

Mise en garde

Ceci est un travail d'étudiant. Tout ce qui a été écrit n'a pas été nécessairement vérifié et validé. Cependant, il nous apparaît intéressant de le rendre disponible pour réflexion et approfondissement d'un sujet.

Université de Montréal

**LES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES EN MILIEU URBAIN AUPRÈS
DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES,
UNE PRATIQUE À PENSER DIFFÉREMMENT.**

par

Geneviève Harvey

Programme d'ergothérapie

École de réadaptation

Faculté de Médecine

Projet d'intégration présenté à la Faculté de Médecine
en vue de l'obtention du grade
Maîtrise ès Sciences ergothérapie

Sous la direction de :

Catherine Briand

Août 2013

© Geneviève Harvey, 2013

Résumé

LES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES EN MILIEU URBAIN AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES, UNE PRATIQUE À PENSER DIFFÉREMMENT.

Harvey G. et Briand C. Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal. Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale – www.cerrisweb.com, Centre de recherche Fernand-Seguin, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Introduction : Les ressources résidentielles pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques comprennent un large éventail de ressources, allant du foyer de groupe à l'appartement autonome. Le choix d'une ressource pour un individu devrait considérer ses aptitudes et capacités, mais également ses choix et désirs. L'offre de service actuelle en hébergement au Québec donne davantage accès à des milieux encadrés où les individus expérimentent moins d'opportunités de contrôle sur leur quotidien. Cette réalité a un impact sur le développement de l'autonomie et le sentiment de réalisation personnelle des individus. Il existe toutefois plusieurs modèles de ressources résidentielles en milieu urbain pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Objectif : Identifier les principes directeurs qui guideraient le développement d'un nouveau modèle d'hébergement en milieu urbain pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, s'inspirant des pratiques québécoises actuelles et des innovations d'ailleurs.

Méthodologie : Une revue de la littérature courante et scientifique a été faite afin de recenser les ressources résidentielles du Québec, du Canada et d'ailleurs dans le monde. À partir de cette revue de littérature, une recension manuelle a permis de faire ressortir les principes directeurs pour guider le développement de nouvelles ressources résidentielles.

Résultats : Les principes directeurs identifiés sont 1) l'offre d'hébergement directement dans la communauté; 2) la prise en charge de traitement indépendante de la prise en charge d'hébergement.

Conclusion : Ce projet amorce une réflexion sur comment faire l'hébergement social différemment afin d'optimiser l'autonomisation des personnes utilisatrices de services.

Mots-clés : ressources résidentielles, hébergement, santé mentale, trouble psychiatrique

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Liste des abréviations	vi
Remerciements	vii
Introduction.....	8
But et objectifs.....	10
Méthodologie	11
Résultats	16
1. Les différents modèles de ressources résidentielles	16
1.1. Le modèle traditionnel	16
1.2. Le modèle de traitement résidentiel.....	17
1.3. Le modèle de soutien au logement	22
2. La situation de l'hébergement pour les personnes atteintes de trouble de santé mentale à Montréal	26
2.1. Les types de ressources résidentielles.....	28
2.1.1 <i>Les ressources résidentielles publiques</i>	28
2.1.2 <i>Les organismes communautaires d'hébergement</i>	32
2.1.3 <i>Les logements sociaux publics</i>	35
2.1.4 <i>Les logements à but lucratif</i>	37
3. Les principes directeurs qui devraient guider l'élaboration d'un nouveau modèle des ressources résidentielles	39
3.1. L'importance d'avoir un modèle d'hébergement	39
3.2. Les critiques élaborées sur les approches existantes	40
3.2.1 <i>Critiques du modèle traditionnel</i>	40
3.2.2 <i>Critiques du modèle de traitement résidentiel</i>	41
3.2.3 <i>Critiques du modèle de soutien au logement</i>	42
3.3. Les principes directeurs pour développer une ressource résidentielle.....	43
Discussion	47

Conclusion	53
Références.....	54

Liste des tableaux

<u>Tableau 1 : Catégories de concepts clés utilisées pour la recherche systématique</u>	11
<u>Tableau 2 : Stratégie de recherche et résultats de la recension des écrits</u>	12
<u>Tableau 3 : Ressources résidentielles du modèle de traitement résidentiel</u>	18
<u>Tableau 4 : Ressources résidentielles du modèle de soutien au logement</u>	23
<u>Tableau 5 : Les ressources communautaires d’hébergement pour personnes atteintes de trouble de santé mentale à Montréal</u>	34

Liste des figures

Figure 1 : Logement offert au Québec aux personnes ayant des problèmes de santé mentale .27

Figure 2 : Les niveaux de services offerts dans les ressources résidentielles publiques.....29

Liste des abréviations

ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
HLM	Habitation à loyer modique
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
OSBL	Organisme sans but lucratif
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PSL	Programme de supplément au loyer
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
RE	Ressource d'établissement ou Ressource résidentielle à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RIS	Ressource d'intégration sociale
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SHQ	Société d'habitation du Québec

Remerciements

Ce projet d'intégration terminé, je tiens à remercier les personnes ayant contribué à sa réalisation. Mes remerciements les plus sincères vont tout d'abord à Mme Catherine Briand, professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheure au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour ses judicieux conseils, sa flexibilité, son écoute et surtout pour avoir stimulé mon esprit critique.

J'en profite également pour remercier l'ensemble du corps professoral du programme d'ergothérapie de l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour cette formation riche en connaissances que vous avez su me transmettre et ayant largement contribué à la réalisation du présent travail. Des remerciements particuliers s'adressent aux professeurs et cliniciens qui m'ont transmis leur passion pour la santé mentale et la pratique de l'ergothérapie auprès de cette clientèle.

Introduction

Depuis les années 1960, le Québec est entré dans une ère de désinstitutionalisation qui a mené à des changements considérables dans la manière d'offrir et de conceptualiser les soins offerts aux personnes atteintes de troubles de santé mentale. Aujourd'hui, l'hospitalisation n'apparaît plus comme étant l'approche à prioriser afin de favoriser le rétablissement, on cherche plutôt à favoriser l'intégration des personnes utilisatrices de services directement dans la communauté (Amélie Felx, 2012; Corrigan & McCracken, 2005; Leff et al., 2009; MSSS, 2000, 2005). Dans ce même ordre d'idée, la mise en place d'un vaste réseau d'hébergement, comprenant des ressources publiques, des ressources communautaires et des ressources privées a vu le jour.

Toutefois, déjà en 1999 Fournier et ses collaborateurs évaluaient que l'offre de soins dans la région montréalaise en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF) rejoignant respectivement 13,4 % et 31,0 % de la population cible ne suffisait pas à la demande. Ce constat a mené à l'évaluation du besoin d'une augmentation de l'offre dans chacune de ces ressources d'environ 2,0 % ainsi que le développement de logements autonomes pour répondre aux besoins de 6,6 % des usagers (Louise Fournier, 1999). Ainsi le manque de ressources adaptées permettant de répondre aux besoins de la clientèle a eu pour effet de créer dans le réseau d'hébergement une congestion induite par un faible roulement des personnes requérant ces ressources, limitant ainsi l'accès aux nouveaux usagers et offrant des services parfois trop paternalistes pour les besoins d'autres usagers. Aujourd'hui on constate que les ressources de type autonome sont celles qui sont le plus demandées (Piat et al., 2008),

alors que l'offre pour ce type de service est près de huit fois inférieure à celle disponible pour les RI et les RTF (MSSS, 2005).

L'ergothérapeute est un expert de la relation existante entre la personne, ses occupations et son environnement. Chacune de ces sphères influençant la participation sociale d'un individu, l'ergothérapeute joue un rôle prépondérant dans le processus de réadaptation et de rétablissement, orientant sa pratique sur l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle. Ainsi, puisque l'intégration à la communauté passe notamment par l'hébergement, cet aspect du rétablissement s'inscrit dans les préoccupations de ce professionnel. Par ailleurs, il apparaît inquiétant de voir l'optimisation de l'autonomie de personnes utilisatrices de services limitée par les ressources mêmes du système d'hébergement.

Dans l'optique d'explorer de nouvelles avenues aux ressources actuellement mises en place, tout en valorisant l'efficacité et l'efficience des services, le présent travail se penchera sur l'élaboration d'une réflexion afin de voir comment l'offre de service des ressources résidentielles en santé mentale à Montréal pourrait être pensée différemment.

Pour permettre cette modélisation, plusieurs aspects seront à considérer. Le présent travail se penchera donc 1) sur les différents modèles de ressources résidentielles pour personnes atteintes de troubles psychiatriques existant dans les zones urbaines de pays industrialisés 2) sur la réalité des ressources résidentielles offertes aux usagers de services en santé mentale à Montréal 3) sur les principes directeurs qui devraient être considérés dans un contexte de ressources résidentielles en santé mentale, dans un milieu urbain.

But et objectifs

Le but de ce projet est d'amorcer une réflexion sur ce qui devrait guider le développement d'un nouveau modèle d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la région montréalaise.

Dans le cadre du projet d'intégration, les objectifs suivants ont été déterminés :

1. Répertorier, à partir de la littérature scientifique et de la littérature courante, les différents modèles alternatifs de ressources résidentielles existant en milieu urbain, dans les pays industrialisés pour les personnes atteintes de trouble psychiatrique.
2. Répertorier les différents modèles de ressources résidentielles présentement mis en place dans la région montréalaise pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques.
3. Identifier les principes directeurs qui devraient guider l'amorce d'une réflexion sur l'élaboration d'un nouveau modèle de ressources résidentielles pour la clientèle atteinte de troubles psychiatriques dans la région montréalaise.

Méthodologie

Objectif 1 : Répertoire, à partir de la littérature scientifique et de la littérature courante, les différents modèles alternatifs de ressources résidentielles existant en milieu urbain, dans les pays industrialisés pour les personnes atteintes de trouble psychiatrique.

Une recension des écrits a été effectuée à partir de cinq bases de données scientifiques soit Érudit, PubMed, PsycINFO, MEDLINE (Ovid) et EMBASE (Ovid) afin de répertorier l'offre de service en terme de ressources résidentielles offertes aux personnes atteintes de troubles psychiatriques en milieu urbain, à travers le monde. Les mots-clés qui ont servi à la stratégie de recherche émanent de la déclinaison des deux principaux concepts orientant le présent travail, soit l'hébergement et la santé mentale.

Tableau 1 : Catégories de concepts clés utilisées pour la recherche systématique

Hébergement	Santé mentale
<ul style="list-style-type: none">▪ Housing▪ Supported housing▪ Supportive housing▪ Housing type	<ul style="list-style-type: none">▪ Mental disorders▪ Mental health▪ Psychiatric disorders

La stratégie de recherche découlant de ces concepts et des mots-clés associés ainsi que les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Stratégie de recherche et résultats de la recension des écrits

Base de données	Mots clés	Limites	Résultat	Nombre conservé après lecture du titre	Nombre conservé après lecture du résumé	Nombre conservé après lecture de l'article	Doublons	
Érudit	hébergement <i>et</i> santé mentale	Après 1995 Français ou anglais	32	14	2	1	0	
EMBASE (ovid)			501	28	8	3	1	
Medline (ovid)	housing <i>or</i> housing type <i>or</i> supported housing <i>or</i> supportive housing <i>and</i> mental health <i>or</i> mental disorders		588	41	10	5	2	
PsycINFO			949	33	14	5	1	
PubMed	housing <i>or</i> housing type <i>or</i> supported housing <i>or</i> supportive housing <i>and</i> mental health <i>or</i> mental disorders		1314	Recherche plus ciblée				
	housing <i>or</i> housing type <i>or</i> supported housing <i>or</i> supportive housing <i>and</i> mental health <i>or</i> mental disorders <i>and</i> social integration <i>or</i> autonomy		75	31	12	4	2	

Une première sélection d'articles a été faite à partir des titres de ces derniers. Par la suite, une deuxième sélection a été faite après la lecture des résumés et enfin une dernière sélection a été appliquée après la lecture complète des articles.

Les critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été appliqués sur la sélection des articles afin de recenser les plus pertinents.

Critères d'inclusion :

- Articles ayant paru entre 1995 et 2012
- Articles portant sur la clientèle adulte atteinte de troubles psychiatriques
- Articles répertoriant différentes ressources résidentielles en milieu urbain
- Articles portant sur les facteurs favorables ou défavorables d'une ressource résidentielle pour l'autonomisation des personnes utilisatrices de services

Critères d'exclusion :

- Articles dans une autre langue que le français ou l'anglais
- Articles portant sur la clientèle itinérante et/ou toxicomane
- Articles traitant de ressources résidentielles pour lesquelles les clients ne sont pas référés à priori pour leur trouble psychiatrique, mais pour un facteur concomitant (toxicomanie, itinérance, etc.)
- Articles traitant de ressources résidentielles dans une région rurale
- Articles ne comportant pas une description des modalités de la ressource résidentielle abordée
- Articles portant sur l'impact du lieu géographique de la ressource résidentielle sur l'utilisateur

Une recherche manuelle dans les listes de références des articles retenus à l'aide des bases de données a également été effectuée afin d'enrichir la recension. De plus, à partir de l'information répertoriée à la suite de la recension des écrits, une recherche a été élaborée dans la littérature courante à partir du moteur de recherche Google afin de bonifier l'information recueillie sur les différentes ressources résidentielles retenues.

La recension s'est avérée faire ressortir deux types d'articles; neuf portant sur des modèles d'hébergement et six identifiant les principes directeurs que devraient inclure les modèles d'hébergement notamment en fonction des volontés des usagers. Ainsi, pour répondre au premier objectif, seulement les articles entrant dans la première catégorie auront été utilisés, ceux s'insérant davantage dans l'identification des principes directeurs guidant l'élaboration des ressources résidentielles étant retenus pour répondre au troisième objectif.

Objectif 2 : Répertoire des différents modèles de ressources résidentielles présentement mis en place dans la région montréalaise pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Une recension des ressources d'hébergement pour personnes atteintes de troubles psychiatriques au Québec avait été réalisée en 2009 dans le cadre du projet d'intégration en ergothérapie rédigé par Édith Fitzgerald. De plus, un chapitre complet fait état de la situation du logement pour les personnes avec un trouble mental au Québec dans la plus récente édition du Manuel de réadaptation psychiatrique parue en 2012. Ainsi, c'est à partir de ces deux

ouvrages et de leur liste de références respective qu'une recension manuelle a été réalisée afin de répondre à l'objectif et cerner la réalité actuelle du milieu des ressources résidentielles à Montréal.

De plus, de l'information a été recueillie lors de ma participation au Forum citoyen « Un toit, un quartier... notre communauté » organisé par l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Ce forum a lieu le 16 mai 2013 et regroupait les partenaires du réseau de la santé mentale de l'est de Montréal.

Objectif 3 : Identifier les principes directeurs qui devraient guider l'amorce d'une réflexion sur l'élaboration d'un nouveau modèle de ressources résidentielles pour la clientèle atteinte de troubles psychiatriques dans la région montréalaise.

Tel qu'indiqué précédemment, la recension des écrits faite pour répondre au premier objectif a permis de répertorier de la littérature portant sur les principes directeurs devant orienter l'élaboration d'une ressource résidentielle. C'est à partir de cette littérature et d'une recension manuelle découlant des références des articles conservés que l'information a été trouvée afin de répondre à ce troisième objectif.

Résultats

1. Les différents modèles de ressources résidentielles

Une classification des ressources résidentielles émergeant du milieu de l'hébergement et du logement est difficile à développer puisque la terminologie entourant ces secteurs est elle-même très confuse (Amélie Felx, 2012; Fakhoury, Murray, Shepherd, & Priebe, 2002). Bien que trois grands modèles d'hébergement se démarquent dans la littérature, avec des définitions théoriques distinctes quant à leur philosophie et leurs objectifs, il apparaît dans la réalité que les ressources résidentielles qui existent aujourd'hui sont davantage des hybrides qui ont vu le jour en s'inspirant d'éléments provenant de chacun des principaux modèles. Cette section visera ainsi à illustrer les différentes formes de ressources résidentielles existantes dans les milieux urbains de pays industrialisés en fonction de ces trois modèles.

1.1. Le modèle traditionnel

Le modèle traditionnel est basé sur une considération très médicale de la manière d'offrir des soins aux personnes atteintes de troubles de santé mentale. En effet, ce modèle ne vise pas à offrir des services de réadaptation, mais plutôt à octroyer les soins de base aux personnes vivant dans ce que l'on pourrait considérer d'institution dans la communauté (Nelson, Hall, & Forchuk, 2003).

Ce modèle a été élaboré en réponse à la désinstitutionalisation, au moment où les hôpitaux psychiatriques ont fermé la majorité de leurs lits, obligeant la communauté à trouver des options d'hébergement pour des personnes qu'on considérait non autonomes (Priebe, 2004). Aujourd'hui, on retrouve encore quelques milieux de vie fondés sur cette philosophie. En Angleterre notamment, on retrouve deux types d'hébergement qui répondent au modèle traditionnel, il s'agit des maisons de soins (Care Home) et des programmes de placement d'adultes (Adulte placement schemes) (Priebe, Saidi, Want, Mangalore, & Knapp, 2009).

Dans les deux cas, l'hébergement se veut permanent, orienté sur l'octroi de soins quotidiens inhérents à la maladie. Les usagers n'expérimentent pas le développement de leur autonomie, ils vivent plutôt dans un milieu de soins où ils reçoivent du soutien pour compléter la majorité de leurs tâches et leurs activités de la vie quotidienne.

1.2. Le modèle de traitement résidentiel

Le modèle de traitement résidentiel vise une prise en charge de l'individu tout en lui offrant des services et du support d'un point de vue de la réadaptation directement dans le milieu. Ce modèle s'insère notamment dans une approche de continuum résidentiel où la ressource elle-même est vue comme un lieu transitoire pour permettre à l'utilisateur d'acquérir des compétences afin de pouvoir éventuellement vivre de manière indépendante dans la société (McHugo et al., 2004; D. J. Rog, 2004). Ainsi l'utilisateur est appelé à évoluer d'un milieu à un autre, passant chaque fois à un milieu offrant moins de support direct et stimulant davantage le développement de l'autonomie afin de généraliser les acquis faits dans le milieu précédent. Dans ces milieux, les services de réadaptation et les services d'hébergement sont généralement

pris en charge par la même organisation et les décisions relatives à l'hébergement sont prises en considération dans le cadre d'un plan d'intervention plus large par rapport à la réadaptation de l'utilisateur (Corrigan & McCracken, 2005).

Comme mentionné précédemment, les types de milieu en place à travers le monde sont davantage des hybrides basés sur l'ensemble des trois grands modèles. Ainsi les modèles répertoriés dans cette section ne répondent pas à l'ensemble des éléments caractéristiques du modèle de traitement résidentiel. Toutefois, des éléments clés de leur philosophie se rattachent à celle guidant le modèle de traitement résidentiel.

Tableau 3 : Ressources résidentielles du modèle de traitement résidentiel

Milieu/programme	Caractéristiques du milieu
<p>Burnam Program, Los Angeles (O'Campo et al., 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme d'hébergement social offrant un continuum d'habitation avec différents niveaux de supervision selon les besoins des usagers, exclusivement pour personne avec historique d'itinérance et un problème de santé mentale avec comorbidité d'abus de substance. ▪ Vise un traitement intensif avec un horaire d'activités structuré et imposé. ▪ Suivi, traitement et supervision directement dans le milieu. ▪ Politique stricte relativement à la consommation de substance et d'alcool. ▪ Aucune limite de temps pour demeurer dans les ressources du programme, mais exige de respecter les politiques en place dans le milieu. ▪ Exige de payer un loyer.
<p>New-York (Siegel et al., 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résidence promulguant des services de soutien intensif exclusivement pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. ▪ Les usagers bénéficient d'une chambre individuelle ou partagée et disposent d'espaces communs tels que cuisine, salle à manger et salon. ▪ Gestionnaire de cas sur place dans le lieu d'hébergement. ▪ Les usagers n'ont pas la responsabilité de leur gestion

	<p>financière ni de celle des repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique stricte relativement à la consommation de substance et d'alcool, pouvant mener à l'expulsion si elle n'est pas respectée.
<p>Integrated housing, Washington DC (McHugo, et al., 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résidence d'hébergement exclusivement pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. ▪ Gestionnaire de cas sur place dans le lieu d'hébergement. ▪ Gestion du milieu d'hébergement, des soins de réadaptation et de réinsertion sociale sont pris en charge par les mêmes protagonistes. ▪ Aucune expulsion du milieu d'hébergement n'est prévue en cas de rechute de consommation ou d'une hospitalisation.
<p>High intensity housing, New-York (Lipton, Siegel, Hannigan, Samuels, & Baker, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résidence d'hébergement exclusivement pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et certains lieux exclusivement pour les personnes avec un double diagnostic. ▪ Supervision par des intervenants sur place en tout temps. ▪ Prise en charge presque totale de la médication et des tâches domestiques par les intervenants. ▪ Politiques strictes incluant un couvre-feu, l'interdiction d'avoir des invités pour la nuit et la participation aux activités du milieu. ▪ Milieu géré par l'État ne prévoyant pas de bail ou

	<p>d'entente de location.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se veut un milieu transitoire d'une durée de 18 à 24 mois, mais permet d'y demeurer plus longtemps. ▪ Exige de payer un loyer qui comprend les frais d'habitation et de nourriture, directement prélevé sur le compte de l'utilisateur.
<p>Moderate intensity housing, New-York (Lipton, et al., 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résidence d'hébergement exclusivement pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. ▪ Les usagers bénéficient d'une chambre ou d'un petit studio individuel et partagent les lieux communs tels que la cuisine et les salles pour les activités de groupe. ▪ Intervenants sur place en tout temps. ▪ Services de réadaptation et offre de traitement disponible sur place, mais non obligatoire. ▪ Politiques et règlements internes en place relativement au couvre-feu et le droit d'avoir des invités pour la nuit, mais flexibles. ▪ Milieu géré par des organismes sans but lucratif (OSBL) autorisés par l'État, prévoyant une entente de location sur les droits et devoirs de chacune des parties prenantes. ▪ L'hébergement dans ce milieu se veut permanent. ▪ Nécessite de payer un loyer, mais le montant de la location est subventionné en partie par l'État.
<p>Foyer groupe, Boston (Goldfinger et al., 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foyer de groupe comprenant entre 6 et 10 résidents. ▪ Les usagers bénéficient d'une chambre individuelle et

	<p>partagent les lieux communs tels que le salon et la cuisine.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenants sur place en tout temps qui orientent leurs interventions sur l'autonomisation des usagers relativement aux prises de décisions sur les enjeux domestiques.
<p>Netherlands (de Heer-Wunderink, Visser, Caro-Nienhuis, Sytéma, & Wiersma, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foyer de groupe comprenant environ 4 résidents. ▪ Gestionnaire de cas en lien avec le milieu d'hébergement. ▪ Le choix du lieu d'hébergement relève d'une prise de décision conjointe entre le gestionnaire de cas et l'utilisateur. ▪ Les interventions offertes sur place visent la réadaptation et la réinsertion sociale.

1.3. Le modèle de soutien au logement

Ce modèle s'appuie sur le besoin d'offrir des services de réadaptation flexibles et individualisés qui demeurent indépendants de la gestion du lieu d'hébergement de la personne utilisatrice de services (D. J. Rog, 2004; D. J. Rog, Randolph, Frances L, 2002; Siegel, et al., 2006). Ainsi, le modèle de soutien au logement cherche à offrir un hébergement le plus normalisant possible, permettant un hébergement accessible directement dans la communauté tout en offrant des services de soutien et de réadaptation en parallèle (Fakhoury, et al., 2002).

Tableau 4 : Ressources résidentielles du modèle de soutien au logement

Milieu/programme	Caractéristiques du milieu
<p>Pathways to housing, New-York (O'Campo, et al., 2009; Siegel, et al., 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement de type anonyme et indépendant, sans besoin d'être atteint d'un trouble de santé mentale pour y avoir accès. ▪ Les usagers bénéficient d'un studio ou d'un appartement de type 1 ½. ▪ Une équipe de soutien est disponible 24/7 au besoin et un suivi sur place est fait 1 fois par semaine par un membre de l'équipe. ▪ Un programme d'activités est disponible sur place, mais la participation est volontaire. ▪ Aucune réglementation ne demande le maintien de la sobriété pour conserver son appartement. ▪ Coût du loyer ajusté à la situation financière de l'utilisateur.
<p>Paralel Housing, Washington DC (McHugo, et al., 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement de type anonyme et indépendant. ▪ Accès à une équipe mobile de gestion de crise au besoin. ▪ Le gestionnaire de cas relativement au traitement de la maladie n'est pas en lien avec la gestion de la ressource d'hébergement.
<p>Supported Housing program, New-York (Siegel, et al., 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement de type anonyme et indépendant dans un immeuble où 30 % des unités sont réservées pour des personnes avec un trouble de santé mentale. ▪ Les usagers sont sélectionnés sur la base du maintien de leur sobriété depuis un minimum de 6 mois.

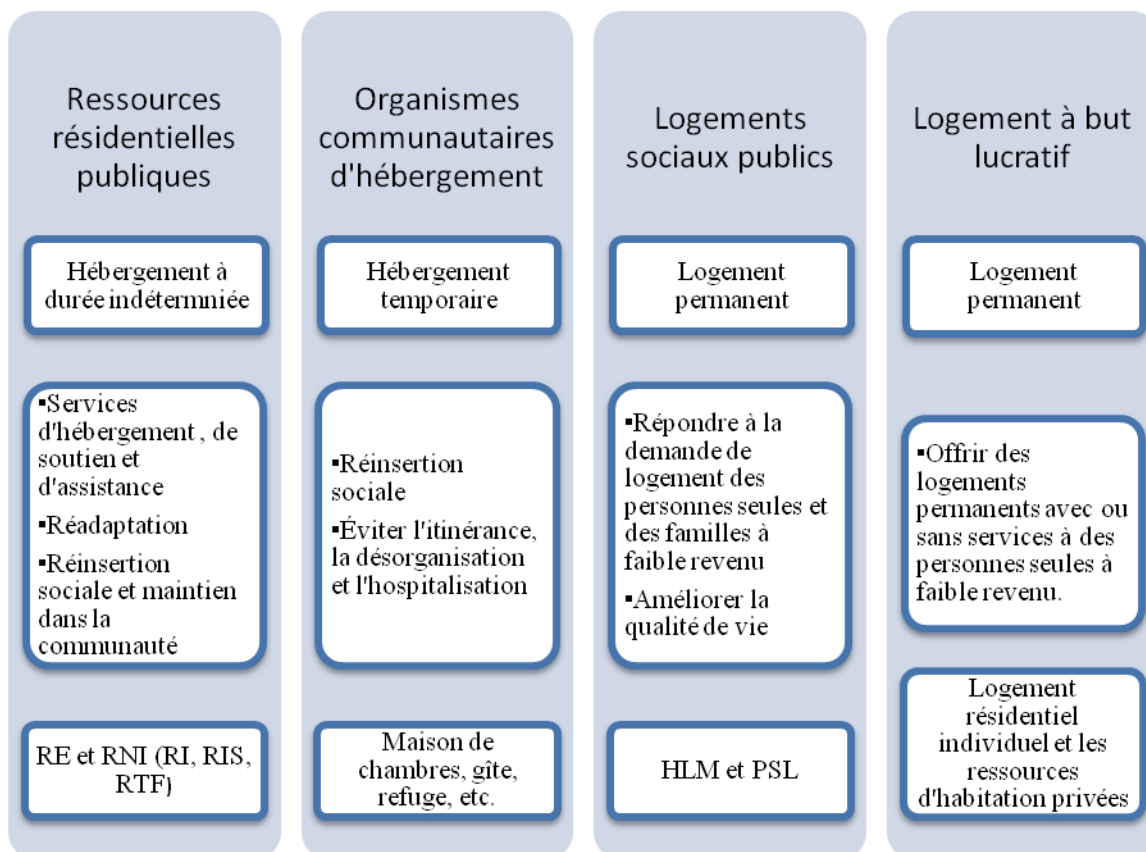
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les usagers bénéficient d'un appartement de style studio avec leur propre salle de bain et une petite cuisinette. ▪ Un gestionnaire de cas travail sur place dans le lieu d'hébergement. ▪ Gestionnaire de cas crise affiliée à l'hôpital est disponible sur les lieux. ▪ Plusieurs services comme l'accès à un gymnase ou un programme de soutien à l'emploi sont disponibles sur les lieux, ils peuvent être utilisés sur une base volontaire. ▪ Coût du loyer ajusté à la situation financière de l'utilisateur.
<p>Housing Placement, Boston (Goldfinger, et al., 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de soutien au logement qui offre l'accès à des appartements à faible coût dans des immeubles anonymes et indépendants. ▪ Le programme permet la participation à 1 groupe thérapeutique par semaine, sur participation volontaire. ▪ Aucun autre programme ou service n'est offert dans le lieu d'hébergement. ▪ Aucun intervenant ne travaille sur place dans les lieux d'hébergement desservis par le programme.
<p>Supported housing services, Angleterre (Priebe, et al., 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de jumelage entre des propriétaires indépendants enregistrés et des programmes de services de soutien pour les personnes avec un trouble de santé mentale. ▪ Les usagers bénéficient d'un logement anonyme et indépendant. ▪ Une offre de service selon leur localisation est offerte par

	les programmes disponibles dans la communauté.
Floating-support, Angleterre (Priebe, et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme d'équipe de soutien qui se déplace chez les usagers et qui n'est pas en lien avec l'offre d'hébergement dont ils bénéficient. Ce programme vise surtout à offrir su support aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et demeurant dans des logements anonymes et indépendants dans la communauté.
Low intensity housing, New-York	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement dans un immeuble de type anonyme et indépendant ou géré par un OSBL. ▪ Les usagers bénéficient d'une chambre privée ou d'un studio. Selon les immeubles, ils peuvent bénéficier d'une salle de bain et d'une cuisine commune ou privée. ▪ Des services sont offerts sur place, par exemple pour la gestion financière et la gestion de la médication, mais leur usage n'est pas obligatoire. ▪ Des règlements de respect commun existent, mais il n'y a pas de réglementation liée au couvre-feu ou à l'interdiction d'avoir des invités pour la nuit. ▪ L'utilisateur détient un bail officiel avec le propriétaire de l'immeuble. ▪ Le prix du loyer est fixé à 30 % du revenu de l'utilisateur.

2. La situation de l'hébergement pour les personnes atteintes de trouble de santé mentale à Montréal

Au Québec, on retrouve quatre grandes catégories de logement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, soit les ressources résidentielles publiques, les organismes communautaires d'hébergement, les logements sociaux et communautaires et les habitations privées à but lucratif (Amélie Felx, 2012; Suzanne Côté, 2001; Sonia Côté, 2002; Fitzgerald, 2009). À Montréal plus spécifiquement, on retrouve l'ensemble de ces catégories, regroupant à leur tour différents milieux d'hébergement octroyant également une diversité de services (Figure 1). En effet, comme cela a pu être observé dans la section précédente, la situation québécoise et montréalaise ne fait pas exception et donc d'une ressource à une autre, malgré la même terminologie nominative, l'offre de service n'y est pas nécessairement identique. Ainsi l'offre de services en place dans un milieu d'hébergement varie selon la catégorie à laquelle le milieu est rattaché, mais dans une même catégorie les services offerts peuvent eux aussi varier largement.

Figure 1 : Logement offert au Québec aux personnes ayant des problèmes de santé mentale



(Fitzgerald, 2009)

La présente section visera donc à faire état de la situation de l'hébergement offert à Montréal pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale tout en définissant plus en détail les types de ressources résidentielles existantes.

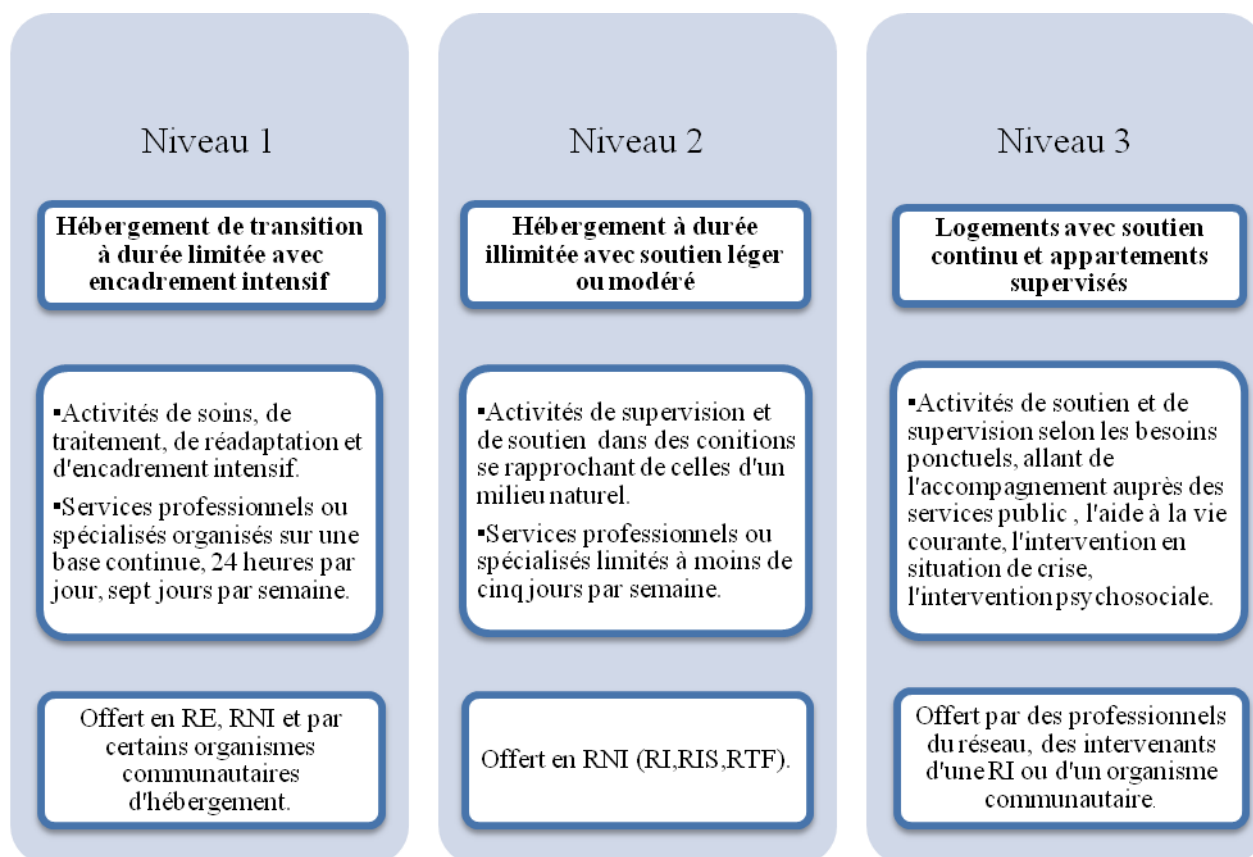
2.1. Les types de ressources résidentielles

2.1.1 Les ressources résidentielles publiques

Les ressources résidentielles publiques relèvent de l'État québécois puisqu'elles sont rattachées à un établissement public désigné (centre hospitalier ou centre de santé et de services sociaux). À Montréal, les ressources résidentielles sont sous la responsabilité de deux centres hospitaliers, soit : l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMM, 2013). En 2006, on comptait sur le territoire montréalais 3 215 places d'hébergements dans ces ressources, avec un taux d'occupation de plus de 95 % (ASSSM, 2009).

Cette catégorie de ressources comprend les ressources non institutionnelles (RNI) et les ressources d'établissement ou ressources résidentielles à assistance continue (RE). Il existe également différentes formes de RNI en santé mentale, on retrouve donc les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les ressources d'intégration sociale (RIS). En théorie, les ressources résidentielles publiques s'insèrent dans un principe de continuum, c'est-à-dire qu'il existe trois niveaux de services (Figure 2) et les usagers devraient être orientés vers une ressource répondant à leur niveau fonctionnel selon l'évolution de leur autonomie. Toutefois, on remarque que la durée moyenne de séjour dans les ressources résidentielles publiques de la ville de Montréal varie entre six et sept années (Suzanne Côté, 2001) alors que dans les RI notamment, on évalue que le quart des résidents seraient prêts pour intégrer un logement autonome (Sonia Côté, 2002).

Figure 2 : Les niveaux de services offerts dans les ressources résidentielles publiques



(ASSSM, 2009)

2.1.1.1 Les ressources intermédiaires (RI)

L'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule :

« [qu'] est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur

dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. » (L.R.Q., chapitre S-4.2)

Ainsi, les RI incluent différents modèles résidentiels, soit les appartements supervisés, les maisons de chambres, les foyers de groupe et les maisons d'accueil (ASSSM, 2009). On y compte généralement entre 1 et 30 résidents avec un ratio intervenant-résidents variant de 1 :3 à 1 :10 (Amélie Felx, 2012).

2.1.1.2 Les ressources d'intégration sociale (RIS)

Les RIS bénéficient également, comme les RI et les RTF d'une entente contractuelle avec un établissement public. Toutefois, les RIS ne sont pas définis par aucun document officiel, ils émergent plutôt d'ententes pouvant s'établir, en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, entre un établissement et un autre établissement, un organisme ou toute autre personne visant à offrir pour l'établissement en question des services requis par ses usagers (L.R.Q., S-4.2). Les RIS se différencient davantage d'un point de vue administratif, puisque les services qui y sont offerts ressemblent en grande partie à ce que l'on peut retrouver dans l'amalgame de ressources incluses dans les RI. Soulignons également que Felx et ses collaborateurs mentionnent qu'à Montréal ces ressources sont classées dans les ressources autres.

2.1.1.3 Les ressources de type familial (RTF)

En vertu de ce qui est défini dans l'article 312 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les ressources de type familial sont en fait des résidences privées où une ou deux personnes accueillent chez elles un maximum de neuf adultes avec un trouble de santé mentale qui leur sont confiés par un établissement public (L.R.Q., S-4.2). Les responsables de ces ressources assurent des services de soutien, d'assistance et de surveillance sur une base continue, jour et nuit, sept jours par semaine (ASSSM, 2009). La mission des RTF n'est pas d'offrir directement des services, mais plutôt d'offrir un milieu se rapprochant du milieu familial typique québécois, s'insérant ainsi dans le modèle d'hébergement traditionnel tel que vu à la section précédente (Amélie Felx, 2012). Des services de professionnels sont déployés dans les RTF pour superviser différents moments de la vie quotidienne.

2.1.1.4 Les ressources d'établissement (RE)

Les RE ressemblent grandement aux RI, c'est-à-dire que ces ressources d'hébergement sont en fait des résidences de groupe ou des appartements qui bénéficient de services de réadaptation et de soutien dans le milieu de vie. Toutefois, à la différence des RI, le personnel qui travaille dans les RE provient de l'institution publique de soins à laquelle la ressource est rattachée (Suzanne Côté, 2001). Les services offerts le sont sur une base intensive, à raison de 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le rapport entre le personnel et les résidents est lui aussi variable, toutefois il peut aller jusqu'à 4 intervenants pour 11 usagers (Amélie Felx, 2012). Ce type de ressource s'intègre dans le continuum résidentiel. Se voulant transitoire il a pour

objectif de permettre à l'individu de développer des aptitudes afin de pouvoir éventuellement intégrer un logement autonome (Suzanne Côté, 2001).

2.1.2 Les organismes communautaires d'hébergement

Les ressources d'hébergement qui sont incluses dans la catégorie des organismes communautaires d'hébergement sont sous la responsabilité d'OSBL qui sont eux-mêmes subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) via le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par des programmes municipaux ou par des fonds privés et de l'autofinancement (Suzanne Côté, 2001). Les services offerts d'un OSBL à l'autre varient largement, ces organismes qui sont autonomes peuvent ainsi offrir l'hébergement, la nourriture ainsi que des interventions et de l'assistance à des clientèles spécifiques en situation de vulnérabilité (Amélie Felx, 2012; Suzanne Côté, 2001). Par population spécifique on entend par exemple les femmes victimes de violence, les personnes composant avec un problème de toxicomanie, un problème de santé mentale, etc. Le temps passé dans ces ressources peut varier lui aussi de quelques jours à quelques années, néanmoins ces ressources se veulent transitoires et ont pour objectif d'orienter la personne vers un lieu d'hébergement plus permanent (Fitzgerald, 2009).

Parmi les OSBL qui offrent des services d'hébergement à Montréal, ceux ayant comme population spécifique les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont peu nombreux. En 2002, on évaluait que 2,3 % des organismes communautaires d'hébergement s'adressaient spécifiquement à la clientèle des personnes ayant un problème de santé mentale,

ce qui équivalait à près de 224 unités (Marie-Noël Ducharme, 2002). Or, en 2008 le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) rapportait la présence de seulement 130 chambres ou studios directement adressés aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Le tableau suivant se veut un répertoire des organismes du territoire montréalais que nous avons trouvés et qui incluent dans leur mission l'offre d'hébergement pour une clientèle atteinte d'un problème de santé mentale (RAPSIM, 2009; Répertoire de la vie communautaire du Québec, 2013).

Tableau 5 : Les ressources communautaires d'hébergement pour personnes atteintes de trouble de santé mentale à Montréal

Association logement amitié	Offre un service de logement avec soutien communautaire pour une durée illimitée dans 42 logements.
Chambreclerc	Offre 3 milieux de vie, de type foyer de groupe, totalisant 41 unités sous la forme de chambre individuelle ayant pour objectif d'offrir un logement sur une base permanente.
Habitations Oasis	Offre un service de logement permanent avec soutien communautaire, pour un minimum d'un an renouvelable, par l'entremise de 17 unités de logements (studio).
Le Mûrier	Offre 6 milieux de vie totalisant 100 places d'hébergement allant de l'hébergement transitoire à permanent et du foyer de groupe à l'appartement supervisé.
Ma chambre	Offre un service de logement à long terme voir permanent par l'entremise 183 unités de chambre ou de studio dans différents sites, dont 77 unités de logement sont subventionnées.
Maison Grise de Montréal	Offre 11 places d'hébergement exclusivement pour les femmes, sur une base transitoire d'une durée maximale de deux ans.
Maison l'Échelon	Offre un service d'hébergement communautaire en foyer de groupe ou en appartement supervisé.
Maison l'Éclaircie de Montréal	Offre un service d'hébergement en foyer de groupe pour 10 personnes.
Maison le Parcours	Offre 9 places d'hébergement transitoire en foyer de groupe.
Maison les Étapes	Offre un service d'hébergement en foyer de groupe.

Maison Lucien-L'Allier	Offre un service de logement permanent en chambre ou en appartement. Les installations totalisent 21 chambres disponibles et 6 appartements de l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM).
Passages	Offre de l'hébergement transitoire, exclusivement pour les femmes. Le nombre de places varie selon la durée du séjour, soit 5 places de dépannage pour un maximum de trois jours, 6 places en hébergement pour un mois et 5 places en hébergement pour un maximum de cinq mois.
Refuge des jeunes de Montréal	Offre un service de logement permanent via 16 appartements supervisés avec une présence d'intervenants 7 jours sur 7 de 9 h à 22 h.

Toutefois, bien que plusieurs organismes n'aient pas destiné leur mission à héberger les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, il n'en demeure pas moins que cette clientèle recoupe très souvent celle des personnes en situation de vulnérabilité ou devant composer avec un faible revenu. De plus, les missions des organismes ne sont pas étanches, ce qui leur permet de répondre aux besoins ponctuels et ainsi offrir des services à plus d'une population à la fois (Marie-Noël Ducharme, 2002).

2.1.3 Les logements sociaux publics

L'objectif premier des logements sociaux publics est de répondre à la demande de logement pour les personnes à faible revenu (Suzanne Côté, 2001). Dans cette catégorie sont incluses

notamment les habitations à loyer modiques (HLM) qui sont garantes d'un programme subventionné par la Société d'habitation du Québec (SHQ) qui permet à ses occupants de défrayer un loyer au coût de 25 % de leur revenu (OMHM, 2013).

Ce type d'habitation n'est donc pas spécifiquement en place pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. À Montréal en date du 1^{er} janvier 2010, l'OMHM évaluait que son parc de HLM comptait 20 567 logements, allant du studio à des appartements de 7 chambres à coucher. De ce nombre, seulement 109 logements sont réservés pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale (RAPSIM, 2008).

Dans la catégorie des logements sociaux publics est également inclus le programme de supplément au loyer (PSL). Il s'agit d'un programme qui est lui aussi subventionné par la SHQ et qui permet comme pour les HLM à la personne en bénéficiant de payer seulement 25 % du coût du loyer alors que le reste du montant est pris en charge par la SHQ (OMHM, 2013). L'avantage de ce programme est donc de permettre à la personne de choisir un logement anonyme, dans le quartier qu'elle désire tout en pouvant continuer à profiter du programme malgré un déménagement, puisque la subvention est rattachée à la personne et non au lieu d'hébergement (Amélie Felx, 2012). Enfin, il existe également une version du programme de supplément au loyer qui s'adresse aux coopératives d'habitations et aux organismes sans but lucratif. Cette seconde version permet de louer la moitié des logements des établissements admissibles à un prix légèrement inférieur à celui du marché et de faire

bénéficier à l'autre moitié du PSL (OMHM, 2013). Dans tous les cas, pour qu'une personne puisse bénéficier de ce programme elle doit être inscrite sur la liste d'attente de l'OMHM.

2.1.4 Les logements à but lucratif

Le logement à but lucratif inclut dans sa description des milieux de vie résidentiels individuels, mais également des ressources d'habitation privées qui regroupent notamment des maisons de chambres, des chambres et pensions et des familles d'accueil (Amélie Felix, 2012). L'objectif premier des logements à but lucratif est donc de loger des personnes, mais ces milieux peuvent aussi offrir des services de restauration, d'organisation matérielle et de sécurité (Suzanne Côté, 2001).

Les ressources d'habitation privée sont notamment régies en fonction des lois et règlements de zonage des municipalités. À Montréal, le règlement sur les maisons de chambres relève depuis 2002 des arrondissements eux-mêmes, mais le règlement initial de la ville aurait été reconduit dans la majorité des cas (RAPSIM, 2005). Ainsi, ce règlement stipule qu'une maison de chambres « est un immeuble ou une partie d'immeuble où au moins quatre chambres sont à louer et où des services tels que repas, entretien ou surveillance peuvent être fournis. Pour exploiter une maison de chambres il est non seulement important de se conformer au règlement sur le logement, mais il est aussi nécessaire qu'un certificat d'occupation autorise cette activité » (Suzanne Côté, 2001). Il demeure très difficile d'évaluer le nombre total de maisons de chambre qui existe sur le marché montréalais, puisque selon des intervenants du

milieu de la santé, plusieurs établissements agiraient sous le couvert de l'illégalité en tenant de telles ressources sans pour autant y être autorisés (Sonia Côté, 2002). Néanmoins, un recensement réalisé par la ville de Montréal en 2006 rapportait qu'elle comptait sur son territoire 2 915 chambres privées dont 66 % se trouvaient dans les arrondissements de Ville-Marie, du Plateau Mont-Royal et de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve (Suzanne Chantal, 2007). Or dans ce nombre étaient également incluses des résidences à location réservée notamment pour les étudiants ou les personnes âgées.

Un rapport sur les maisons de chambres produit par la Commission permanente sur le développement social et la diversité montréalaise en 2012 soulignait que le prix d'une chambre dans une telle ressource sur le marché locatif privé s'élevait en moyenne entre 350 \$ et 600 \$ par mois, ce qui peut représenter entre 60 % et 80 % du revenu des chambreurs (Lyn Thériault, 2012).

Enfin concernant la situation des milieux de vie résidentiels individuels de type appartement, la ville de Montréal souffre depuis le début des années 2000 d'une importante pénurie de logements. En effet, entre 2000 et 2007, le prix des appartements sur le marché privé à Montréal a augmenté de 27 %, le prix moyen pour un studio ou un appartement d'une chambre s'élevait alors, en 2007, en moyenne entre 485 \$ et 579 \$ (RAPSIM, 2008).

3. Les principes directeurs qui devraient guider l'élaboration d'un nouveau modèle des ressources résidentielles

3.1. L'importance d'avoir un modèle d'hébergement

Les sections précédentes du présent travail ont permis de répertorier plusieurs formes de ressources résidentielles existantes à Montréal et à travers le monde, élaborées selon les trois grands modèles définis dans la section 1. À ce jour, il n'y a pas de consensus sur l'efficacité ou la suprématie d'un des modèles par rapport aux autres. En effet, Felix et ses collaborateurs rapportent dans la plus récente édition du Manuel de réadaptation psychiatrique publié en 2012 que plusieurs auteurs concluent que les preuves scientifiques sont toujours insuffisantes pour dégager des autres le modèle qui serait le plus efficace.

Toutefois, malgré l'absence de consensus relativement au modèle d'hébergement à privilégier, il serait néanmoins clair que le fait d'avoir un modèle d'hébergement, quel qu'il soit, serait favorable comparativement aux milieux où aucun modèle n'est mis en place. Effectivement, la présence d'un modèle d'hébergement permettrait un effet significativement positif notamment sur la stabilité en hébergement, la diminution des symptômes psychiatriques et la diminution du nombre d'hospitalisations (Leff, et al., 2009). De plus, les résultats de Leff et ses collaborateurs suggèrent que le modèle de soutien au logement est celui qui se distingue le

plus des autres par ses effets significativement positifs sur la stabilité en hébergement, la réduction du nombre d'hospitalisations et la satisfaction des résidents en comparaison avec les milieux n'ayant pas de modèle d'hébergement.

3.2. Les critiques élaborées sur les approches existantes

Bien qu'il soit encore difficile d'identifier le modèle offrant le plus d'avantages et de bienfaits, plusieurs critiques ont néanmoins été élaborées au cours des dernières décennies, et ce sur chacun des modèles d'hébergement. Dans le but, de mieux comprendre ce qui devrait orienter le développement d'un nouveau modèle d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, la présente section visera à identifier ces critiques répertoriées à partir de la littérature scientifique.

3.2.1 Critiques du modèle traditionnel

Les critiques concernant le modèle traditionnel émergent dans la définition même du modèle qui est considéré comme une institution dans la communauté (Nelson, et al., 2003). Ainsi, ce modèle n'est pas vu comme permettant le cheminement de l'individu vers le rétablissement, mais plutôt comme un lieu de résidence et de prise en charge de la personne. Le modèle traditionnel est défini par une approche médicale où l'individu est considéré comme un patient; tout autant d'éléments qui ne s'insèrent pas dans la conception moderne de l'intégration sociale et de l'autonomisation, ce qui vaut à ce modèle ses plus grandes critiques.

3.2.2 Critiques du modèle de traitement résidentiel

Au cours des dernières années, le modèle de traitement résidentiel a fait l'objet de plusieurs critiques tant par rapport à son applicabilité que par rapport à ses principes directeurs. Comme cela a été défini à la section 1.2, ce modèle est élaboré sur un principe de continuum résidentiel. Ainsi, le principe de continuum fait en sorte que l'utilisateur change de ressource résidentielle en fonction de son évolution pour passer de ressources offrant plus de soins vers des ressources offrant de moins en moins de soutien et de services, afin d'encourager l'acquisition de l'autonomie. Néanmoins, ce principe même a pour effet d'encourager le déracinement de l'individu, l'obligeant à changer d'environnement ayant pour effet de lui faire perdre les repères qu'il avait pu construire dans la communauté (Corrigan & McCracken, 2005; Tabol, Drebing, & Rosenheck, 2010). De plus, toujours en lien avec le principe de continuum, une limite au bon fonctionnement de ce système est l'accès aux ressources résidentielles permettant à la personne d'effectivement évoluer d'une ressource à l'autre (D. J. Rog, 2004; Trainor, 2009). En effet, ce dernier élément pourrait avoir comme impact d'induire un plateau d'évolution dans le développement des aptitudes des usagers en leur offrant notamment trop de support par rapport à leurs capacités et leurs aptitudes réelles (Corrigan & McCracken, 2005; D. J. Rog, 2004; Tabol, et al., 2010). Enfin, une autre critique qui est très répandue concerne l'absence de choix fait par l'utilisateur par rapport à son lieu de résidence qui est induit par le modèle de traitement résidentiel (Corrigan & McCracken, 2005; Priscilla Ridgway, 1990; D. J. Rog, 2004).

3.2.3 Critiques du modèle de soutien au logement

Le modèle de soutien au logement apparaît prometteur, d'ailleurs John Trainor mentionne que le gouvernement de l'Ontario identifie ce modèle comme étant le plus progressif de l'ensemble des modèles existant (Trainor, 2009). En effet, les principes défendus par le modèle de soutien au logement tel que le choix du milieu d'hébergement pris en charge par l'individu, l'autonomisation, la mise en place de services personnalisés et flexibles, l'intégration dans la communauté par un environnement normalisant sont reconnus comme étant de bons principes qui répondent aux critiques du modèle de traitement résidentiel. Néanmoins, une critique importante faite à l'égard du modèle de soutien au logement est l'écart qui existe entre les principes théoriques défendus par ce modèle et l'application réelle sur le terrain et dans les ressources d'hébergement (Wong, Filoromo, & Tennille, 2007). Wong et ses collaborateurs ont réalisé une étude auprès de ressources du modèle de soutien au logement dans la région de Philadelphie aux États-Unis, dont les conclusions tendent à démontrer que malgré les principes du modèle mentionnés ci-haut, près de 25 % des usagers vivaient dans un milieu d'hébergement atypique non-normalisant en plus d'avoir une intimité limitée par la présence des employés et intervenants du milieu et le peu de personnalisation des services qui demeurent notamment souvent obligatoires pour pouvoir demeurer dans la ressource (Wong, et al., 2007).

3.3. Les principes directeurs pour développer une ressource résidentielle

Comme mentionné précédemment, bien qu'aucun modèle spécifique ne soit identifié dans la littérature comme étant le meilleur à implanter, plusieurs principes directeurs ressortent comme étant des éléments clés à intégrer dans le fonctionnement des ressources résidentielles afin de favoriser le rétablissement et l'intégration sociale. Certains de ces principes prennent déjà place dans la philosophie de l'un ou l'autre des modèles existant, démontrant toute l'importance de savoir bien les mettre en pratique.

La revue de littérature réalisée en 2009 par Tabol, Drebing et Rosenheck a notamment permis de faire ressortir les principes suivants :

- Que l'hébergement soit reconnu comme étant un droit et un facteur de rétablissement.
- Que les individus puissent choisir leur lieu d'hébergement et non que ce dernier soit assigné par une tierce personne ou organisation.
- Que l'individu soit considéré comme un citoyen à part entière (notamment par la distinction entre le rôle de locataire et celui de résident).
- Favoriser l'intégration sociale plutôt que le regroupement des individus sur la base de leurs incapacités.
- Séparer la gestion entre les services d'hébergement, les services de traitement de la maladie et de réinsertion sociale et les services de soutien courant.

- Favoriser l'apprentissage directement dans le milieu de vie réel.
- Que le milieu de vie soit flexible, individualisé et que les services disponibles soient offerts sur demande plutôt que selon un système de standardisation des niveaux de services.
- Mettre de l'avant le soutien naturel de la communauté et de l'entourage plutôt que sur les services professionnels.

Dans ce même ordre d'idée, Debra J. Rog spécifiait en 2004 que la prise en charge de traitement devrait donc être indépendante à la prise en charge d'hébergement et que le gestionnaire de cas devrait être celui qui fait le lien entre l'individu et les services offerts dans la communauté, services qui devraient être les plus normalisant possibles et non offerts à une clientèle spécifique en santé mentale. De plus, Rog précise que les services de gestion de cas peuvent aussi être offerts par une équipe, ceci n'affecte pas les résultats. Toutefois ce qui est important, si l'intervenant n'est pas un professionnel de la santé, il doit avoir accès à un psychiatre ou un psychologue pour le soutenir dans la prise en charge de l'individu (D. J. Rog, 2004).

Toujours dans le but d'identifier les principes à prendre en considération dans le développement de nouveaux modèles de ressources résidentielles, des auteurs se sont penchés sur les préférences résidentielles des personnes utilisatrices de services et les conditions favorables au rétablissement selon la perspective des usagers québécois. Les résultats démontrent que sur la population étudiée, plus de la moitié, soit 53,3 %, désire pouvoir vivre

dans une ressource résidentielle dite autonome, ce qui inclut les logements à but lucratif et les logements sociaux publics (A. L. Myra Piat, Henri Dorvil, Richard Boyer, Audrey Couture, David Bloom, 2008). Enfin, des éléments spécifiques sont également mis de l'avant par les usagers, comme le coût du loyer, le concept de liberté et le voisinage. Avoir accès à un logement abordable influence grandement le choix du milieu de vie, tout comme la possibilité de faire ses propres choix et de ne pas être contraint à des règles de vie sévères induites par le milieu et pouvoir vivre dans un environnement sans jugements et préjugés du voisinage (R. B. Myra Piat, Simon Cloutier, Marie-Josée Fleury, Alain Lesage, 2012). Enfin, ce que les individus atteints de troubles de santé mentale semblent le plus rechercher à travers les ressources résidentielles, c'est la stabilité de l'hébergement et pouvoir évoluer dans un milieu qui ne favorisera pas la détérioration de leur qualité de vie (R. B. Myra Piat, Simon Cloutier, Marie-Josée Fleury, Alain Lesage, 2012).

Par ailleurs, ces derniers éléments soulevés par les études citées ci-haut recourent les critiques du système recueillies lors de témoignages d'usagers au cours du forum citoyen *Un toit, un quartier... notre communauté* organisé par l'IUSMM ayant eu lieu le 16 mai 2013 à Montréal. En effet, à cette occasion il a été mentionné que les réglementations sévères entourant la vie en appartement supervisé, concernant notamment le droit de visite ou le droit de posséder certains objets, brimaient la qualité de vie des usagers et complexifiaient leur capacité à se sentir pleinement citoyen. Toutefois, les longues listes d'attentes pour avoir accès à des logements abordables dans la région montréalaise ont également fait l'objet de critiques, limitant les choix mis à la disposition des usagers pour s'établir dans un milieu de vie répondant à leurs

besoins et étant en cohérence avec leurs moyens financiers. Néanmoins, les usagers qui ont témoigné lors de ce forum citoyen ont mentionné que malgré les critiques énoncées envers certaines formes de ressources, il apparaissait important à leurs yeux de pouvoir bénéficier d'un suivi auprès d'intervenants et ce peu importe le milieu de vie où ils choisissaient de s'établir. Une crainte qui apparaissait récurrente auprès des personnes utilisatrices de services était de perdre les services de réadaptation et de suivi avec des intervenants du milieu de la santé et du milieu communautaire si elles réintégraient un milieu de vie autonome de type anonyme dans la communauté. Ainsi, les usagers ont conclu ce forum en demandant la mise en place d'un système permettant un meilleur équilibre entre les structures d'hébergement disponible et la prise en charge associée.

Discussion

Le présent travail visait donc l'atteinte de plusieurs objectifs distincts, afin de permettre d'amorcer une réflexion sur la manière de penser et de développer les ressources résidentielles en milieu urbain pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Dans cette optique, le premier objectif était de répertorier les modèles alternatifs de ressources résidentielles présents en milieu urbain dans des pays industrialisés pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Le second objectif visait quant à lui à répertorier les modèles de ressources résidentielles offerts aux personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la métropole montréalaise afin d'établir une comparaison entre ce qui existe ailleurs et ce qui est mis en place ici. Enfin, le troisième objectif visait à identifier les principes directeurs qui devraient guider l'amorce d'une réflexion sur l'élaboration et le développement de nouveaux modèles de ressources résidentielles pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques et vivant à Montréal.

Ainsi, à la lumière des informations exposées dans les sections 1 et 2, on constate que les ressources résidentielles existantes dans la région montréalaise recourent largement les différentes ressources répertoriées à partir de la littérature, que l'on retrouve dans différents milieux urbains, ailleurs dans le monde. En effet, on constate qu'à Montréal comme ailleurs, notamment aux États-Unis, en Angleterre et aux Pays-Bas on retrouve surtout des ressources hybrides, dont les principes fondamentaux émanent des principes philosophiques se rattachant à l'une ou l'autre des trois grandes approches d'hébergement décrites plus haut. On constate donc que la structure des ressources résidentielles publiques montréalaises se rattache

grandement aux caractéristiques des ressources du modèle de traitement résidentiel répertoriées, tout en ayant des particularités qui tendent davantage vers le modèle traditionnel ou le modèle de soutien au logement. Les ressources d'hébergement communautaires que l'on retrouve à Montréal quant à elles sont pour la plupart de vrais hybrides vacillants entre le modèle de traitement résidentiel et le modèle de soutien au logement, offrant parfois de l'hébergement avec des services de soutien parallèles et parfois uniquement un service de logement, se voulant parfois permanent et parfois transitoire.

On comprend donc que si les ressources montréalaises ressemblent largement aux modèles répertoriés à travers le monde, les critiques soulevées à la section 3 concernent également les ressources résidentielles d'ici. L'analyse de la situation montréalaise demeure toutefois complexe puisqu'elle est multifactorielle et n'émane pas uniquement de problématiques liées à la gestion des ressources résidentielles pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, la pénurie de logements abordables à Montréal qui touche l'ensemble des clientèles vulnérables de la ville, mais dont une certaine proportion recoupe la clientèle atteinte de trouble psychiatrique limite les possibilités des usagers à avoir accès à un logement de type anonyme dans la communauté (Communauté métropolitaine de Montréal, 2008; RAPSIM, 2008). Ceci a également pour conséquence que l'application d'un continuum résidentiel est pratiquement impossible actuellement dans la métropole, puisque le séjour moyen d'un usager dans une ressource résidentielle publique à Montréal varie entre 6 et 7 ans, créant un ralentissement dans l'octroi de l'offre de services chez les personnes nécessitant ce type de ressource. Ce contexte de stagnation semble généré par différents facteurs, dont la pénurie de logements sociaux et abordables, mais également le maintien d'un contexte de services

paternaliste envers les personnes aux prises avec un trouble de santé mentale (Suzanne Côté, 2001; Piat, et al., 2008). En effet, une autre critique dirigée vers la gestion des ressources résidentielles à Montréal concerne l'absence de choix et de concertation entre les intervenants et les usagers qui désireraient être davantage impliqués dans ce processus (Piat, et al., 2008). Comme cela a été rapporté plus haut, on juge que 25 % des personnes vivant dans les ressources résidentielles publiques de Montréal ne requièrent pas le niveau de services qui leur est offert, ce qui serait la résultante du manque de logement et des craintes des intervenants de laisser les usagers expérimenter leur autonomie (Suzanne Côté, 2001; A. L. Myra Piat, Henri Dorvil, Richard Boyer, Audrey Couture, David Bloom, 2008; Piat, et al., 2008).

Ce dernier constat nous amène à évaluer les conséquences potentielles liées à la réadaptation et à la réinsertion sociale de maintenir des individus dans des milieux sous-stimulants. En effet, la situation décrite par la réalité de certains usagers vivant en ressources résidentielles publiques s'apparente au concept de déprivation occupationnelle, soit le fait de limiter par des causes ou facteurs externes la participation occupationnelle et du même coup la participation et l'épanouissement social d'individus (Robin L. Stadnyk, 2010). Il est évident que la maladie psychiatrique elle-même peut engendrer un certain niveau de désorganisation occupationnelle pouvant limiter la participation sociale de l'individu pendant une période indéterminée, c'est ce que l'on appelle la perturbation occupationnelle (Whiteford, 2000). Toutefois, c'est le maintien de cette déprivation par des facteurs externes ici incarnés notamment par la structure du système, la stagnation présente à l'intérieur du continuum résidentiel, l'absence de logements accessibles, l'implication des usagers dans leur choix de résidence qui a pour effet d'augmenter les difficultés rencontrées par l'utilisateur dans le cadre de sa réinsertion sociale

(Whiteford, 2000). Il est donc important d'offrir aux usagers le pouvoir de se mettre en action dans la réalisation de tâches quotidiennes leur donnant l'occasion de s'approprier leur propre pouvoir d'agir. D'ailleurs, au début des années 1990, Yerxa avait établi que les occupations faisaient partie intégrante de l'humain et que ce médium était à lui seul thérapeutique, permettant de mieux se rattacher aux autres et à soi-même (Yerxa, 1990). Ainsi, on comprend qu'en laissant des usagers expérimenter leur autonomie au quotidien, notamment dans le cadre de leur milieu de vie et dans la réalisation de leurs tâches quotidiennes on évite la perte des acquis et on favorise le développement du pouvoir d'agir individuel.

Nous évoluons actuellement dans une ère où le rétablissement est au cœur des préoccupations contemporaines, il va donc de soit que l'impact des différents modèles d'hébergement sur la personne soit pris en compte (Amélie Felx, 2012; Paul Morin, 2001). Ainsi, la place que prennent les occupations dans le développement de l'autonomie d'un individu et la place de l'autonomie dans une participation sociale épanouie donne donc une tout autre perception à la place de l'ergothérapie elle-même au sein d'une réflexion sur les ressources résidentielles auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, au-delà des constats établis précédemment qui nous amènent à penser que la place de la réadaptation devrait être de moins en moins dans les institutions, mais davantage dans un cadre communautaire, on observe que l'impact occupationnel du modèle résidentiel doit être considéré tant pour ses aspects positifs que négatifs.

Les ergothérapeutes peuvent contribuer au développement de nouvelles ressources résidentielles en apportant leur expertise d'analyse mettant en relation notamment la personne,

son environnement physique et social et les occupations. À l'avenir, nous devons être capable de penser les ressources résidentielles non pas uniquement comme un concept permettant de fournir un toit aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, mais également comme un moyen de les réintégrer dans la société et de leur permettre de s'épanouir et de développer un sentiment de contrôle sur leur vie afin d'expérimenter pleinement leur citoyenneté.

En ce sens, certains principes se démarquent pour orienter les nouvelles pratiques à mettre de l'avant dans le contexte de l'hébergement et du logement en lien avec l'émergence de nouveaux modèles de ressources résidentielles. Ces principes sont notamment l'implication directe de l'usager dans le choix de son lieu de résidence, la gestion séparée entre le milieu institutionnel responsable des soins offerts à la personne et la gestion du lieu de résidence ainsi que l'octroi de services émanant le plus possible de la communauté et non pas du milieu institutionnel. En effet, tel que cela a été mentionné à travers les critiques établies sur les différents modèles et l'impact d'une implication trop importante du milieu médical dans la gestion du quotidien d'un individu, il faut pouvoir mettre davantage l'accent sur la communauté pour soutenir les personnes aux prises avec un trouble psychiatrique et couper les liens institutionnels. L'institution médicale ne devrait donc pas être responsable de soutenir la personne à la fois dans la gestion de sa maladie et dans la gestion de son environnement social quotidien, incluant son lieu d'hébergement. Il faudrait ainsi être en mesure d'intégrer de manière normalisante directement dans la communauté une offre de service pour soutenir les individus composants avec des défis au quotidien dans la gestion de leur environnement, de leur participation sociale, etc. Ainsi, pour répondre aux besoins individuels des utilisateurs de services, mais également en considérant l'absence de consensus sur la définition du milieu de

vie optimal tant auprès des experts que des usagers il faudrait que le système permette la présence d'une variété de ressources afin de répondre aux demandes individualisées.

Un exemple d'un programme qui innove en ce sens, c'est-à-dire en orientant ses pratiques sur la base des principes directeurs identifiés précédemment comme étant porteur d'avenir, est d'ailleurs le projet PECH dans la région de Québec. Ce projet vise à permettre aux individus ayant recours à leurs services de se « réapproprier leur pouvoir d'agir tant sur le plan psychologique et individuel que sur le plan social et collectif » (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, 2013). Les différents services du programme incluant de l'hébergement transitoire faisant également office de centre de crise et post-crise, des logements sociaux subventionnés par le PSL, du soutien communautaire et l'accès à des travailleurs de milieu, cherchent à s'ériger autour de la personne, soit basé sur les forces et les intérêts de cette dernière. Il s'agit donc d'offrir de l'hébergement ou du logement selon les besoins identifiés par la personne en lui permettant de choisir les services de soutien qu'elle veut voir graviter autour d'elle et auxquels elle veut prendre part. Ce même programme a également mis sur pied le projet SHERPA, un milieu résidentiel nouveau genre où cohabitent dans le même édifice près d'une cinquantaine de personnes atteintes de trouble de santé mentale avec une trentaine d'artiste sans diagnostic particulier, mettant de l'avant la mixité sociale comme vecteur de rétablissement (Simard, 2013). Bref, on cherche à offrir des ressources résidentielles avant tout sociales directement dans la communauté, accompagnées de services propres aux besoins de l'individu, dans un milieu permettant de stimuler le développement de compétences au quotidien.

Conclusion

En conclusion, on comprend que le besoin de penser les ressources résidentielles autrement est justifiés tant par les critiques dirigées vers les modèles actuelles que par les constats permettant de penser que des pratiques différentes seraient bénéfiques pour les usagers. Ainsi des principes directeurs sont identifiés pour guider le développement de nouvelles approches de logement et d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques en milieu urbain. C'est principes font surtout références au besoin de mettre la personne utilisatrice de service au centre de nos préoccupations et des interventions en l'impliquant dans le processus d'affectation d'une ressource. Les principes directeurs identifiés soulignent aussi toute l'importance d'impliquer davantage la communauté dans ce processus et de séparer le plus possible la gestion institutionnelle de la gestion des ressources résidentielles elles-mêmes. En ce sens, nous comprenons que le rôle occupé par les ergothérapeutes dans cette phase du rétablissement peut être vue différemment, soit d'un point de vue plus holistique par rapport à l'analyse occupationnelle et fonctionnelle en lien avec l'impact de nouvelles pratiques résidentielles mettant davantage en relation le lieu d'hébergement et la participation sociale de l'individu. On comprend donc que la pratique de l'ergothérapie tant à changer, plus spécifiquement en lien avec ce domaine spécifique de la réadaptation et il pourrait être intéressant de pousser plus loin la quête d'information relative à cette réalité et l'analyse de cette situation auprès des professionnels et organismes concernés.

Références

- Amélie Felx, M. P., Alain Lesage, Sonia Côté, Marc Corbière. (2012). De l'institution à l'appartement *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2 ed., pp. 243-273). Québec: Presse de l'université du Québec.
- ASSSM. (2009). *La transformation des services en santé mentale, Les services résidentiels, La force des liens*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Communauté métropolitaine de Montréal. (2008). Plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable, 2009-2013 (pp. 58). Montréal: Commission du logement social.
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work, 50*(1), 31-39.
- Côté, S. (2001). Santé mentale et toit. *Nouvelles pratiques sociales, 14*(2), 201-209.
- Côté, S. (2002). *Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées*. Montréal
- de Heer-Wunderink, C., Visser, E., Caro-Nienhuis, A., Sytema, S., & Wiersma, D. (2012). *Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England: Community mental health journal. 48* (3) (pp 321-327), 2012. Date of Publication: Jun 2012.
- Fakhoury, W. K. H., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). *Research in supported housing: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 37* (7) (pp 301-315), 2002. Date of Publication: 2002.
- Fitzgerald, E. (2009). *Les ressources d'hébergement en santé mentale: analyse des enjeux et propositions d'actions pour les ergothérapeutes*. maîtrise projet d'intégration, Université de Montréal, Montréal.
- Goldfinger, S. M., Schutt, R. K., Tolomiczenko, G. S., Seidman, L., Penk, W. E., Turner, W., & Caplan, B. (1999). Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric Services, 50*(5), 674-679.
- IUSMM. (2013). Actualités Retrieved 29 juin 2013, from www.iusmm.ca/hopital/actualites/reconnaissance-expertise.html
- Leff, H. S., Chow, C. M., Pepin, R., Conley, J., Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services, 60*(4), 473-482.
- Lipton, F. R., Siegel, C., Hannigan, A., Samuels, J., & Baker, S. (2000). Tenure in supportive housing for homeless persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 51*(4), 479-486.
- Louise Fournier, M. R., Edwidge Rouleau, Véronic Ouellette, Brigitte Simard, . (1999). *Santé mentale, Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels; Rapport synthèse*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Lyn Thériault, D. C. (2012). Les maisons de chambres à Montréal Rapport et recommandations (pp. 24). Montréal: Commission permanente sur le développement social et la diversité montréalaise.
- Marie-Noël Ducharme, Y. V., François Aubry. (2002). Portrait des organismes sans but lucratif d'habitation sur l'île de Montréal (pp. 80). Montréal: LAREPPS.
- McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., . . . Drake, R. E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness: Schizophrenia Bulletin. 30 (4) (pp 969-982), 2004. Date of Publication: 2004.
- MSSS. (2000). *Le logement et les services de soutien en santé mentale: une solution à partager*, Québec.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale: la force des liens*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Myra Piat, A. L., Henri Dorvil, Richard Boyer, Audrey Couture, David Bloom. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269.
- Myra Piat, R. B., Simon Cloutier, Marie-Josée Fleury, Alain Lesage. (2012). Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement: perspective des usagers et usagères. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(1), 67-85.
- Nelson, G., Hall, G. B., & Forchuk, C. (2003). *Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors*: Canadian Journal of Community Mental Health. 22 (1) (pp 5-19), 2003. Date of Publication: Spring 2003.
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Urban Health*, 86(6), 965-989.
- OMHM. (2013). Un toit en évolution. *Habitations à loyer modiques* Retrieved 2 mai, 2013, from <http://www.omhm.qc.ca/node/255>
- Paul Morin, D. R., Henri Dorvil. (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 88-105.
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59(9), 1011-1017.
- Priebe, S. (2004). Institutionalization revisited -- with and without walls. *Acta Psychiatr Scand*, 110(2), 81-82.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., & Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(10), 805-814.

- Priscilla Ridgway, A. M. Z. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial rehabilitation journal*, 13(4).
- Programme d'encadrement clinique et d'hébergement. (2013). PECH Retrieved 29 juin, 2013, from <http://infopech.org/>
- RAPSIM. (2005). Portrait des maisons de chambres dans les arrondissements Ville-Marie et Sud-Ouest de la Ville de Montréal (pp. 13). Montréal: Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.
- RAPSIM. (2008). Le logement autonome avec soutien... quels logements et quel soutien? (pp. 6). Montréal: Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.
- RAPSIM. (2009). *Répertoire en ressources actives en hébergement communautaire et en logement social avec soutien communautaire*. Montréal.
- Répertoire de la vie communautaire du Québec. (2013). Répertoire de la vie communautaire du Québec Retrieved 1 juin 2013, from <http://www.rvcq.ca/>
- Robin L. Stadnyk, E. A. T., Ann A. Wilcock. (2010). Occupational justice. In Pearson education inc (Ed.), *Introduction to occupation; the art and science of living* (2 ed.). Upper Saddle River.
- Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. [Review]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 334-344.
- Rog, D. J., Randolph, Frances L. (2002). A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from a cross-site collaboration. *New directions for evaluation*, 2002(94), 61-72.
- Siegel, C. E., Samuels, J., Tang, D. I., Berg, I., Jones, K., & Hopper, K. (2006). Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatric Services*, 57(7), 982-991.
- Simard, G. (2013). SHERPA un rare et audacieux projet de mixité sociale! *Droit de parole*, 40(1), 6.
- Suzanne Chantal, S. C., Joël Thibert, David Pelletier. (2007). Cadre d'intervention sur les maisons de chambres (pp. 50). Montréal: Direction de l'habitation Ville de Montréal.
- Tabol, C., Drebing, C., & Rosenheck, R. (2010). *Studies of "supported" and "supportive" housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement: Evaluation and Program Planning*. 33 (4) (pp 446-456), 2010. Date of Publication: November 2010.
- Trainor, J. (2009). Housing and the development of a personal resource base. In Presses Université du Québec (Ed.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale*. Québec.
- Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global challenge in the new millenium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204.
- Wong, Y. L. I., Filoromo, M., & Tennille, J. (2007). *From principles to practice: A study of implementation of supported housing for psychiatric consumers: Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 34 (1) (pp 13-28), 2007. Date of Publication: January 2007.
- Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science: a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy Healthh Care*, 6(4), 1-17.