utilisation des registres de déplacement, les tirettes d'alarme obligatoires, etc. En somme, deux risques se présentent : celui de devoir appliquer une même norme pour tous au nom de la minorité ou encore de privilégier des projets aux clientèles avec des caractéristiques et des besoins semblables, et ce, au détriment de projets mixtes et de cet équilibre des milieux de vie si chers aux responsables des OSBLH. Or, les formules « équilibrées », « variées », « mixtes », « plurigénérationnelles » sont valorisées dans les initiatives de logement communautaire; elles contribuent à la vitalité des milieux et à l'entraide.

De même, pour les OSBLH, à travers des critères de sélection plus variés, on dispose de moyens pour moduler le profil des personnes et la réponse à des besoins prioritaires, tout en gardant un certain contrôle sur l'offre de service. On comprend, dans ce contexte, pourquoi le contrôle ultime sur les cibles et les mécanismes de sélection des locataires âgés demeure central pour assurer le maintien de l'équilibre de la double-mission des ensembles d'habitation combinant le logement social et les services de santé. Ici, bien que les responsables des ensembles d'habitation pour âgés soient sujets à certaines demandes de placements du réseau de la SSS, qui parfois ont pu être ressenties comme des pressions, le contrôle ultime de la sélection des locataires par les responsables des ensembles d'habitation est respecté par les partenaires du secteur de la SSS. Dans les formules que nous avons étudiées, les formules de sélection, elles-mêmes hybrides, permettent la réalisation de milieux de vie mixtes, c'est-à-dire où se côtoient des personnes aux caractéristiques et aux pertes d'autonomie variées (et plus jeunes).

Les aménagements et la sécurité

La mise en place de projets ciblant des personnes en perte d'autonomie plus lourde a donné lieu à des aménagements inédits et dignes d'intérêt mais aussi à des interprétations de l'aménagement qui, au nom de la sécurité et des soins, nous amènent à questionner certaines normes propres à l'univers de l'hébergement dans celui du logement social. Ainsi, sur le plan de la typologie des logements, on a pu observer une tendance à sacrifier les espaces privés,

c'est-à-dire logements complets (allant des studios aux 3 ½ pièces pour les personnes seules) des personnes âgées aux impératifs de sécurité ou à des aménagements collectifs. Ces choix sont justifiés le plus souvent par des considérations financières, mais d'autres sont inspirés des modèles hospitaliers jugés plus sécurisants. Cette manière de faire, qui peut être encore vue comme acceptable à travers les normes de l'hébergement, marque en fait un recul dans les efforts déployés à travers, notamment, le programme architectural de la SHQ (Renaud, 2008). Ce programme favorise en effet, depuis plus de vingt ans, l'accès à des logements complets (chambres, salle de bains, cuisines équipées) de manière à favoriser l'autonomie active et le maintien à domicile des personnes âgées. Bref, ces choix d'aménagement posent la question de la manière de vivre chez- soi dans son logement, fut-il social et collectif. Jusqu'où doit-on sacrifier son cadre de vie privé au profit des impératifs des soins et services ?

De la même manière, l'assujettissement des OSBLH abritant des personnes avec des pertes d'autonomie plus importantes (à l'entrée) à des normes de sécurité de type institutionnel (B-2) pose la question même du principe du vieillir chez soi au moment où les États tentent de diminuer le recours à l'institutionnalisation et à l'hébergement. Mais qu'en est-il des ces normes pour la grande majorité des personnes qui vivent et vieillissent chez elles, dans des domiciles ordinaires, avec des pertes d'autonomie parfois importantes ? Et qu'en est-il de la majorité des personnes âgées qui accèdent à des OSBL d'habitation avec des pertes d'autonomie légères mais dont l'autonomie peut se détériorer rapidement? Tout se passe comme si on vivait avec un double standard, celui de l'accès à des ressources résidentielles lorsque l'on est en perte d'autonomie, celui de vieillir chez soi avec ces mêmes pertes d'autonomie. Ces normes architecturales très sécuritaires, désirées par le secteur de la santé et des services sociaux, ont leur mérite, mais elles ne nous mettent pas à l'abri de configurations architecturales qui iraient dans le sens des formes hospitalières antérieures. Une réflexion concertée, auxquelles doivent prendre part la SHQ, le MSSS, et les partenaires concernés, s'impose donc pour dépasser ces formes lorsqu'il s'agit de les intégrer dans des ensembles d'habitation communautaire évolutifs et pluriels. Ces discussions doivent prendre en considération la discrétion des aménagements voués aux soins et la place du personnel voué à ces soins.

En somme, la mise en œuvre, au tournant des années 2000, des projets de logement sociaux destinés à des aînés en perte d'autonomie est traversée par deux courants simultanés. Un premier courant, plus dominant ces années-ci, est celui de la sécurité, reflété par de nombreuses normes architecturales et de qualité dans les résidences pour aînés. L'autre courant concerne l'autonomie et le libre choix des aînés en regard de leur expérience résidentielle. Ces courants ou principes peuvent entrer en conflit lorsqu'ils empiètent l'un sur l'autre. Certains peuvent alors parler de droit au risque, lorsque trop de sécurité empiète sur le libre choix. (Amyot, 2001).

Au plan financier, on a vu que les normes de sécurité imposées pour les personnes présentant des pertes d'autonomie importantes entraînent des coûts supplémentaires, coûts que le programme AccèsLogis Québec n'absorbe pas. Dans nos projets étudiés, ces coûts ont donc été absorbés, sur des bases ponctuelles, par les organismes eux-mêmes (levées de fonds privées) ou les établissements de santé partenaires des projets. Ces situations présentaient, en principe, un caractère expérimental, mais qu'en serait-il de leur généralisation ? Par ailleurs, dans l'éventualité où de tels modèles étaient appelés à se multiplier, quelle part budgétaire devrait être attribuée au MSSS ?

Enjeux d'accessibilité des services à domicile dans les résidences communautaires pour aînés.

Dans des résidences de type ACL volet 2, les organismes choisissent de : 1) n'offrir aucun service de soutien à domicile et s'en tenir à des services légers; 2) d'offrir des services à domicile pour des résidents en perte d'autonomie en faisant appel à des ententes de services avec le CSSS; 3) d'offrir et défrayer eux-mêmes (en chargeant des suppléments au bail) certains soins et services de santé. Dans d'autres cas, on observe aussi une cohabitation des deux offres des services semblables par le CLSC et par l'organisme (P-06; P-07). Or, ces services sont payants lorsqu'offerts par l'organisme et gratuits lorsqu'offerts par le CLSC. Ce système à deux vitesses est déjà connu et comme le signale un coordonnateur : « (...) *Le MSSS a des beaux principes qui disent qu'un domicile ordinaire ou une résidence pour aînés, c'est le même accès. Dans la réalité, ce n'est pas ça* » (P-07-1). Non spécifique à l'univers des OSBLH d'habitation offrant des services, cette situation pose néanmoins des questions sur l'équité en matière de soins et sur l'opportunité ou non d'organiser de tels services. À cet effet, faut-il conclure que le crédit d'impôt pour les services à domicile fait, à lui seul, office de contre-poids ? À notre avis, non, et les modèles avec services payants se développent en bonne partie à partir des constats d'inaccessibilité à ces soins. Inaccessibilité par ailleurs inégale d'une région à l'autre. L'encouragement des gouvernements à voir les OSBLH développer une offre de services privés (concurrente aux CLSC et maintenant aussi aux CHSLD) perpétue des inégalités en matière de salaires et de conditions de travail (Binhas et Ducharme, 2010). Une analyse économique plus approfondie portant sur les modalités d'organisation des services serait requise.

La sélection de personnes âgées présentant des plus lourdes pertes d'autonomie peut concerner tous les locataires ou une partie d'entre eux. Dans ce dernier cas, on peut parler d'un modèle mixte. Si l'offre de service est, de manière nette, organisée en fonction de cette distinction, on peut voir apparaître un modèle où l'intégration de la logique par service est appliquée partiellement dans une sorte de superposition ou de cohabitation des missions. Par exemple, dans le cas P-01, tous les 30 logements pour aînés sont destinés à des personnes qui

présentent des pertes d'autonomie importantes et celles-ci sont référées par le CLSC. En revanche, dans le cas de P-2, les 50 ménages se composent d'une vingtaine d'aînés présentant des pertes d'autonomie importantes (bénéficiaires dans le cadre d'une entente de services) et d'une vingtaine d'autres présentant des pertes légères d'autonomie. Dans d'autres cas, le nombre de logements destinés à des aînés en plus grande perte d'autonomie n'est pas prédestiné si bien que les profils sont variables.

Cibles, sélection et constitution de milieux de vie

La plupart des responsables des résidences communautaires pour aînés se définissent comme des milieux de vie où, dans le respect de l'autonomie des personnes âgées, celles-ci peuvent avoir accès à certains services et à la socialisation. Nous avons vu que la prise en compte des résidences communautaires en tant que milieu de vie peut se heurter à la conception des SAD des CLSC pour qui les services sont offerts exclusivement sur une base individuelle. Certains OSBL-H offrant des services de santé ont éprouvé des difficultés à concilier les deux types de dynamiques : l'une, celle du milieu de vie, où les services sont offerts à tous souvent dans une optique de prévention; l'autre, celle du CLSC où les services sont offerts à certains, après stricte évaluation. Dans cette dernière optique, les personnes âgées sont traitées en fonction de leur domicile individuel et l'appartenance au milieu n'est pas pris en compte. Dans le cas de P-02, les responsables interrogés de même que leurs partenaires du CLSC admettent que ces conceptions demeurent encore difficiles à concilier, invoquant un « *choc des cultures institutionnel et communautaire* ». Voici ce que la représentante du CLSC indique :

« Dès le début et même encore maintenant, les gens du conseil d'administration (de l'OSBLH) ont tendance à avoir trop d'attentes en regard du partenaire CSSS, comme si celui-ci était le gestionnaire et responsable de tous les locataires. Par exemple, il a été difficile pour le SAD de faire comprendre qu'ils ne pouvaient pas s'occuper de tous les locataires mais seulement de leurs seuls cas. Même chose pour les relocalisations. Les gens du SAD appliquent des règles (qui pourraient s'appliquer à tout locataire) lorsque ceux-ci ont trop de perte d'autonomie. Cela heurte l'idée du maintien dans les lieux le plus longtemps possible pour le personnel de (l'OSBL). »

Cette règle ne semble pas s'appliquer à tous les CLSC puisque d'autres équipes de soutien à domicile de CLSC ont élargi quelque peu leur offre de services pour prendre en compte des demandes ponctuelles tout en restant attentifs aux besoins potentiels de tous les locataires. C'est le cas de P-08, dont l'entente de services de SAD avec le CLSC, qui prévoit des services à 12 personnes (et de manière non nominale) en est venu à interpréter cette configuration de manière large. Le directeur explique :

« Ce sont les besoins manifestés par les autres résidents sur place qui ont fait en sorte que le personnel avec le temps, a débordé du cadre de l'entente pour répondre à des besoins type prise de pression, prise de sang, etc. Ça a été rediscuté et même, depuis qu'il y a la certification, on devient une résidence pour aînés comme tout le monde avec des obligations élargies. Les infirmières demeurent ouvertes à l'évolution des besoins des autres résidents. L'infirmière connaît tout le monde car c'est un village, cela facilite les choses. »

Ces situations renvoient directement aux problèmes d'arrimage avec le réseau de la santé et des services sociaux tels qu'évoqués plus haut. Celles-ci peuvent expliquer que certains OSBLH ont embauché leur propre personnel de soins. Une option qui permet d'assurer des services et soins individuels tout en oeuvrant dans une optique d'ensemble. Par ailleurs, le concept de « milieu de vie » est mis de l'avant par des responsables d'habitations communautaires pour aînés qui défendent fortement les approches associées au logement et au chez-soi, celles que, précisément, les agents de l'équipe du SAD appliquent eux-aussi. Est-ce à dire que les philosophies fondées sur le logement et le chez-soi sont en contradiction avec l'esprit des milieux de vie ? Sans doute pas, mais ces cas nous montrent une autre ligne de frontière où l'individu est susceptible de se heurter au projet collectif et à ses impératif et vice versa. Or, dans les résidences communautaires pour aînés, les implications sont nombreuses. Elles peuvent toucher au partage des coûts des services, à l'identité des personnes et au rapport de consommation. Par ailleurs comment, dans un contexte où l'on trouve une présence importante de soins et services de santé, organiser des milieux de vie qui reflète un milieu d'habitation ? Ici, les aménagements, la mixité et l'attitude du personnel sont particulièrement en cause et le défi peut être surmonté à condition que les responsables en définissent bien les contours.

Le cas de P-05 se situe plus clairement dans une logique de milieu de vie, voire de milieu de soins. Rappelons que cet ensemble offre directement des soins et services de base tels que des soins infirmiers, services de préposés, entretien ménager et ce, en dépit de sa proximité avec un point de service du CLSC (situé dans le même immeuble). Ces services sont facturés aux locataires qui les requièrent. Aux dires du président, c'est l'accessibilité, la question des heures de disponibilité et l'importance d'assurer un meilleur arrimage avec le CLSC qui a déterminé ce type d'organisation. En somme, les heures offertes par le CLSC n'étaient pas suffisantes. Le président ajoute : *« Notre infirmière joue un véritable rôle pivot avec l'hôpital, le CLSC, la famille, etc, ce que le CLSC n'offrait pas ».*

Rendre plus visible la multiplicité des objectifs poursuivis dans les projets

L'examen de l'utilisation des projets montre que le volet 2 du programme AccèsLogis Québec répond à des objectifs multiples. Parmi ceux-ci, la sécurité et le maintien des

populations dans leur localité apparaissent comme centraux aux yeux des responsables. Ces dimensions gagneraient à être rendues plus visibles et reconnues dans l'énoncé de mission du programme. En milieu rural, notamment, toujours aux yeux des responsables, l'insécurité se présente comme un facteur central, plus encore que les conditions économiques ou même la perte d'autonomie. Les logements visent alors à répondre aux besoins de personnes, souvent des femmes âgées, qui vivent seules loin des services et ou qui peinent de plus en plus à entretenir leur maison (P-03;P-05; P-06; P-08). C'est précisément dans ces cas où les revenus ne sont pas pris en compte dans la sélection. Or, l'insécurité n'appartient ni à un secteur ni à l'autre. Cette réalité explique peut-être que certains en viennent à développer une conception large et étendue de la vulnérabilité et de la pauvreté.

CONCLUSION

Cette recherche visait à présenter des initiatives de logement communautaire et social illustrant des processus d'hybridation avec les formules propres à l'univers de l'hébergement-santé. La méthode utilisée s'est appuyée sur l'étude de plusieurs cas (n=8) dans le cadre du volet 2 (personnes âgées) du programme AccèsLogis de la Société d'habitation du Québec. Celle-ci ne permet pas de dégager des conclusions générales sur les tendances à l'œuvre dans l'ensemble du secteur. Néanmoins, l'examen confirme la poursuite des tendances à l'hybridation, du moins pour une partie des projets développés dans le cadre d'AccèsLogis (volet 2). L'accentuation de formes hybrides a été favorisée par un contexte de réformes politiques marqué par l'adoption d'une nouvelle politique de soutien à domicile et par la volonté gouvernementale de développer des alternatives aux formules institutionnelles de type CHSLD. Bien que les formules observées et les trajectoires de chaque projet soient variées, l'évolution de celles-ci laisse voir une certaine standardisation dans les pratiques et les normes. On peut attribuer cette convergence relative à l'intégration des règles de conformité dans les résidences pour personnes âgées avec services. Toutefois, si cette phase de standardisation touche certaines pratiques, elle en laisse d'autres dans l'ombre. Ainsi en est-il des modèles d'organisation de services aux personnes dont certains sont gratuits (accessibles et assumés par les CLSC) et d'autres payants (assumés par les OSBLH et les locataires eux-mêmes).

BIBLIOGRAPHIE

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

Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (2007). *Guide de mise en oeuvre d'une ressource intermédiaire pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Montréal, Agence de la Santé et des Services sociaux: 48.

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

Amyot, Jean-Pierre (2001), « Responsabilités et droit au risque dans les pratiques en gérontologie » dans ADSP, no 36, septembre, p. 45-46.

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

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

Aubry, François (2005), *Les résidences privées à but lucratif pour aînés. Portrait sectoriel*. Montréal, LAREPPS, UQAM, 116 pages.

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

Binhas, L. et M. Ducharme (2010), *Profil de la main d'œuvre des OSBL d'habitation et d'hébergement, Montréal, Comité sectoriel de main d'œuvre en économie sociale et action communautaire, RQOH*.

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

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

Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse ?* Québec, Presses de l'Université du Québec.

Charpentier, M. et Maryse Soulières (2006). *Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir des personnes âgées en résidence et en Centre d'hébergement*. Rapport de recherche remis au

Ministère de la Santé et des Services sociaux et au Secrétariat des aînés. É. d. t. social. Montréal, Université du Québec à Montréal: 92 pages.

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

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

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

Dansereau, F. B., G. (2006). *La participation des aînés à la conception et à la gestion des projets résidentiels au Québec*. Québec.

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

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

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

Dubuc, N. (2009). "Les nouveaux modèles d'habitations : des formules à géométrie variable." *Vie et vieillissement* 7(4): 9.

Dubuc, N., Demers, L., Tousignant, M., Tourigny, A., Dubois, M.-F., Caron, C., *et al.* (2009). *Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement; Université Sherbrooke, 195 pages.

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

Ducharme, M.-N., Charpentier, M. et Vaillancourt, Y (2004). "Les OSBL et les coopératives d'habitation pour personnes âgées : des initiatives résidentielles méconnues " *Économie et solidarités*: 85-99.

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

Ducharme, Marie-Noëlle et Yves Vaillancourt (2002), Portrait des OSBL d'habitation sur l'Île de Montréal, Montréal, FOHM et LAREPPS-UQAM.

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

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

Fonds québécois d'habitation communautaire, F. q. d. h. (2007). Tableaux et statistique AccèsLogis Québec, volet 3. Québec, Fonds québécois d'habitation communautaire: 9.

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

Germain, A., Belley, C., Desrosiers, D., Morin, P. et Lauzon, N. (2003). Modèles résidentiels en émergence - moins d'hébergement plus de soutien. Présentation de 33 diapositives « PowerPoint » au 13 et 14 mars 2003. Rendez-vous 2003 des CRDI. F. q. d. CRDI.

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

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

Guérin, S. d. (2008). Habitat social et vieillissement. Paris, La Documentation française.

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

Hall, M. I. (2005). Cadre juridique pour le logement en milieu de soutien pour les aînés. Options s'offrant aux décideurs canadiens. Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.

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

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

Hellyer, Paul (1969), Rapport de la Commission d'étude sur le logement et l'aménagement urbain, Ottawa, Imprimerie de la Reine, 96 pages.

Houben, P. P. J. (2001). "Changing Housing for Elderly People and Coordination Issues in Europe." *Housing Studies* 16(5): 651-673.

Kane, R. A., K. Wilson-Brown, *et al.* (2007). "Developing a research agenda for assisted living." *The Gerontologist* 47(Special Issue III): 141-153.

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

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

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

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

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

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

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

Lewis, J. S. (1997). "Housing and social support needs of elderly persons: A needs assessment in an independent living facility." *Evaluation and Program Planning* 20(3): 269-277.

Liebig, P. S. (1993). "Federalism and suitable housing for the frail elderly: A comparison of policies in Canada and the United States." *Housing policy debate* 4(2): 199-237.

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

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Québec, Gouvernement du Québec.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles 2004-2009.*

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). Politique de santé et de bien-être. Québec, Gouvernement du Québec.

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

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

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

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

Parent, P.-P. (2004). *Intervenir auprès des familles*. Paris, L'Harmattan.

Pelletier, Daniel (2000), « *Privatisation dans le secteur de l'hébergement à long terme* ». Institut de gérontologie du Québec, 6 (1).

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

Observation de l'administration publique (2006). *La prise en charge publique des services de santé destinés aux aînés*, ENAP.

Pynoos, J. (1993). "Linking Federally Assisted Housing with Services for Frail Older Persons." *Journal of Aging & Social Policy* 4(3): 157-177.

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

Reguer, Daniel et Michèle Charpentier (2007), *Regards critiques sur les politiques de maintien à domicile des personnes âgées en France et au Québec*, « *Revue canadienne de politiques sociales* », volume 60-61. Pp. 39-51.

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

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

Research, S. d. (2000). Le logement-services pour les aînés. SCHL. Ottawa, SCHL: 69.

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

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

Robert (2009). *Nouveau dictionnaire de la Langue française*.

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

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

Irwin, J. (2004). *Home Insecurity. The State of Social Housing Funding in BC*. Vancouver, Canadian Centre for Policy Alternatives. BC office: 20 pages.

Smith, J. L. (1998). "Cleaning up public housing by sweeping out the poor." *Habitat International* 23(1): 49-62.

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

Société canadienne d'hypothèques et de logement (2009), *Le logement en milieu de soutien et le logement avec services de soutien, Appel d'offre*. En ligne. www.merx.com

Social Data Research (2000). Le logement-services pour les aînés. SCHL. Ottawa, SCHL: 69.

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

Société d'habitation du Québec (2008). *Programme architectural pour projets destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec: 21.

Société d'habitation du Québec (2007), *L'habitation au Québec comparée à 17 pays*, Québec, 85 pages.

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

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

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

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

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

Vaillancourt, Yves (1998) *Le développement des politiques sociales au Québec : 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

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

Van der Klis, M. and L. Karsten (2009). "Commuting partners, dual residences and the meaning of home." *Journal of Environmental Psychology* 29(2): 235-245.

Villeneuve, J. (2007). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie. C. d. aînés*. Québec, Gouvernement du Québec.

Zimmerman, S., P. Sloane, *et al.* (2001). *Assisted living: Needs, practices and policies in residential care for the elderly*. Baltimore, Johns Hopkins Press.

ANNEXE 1 DESCRIPTIF DES CAS

Cas P-01

L'OSBL d'habitation s'adresse à différents types de personnes (personnes handicapées, personnes seules en difficultés, personnes âgées). Il comprend un total de 52 logements dont 30 s'adressent à des personnes âgées en perte d'autonomie. Il est situé dans une banlieue de Montréal. L'équipe de promoteurs était surtout composée d'un organisateur de CLSC spécialisé en logement et de leaders de la paroisse. À l'origine, les promoteurs visaient un projet d'habitation sociale avec des personnes âgées plutôt standard, c'est-à-dire visant des personnes âgées en légère perte d'autonomie. Les modèles d'inspirations au départ étaient : les OSBL d'habitation pour aînés existants, les résidences privées pour aînés et certains modèles développés au Danemark. On visait surtout l'amélioration des conditions de logement pour des personnes âgées à faible revenu.

Une entente de services avec le CSSS (CLSC) est venue modifier les cibles à la faveur du développement des *projets novateurs*. En vertu de l'entente de services (projet novateur), on vise des clientèles ayant besoin de services, ceux-ci se situant juste en amont des critères des CHSLD (entre deux et trois heures de soins par jour). Le revenu est pris en compte dans la sélection, mais d'autres critères ont préséance (appartenance à la localité, perte d'autonomie).

Le processus de sélection des locataires transite très largement par le CLSC. L'entente entre le CSSS et l'OSBLH prévoit que 100 % des locataires du projet sont présélectionnés par le CLSC sur la base de leur niveau d'autonomie et leurs besoins en services. Concrètement, les personnes sont d'abord sélectionnées et évaluées sur la base de l'autonomie et des besoins en services. Les dossiers sont ensuite acheminés au comité de sélection de l'OSBL-H qui applique sa propre grille, basée sur les revenus et autres. L'OSBLH conserve son propre comité de sélection ainsi que la possibilité du *dernier mot* sur la sélection. Aux dires des responsables de l'OSBLH, cette modalité peut avoir l'air d'une nuance inutile, mais elle est « *...d'une importance extrême. Parce que nous, aux Habitations...on en refuse plein. Le CSSS, c'est légitime, essaie de nous refiler leur monde. Si on les avait écoutés, la moitié de nos résidents auraient des problèmes de santé mentale. Il faut toujours résister, négocier. (...) On est pas contre ces personnes-là, mais on en prend à dose raisonnable. On garde l'équilibre pour en faire un milieu viable et agréable.* » (P-01-1)

Les services offerts :

- Aides à la vie quotidienne et à vie domestique (par l'entreprise d'économie sociale en aide domestique)
- Surveillance, socialisation (EESAD)
- Services professionnels (CLSC)

- Formation du personnel pour certains actes délégués (médicaments, etc.)
- Coordination des services (CLSC)

Un certain nombre de services minimaux sont obligatoires et chargés au bail soit : 14 repas par semaine et l'obligation de porter un bracelet d'alarme en tout temps. Les services de santé sont offerts gratuitement grâce à l'entente de services avec le CSSS.

Une partie de l'immeuble est construit en fonction des normes prescrites dans la catégorie « résidence supervisée » de la norme B-2 du Code du bâtiment, c'est-à-dire une norme institutionnelle et non résidentielle.

Cas P-02

L'OSBL est un ensemble d'habitation situé dans un quartier central d'une grande ville. Le projet, qui a ouvert ses portes en 2008, est un complexe de près de 100 logements dont la majorité est réservée à des personnes âgées et dont la moitié, parmi ces derniers, présente des pertes d'autonomie importantes c'est-à-dire près des seuils d'admission en CHSLD. Ces derniers sont l'objet d'une entente de services entre le CSSS et l'organisme. Les autres logements utilisent les sont offerts à des familles ou des personnes seules. Il s'agit donc d'un projet mixte à vocation intergénérationnelle. Les instigateurs sont les membres d'une importante fondation en santé. La mission marie à la fois « alternative à l'hébergement pour des PAPA » et logement social (pauvreté) pour plusieurs catégories de populations du quartier. La mission inclut également une perspective de mixité sociale et intergénérationnelle. La cour intérieure qu'entourent les 3 immeubles se veut un espace de rencontre.

Le projet origine d'une initiative d'une fondation en santé. Après avoir examiné des options pour développer une alternative à l'hébergement CHSLD pour des aînés, ceux-ci se sont tournés vers le programme AccèsLogis tout en s'appuyant sur l'expertise développée par des organisateurs de CLSC et par le GRT local. Au fil du temps, des contraintes et des opportunités, le projet a évolué vers une formule mixte plus apte à répondre à des demandes et besoins plus larges en matière de logement social.

Outre la SHQ et le CSSS, le développement du projet a bénéficié de l'important soutien d'une communauté religieuse, notamment par le don d'un grand terrain. Les promoteurs de la fondation ont également contribué à certains aspects du bâtiment (adaptations, aménagements extérieurs, etc.). Pour ce qui est des services aux aînés en perte d'autonomie (24 personnes), des ententes ont été établies avec le CSSS pour des services à domicile et du soutien communautaire, ainsi qu'avec un organisme communautaire pour les services d'alimentation. Un ESAAD est aussi partenaire pour de l'aide domestique.

Sur les 50 logements réservés aux locataires, **24 sont destinés à des personnes en plus lourde perte d'autonomie.** Pour ces personnes, la référence s'opère essentiellement par le programme de soutien à domicile du CLSC. Quant aux 26 autres personnes, celles-ci

correspondent davantage à la définition classique du volet 2 c'est-à-dire des personnes âgées en légère perte d'autonomie. Ces dernières sont recrutées globalement dans le quartier à travers les filières communautaires, offices d'habitation, comités de logement, réseaux informels, etc. Tous les locataires doivent, cela dit, correspondre aux critères d'attribution d'ACL. Sur les 50 logements aux PA, une trentaine reçoit du PSL, ceux-ci sont distribués nonobstant le statut de ces aînés en matière de perte d'autonomie.

Les personnes visées par l'entente de services sont sélectionnées par le CLSC. Actuellement, les profils correspondent à des personnes qui se situent légèrement en amont de l'hébergement. Plus précisément, il s'agit de gens « *qui seraient éligibles à l'hébergement mais il ne s'agit pas de gens qui se retrouvent en hébergement de facto* » (priorité de listes d'attente et de besoins). En somme, ce sont des gens qui sont « *loins dans la liste d'attente des CHSLD* ». Certains critères de sélection ont été négociés entre les parties. Ainsi, parmi les critères, on notera l'accent mis sur des personnes dont les capacités et caractéristiques leur permettent de profiter du milieu de vie proposé. Autrement dit, les résidents doivent être capables d'exercer un rôle de locataire. Pour les personnes âgées visées par l'entente de services avec le CSSS, la référence et la sélection s'opèrent essentiellement par l'équipe du soutien à domicile (SAD) du CLSC. Lors de la première sélection du projet (à l'ouverture), un comité de sélection était formé de deux personnes de l'équipe du SAD du CSSS et de deux membres du CA. Au nombre des critères de sélection stipulés dans l'entente de services avec le CSSS, on précise que les personnes doivent avoir les *capacités cognitives, physiques et sociales leur permettant de profiter des avantages reliés au milieu proposé (p. 6, entente de services)*. En clair, cela signifie que les personnes doivent savoir où elles sont, et qu'elles puissent véritablement profiter de l'effet logement. Par ailleurs, les personnes doivent, entre autres :

1. avoir fait l'objet d'une évaluation complète par le CSSS à l'aide de l'outil d'évaluation multi-clientèle en cours dans le réseau ;
2. évaluation gériatrique ou psychogériatrique au besoin ;
3. Obligation d'avoir un plan d'intervention individualisé (PII) ou plan de service individualisé (PSI) ;
4. Profil de besoin 1 ½ à 3 ½ heures de soins par jour au plan des aides à la vie quotidienne (AVQ) ;
5. Fonctions cognitives exemptes d'un diagnostic de démence associé à des troubles de comportement.

Quant aux autres personnes âgées de la résidence, c'est-à-dire celles qui ne sont pas liées à l'entente de services avec le CSSS, leur profil et leur sélection correspond davantage à la définition classique du volet 2. Elles sont recrutées *dans la localité* à travers les filières communautaires, comités de logement, réseaux informels, etc. Environ les deux tiers des logements sont éligibles à des suppléments au loyer, ceux-ci sont distribués nonobstant le statut de ces aînés en matière de perte d'autonomie. Au fil du temps, les dirigeants ont voulu créer une certaine gradation dans les niveaux de perte d'autonomie.

Le projet compte quatre immeubles qu'entoure une grande place commune destinée à tous les locataires. L'immeuble destiné aux aînés comporte quatre étages. Les deux premiers étages sont destinés exclusivement aux personnes âgées en plus lourde perte d'autonomie. Chaque étage compte un petit salon commun. Celui-ci est doté d'un ascenseur pouvant accueillir des lits. Il comporte une majorité de 3 pièces ½ ainsi que quelques 4 pièces ½. Il s'agit de logements complets avec cuisine et salle de bain complètes.

On trouve, au rez-de-chaussée, une grande salle polyvalente pour la salle à manger ainsi que des activités communautaires. On trouve également une cuisine « professionnelle ». Le personnel pour les soins et services dispose de trois bureaux avec une petite aire commune. Sur chaque étage, on trouve également une salle de bain avec bain thérapeutique ainsi qu'une douche thérapeutique. L'entrée de l'immeuble pour les personnes âgées comprend un hall ouvert avec comptoir.

L'offre de services varie selon les groupes de locataires. L'offre de services à tous les locataires (incluant des personnes âgées en légère perte d'autonomie) consiste en du soutien communautaire. Quant à l'offre de services aux personnes âgées en plus lourde perte d'autonomie, elle consiste en les services repas (sept dîners par semaine), l'aide domestique, les soins personnels, des services infirmiers et autres services professionnels (ergo, travail social, etc). Voyons leur organisation plus en détail.

Le soutien communautaire, offert à tous les locataires, est dispensé par un animateur engagé à l'interne. Le financement est assuré par une subvention du Cadre national de gestion sur le soutien communautaire (CSSS, 30 000\$); une partie du budget de l'entente de services CSSS pour l'animation (50 000 \$) et une contribution au bail par les locataires.

Les services de salle à manger (sept dîners par semaine) sont offerts par un organisme local exclusivement pour les 24 personnes en plus grande perte d'autonomie. Ils sont contractés par entente avec le CSSS. Une partie du budget de l'entente du CSSS y est consacrée.

Les seuls services obligatoires pour tous à la base sont sept repas par semaine et quelques frais pour la sécurité. Ce choix a été l'objet de nombreuses discussions et c'est pour assurer la viabilité de la cuisine et pour bénéficier du crédit d'impôt pour le soutien à domicile que l'on a opté pour cette formule. Les services de santé sont offerts gratuitement dans le cadre d'une entente de services avec le CSSS (infirmières, préposés, travailleuse sociale, etc.)

À l'origine du projet, les promoteurs visaient un projet d'hébergement et ne priorisaient pas les revenus et les conditions de logement. Avec l'entrée en jeu d'AccèsLogis Québec, l'évolution a été importante. L'organisme prévoit des critères communs pour l'ensemble du projet et une grille de sélection pour deux sous-groupes d'aînés (perte légère d'autonomie, perte plus lourde d'autonomie). La politique de sélection pour l'ensemble des locataires priorise : 1) le secteur de résidence; 2) taux d'effort au loyer; 3) surpopulation du logement; 4) origine immigrante; 5) intérêt, etc.

Cas P-03

L'organisme est une résidence communautaire pour aînés située dans une ville d'environ 25 000 habitants dans une région rurale. La mission de la résidence vise d'abord à offrir les soins aux personnes en perte d'autonomie et à offrir un lieu de socialisation pour les personnes isolées. Le besoin de logement social n'est pas la mission dominante. Une partie des chambres (six) fait l'objet d'une entente de services avec le CSSS pour des soins et services professionnels pour des personnes en plus lourde perte d'autonomie. Sur l'ensemble des logements et chambres, 13 sont admissibles au supplément au loyer. Le projet ACL origine des leaders de la maison d'hébergement, dont la directrice était une religieuse. Celle-ci s'est ensuite entourée, entre autres, d'un ancien conseiller municipal, d'un ancien directeur de CLSC et d'une ex- directrice des soins de l'hôpital régional.

Le principal promoteur est un cadre issu du réseau des CLSC. L'organisme promoteur opérait, au moment de sa création dans les années 1980, une maison d'hébergement pour des aînés convalescents et sans ressources sous l'égide d'une communauté religieuse. C'est au milieu des années 1990 que l'organisme a voulu développer une extension à la maison pour répondre à des besoins en hébergement pour des personnes âgées isolées et qui avaient besoin de services. Le projet s'inscrivait clairement dans une démarche locale (endogène). Les orientations politiques régionales et nationales semblent avoir peu joué. Les promoteurs ont examiné des formules privées (levées de fonds, etc.) et en ont vu les limites. En 1998, c'est un conseiller municipal, membre du CA, qui a dirigé l'organisme vers AccèsLogis, qui venait tout juste d'être créé. Les promoteurs ont développé un projet avec ce programme, ce qui les a entraînés dans une série d'adaptations. Fidèles à leur inspiration de départ, les promoteurs ont tenu à préserver des éléments de type hébergement : un modèle avec chambres hospitalières (normes B-2 du Code du bâtiment) et des unités de convalescence. De plus, certaines unités ont d'abord été développées sous forme de ressources intermédiaires (RI) mais ont été transformées par la suite sous forme d'unités avec *per diem* dans le cadre d'une entente avec l'hôpital. Cet épisode n'est pas allé sans créer des tensions avec les représentants d'ACL-SHQ.

Le projet s'est déployé comme une extension du projet initial qui était une grande maison (hébergement en chambre pour personnes démunies) développée hors programme. Le projet AccèsLogis actuel se compose de deux ensembles (deux phases) collées côte-à-côte. La première partie est la première maison qui compte sept chambres (type C, résidentiel). La seconde partie est neuve (1998 développée avec ACL) et comprend 21 chambres (type B-2, institutionnel en vertu du code de construction). En ce qui concerne la seconde phase, l'idée de départ était de mettre sur pied une maison pour convalescents. Les chambres sont toutes munies de salles de bains complètes avec bain, douche, etc. Les salles de bains sont très spacieuses. Par contre, les chambres ne contiennent aucun équipement de cuisine. Le projet prévoit des salles communautaires, salles à manger, salles pour les employés, bureaux,

dispensaires, etc. On trouve également des bains et douches thérapeutiques offerts une fois par semaine.

On trouve deux niveaux distincts de sélection :

- Les personnes (six) qui sont liées à l'entente de services sont référées par le CSSS
- Les personnes qui ne sont pas liées à l'entente de services (CSSS) sont sélectionnées parmi la communauté (journaux, bouche à oreille, CLSC, hôpital, etc.)

Hormis les places en hébergement sous entente de services et quelques recommandations de l'hôpital, les sources de référence sont larges : communauté, bouche à oreille, etc. En ce qui concerne les cibles pour les promoteurs, les critères sont, dans l'ordre : 1) personne âgée; 2) appartenance à la MRC; 3) perte d'autonomie, besoins de services; 4) revenus faibles. Dans les faits, les revenus ne sont pas considérés dans la sélection des locataires qui ne sont pas éligibles au supplément au loyer. Le profil des personnes admises correspond à des niveaux de perte d'autonomie se situant légèrement en amont des CHSLD. « *Des personnes qui ont de la difficulté à demeurer dans leur logement et que le réseau de la santé a de la difficulté à prendre en charge* ».

Six chambres sont présentement réservées par l'hôpital pour de « la convalescence ». L'organisme reçoit des per diem de l'hôpital à cet effet. Ces personnes sont logées dans des unités de type volet 3 transitoire. L'entente prévoit que les personnes de ces unités sont gérées par l'hôpital. Les chambres sont accessibles 24h/7 aux professionnels du CSSS; les auxiliaires de l'OSBL-H travaillent sous la supervision de l'équipe des soins à domicile, à l'aide du plan de soins élaboré en collaboration avec les infirmières de l'équipe du SAD; l'organisme s'engage à assurer les AVQ, surveillance, repas, collation, AVD, buanderie, etc. Pour les autres résidents, l'OSBL-H offre aussi un plan d'aide (stimulation pour marcher, médicaments, socialisation, etc.) Les six chambres de convalescence ont été négociées sous forme d'une entente avec le centre hospitalier. Les séjours varient de quelques jours à quelques semaines. Les lits de convalescence ajoutent 60 000 \$ par année, soit, aux dires des responsables, de l'équivalent de quatre loyers de plus.

Pour tous les résidents, les baux prévoient une annexe où sont détaillés et chargés les services offerts. Il s'agit d'une offre assez extensive et payante incluant repas, loisirs, infirmière auxiliaire, préposés aux soins, aide domestique, etc. Certains autres services supplémentaires sont chargés *à la carte*. Le CSSS subventionne des services (via des per diem pour quelques unités) pour des personnes en plus lourde perte d'autonomie. Lorsque des services supplémentaires sont requis (sortie d'hôpital, grippe, etc.) on facture des frais supplémentaires à la demi-heure. Lorsque les personnes n'ont pas les moyens de payer, on

fait faire une évaluation par le CLSC. Ce dernier verse alors une subvention aux personnes pour qu'elles paient pour ces services supplémentaires.

Cas P-04

Le projet origine d'un organisme spécialisé dans l'hébergement de personnes vulnérables. Le projet est situé dans un quartier populaire d'une grande ville. La création du projet s'est présentée, pour les promoteurs, que l'on peut qualifier d'entrepreneurs sociaux, comme une extension logique de la mission hébergement vers le logement dans l'optique d'accorder un débouché vers l'*empowerment* et l'autonomie des personnes desservies par l'organisme. L'immeuble a ouvert ses portes en 2009. Il est situé dans un ancien couvent ayant appartenu à une communauté religieuse. L'immeuble a été acquis au milieu des années 2000 et rénové dans le cadre d'AccèsLogis, volet 2. L'édifice comporte cinq étages. Il compte plus de plus de 60 logements, essentiellement des 3 ½ pièces et quelques studios (14). L'Immeuble abrite également un certain nombre d'unités de type ressources intermédiaires. Toutefois, les corporations et les missions sont étanchement séparées. Les cibles de population des 60 logements reflètent les prescriptions d'ACL volet 2, c'est-à-dire des personnes sont des personnes âgées en légère perte d'autonomie.

Le réseau de la santé n'est impliqué ni dans la référence, ni dans la sélection des locataires. Les principaux critères de sélection sont centrés sur les revenus des requérants. Les personnes sont référées par le bouche-à-oreille, les organismes du quartier, etc. Les services offerts consistent en sept repas par semaine (minimum pour accéder au crédit d'impôt pour le SAD), du soutien communautaire qui consiste surtout en de la promotion, information, animation d'activités. Une partie de ce soutien est offert par un organisme local et quelques locataires « dégourdis »; la conciergerie, à raison de 35 h par semaine, est un locataire surveillant. L'organisme accueille, à raison d'une fois par mois, la visite d'un médecin à qui on a aménagé un bureau. Étant donné le partage de l'immeuble entre l'OSBL-H et un projet de type ressource intermédiaire (RI), plusieurs ressources sont partagées : le bureau du médecin, le concierge, le matériel d'entretien, la cuisine professionnelle et salle à manger, le service de traiteur, certains espaces communautaires, le jardin extérieur, etc.

Cas P-05

Le projet origine des gens de la communauté, un village rural. Il s'est présenté en quelque sorte comme un produit de remplacement à la suite de l'incendie du CHSLD du village, quelques années auparavant. De nombreuses formules ont donc été considérées avant d'en arriver à la formule dans AccèsLogis. Or, l'intention des promoteurs a toujours été d'offrir un lieu sécuritaire avec des services pour des aînés en perte d'autonomie. L'objectif sous-jacent étant le maintien dans le village (ou les villages environnants) des personnes.

L'immeuble de quatre étages, qui compte plus de 53 unités, est situé en plein cœur du village. Il s'est développé en quatre phases, dont trois avec le programme ACL et une première avec le programme PARCO. L'immeuble est partagé entre un point de service du CLSC ainsi qu'une salle communautaire municipale. L'ensemble d'habitation dispose ainsi de salle de séjour, salle à manger et cuisine, dispensaire, infirmerie, bureau d'administration. Les appartements sont composés de 19 studios et 39 3 ½ pièces.

Les références proviennent tout autant du réseau de la santé que des filières locales régulières. Les représentants du réseau de la SSS ne sont pas présents au comité de sélection. À l'origine, et maintenant, les revenus et les conditions de logement (insalubrité, taille) demeurent secondaires par rapport aux besoins de sécurité et de services. Le revenu n'est pas pris en compte pour la sélection des personnes non admissibles au PSL.

Les services sont partagés ainsi : pour l'OSBLH : 20 repas (cuisine professionnelle), aide domestique, préposés aux soins, loisirs-animation, une infirmière auxiliaire. Pour le CLSC : infirmières et services professionnels. Le loyer de base inclut les repas, l'aide domestique, l'accès aux soins infirmiers, l'animation. Le niveau de soins et des coûts est modulé selon le besoin des individus.

Cas P-06

L'OSBL-H s'adresse à des personnes âgées. Il est situé dans un village d'environ 2000 habitants d'une région rurale. La corporation compte trois projets qui ont été développés à partir de la fin des années 1990 jusqu'au début des années 2000 avec une dernière phase AccèsLogis Québec. Les logements sont situés dans une section d'un immeuble plus grand qui abrite les bureaux municipaux, la salle municipale, la bibliothèque municipale, la Maison de la Culture, une école primaire et plusieurs autres groupes communautaires (popote, alpha, etc.). La mission générale consiste à maintenir les gens dans la communauté; assurer logement services et soutien à domicile. La mission spécifique de la phase ACL est d'offrir un logement sécuritaire pour des personnes autonomes et désirant cuisiner elles-mêmes.

À l'origine, et maintenant, les revenus et les conditions de logement demeurent secondaires par rapport aux besoins de sécurité et de services. Le revenu n'est pas pris en compte pour la sélection des personnes non éligibles au PSL. Les références sont variées; elles proviennent de la communauté en général. L'une des raisons qui a amené les promoteurs à développer une phase avec AccèsLogis Québec est l'opportunité d'amortir les coûts de l'organisme (incluant les services pour les autres phases offrant des services) sur un plus grand nombre d'unités de logement.

Services de base

Dans la partie de l'immeuble développée dans le cadre d'AccèsLogis (12 unités), le forfait de base inclut : les services infirmiers, le câble et la ligne téléphonique (interurbains non inclus).

Services offerts à la carte

S'ajoutent au forfait de base (obligatoire) certains services à la carte : ménage (62 \$/1/2heure), bain (62 \$), dîner à la cuisine (226 \$) etc.

* (Les autres unités de l'immeuble développées antérieurement avec d'autres programmes de la SHQ et autres, offrent une gamme beaucoup plus étendue de services, notamment via une entente avec le CSSS)

Cas P-07

L'OSBL d'habitation se destine essentiellement à des personnes âgées. Il est situé dans le centre d'une grande municipalité. Le développement de l'organisme a connu trois phases.

- Une première phase hors programme;
- une seconde phase avec un autre programme de la SHQ (sept unités) en 1997;
- une troisième phase avec AccèsLogis Québec avec plus de 50 unités.

Au départ, l'immeuble appartenait à une congrégation religieuse. Le projet AccèsLogis Québec a été développé alors que la résidence existait déjà sous forme d'OSBLH. Celui-ci avait été créé hors programme, en 1995, à l'aide de partenaires financiers divers. L'intervention ACL a été utile pour mettre l'immeuble conforme aux normes, agrandir les logements et les rendre viables. Les initiateurs du projet sont issus d'un GRT. Leur but initial était de répondre à des besoins de logement. La mission a évolué au fil du temps pour répondre aux besoins d'ânés en perte d'autonomie. Les services ont pris une place de plus en plus importante. L'immeuble compte près de 60 unités dont la moitié est formée de studios. Les autres sont des de 2 ½ pièces ou 3 ½ pièces. L'immeuble, de type patrimonial, compte trois étages. On trouve tous les équipements : salle à manger, grande cuisine professionnelle, plusieurs salles pour les loisirs, spa, dispensaires, salles de garde, poste d'accueil, bureaux d'intervenants. Tous les logements et studios ont des salles de bains complètes, mais aucun n'a de cuisine complète.

Les services offerts par l'organisme sont : trois repas par jour, entretien ménager, services infirmiers de base (consultation, signes vitaux), loisirs, surveillance 24h, etc. Les autres services reliés à la perte d'autonomie sont offerts à la carte (ex. prise de sang, 10 \$, cabarets aux chambres 2 \$, gouttes pour les yeux, bas supports, les autres soins personnels sont également chargés (bains, aide à l'habillement, aide à l'alimentation, etc.). Ces frais

supplémentaires mensuels pour les services et soins complémentaires peuvent s'élever à plus de 300 \$. Par ailleurs, certains locataires optent pour utiliser les services du CLSC pour les soins personnels. Les collaborations avec les partenaires du secteur de la santé sont essentiellement informelles, entre individus. L'infirmière de l'organisme joue un rôle clé dans l'établissement de ces liens particuliers (équipe des urgences, intervenants de CLSC, infirmière de liaison de l'hôpital, etc.). L'OSBL-H offre également quelques unités « de convalescence » ou court terme. Les références se font surtout (et de plus en plus) via le réseau de la santé et aussi via les réseaux de connaissances et familles dans le quartier. Les références issues du milieu de la santé ont beaucoup augmenté. Si elles étaient quasi inexistantes au départ, elles forment maintenant la majorité. De plus en plus les personnes transitent par les unités de convalescence (transitoires). Les besoins en soins et services constituent la priorité des requérants et de la direction. L'ouverture à d'autres critères que le revenu dans la sélection peut être due à plusieurs facteurs : l'orientation-mission de l'OSBLH vouée aux soins des aînés, la hausse du taux d'occupation depuis quelques années en sont les principaux.

Cas P-08

Cette résidence communautaire pour aînés relève d'un office d'habitation. Elle est située dans une petite ville de 2 500 habitants d'une région rurale. L'initiative date de 2002. Les initiateurs du projet sont des organisateurs communautaires du CLSC-CHSLD. Ceux-ci désiraient répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie et à faible revenu. Il s'agissait de « garder les gens dans le village ». On assistait par ailleurs à une pénurie de logements dans le village. Le projet s'est donc présenté comme une alternative à l'hébergement et une solution à des problèmes d'accès au logement dans la localité. La résidence offre une trentaine de logements dont cinq studios, 24 unités de 3 ½ pièces et un 4 ½ pièces. On y trouve une salle à manger, un bureau pour la direction et les intervenants, un dispensaire et des espaces pour les services. Les logements comportent tous des cuisines et des salles de bains complètes.

L'organisme a une entente de services de type « projet novateur » avec le CSSS. L'entente est essentiellement financière et c'est l'OH qui a la responsabilité de l'organisation et l'offre de services (avec une collaboration et un soutien du CLSC). L'entente prévoit en effet un partage des tâches de gestion et de coordination. Par exemple, le CSSS participe aux entrevues de sélection des infirmières et préposées. Le CSSS nomme un intervenant-pivot responsable du suivi de la clientèle.

L'OH a la responsabilité financière des services suivants (forfait de base chargé au bail) :

- Cuisine
- Surveillance de nuit

- Entretien domestique
- Loisirs et animation
- Coordination 16h/semaine

Le CSSS finance les services suivants :

- Coordination (directeur) : sept heures/semaine
- Infirmière auxiliaire : 40 heures/ semaine
- Préposés aux bénéficiaires : 82.5 heures/ semaine
- Surveillance de nuit : 52.5 heures/ semaine (3\$ heure)

En 2008, un 3 ½ pièces coûtait 1 095 \$ (550 \$ pour le logement et 604 \$ pour les services de l'organisme). La résidence a un comité de sélection, le même que pour l'OH. Ce sont souvent les travailleuses sociales qui réfèrent les personnes âgées. Le CSSS réfère la plupart des personnes et complémente avec le bouche à oreille dans le village. Au conseil d'administration, on a établi des priorités : 1-gens du territoire, 2-70 ans et plus, 3-perte d'autonomie, 4- revenus pour les 15 logements subventionnés.

ANNEXE 2 GRILLE D'ANALYSE (INDICATEURS)

1. Contexte de développement des projets	P1	P-2	P3	P4	P5	PA-6	PA-7	P8
Les principaux initiateurs du projet sont issus du milieu de la santé soit : CLSC, organisme communautaire en santé, CSSS, CR, hébergement, hôpital.	ON	O	O	O	N	N	N	O
Les besoins exprimés au début traduisaient le manque d'accès à des ressources d'hébergement, ou que celles-ci étaient jugées inadéquates	O	O	O	N	O	N	O	N
Les besoins exprimés au début exprimaient le manque d'accès à des logements abordables et de bonne qualité	O	N	N	O	N	N	N	O
Le rôle du programme AccèsLogis Québec est déterminant dans l'apparition du projet (le programme précède l'idée)	O	N	N	O	N	O	O	N
L'initiative origine du milieu local mais le secteur de la santé est intervenu en cours de route pour influencer la nature du projet	O	N	N	ON	ON	N	O	O
Le projet est issu de personnes du milieu local désireuses de développer un modèle de type hébergement.	N	O	O	ON	ON	ON	O	N
Une entente avec le secteur de la santé a facilité l'acceptation et le financement du projet	O	O	O	O	O	?	N	ON
Le secteur de la santé a participé au financement de la « brique et du béton » ou de certains aménagements	O	O	N	O	O	N	N	O
Les modèles de référence, au départ, relèvent de l'univers de l'hébergement (RTF, RI, résidences privées, CHSLD, etc.)	N	O	O	-	O	N	N	N
2. Mission et gouvernance								
Le CA prévoit des postes désignés à des organismes « santé »	O	O	N	N	N	N	N	N
L'aspect accès au logement est prédominant dans l'énoncé de la mission	O	ON	N	O	O	O	ON	ON
L'aspect réadaptation, insertion ou service est prédominant dans l'énoncé écrit de la mission	N	ON	O	N	N	ON	O	O
L'intention exprimée par les promoteurs et/ou intervenants concerne davantage la dimension des soins, des services	N	ON	O	N	?	ON	O	ON

3. Les aménagements	01	02	03	04	05	06	07	08
Il s'agit de logements complets (avec cuisine équipée et salle de bain)	O	O	N	O	O	ON	O	O
Présence et utilisation d'une salle de séjour commune	O	O	O	O	O	O	O	O
Présence et utilisation d'une cuisine commune (repas pris en commun)	O	O	O	ON	O	O	O	O
Présence d'un dispensaire, d'une infirmerie	O	O	O	N	O	O	O	O
Présence d'un bureau pour les intervenants	O	O	O	ON	O	O	O	O
Présence d'un hall d'accueil (type hospitalier ou institutionnel)	N	O	N	O	O	O	O	
Présence d'autres éléments de surveillance	N	O	O	?	O	O	O	?
4. Les conditions d'attribution des logements								
Les locataires ont participé eux-mêmes activement au choix de leur logement (choix vs « placement »)	O	ON	ON	O	O	O	ON	ON
Les requérants peuvent s'adresser directement à l'organisme d'habitation pour accéder au logement	N	N	ON	O	O	O	O	O
L'organisme d'habitation (politique de sélection) détermine et contrôle la liste de requérants	N	N	ON	O	O	O	O	N
Les requérants sont nécessairement référés par un organisme santé	O	ON	ON	N	N	N	N	ON
Les « partenaires santé » participent, de façon minoritaire, au comité de sélection	N	ON	N	N	N	N	N	N
Les « partenaires santé » contrôlent le comité de sélection	O	ON	N	N	N	N	N	N
Les locataires doivent signer un contrat de services (ou contrat de séjour, ou annexe au bail)	O	O	O	ON	O	O	O	O
Les critères de sélection sont teintés très « santé »	O	O	O	N	N	N	ON	ON
Dans les volets 1 et 2, les unités subventionnées (PSL) ne sont pas toutes utilisées			?	O	ON		N	N
Dans les unités non subventionnées, les revenus et les conditions de logement sont des critères de sélection importants		O	N	?	ON		N	N
5. Les conditions de séjour	01	02	03	04	05	06	07	
L'OSBL-H favorise le maintien dans les lieux	O	O	ON	O	O	O	O	O
Les locataires ont un bail de logement	O	O	ON	O	O	O	O	O
Les locataires sont libres de renouveler leur bail	ON	O		O	O	O	O	O
La durée du séjour est assujettie à un niveau d'autonomie, de réinsertion ou fin d'intervention	ON	ON	ON	N	ON	O	ON	ON
Certains services de santé sont indissociables du bail	O	O	O	N	O		O	O
Des frais pour certains services de santé sont chargés au bail	O	O	O	N	O		O	N

La grande majorité des services sont facultatifs et offerts à la carte	N	N	O	N	N	O	N	N
Les locataires ont nécessairement un plan d'intervention	O	ON	ON	N	N	N	N	N
Les locataires sont laissés complètement libres de participer ou non aux activités de groupe	O	O	O	O	O	O	O	O
Les locataires peuvent aller et venir à leur guise sans rendre de compte	O	ON	?	O	N	O	O	?
L'intimité des locataires est respectée (sonner avant d'entrer, avertir, etc.)	O	O	O	O	O	O	O	O
6. L'offre et l'organisation des services								
L'OSBLH est directement impliqué dans l'organisation et la dispensation des services	N	N	O	N	O	O	O	O
Niveau d'intensité de services élevé requis	O	O	O	N	O	N	O	O
Présence d'activités de loisirs de groupes (si obligatoires)	?	O	O	N	O	O	O	O
Présence d'activités « thérapeutiques » de groupes requises	N	?	O	N	O		?	?
Propension à suppléer plutôt qu'à développer l'autonomie	N	ON	?	N	N	N	?	N
7. Les représentations et dimensions symboliques du logement								
Les responsables qualifient l'immeuble d'habitation d'immeuble à logements	O	O	ON	O	O	O	ON	N
Les responsables ont tendance à utiliser le mot « résidents » ou « clients » pour désigner les locataires	ON	ON	O	N	ON	O	?	O
Les locataires/résidents ont le sentiment de vivre « chez-soi »	O	O	O	O	O	?	?	O
Les locataires/résidents ont le sentiment de vivre de façon relativement indépendante	?	?	?	O	O	?	?	?

ANNEXE 3 : SCHÉMA D'ENTRETIEN

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

Introduction

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

1. Signature de formulaire de consentement

2. Vérifications et compléments pour la fiche d'analyse

3. Contexte de création de l'organisme et/ou du projet

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

4. Énoncé de mission des organismes

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

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

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

- j. Qu'est-ce qui distingue votre projet de ce que serait un projet de logement social « pur » ?
- k. Qu'est-ce qui distingue votre projet de ce que serait un projet d'hébergement pur ?

5. La gouvernance

- a. Comment s'est décidée la composition du CA ?
- b. A-t-elle subi des modifications depuis le début du projet ? Si oui, pourquoi ?
- c. Y-a-t-il des interférences possibles en provenance de certains membres partenaires ? Des attentes, des demandes ?
- d. D'après vous, en quoi la composition du CA influence-t-elle la mission en regard des services ?

6. Le rôle des partenaires « santé et services sociaux » et habitation

- a. Parlez-moi de vos principaux partenaires « santé ».
 - i. Quel est leur apport, leur contribution dans le projet ?
 - ii. Quand sont-ils arrivés dans le projet ? Dès le départ ? En cours de route ?
 - iii. Vos relations sont-elles formalisées ?
 - iv. Vos partenaires ont-ils des attentes particulières ? Lesquelles ?
- b. Parlez-moi de vos partenaires en habitation (GRT, OMH, Ville, SHQ, Fédérations, autres)
 - i. Quel est leur apport, leur contribution dans le projet ?
 - ii. **Financement.** Les partenaires (SSS) ont-ils participé au financement d'une partie de la réalisation (aménagement, contribution du milieu, autre)
 - iii. Quand sont-ils arrivés dans le projet ? Dès le départ ? En cours de route ?
 - iv. Vos relations sont-elles formalisées ?
 - v. Vos partenaires ont-ils des attentes particulières ? Lesquelles ?
- c. Quel est, selon vous, l'avantage du programme Accès-logis par rapport à d'autres programmes d'hébergement ou formules d'hébergement ?

7. Les conditions d'attribution (la sélection des locataires)

- a. Parlez-nous des besoins de vos requérants (ou population cible).
 - i. Parlez-nous de leurs besoins en matière de logement (et/ou d'hébergement).
 - ii. Parlez-nous de leurs conditions sociales et de santé (ou besoins sociaux ou de santé).
- b. On va maintenant aborder la question de vos clientèles-cibles.
 - i. Quel est le profil de vos locataires ? (qu'est-ce qu'on veut savoir par « profil » ? Âge ? Sexe ? Revenus ? Problématique sociale ? Besoin de services ? etc.) Surtout le niveau d'autonomie; est-ce que le revenu est une considération centrale ou est-ce le niveau d'autonomie ?
 - ii. Comment celui-ci s'est dessiné ? Quel a été le rôle relatif de vos partenaires dans l'établissement des clientèles cibles ?
 - iii. Les cibles et les clientèles ont-elles évolué au cours des dernières années ?

- c. Comment vos locataires entrent-ils chez vous ?
 - i. Quels sont vos modes de recrutement ?
 - ii. Quels sont vos critères de sélection ?
 - 1. critères relatifs aux revenus ?
 - 2. critères relatifs à leur condition sociale ?
- d. Avez-vous un comité de sélection ? Qui le compose ?

8. Les conditions de séjour

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

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

9. Représentations, vocabulaire, dimensions symboliques du logement

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

10. Aménagement de l'édifice et des logements

- a. Salles communes; avez-vous des pièces communes ?

- b. À quoi servent-elles ? À quelles fins et comment sont-elles utilisées ?
- c. Quelle est la fréquence d'utilisation des pièces communes ? L'utilisation est-elle encadrée, si oui, comment ? Est-elle encouragée ?
 - i. Dispensaire ? Infirmerie? Salle pour les intervenants ?
- d. Les logements sont-ils tous complets (salle de bain, chambre fermée, cuisine)
- e. Les cuisines sont-elles dotées d'une cuisinière et d'un réfrigérateur ?
- f. Les normes et exigences d'aménagement excèdent-elles ou diffèrent-elles de celles d'AccèsLogis (volet 2 ou 3) ?

11. Offre de services, entente de services

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

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

12. Environnement législatif et réglementaire

- a. Y a-t-il des règlements ou des balises qui, dès le départ ou en cours de route, vous ont posé problème
 - i. Accès-Logis (et/ou autres programmes de logement social ?)
 - ii. Règlements municipaux
 - iii. Normes, règlements « santé et services sociaux »
 - iv. Cadre sur le soutien communautaire en logement social
 - v. Certification résidences pour aînés
 - vi. PSOC
 - vii. IPLI
 - viii. Orientations d'un mandataire d'Accès-Logis
 - ix. CSST

- x. Etc.
- b. Y a-t-il des règlements ou des normes qui se sont avérées ou s'avèrent inapplicables ?
Lesquelles ?
- c. Pouvez-vous évoquer des lois, règlements, certifications qui se sont ajoutés en cours de route, depuis l'ouverture ?
 - i. Si oui, quels impacts, quelles contraintes, quels changements cela a-t-il pu apporter sur la nature de votre mission ?
- d. Avez-vous des suggestions ou solutions en regard de la problématique de l'arrimage entre les secteurs de la santé et de l'habitation ?

13. Les demandes de document

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

14. Remarques, questions et commentaires

Avez-vous des remarques, des questions ?

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

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

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

ANNEXE 4 LES PRINCIPALES NORMES ET PARAMÈTRES D'ACCÈSLOGIS QUÉBEC, VOLET 2

Les organismes qui sont autorisés à développer des projets dans le cadre d'AccèsLogis Québec sont des coopératives, des OSBL d'habitation ou des offices d'habitation. En ce qui concerne le volet 2 (destiné aux aînés), le Guide de présentation des projets d'AccèsLogis Québec stipule également que : « *Dans le cadre de la conception et de la définition de leur projet, les organismes auront à s'associer des représentants d'organismes locaux, communautaires ou institutionnels, oeuvrant auprès des aînés, dont le CLSC. Cette collaboration pourra s'exercer tant au plan de la conception du projet physique qu'au plan de la définition des services à offrir, de l'évaluation et de la sélection de la clientèle, du suivi de leur autonomie et la fourniture même des services (SQH. En ligne. P. 2).*

La contribution financière du milieu

Pour être admissibles, les projets doivent bénéficier d'une contribution des milieux locaux. Ces contributions doivent être égales ou supérieures aux coûts de réalisation admissibles par la SHQ. La contribution peut provenir d'une municipalité, d'un organisme charitable, d'une entreprise commerciale, d'une fondation privée, d'une régie régionale, d'un centre local de développement (CLD), d'une collecte de fonds, etc. La contribution peut prendre une autre forme qu'une subvention directe. Il peut s'agir d'un don de terrain, d'un don de bâtiment, d'une exemption de taxe, corvée, etc. (SHQ, Guide d'élaboration des projets. www.habitation.gouv.qc.ca)

Le volet 2 prévoit des logements permanents avec services pour des personnes âgées de plus de 75 ans ou des personnes âgées en légère perte d'autonomie. La perte d'autonomie est définie, dans le guide, comme étant *l'incapacité ou la difficulté à accomplir certaines activités de la vie quotidienne tels l'entretien ménager, la préparation des repas, la lessive ainsi que la difficulté à vivre dans un logement ou un bâtiment non adapté* (idib : 2). Les difficultés évoquées sont de nature physique (handicap, maladie, incapacité) ou psychologique (isolement, insécurité, non accès à des services de soutien). « Le choix des occupants pourra inclure des personnes dont le degré d'autonomie aura déjà fait l'objet d'une évaluation par le CLSC ou qui bénéficient de services de maintien à domicile du CLSC » (SHQ, 2008, chap 6 : 2)

Les cibles et l'admissibilité des locataires dans ACL volet 2

Pour être admissible, la clientèle doit être à revenu faible ou modeste **ou** avoir des besoins particuliers en logement. Elle doit occuper les unités résidentielles à titre de résidence principale et cette occupation doit avoir un caractère permanent sauf si cette occupation

concerne des logements temporaires dans le cadre du volet 3. À cette fin, un minimum de 20 % et un maximum de 50 % des unités d'un projet doivent être occupées par des ménages admissibles au Programme de supplément au loyer, c'est-à-dire des ménages dont les revenus sont inférieurs au PRBI (Plafond de revenu besoins impérieux).

Les exclusions

Plus loin dans le Guide d'élaboration, des exclusions sont spécifiées. *« Un projet est non admissible si la clientèle est référée par un établissement ou un organisme du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une entente de services qui prévoit la réservation d'unités résidentielles dans le projet pour l'hébergement de cette clientèle. Ainsi, un projet est non admissible si l'organisme qui le présente constitue une ressource intermédiaire rattachée à un établissement public et dispensant des services d'hébergement et de soutien. En cas de doute, l'organisme devra démontrer qu'il n'est pas une « ressource intermédiaire ».* (Guide d'élaboration. Chap. 4 : 1).

L'exclusion des ressources intermédiaires vise à préserver l'autonomie de la sélection des locataires par l'organisme. À cet égard, une clause est intégrée à la convention d'exploitation entre la SHQ et l'organisme à l'effet que ce dernier ne puisse devenir éventuellement, une ressource intermédiaire (ibid).

L'organisation des services

Le Guide d'élaboration prévoit une base minimale de services *« afin d'assurer une vie sociale, un dynamisme et un sentiment de sécurité accrus chez l'ensemble des résidents ».*

- Un service d'alimentation de base, soit environ cinq repas par semaine
- Un service d'animation, d'organisation de loisirs et de socialisation
- Une surveillance continue, sept jours par semaine, notamment par le biais d'un locataire surveillant (ibid)

Partenariats pour l'organisation des services

Dans le cadre de la conception et de la définition de leur projet, les organismes auront à s'associer des représentants d'organismes locaux, communautaires ou institutionnels oeuvrant auprès des aînés, dont le CLSC. Cette collaboration pourra s'exercer tant au plan de la conception du projet physique qu'au plan de la définition des services à offrir, de l'évaluation et de la sélection de la clientèle, du suivi de leur autonomie et de la fourniture même des services. (*chap. 6 : 2*).

ANNEXE 5 L'ANNEXE AU BAIL AVEC SERVICES

L'annexe au bail avec services a été introduite au milieu des années 1990 pour répondre aux demandes des résidences privées avec services et, plus particulièrement, pour répondre aux demandes du tout premier regroupement québécois de résidences pour personnes âgées. Celles-ci avaient développé des pratiques de présentation des coûts du logement et des services connexes qui se voulaient transparentes et elles souhaitaient que l'ensemble des clients potentiels puissent bénéficier d'informations uniformes (de manière à contrer la concurrence déloyale). Ce sont les fonctionnaires de la SHQ qui ont été saisi du dossier et qui ont développé des modèles, des grilles. Après avoir considéré plusieurs modèles (au Québec et aussi les pratiques et documentations en Ontario), les acteurs gouvernementaux ont proposé à la Régie du logement d'intégrer la dimension services dans le bail et d'adopter l'annexe que l'on connaît maintenant. L'autre avantage de soumettre les services aux mêmes dispositions du Code civil qui encadrent le bail, était de protéger les résidents contre des disparitions de services ou des augmentations de prix fortuites concernant ces services. Par ailleurs, certaines dispositions prévues à cette annexe (qui est rendue obligatoire dans le cas des résidences soumises à la certification) visent à garantir le libre choix des locataires en regard de ces services et de prévenir les pratiques de monopole (par ex. sur l'accès aux pharmacies, etc.) (entrevue avec un fonctionnaire de la SHQ).