



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



Canadian Council on
Social Development
Conseil canadien de
développement social



Turning the Key

Le logement: la clé du rétablissement


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

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

www.mentalhealthcommission.ca

1 Turning the Key

Le projet Turning the Key (*Le logement : la clé du rétablissement*) a été conçu pour éclairer la Commission de la santé mentale du Canada sur les besoins actuels en matière de logement et de services connexes des Canadiens ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Le projet, dont le début remonte à 2008, donne un aperçu global de ces besoins à l'échelle nationale sous différents angles. Ses conclusions visent à appuyer la planification et à éclairer les orientations politiques en matière de logement et de services connexes.



TURNING THE KEY (Le logement : la clé du rétablissement)

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

But du projet

Le projet *Turning the Key (Le logement : la clé du rétablissement)* a été conçu pour éclairer la Commission de la santé mentale du Canada sur les besoins actuels en matière de logement et de services connexes des Canadiens ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Le projet, dont le début remonte à 2008, donne un aperçu global de ces besoins à l'échelle nationale sous différents angles. Ses conclusions visent à appuyer la planification et à éclairer les orientations politiques en matière de logement et de services connexes.

Méthodologie

Les chercheurs participant à l'exécution du projet ont eu recours à de multiples méthodes pour recueillir des données, bon nombre de ces méthodes visant à rejoindre divers groupes d'intervenants précis répartis dans l'ensemble des provinces et des territoires. Parmi ces méthodes, mentionnons : 1) la mise sur pied de groupes de référence provinciaux, territoriaux et nationaux; 2) des entrevues menées auprès d'intervenants clés du système de santé mentale; 3) la tenue de consultations dans le cadre de webinaires; 4) l'élaboration de sondages et leur diffusion auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale, des membres de leur famille, des pourvoyeurs de services de santé mentale communautaires, des pourvoyeurs de logements, des administrateurs de centres hospitaliers et des chefs de services cliniques; 5) la création de « cartes » indiquant à l'échelon provincial et territorial l'emplacement des logements et des services connexes existants, l'organisation structurelle des logements et des services connexes, les principales initiatives stratégiques, les pratiques prometteuses, les défis et les tendances; 6) une analyse documentaire complète; 7) des visites de sites et 8) des entrevues menées auprès de répondants clés de l'étranger. Le rapport reflète par ailleurs fidèlement la rétroaction obtenue des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale.

Instigateurs du projet

Le projet a été réalisé par des chercheurs de l'Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social. Au nombre des partenaires ayant participé à la réalisation du projet, mentionnons le Réseau national pour la santé mentale ainsi que des chercheurs de l'université Ryerson et de l'université d'Ottawa. Le projet a été rendu possible grâce au financement obtenu de la Commission de la santé mentale du Canada. La Commission, pour sa part, jouit du soutien financier de Santé Canada.

DÉFINITIONS

Logements spécialement réservés

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

Logements avec services

Type de logement assorti de services connexes (logements spécialement réservés) où ces services sont dissociables du logement lui-même (si la personne déménage, elle ne perd pas les services auxquels elle a droit).

Logements avec services partiels

Dans ce type de logements, au moins une partie des services connexes sont liés au logement lui-même.

Logements non spécialement réservés

Logements financés par les divers paliers de gouvernement qui ne sont pas spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale. De façon générale, ces initiatives visent à fournir du logement dont le coût ne dépasse pas de 25 à 30 % du revenu familial. Si la population cible n'est pas nécessairement les personnes ayant une maladie mentale, il n'en demeure pas moins que ce sont souvent ces dernières qui occupent ce genre de logements.

Logements surveillés

Type de logements où la pension et les soins sont fournis par un exploitant privé qui prépare les repas, fait la lessive et s'occupe du ménage. Le plus souvent, mais pas toujours, les occupants de ces logements partagent une chambre et n'ont pas beaucoup de vie privée. La plupart des logements surveillés datent de la période de désinstitutionnalisation. On jugeait alors que les clients nécessitant des soins de longue durée avaient besoin que l'on s'occupe d'eux. On ne les considérait pas comme des personnes interagissant avec leur milieu et les services leur étant offerts ne cadraient pas avec un processus de rétablissement.

NOS CONSTATATIONS

Introduction

Il ressort de cette étude que le logement est un puissant facilitateur du rétablissement, constatation que confirment d'ailleurs des études antérieures. Le logement doit être abordable, être assorti de services adéquats, permettre une certaine sécurité d'occupation, être situé dans un emplacement désirable et sûr et être en bon état. Tous ces éléments concourent à créer ce que l'on appelle un « chez-soi ». Lorsqu'ils sont réunis, ils créent un point d'ancrage et deviennent un élément clé de notre vie.

Les personnes ayant une maladie mentale ne font pas toutes face aux mêmes défis en matière de logement. Des millions de Canadiens ont une maladie mentale et bon nombre d'entre eux vivent et travaillent; ils n'ont pas besoin d'aide particulière pour se loger. Personne ne se surprendra d'apprendre que ce sont les personnes atteintes de maladie mentale grave qui ont les besoins les plus grands en matière de logement. Il importe de comprendre qu'il ne s'agit pas simplement d'un lien de causalité; en effet, le degré d'aide nécessaire n'est pas fonction de la nature de la maladie. Les personnes incapables de travailler à un moment donné de leur vie ou pour une période prolongée, et qui comptent par conséquent sur l'aide sociale, sont fortement susceptibles de connaître l'itinérance ou d'être inadéquatement logées et, de ce fait, de voir leur santé mentale se détériorer davantage. Des personnes dont l'état de santé mentale pourrait s'améliorer, et qui pourraient devenir plus fonctionnelles, deviennent en fait plus malades et leur niveau d'incapacité s'aggrave.

Nos recherches permettent de dresser deux tableaux. Le premier tableau décrit la situation de nombreux Canadiens ayant une maladie mentale qui ne sont pas en mesure de trouver un logement adéquat avec les conséquences néfastes que cela suppose pour leur santé physique et mentale. Le second tableau est plus optimiste dans la mesure où il considère que cette situation n'est pas nécessairement inévitable. Au Canada, les initiatives et les programmes novateurs abondent et témoignent de notre capacité à trouver une solution à ce problème. Dans tout le pays, on trouve de nombreux exemples d'interventions novatrices de la part des gouvernements, des organismes et des personnes ayant une maladie mentale elles-mêmes. Voilà pourquoi l'optimisme se justifie. Au Canada, tous les ingrédients sont réunis pour nous permettre de loger convenablement les personnes atteintes de maladie mentale et pour leur fournir le soutien dont elles ont besoin pour se rétablir. Nous savons par ailleurs que voilà également une façon pour notre société de faire des économies en limitant le recours aux services coûteux fournis par les établissements et les services d'urgence^{1,2,3,4,5,6}.

Quelque **520 700** personnes ayant une maladie mentale ne sont pas adéquatement logées au Canada; de ce nombre, jusqu'à **119 800** sont itinérantes.

Les gens n'arrivent pas à trouver un endroit où se loger

Les personnes ayant une maladie mentale grave vivent souvent dans la pauvreté et sont plus susceptibles de connaître l'itinérance ou d'être inadéquatement logées⁷. Dans tout le Canada, nous avons constaté que des personnes ayant une maladie mentale se retrouvent sur des listes en attente d'un logement, sont hospitalisées et vivent dans des logements inadéquats, dans des refuges ou dans la rue. L'incidence de cette situation sur les intéressés montre que la question du logement est un enjeu de santé et que des conditions de vie déplorables ont un effet dévastateur sur la capacité des personnes ayant une maladie mentale de se rétablir.

Les Nations Unies ont déclaré que l'itinérance et le logement inadéquat constituaient une « urgence nationale ». C'est ce qu'affirme le Rapport spécial des Nations Unies de 2007 sur le droit au logement convenable au Canada dans lequel on apprend que l'absence de logement convenable a une « incidence profonde et dévastatrice » sur la vie de Canadiens⁹.

En l'absence de logement convenable, les personnes ayant une maladie mentale doivent se résigner à vivre dans des refuges. À titre d'exemple, nous avons constaté un taux d'utilisation élevé du réseau de refuges. À Yellowknife, 936 personnes (5 % de la population de la ville) avaient déjà été hébergées dans un refuge en 2008, les lits dans les refuges ayant été occupés 67 340 fois au total⁸. L'un des facteurs auxquels il faut attribuer en partie cette situation est le pourcentage croissant d'Autochtones qui

quittent les réserves pour s'installer dans des collectivités privées des outils nécessaires pour répondre à leurs besoins culturels propres. De faibles taux d'inoccupation contribuent également à hausser le recours aux refuges. C'est le cas à Brandon, au Manitoba, où des prestations de logement transférables pour les personnes ayant une maladie mentale sont peu utiles en raison d'un taux d'inoccupation frôlant 0,1 %.

Comme la prévalence des problèmes de santé mentale est exponentiellement plus élevée parmi la population itinérante par opposition à la population générale¹⁰, les refuges deviennent la solution de dernier recours pour de nombreuses personnes itinérantes ayant une maladie mentale. Parmi cette population, l'incidence de maladie mentale est estimée à entre 30 et 40 %; de nouvelles recherches indiquent qu'elle pourrait atteindre plus de 50 %^{11,12}.

Si elles ne peuvent compter sur une gamme complète de logements et de services connexes, les personnes ayant une maladie mentale risquent également de se retrouver dans des logements qui ne répondent pas à leurs besoins. Les personnes hospitalisées, que l'on appelle souvent les patients « ANS » (pour « autre niveau de soins »), qui n'ont pas d'endroit où aller lorsqu'elles sortent de l'hôpital se retrouvent dans cette situation. Ces patients demeurent à l'hôpital alors qu'ils pourraient vivre dans la communauté en raison du manque de logements convenables et de services connexes. Cela engendre des coûts du fait que des personnes qui n'ont pas besoin du niveau de soins offert dans un hôpital occupent un lit. Une étude menée en Ontario conclut que plus de 50 % des patients ANS sont placés dans des établissements psychiatriques et consomment une partie importante des ressources destinées aux patients hospitalisés⁵. En outre, 60 % des patients ANS ayant un problème de santé mentale qui se trouvent dans des hôpitaux de soins actifs y demeurent chaque fois pendant plus de 90 jours. Ce nombre atteint 65 % dans les centres hospitaliers tertiaires ou spécialisés.

Si certaines personnes continuent d'être hospitalisées quand elles n'ont plus besoin de l'être, d'autres qui vivent dans la collectivité sont inscrites sur des listes d'attente pour obtenir le type de logement qui leur permettra de continuer à y demeurer. Les répondants au sondage et les participants aux webinaires ont été nombreux à dire que les listes d'attente pour ces logements étaient très longues. Or, les cas qui nous ont été signalés ne représentent qu'une petite fraction du problème, largement répandu. En mai 2011, l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario (ALSBLO) chiffrait à 152 077 le nombre de ménages en attente d'un logement abordable dans la province, ce qui représente une augmentation de 7,4 % en une seule année¹³. Selon, le Réseau d'accès coordonné aux logements avec services partiels (CASH) de Toronto, il y a aujourd'hui 4 510 personnes en attente d'un logement avec services dans cette ville alors qu'il y en avait 700 en 2009.

Comme la pauvreté, l'itinérance est un écueil important dans le cheminement d'un grand nombre de personnes ayant une maladie mentale¹⁵. En raison de l'absence d'options adéquates en matière de logement et de services connexes, du manque de coordination et du chevauchement des systèmes de services, un nombre beaucoup trop grand de personnes sont à risque de connaître l'itinérance. Notre étude a permis d'établir que jusqu'à 520 700 personnes ayant une maladie mentale ne sont pas convenablement logées au Canada et que, parmi celles-ci, quelque 119 800 vivent dans la rue¹⁺. Nous n'avons répertorié que 25 367 logements spécialement réservés aux personnes ayant une maladie mentale au Canada. Or, dans son rapport annuel de 2008, le Vérificateur général de l'Ontario conclut que la seule province de l'Ontario a besoin de 23 000 logements avec services partiels¹⁹ pour les personnes ayant une maladie mentale, ce qui fait ressortir la nécessité d'investir dans ce domaine au Canada

« Autre niveau de soins » s'entend du niveau de soins qu'exigent les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés mais qui continuent de l'être jusqu'à ce qu'ils reçoivent des services plus appropriés (tel un logement avec services).

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce rapport ainsi que nom plusieurs de provinces et territoires attribuent une grande importance à la question de l'ANS.

En s'appuyant sur des statistiques ontariennes, l'Institut Wellesley fait une extrapolation à l'échelle nationale et conclut que quelque **3,4 millions de ménages** sont sur une liste d'attente pour obtenir un logement convenable au Canada¹⁴.

⁺ Ces chiffres ont été établis à partir des données figurant dans plusieurs rapports^{12,16,17,18}.



Les loyers ont augmenté chaque année
au Canada sans que le revenu des
ménages ne progresse au même rythme.

Le logement est inabordable

Au total, 14,3 % des Canadiens déclarent avoir une déficience et de nombreux Canadiens touchent des prestations d'aide sociale²¹. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, le Canada offre des niveaux d'aide très faibles. Le Canada vient au 27^e rang des 29 pays étudiés dépenses publiques engagées que le plan de l'aide aux personnes ayant des incapacités²². En ce qui a trait aux prestations et aux services offerts aux personnes ayant une incapacité, le Canada se classe en avant-dernière position pour le niveau de prestations offert et celles-ci sont assorties de restrictions parmi les plus élevées. Par conséquent, les personnes qui comptent sur des prestations d'invalidité pour répondre à leurs besoins se sont continuellement appauvries depuis le milieu des années 1990.

Il faut disposer d'un revenu stable suffisant pour pouvoir se loger convenablement. Bon nombre de personnes percevant des prestations d'invalidité veulent travailler et les données recueillies par l'OCDE montrent qu'elles pourraient le faire si les conditions favorables étaient réunies. Le chômage et le sous-emploi mènent à la pauvreté. La participation à titre de membre actif de la société est, en ce sens, un important moyen de lutter contre la pauvreté. La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes ayant une maladie mentale, combiné au fait que les employeurs présumant qu'elles ne sont pas en mesure de travailler, réduisent leurs chances d'obtenir et de conserver un emploi²³. De nombreux Canadiens ayant une maladie mentale déplorent également l'existence de conditions qui ont pour effet de les décourager d'obtenir un emploi. Ainsi, si ces personnes trouvent un emploi, elles risquent de perdre les prestations qui leur sont versées et de se trouver dans une situation plus précaire que celle dans laquelle elles se trouvent comme bénéficiaires d'aide sociale et, notamment, de perdre leur logement. En outre, les régimes d'aide au revenu fondé sur l'invalidité obligent les bénéficiaires à prouver leur incapacité de travailler pour être admissibles à cette aide, ce qui les dissuade vivement de faire état de leurs forces.

Il est difficile, voire impossible, aux personnes ayant une maladie mentale qui touchent des prestations d'aide sociale de trouver un logement abordable. De nombreux Canadiens consacrent la majeure partie de leur revenu au poste budgétaire du logement, certains d'entre eux y consacrant plus de 80 %²⁴. Ces personnes risquent donc à tout moment de se retrouver sans logement et d'être incapables de subvenir à leurs besoins essentiels, c'est-à-dire de ne plus pouvoir se nourrir, se loger ou acheter les médicaments dont elles ont besoin⁹. Une étude menée aux États-Unis a conclu que les personnes ayant une maladie mentale consacraient également **jusqu'à 80 %** de leur revenu à se loger et que la pauvreté constituait le plus grand problème pour elles²⁴.

Les programmes canadiens d'aide au revenu s'adressant aux personnes avec déficience assurent à leurs bénéficiaires un revenu en deçà du seuil de pauvreté, ne suivent pas le rythme de l'inflation et ont un effet dissuasif sur la recherche d'emploi. Par conséquent, peu de personnes ayant d'importants problèmes de santé mentale ont accès à un logement abordable²⁵.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est composée de pays qui travaillent ensemble sur les dossiers économiques et sociaux. À l'heure actuelle, l'organisme s'emploie à établir une politique relative aux personnes handicapées qui se veut inclusive et qui tient compte des nombreuses forces de ces personnes.

« Le fait de travailler change véritablement une vie..., mais une personne qui travaille à temps plein a un revenu inférieur à celui d'une personne qui touche des prestations d'invalidité et qui travaille à temps partiel. »
– participant à un webinaire

Les conditions de vie sont mauvaises

De mauvaises conditions de vie sont nocives pour la santé. Les options en matière de logement pour les personnes ayant une maladie mentale sont limitées tant parce que l'éventail de ces options est réduit que parce que ces options sont souvent loin d'être optimales sur les plans de la sécurité et de l'accessibilité. Nous avons constaté que les gens vivent dans des logements nocifs pour eux en raison du délabrement des immeubles, du manque d'espace, de l'humidité, d'infestations de parasites et d'autres facteurs. Cette situation, dénoncée par des participants au projet, a été principalement attribuée à la diminution des options en matière de logement ainsi qu'à l'absence de logements abordables.

L'élaboration du processus adopté pour l'étude a confirmé le vieillissement et la détérioration du parc de logements dans de nombreuses provinces. Nombre de fournisseurs de logements qui sont des chefs de file en matière de logements et de services connexes ont affirmé qu'ils avaient toujours beaucoup de mal à trouver les fonds nécessaires à l'entretien et à la réparation des logements. Le processus a montré que s'il existe toujours des possibilités pour le financement de l'amélioration du parc de logements, il est de plus en plus difficile d'obtenir des fonds au titre de l'aide au logement, des loyers subventionnés et des coûts d'exploitation. Au cours d'entretiens de personne à personne tenus avec eux, les pourvoyeurs de logements et de services connexes ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard de la détérioration du parc de logements.

Le problème sur lequel nous insistons est encore plus marqué dans la population autochtone. Nous avons constaté que tant les Autochtones vivant dans les réserves que les Autochtones vivant hors des réserves pouvaient vivre dans des conditions déplorable. Les besoins en logement des Autochtones vivant dans les réserves sont deux fois plus élevés que ceux de la population non autochtone au Canada²⁶. Parmi les autres problèmes pressants, citons les problèmes d'infrastructure (par ex. eau potable et eaux usées) et le surpeuplement. Ces problèmes sont connus depuis très longtemps mais les progrès sont très lents à se réaliser, ce qui a pour conséquence que des communautés entières vivent depuis des décennies dans des conditions difficiles.

En négligeant de remédier à la détérioration du parc de logements existant, nous acceptons que des personnes vivent dans des conditions dangereuses et non sanitaires, ce qui compromet tant leur santé que leur qualité de vie et crée un autre obstacle à leur rétablissement.

Les gens n'obtiennent pas l'aide dont ils ont besoin

Les personnes ayant une maladie mentale sont en mesure de s'épanouir dans la collectivité et de progresser vers le rétablissement. Il est vrai qu'il faut accroître l'offre en logements, mais sans les services connexes dont elles ont besoin, ces personnes ne pourront pas se rétablir. Partout au Canada, nous avons observé que des personnes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin, ce qui les empêche même parfois de satisfaire à leurs besoins essentiels. De nombreuses personnes ayant une maladie mentale qui ont répondu au sondage nous ont dit qu'elles avaient fait face ou faisaient face actuellement au défi consistant à trouver un endroit où vivre qui leur offrirait également les services connexes dont elles avaient besoin pour demeurer dans la collectivité. Cette préoccupation était même plus vive chez les familles des personnes ayant une maladie mentale; près de la moitié d'entre elles ont en effet indiqué que leur proche ayant une maladie mentale avait fait face à ce problème.

Les participants aux webinaires régionaux ayant une maladie mentale ont fait valoir que l'amenuisement des options en matière de logement et la détérioration du parc de logements créent des situations où les gens vivent dans de véritables taudis, notamment lorsque les services sociaux paient directement les propriétaires de logements sans d'abord s'assurer que ces logements répondent à des normes minimales.

Dans son rapport de 2007 présenté au Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial sur le droit au logement convenable a déclaré que « le déni du droit à un logement convenable des groupes marginalisés et défavorisés au Canada constituait clairement une violation des droits fondamentaux garantis dans la Charte canadienne des droits et libertés »⁹.

Les Canadiens ayant une maladie mentale ont également dit qu'ils avaient beaucoup de mal à s'y retrouver dans le système de santé mentale et les services domiciliaires. Ils jugent ne pas pouvoir avoir accès aux services dont ils ont besoin pour de nombreuses raisons, dont les suivantes :

- Les services ne sont pas transférables; une personne qui déménage est susceptible de perdre les services dont elle jouit.
- Il existe des restrictions visant l'accessibilité aux services (p. ex. l'exclusion en raison de problèmes de santé physique ou les démêlés avec la justice).
- L'éloignement et l'emplacement complique l'accès aux services.
- La charge de travail des cliniciens est trop lourde.

« Les maladies mentales ont des conséquences différentes pour chacun de nous. »
– participant à un webinaire

On nous a également fait part de problèmes importants auxquels sont confrontés les Autochtones canadiens, dont le racisme, le manque de compréhension des différences culturelles et le manque de confiance. Ces problèmes empêchent les Autochtones d'avoir accès aux services dont ils ont besoin. Ces problèmes sont aggravés en raison de l'absence de programmes adaptés à la culture autochtone et d'un milieu favorisant la sécurité culturelle.

Il se peut que des périodes de détresse intermittentes soient normales chez les personnes atteintes de maladie mentale ou que ces périodes soient provoquées par l'environnement dans lequel elles vivent. Un certain nombre d'études confirment l'importance et l'incidence d'un logement convenable et de services connexes lors de ces crises. En l'absence des services nécessaires, il est possible que les personnes ayant une maladie mentale soient davantage hospitalisées, aient davantage recours aux services d'urgence et soient même plus souvent incarcérées, ce qui peut les amener à perdre les prestations d'invalidité qui leur sont versées, à être expulsées de leur logement et à devenir itinérantes⁶.

Les conclusions de l'étude sur la santé et le logement de transition¹¹ ont fait ressortir les conséquences du manque de logement assorti des services connexes nécessaires. Les participants à cette étude, des personnes itinérantes ou des occupants de logements en situation précaire, manifestaient toute une gamme de problèmes de santé :

- Plus de la moitié (52 %) des participants ont dit avoir déjà reçu un diagnostic de problème de santé mentale, le plus souvent un diagnostic de dépression (31 %), d'anxiété (14 %), de trouble bipolaire (13 %), de schizophrénie (6 %) et de trouble de stress post-traumatique (5 %).
- Près des deux tiers (61 %) ont subi un traumatisme crânien au cours de leur vie.
- Un participant sur trois a déclaré manquer de nourriture. La difficulté à se procurer des aliments nutritifs de qualité a été mentionnée fréquemment. Parmi ces participants, 36 % devaient suivre un régime particulier, mais seulement deux sur cinq (38 %) pouvaient le faire.
- Environ un participant sur cinq (23 %) a dit avoir des besoins de santé mentale non satisfaits. Une proportion semblable de participants (19 %) ont dit ne pas savoir où s'adresser pour obtenir ces soins.
- Plus de la moitié des participants (55 %) avaient visité le service d'urgence au moins une fois au cours de la dernière année.
- Le quart des participants avaient été hospitalisés au moins une nuit au cours de la dernière année (exception faite des nuits passées au service d'urgence).

« C'est un cercle vicieux. Chaque fois qu'une personne se sent mieux, elle est privée de l'aide qui lui était accordée et cela la fait reculer ».
– participant à un webinaire

Manque de coordination des services domiciliaires et de santé mentale

Il existe un manque de coordination et d'intégration entre les services domiciliaires et les services connexes, ce qui explique les lacunes existant dans les services offerts aux personnes ayant une maladie mentale et la persistance de conditions de vie non optimales pour ces personnes. Il faut aussi attribuer le mal qu'ont les personnes ayant une maladie mentale à se loger à un problème d'intégration entre les divers paliers de gouvernement, à l'intérieur des ministères et des services, entre les fournisseurs de logement et les pourvoyeurs de services de santé mentale, entre les pourvoyeurs de services et les propriétaires d'habitations.

Notre étude a conclu que la coordination des actions des principaux intervenants, y compris les bailleurs de fonds, les décideurs et les pourvoyeurs de logements et de services connexes, constituait un défi d'importance critique dans le cadre de la mise sur pied de services domiciliaires et de services connexes destiné aux personnes ayant une maladie mentale qui soit efficient et efficace.

Plusieurs conséquences de ce manque de collaboration sont ressorties des discussions avec les membres et les participants des groupes de référence provinciaux et territoriaux :

- L'instabilité en matière de leadership (p. ex. remaniements ministériels et changements dans les services et les ministères, changement dans les orientations municipales) crée de la confusion à l'échelon de la prestation des services.
- Le manque de mécanismes de coordination pour la prestation des services sociaux et de santé constitue un obstacle à la mise en place d'un système domiciliaire et de services connexes.

Le besoin d'intégration et de collaboration ne se manifeste pas seulement dans le secteur gouvernemental. Les fournisseurs de logements, les pourvoyeurs de services de santé mentale et les représentants hospitaliers participant aux sondages ont tous convenu du caractère prioritaire de l'intégration des services domiciliaires et de santé mentale. Sans cette intégration, les personnes ayant une maladie mentale auront encore moins d'options en matière de logement et auront encore plus de mal à vivre de façon autonome.

Nous avons également recueilli le point de vue sur le sujet de personnes ayant une maladie mentale elles-mêmes. L'absence d'intégration entre les programmes et les services expose encore davantage ces personnes au risque de perdre leur logement. Si elles sont hospitalisées ou si elles obtiennent un emploi, elles sont susceptibles de perdre leurs prestations d'invalidité. Si elles doivent ensuite sortir de l'hôpital ou perdre leur emploi, elles peuvent devoir attendre longtemps avant de recommencer à les toucher. Dans pareille situation, elles peuvent connaître des difficultés financières et se retrouver à la rue. Un manque de collaboration entre les programmes et les services peut les pousser à la rue.

À l'heure actuelle, la planification relative aux services domiciliaires et aux services connexes est insuffisante comparativement à la planification dans d'autres domaines de la santé. Dans ces domaines, la planification vise à faire en sorte que la population reçoive les soins nécessaires dans des délais acceptables. Ainsi, les temps d'attente pour des interventions chirurgicales et pour divers traitements thérapeutiques font l'objet d'une surveillance continue et des efforts sont déployés pour raccourcir ces temps d'attente. Malgré les conséquences nocives directes pour la santé d'un logement inadéquat et de l'itinérance, il n'existe pas de mécanisme de surveillance et de suivi semblable. L'absence de stratégies en matière de logement, l'importance de la demande en logements et de services de première ligne et l'insuffisance des ressources favorisent l'adoption d'une planification se contentant de réagir aux problèmes au lieu de les prévenir. Il faut également régler de façon urgente le problème systémique causé par l'absence de données complètes et fiables permettant d'évaluer avec exactitude les besoins en matière de services domiciliaires et de services connexes des personnes ayant une maladie mentale.

La tâche consistant à répondre aux besoins domiciliaires des personnes ayant une maladie mentale est complexe et touche plusieurs secteurs. Elle procède de la planification stratégique et de la surveillance continue. Elle exige avant tout de reconnaître le fait que le logement est un enjeu de santé.

« J'ai attendu longtemps l'aide dont j'avais besoin parce que le service de psychiatrie disait que je devais d'abord cesser de consommer de la drogue et les programmes de lutte contre la toxicomanie disaient plutôt que je devais d'abord régler mon problème de santé mentale. Après une tentative de suicide, on m'a dirigé vers le service de psychiatrie pour des problèmes concomitants. Je me suis mis à chercher de l'aide en 1993 et ce n'est qu'en 2005 que j'en ai finalement obtenue. »
– participant à un webinaire

Nous gaspillons de l'argent et des vies

La question de la mauvaise répartition des fonds et des ressources a été abordée d'innombrables fois au cours d'entrevues avec des personnes-ressources, de discussions au sein des groupes de référence nationaux et des analyses documentaires. Ce phénomène entraîne, d'une part, un important gaspillage de fonds et, d'autre part, le gaspillage de vies humaines.

Conséquences financières de la mauvaise répartition des fonds et des ressources

La majorité des fonds attribués à la santé mentale est dépensée dans les hôpitaux et sert à financer des traitements proprement dits. Bien que de nombreux rapports réclament un financement de services en santé mentale axés sur le patient, le financement est toujours axé sur les pourvoyeurs de services, ce qui prive les personnes ayant une maladie mentale de tout droit de regard sur l'aide qu'elles reçoivent et les oblige à s'en remettre à d'autres personnes à cet égard²⁷. Il importe de comprendre qu'un investissement raisonnable dans les services en santé mentale offerts en milieu hospitalier a été jugé nécessaire dans la plupart des pays industrialisés, et bien que notre investissement actuel représente un important pourcentage des budgets réservés à la santé mentale, il est négligeable en ce qui concerne les maladies non traitées ou délaissées. Il est cependant également vrai qu'une partie des dépenses hospitalières en santé mentale vise à venir en aide à des personnes qui vivent dans la collectivité, mais le fait demeure que les hôpitaux eux-mêmes font état de l'utilisation inutile de lits, ce qui signifie que les personnes occupant ces lits pourraient réintégrer la communauté si l'on disposait des ressources nécessaires pour les accueillir. C'est cette mauvaise utilisation des services hospitaliers qui soulève la question plus fondamentale de l'utilisation générale des fonds dans le domaine de la santé mentale.

Le véritable problème à se poser n'est pas seulement lié au choix du lieu où les services sont offerts, à l'hôpital ou dans la communauté. Il est lié au fait que c'est le traitement de la maladie, le cas échéant, qui retient toute l'attention. Il faut évidemment traiter la maladie, et à cet égard, le Canada occupe une place respectable dans les classements internationaux. Or, là où le Canada s'en tire moins bien que d'autres pays, c'est, comme l'ont observé de nombreuses personnes ayant une maladie mentale, quand il s'agit d'aider les personnes ayant une maladie mentale en leur fournissant un logement, en leur trouvant un emploi et en les considérant comme des amis. Les recherches montrent pourtant que la personnalisation des soins est la clé du rétablissement, le logement étant lié de très près au rétablissement. C'est en répondant aux besoins domiciliaires des personnes ayant une maladie mentale que nous pourrions également régler le problème de l'utilisation inutile des lits d'hôpitaux en cessant de laisser les personnes ayant une maladie mentale occuper des lits dont elles n'ont pas besoin au détriment des personnes qui devraient les occuper à leur place.

Il est inefficace de négliger l'importance du logement assorti de services dans le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. En Ontario, 43 % des patients ANS de longue durée des services psychiatriques (séjours d'au moins 90 jours) sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé⁵. Au cours du séjour hospitalier, les cliniciens ont peut-être cherché à traiter les symptômes de la maladie mentale, mais ils ne peuvent pas offrir aux patients les mécanismes de soutien nécessaires pour les aider à vivre dans la collectivité. Au lieu de cela, nous assumons le coût de la prestation de soins hospitaliers coûteux à des personnes qui en n'ont pas vraiment besoin. Aux fonds réservés aux soins de santé qui sont dépensés s'ajoutent les 2,1 milliards de dollars que le secteur privé verse en prestations d'invalidité, en médicaments et en programmes d'aide aux employés qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Le rythme de croissance des réclamations pour invalidité supplante maintenant celui des réclamations pour maladie cardiovasculaire au Canada³¹.

Bon nombre de patients ANS qui obtiennent leur congé de l'hôpital finissent par y retourner moins d'un mois plus tard.

Le modèle *Priorité au logement*, dans le cadre duquel le logement est considéré comme la première étape du rétablissement, a fait ses preuves et permet de réduire le nombre d'hospitalisations, de visites à l'urgence et le recours aux refuges à l'issue de la perte d'un logement^{3, 29, 30}.

Le fait de ne pas fournir aux personnes ayant une maladie mentale le soutien dont elles ont besoin de la façon la plus économique entraîne un gaspillage de ressources beaucoup plus coûteuses :

- Un lit dans un service psychiatrique hospitalier coûte entre 330 et 681 \$ par jour.
- Un lit dans un service hospitalier de soins actifs coûte entre 720 et 1 115 \$ par jour.
- Le transport par ambulance coûte entre 690 et 785 \$ à chaque fois.
- Une visite au service d'urgence coûte entre 212 et 820 \$.
- L'incarcération d'une personne coûte entre 143 et 457 \$ par jour.

Les personnes ayant une maladie mentale sont à la merci du système de santé, en partie à cause du manque de logements assortis de services appropriés. Ne pouvant pas compter sur un logement adéquat, ces personnes font continuellement la navette entre le système de santé et le système de justice et se retrouvent à tour de rôle dans les salles d'urgence, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux généraux, les refuges d'urgence, les refuges pour victimes de violence conjugale, les foyers d'accueil, les centres de désintoxication et les établissements carcéraux.

Les refuges d'urgence et les refuges permanents coûtent dix fois plus que des logements assortis de services. Nous gaspillons de façon éhontée nos maigres ressources.

Coût humain de la mauvaise répartition des fonds et des ressources

Comme nous l'avons indiqué, la santé mentale et la santé physique d'une personne sont tributaires de sa situation sur le plan logement³¹. Les personnes mal logées ou itinérantes vivent dans la pauvreté. Or, par rapport au cinquième des Canadiens appartenant à la catégorie des gens aux revenus les plus élevés, les gens qui vivent dans la pauvreté au pays sont plus susceptibles d'avoir des ulcères (dans une proportion de 95 %), des maladies chroniques (dans une proportion de 63 %) et des problèmes circulatoires (dans une proportion de 33 %)³². On constate aussi chez les personnes mal logées ou itinérantes une plus grande prévalence des maladies chroniques, dont l'arthrite (33 %), l'hépatite B (30 %), l'asthme (23 %), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (18 %), le diabète (8 %) et les maladies cardiaques (8 %)¹¹. Nos recherches indiquent aussi que 28 % de ces personnes éprouvent de la difficulté à marcher, ont subi une amputation ou éprouvent d'autres problèmes de mobilité et que 38 % d'entre elles ont été physiquement maltraitées au cours de la dernière année.

Parmi les personnes itinérantes, les divers types de risques sont encore plus élevés³⁴. Une étude menée sur une période de quatre ans pour établir la situation de 9 000 personnes itinérantes vivant à Toronto a révélé que l'espérance de vie moyenne chez ces personnes était de 46 ans. Le taux de mortalité chez les hommes itinérants de 18 à 24 ans est huit fois plus élevé que chez les personnes occupant un logement³³. De plus, par rapport à la population générale, les hommes et les femmes itinérants ou logés dans des conditions précaires sont respectivement **deux fois et six fois** plus susceptibles de se suicider¹¹.

En ne nous attaquant pas aux problèmes domiciliaires des personnes ayant une maladie mentale, nous exacerbons leurs problèmes de santé mentale et acceptons que leur santé physique se détériore et que leur vie soit écourtée – **nous ne prenons pas les moyens nécessaires pour sauver des vies.**

En 2002, dans une étude portant sur la crise de l'itinérance au Canada, on lisait que « la faible espérance de vie des personnes itinérantes illustre de façon marquant la gravité du problème »³³.

Il existe une corrélation entre la qualité du logement et la santé perçue : plus le logement est adéquat, plus l'état de santé est bon³⁵.

DES EFFORTS SONT CONSENTIS POUR FAIRE BOUGER LES CHOSES



Les données recueillies jusqu'ici permettent de brosser un tableau inquiétant des conditions de vie de nombreux Canadiens ayant une maladie mentale. Il s'agit malheureusement d'un tableau juste dans le cas de trop de personnes. Il est cependant permis d'espérer, et même de prévoir une amélioration de la situation des personnes qui sont mal logées à l'heure actuelle. Dans tout le Canada, des efforts sont consentis pour faire bouger les choses. Nous savons que certaines personnes œuvrent à forger des partenariats, à améliorer les conditions domiciliaires par l'entremise d'une planification intelligente, à améliorer l'intégration communautaire et à faciliter l'accès au logement dans les milieux ruraux tout en tenant compte des besoins particuliers de sous-populations, en relevant le défi que pose la répartition des lits et en reconnaissant l'importance du soutien des pairs. Au cours de nos visites sur le terrain dans l'ensemble du Canada et au cours de l'élaboration du processus d'examen, nous avons cerné de nombreuses innovations dont nous pouvons nous inspirer. Les exemples qui suivent donnent une idée des pratiques créatives et novatrices dont nous avons constaté la mise en œuvre. Ils montrent que la solution au problème du logement est à portée de main.

La Portland Hotel Society à Vancouver, en Colombie-Britannique

La Portland Hotel Society a créé un modèle communautaire pour les populations fortement marginalisées, soit des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance qui vivent dans la pauvreté. Un certain nombre d'hôtels reconvertis en maisons de chambres offrent du logement à cette population. On encourage des entreprises à s'installer dans les environs en leur offrant des locaux gratuitement ou à faible coût dans ces immeubles.

Une galerie d'art expose les œuvres des artistes appartenant à cette communauté.

Un café fournit aux résidents de la formation et des possibilités d'emploi.

Le programme met l'accent sur l'atténuation des méfaits et exploite son propre site d'injection supervisé.

Un centre de désintoxication financé par la Régie de santé de la région côtière de Vancouver offre ses services aux résidents.

Les résidents peuvent déposer directement à la banque sur place leur chèque d'invalidité ou d'aide sociale.

Cette initiative favorise l'intégration communautaire et la création d'emplois pour les résidents et donne à la communauté la possibilité de s'intégrer à la société.

L'ACSM à Nanaimo, en Colombie-Britannique

Après la fermeture d'un établissement psychiatrique situé dans la communauté, de nombreuses personnes ayant un problème de santé mentale et de dépendance ont failli connaître l'itinérance ou se retrouver dans un logement inacceptable à Nanaimo. Dans le cadre d'un partenariat conclu entre l'ACSM et la Régie de santé de l'Île de Vancouver, il a été possible de réintégrer ces personnes dans la collectivité en exploitant la seule option domiciliaire de longue durée assortie de conditions peu élevées à Nanaimo. Ces personnes ont été logées dans un ancien hôtel comptant 19 chambres individuelles.

Le ministère du Logement et de l'Aide sociale offre sur place des services d'aide au revenu.

La régie de santé de l'Île de Vancouver offre sur place des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Des agents de liaison de l'ACSM offrent aussi des services sur les lieux.

Une équipe de traitement communautaire dynamique offre à ses clients des services psychosociaux intégrés.

Ce programme assure une coordination des services qui sont facilement accessibles dans la collectivité. L'établissement de partenariats efficaces et la prestation de services sur les lieux à un groupe de personnes marginalisées ayant des besoins élevés permettent d'améliorer la qualité de vie de ces personnes et favorisent leur rétablissement.

St. Helen's à Vancouver, en Colombie-Britannique

St. Helen's est un modèle domiciliaire de style maison de chambres exploité par la Coast Mental Health à Vancouver. Cette maison compte 86 chambres et offre un programme d'atténuation des méfaits dont les conditions d'accès sont peu élevées et qui est fondé sur les points forts des participants. Le modèle permet de loger avec succès des personnes extrêmement marginalisées.

Un étage est réservé pour répondre aux besoins en logement temporaire des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale ou de dépendance qui attendent d'obtenir des services du Burnaby Mental Health and Addictions Centre. Dans le cadre d'un partenariat avec le Centre, un logement est fourni aux personnes qui attendent d'être traitées. Des services cliniques leur sont offerts, ce qui peut prévenir leur hospitalisation. D'autres fois, les clients sont envoyés à l'hôpital lorsqu'un lit se libère.

Un autre étage à St. Helen's est réservé pour les clients de l'équipe de transition dans la collectivité de l'Hôpital St. Paul's. Les clients reçoivent leur congé de l'hôpital et sont logés pendant trois mois à St. Helen's où ils reçoivent du soutien clinique de transition. On aide ensuite les clients à trouver un logement permanent. Ce modèle permet un roulement des lits et aide les clients à vivre de façon autonome dans la collectivité.

St. Helen's aide à prévenir l'itinérance parmi les personnes qui attendent d'être hospitalisées ainsi que parmi les personnes qui n'ont plus besoin de l'être; il s'agit d'un programme novateur visant à répondre aux besoins des patients ANS.

Potential Place à Calgary, en Alberta

La Potential Place Society est un modèle de pavillon axé sur les points forts des locataires qui comporte des logements répartis dans deux immeubles. Des pairs vivent dans des logements adjacents, ce qui contribue à créer un milieu propice au rétablissement. Le sens d'appartenance à une communauté est renforcé du fait que tous les membres de Potential Place sont des propriétaires et les occupants des appartements en sont les gestionnaires immobiliers. Les membres de la société sont responsables de l'entretien général de l'immeuble et du terrain.

Les locataires sont membres de deux associations communautaires locales; cela permet de contrer le syndrome « d'accord, mais pas dans ma cour ».

L'existence de partenariats avec la Police de Calgary et les Services de santé de l'Alberta permet d'empêcher que les conflits ne s'enveniment.

Alberta Works et l'ACSM ont rénové les deux immeubles et les membres du projet s'occupent de l'entretien de l'immeuble.

Calgary Housing appuie le projet en offrant une aide au loyer au cas par cas.

L'accent est mis sur l'autonomie, le soutien des pairs jouant un rôle central. Les occupants du pavillon ont aussi accès à des services de soutien,

La Potential Place Society se fixe comme objectif de favoriser la réadaptation des personnes ayant une maladie mentale en créant un milieu qui est propice à leur rétablissement. Les personnes qui ont été marginalisées parce qu'elles sont atteintes d'une maladie mentale s'aident les unes les autres à recouvrer leur estime de soi, à reprendre confiance en elles-mêmes et à acquérir les compétences nécessaires pour mener une vie productive et satisfaisante.

La Division de la coordination des initiatives interministérielles, au Manitoba

Le Bureau de la Division de la coordination des initiatives interministérielles (DCII) a été créé en 2007 pour coordonner les activités de divers ministères (y compris les ministères du Logement et du Développement communautaire, des Services à la famille, de la Consommation et de la Santé et de la Vie saine) dans le but de fournir du logement et des services aux aînés, aux personnes itinérantes et aux personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale. Le bureau travaille avec les régies de santé régionales et les collectivités en vue d'améliorer la coordination des politiques, d'intégrer la prestation de services, d'améliorer la collaboration et de coordonner les stratégies. Voici les facteurs ayant facilité la création de la DCII :

Intensification de l'activisme et de la pression publique dans diverses tribunes publiques

Existence d'un consensus parmi les intervenants gouvernementaux, les pourvoyeurs de soins de santé, les pourvoyeurs de logements et les autres organismes communautaires sur la nécessité d'une collaboration efficace pour répondre aux besoins en matière de logement et pour lutter contre l'itinérance.

Engagement solide au niveau ministériel en faveur du logement et de la lutte contre l'itinérance. Le ministre chargé du logement de l'époque avait pris trois engagements : répertorier les meilleures pratiques en matière de logement (p. ex. *Priorité au logement*); s'assurer que personne n'obtienne son congé de l'hôpital pour se retrouver dans la rue; et proposer une stratégie à long terme en matière de logement et de lutte contre l'itinérance.

Au Manitoba, l'Allocation-logement transférable a été créée par l'entremise de la DCII en amenant les ministères provinciaux à mettre en commun leurs ressources pour offrir de l'aide au logement. L'allocation-logement transférable est administrée par des organismes communautaires, ce qui permet de s'assurer que les personnes qui vivent de façon autonome se voient offrir les services de soutien dont elles ont besoin.

La DCII assure la liaison avec les ministères gouvernementaux provinciaux, les régies de santé régionales, les régies domiciliaires, les organismes communautaires et les initiatives de recherche.

La DCII a joué un rôle important dans la mise en œuvre d'initiatives bien planifiées et dans le règlement rapide des problèmes qui découlent de lacunes en matière de coordination.

NAVNET à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador

NAVNET est un programme de collaboration novateur auquel participent sept ministères et deux organismes communautaires et dont le but est d'améliorer les interventions visant à aider les personnes ayant des besoins multiples et complexes qui vivent à St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador. NAVNET comporte un vaste éventail d'activités visant à coordonner les démarches en vue de répondre aux besoins complexes de certaines personnes.

Voici certaines des activités mises en oeuvre dans le cadre de ce programme:

Élaborer un protocole de partage de l'information qui cadre avec la législation en matière de protection de la vie privée dans le but de faciliter cette activité.

Entreprendre une analyse pour établir ce qu'il en coûterait pour fournir du soutien aux clients qui reçoivent de multiples services gouvernementaux et communautaires.

Mettre en oeuvre un projet d'identification des clients permettant à NAVNET de chiffrer le nombre de personnes à St. John's qui répondent à la définition de « besoins complexes ».

Étudier des façons de faciliter le développement d'un réseau de logement qui permettra de combler les lacunes du réseau actuel et de répondre aux besoins des clients de NAVNET.

NAVNET cherche à améliorer la collaboration entre les ministères, ce qui est susceptible d'entraîner une amélioration des services sur le terrain grâce à une approche descendante.

Projet Chez Soi

Le projet Chez Soi est un projet de recherche et de démonstration pluriannuel financé par la Commission de la santé mentale du Canada. Tirant profit de données recueillies en vertu du modèle accordant la priorité au logement (Housing First), ce projet vise à trouver des moyens d'aider les personnes itinérantes qui ont des problèmes de santé mentale. Il permettra de produire des données probantes et de l'information qui pourront servir de fondement à l'élaboration de politiques et de programmes visant à mettre fin à l'itinérance au Canada.

Le projet Chez Soi a été mis en oeuvre dans cinq villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton). Outre ses objectifs généraux, le projet vise des fins précises dans chaque ville :

Moncton
Établir l'éventail de services convenant aux petites collectivités et aux collectivités rurales.

Montréal
Étudier la gamme des options en matière de logement et proposer un volet de formation professionnelle unique en son genre.

Toronto
Proposer des services reflétant la diversité ethnoculturelle de la population, et notamment des immigrants allophones.

Winnipeg
Répondre aux besoins de la population autochtone.

Vancouver
Créer un centre où aider aussi des personnes qui ont des problèmes concomitants de toxicomanie.

Au total, 2 285 participants seront répartis aléatoirement en deux groupes. Un groupe de participants sera logé et recevra des services connexes et l'autre groupe recevra les services communément offerts dans leur ville. Un suivi sera assuré auprès des deux groupes sur une période de deux ans dans le but de comparer les résultats obtenus en ce qui touche notamment la stabilité du logement, la santé, la toxicomanie, le fonctionnement au sein de la collectivité, la qualité de vie et le recours aux services.

Projet de logement de transition favorisant la réadaptation, Ottawa et Toronto, Ontario

Le Projet de logement de transition favorisant la réadaptation, mis en œuvre au départ à Ottawa et à Toronto, offre un logement de transition et des services de réadaptation aux personnes ayant une maladie mentale qui ont des démêlés avec la justice. Cette population a du mal pour diverses raisons à trouver et à conserver un logement.

À Ottawa, le projet comporte deux volets destinés aux personnes qui obtiennent leur congé du service de psychiatrie légale du Groupe de soins de santé du Royal Ottawa : une maison de transition de quatre chambres (« Grove ») et six appartements satellites. Dans ces deux volets, des services de gestion de cas et d'aide au logement sont offerts.

Un appartement d'enseignement où les participants sont évalués et où ils peuvent préparer leur départ de la maison « Grove » et leur emménagement dans leur propre appartement.

Soutien assuré par des employés travaillant sur place : soutien quotidien, dynamique de la vie, promotion du mieux-être, apprentissage à la vie autonome et apprentissage de la vie en société.

Un ensemble de partenaires et de ressources œuvrant ensemble à permettre le recours à un ensemble de stratégies visant à aider les résidents (p. ex., brefs séjours à l'hôpital).

Les locataires des appartements satellites continuent d'avoir accès à des services de réadaptation sur place à la maison « Grove » de façon continue ou pendant la période de transition.

À Toronto, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et l'ACSM (Toronto) travaillent ensemble dans le cadre d'un partenariat. Les clients obtenant leur congé du programme de la santé mentale et du droit du CAMH s'installent dans un immeuble d'habitation appartenant au Centre et géré par lui et y reçoivent des services de gestion de cas et d'aide au logement qui sont offerts par le personnel du projet. Le parc domiciliaire comprend des appartements d'une chambre et de deux chambres à coucher.

Aucune limite n'est fixée en ce qui touche la durée de la participation au programme (bien qu'elle soit en moyenne de 18 à 22 mois).

Des services de soutien et d'apprentissage sont offerts par des employés travaillant sur place : droits en matière de logement; orientation portant sur les services communautaires; médication; santé mentale; rétablissement.

Une transition progressive est prévue dans le cadre du programme – de l'hôpital à un immeuble d'habitation faisant partie du Projet de logement de transition favorisant la réadaptation, et ensuite à la vie dans la collectivité.

Création d'un poste de pair-aidant dont le titulaire offre des services individuels aux clients. Le pair-aidant est un ancien client du programme.

Tous les organismes participant aux programmes offrant des logements de transition favorisant la réadaptation conviennent que malgré que ces programmes soient relativement nouveaux, ils ont eu une grande incidence sur les taux de personnes obtenant leur congé de l'hôpital et sur le roulement des lits.

Ce que nous montre l'innovation

Les modèles novateurs ci-dessus ne représentent qu'un petit échantillon des nombreuses initiatives visant à améliorer les réseaux de logement et de services destinés aux personnes ayant une maladie mentale. Ces pratiques novatrices fournissent des services qui sont très en demande et proposent des moyens créateurs de surmonter les problèmes qui se posent sur les plans partenariats, planification et coordination. Ils démontrent que le logement et les services connexes ont une grande influence sur la santé physique et mentale et que les gens peuvent changer leur mode de vie si on leur donne les outils voulus pour le faire.

Nous économisons en investissant de façon intelligente

Les personnes qui ont besoin d'aide utiliseront les services mis à leur disposition. Trop souvent, ces services se résument à une salle d'urgence, à un refuge ou à un logement qui ne répond à aucun de leurs besoins, qui n'est pas sûr, est trop coûteux et n'est pas assorti des services nécessaires. On peut donner en exemple le cas de « Million-Dollar Murray », une personne itinérante ayant de graves problèmes de santé mentale et de dépendance vivant à Reno, au Nevada³⁶. L'histoire de cet homme a fait les manchettes quand Malcolm Gladwell a publié un article détaillé à son sujet dans la revue *New Yorker*. Parce que le bon type de services n'a pas été offert à Murray, cela a coûté au système de santé 100 000 \$ par année pendant dix ans.

Les abondantes connaissances que nous avons acquises nous apprennent que l'on peut favoriser le rétablissement d'une personne ayant une maladie mentale en lui fournissant un logement et des services connexes convenables, ce qui, à son tour, réduit le recours aux solutions de rechange coûteuses comme l'hospitalisation, les visites aux services d'urgence et le recours aux ambulances, aux refuges et aux établissements carcéraux. Nous avons trouvé confirmation de ce fait dans de nombreuses études ainsi que dans les entrevues que nous avons menées auprès de personnes-ressources clés et des membres des groupes de référence. Un programme mis en œuvre à Toronto, *Streets to Homes*, a constaté une diminution de 40 % dans le recours par des personnes ayant une maladie mentale aux services d'urgence une fois que ces personnes ont obtenu un logement². Une étude menée à Denver fait état chez des personnes ayant une maladie mentale d'une réduction de 76 % dans le nombre total de jours passés en prison à l'issue de leur participation à un programme comme *Priorité au logement*⁶. Voilà deux études seulement parmi de nombreuses études indiquant chez les personnes ayant une maladie mentale dont les besoins en logement ont été satisfaits une diminution des séjours à l'hôpital, de la durée des périodes d'incarcération, des visites aux services d'urgence et le recours aux refuges.

Un logement avec services coûte **dix fois moins** qu'un refuge dans un établissement ou qu'un refuge d'urgence¹².

Les chiffres sont éloquentes. L'hospitalisation des personnes ayant une maladie mentale coûte cher. Les visites de ces personnes aux services d'urgence coûtent cher. Les lits ANS coûtent cher. L'incarcération coûte cher. Or, les logements avec services coûtent beaucoup moins cher que toutes ces solutions. Nous pouvons faire des économies en utilisant les ressources de façon plus efficace. Les investissements dans le domaine du logement avec services sont rentables et améliorent la qualité de vie des personnes ayant une maladie mentale.

« Lorsque je me suis finalement installé dans mon appartement, cela m'a beaucoup aidé à me rétablir ».

QUE DOIT-ON FAIRE?



Les personnes ayant une maladie mentale et leurs familles se sont fait entendre clairement dans le cadre de cette étude et leurs préoccupations sont confirmées par d'autres groupes d'intervenants. Voici nos conclusions quant aux résultats optimaux en ce qui touche le logement et les services connexes axés sur le rétablissement pour les personnes ayant une maladie mentale:

Logement abordable

Logement de qualité

Du logement et des services de soutien connexes efficaces

Du logement et des services de soutien connexes répondant aux besoins

Il ressort de la synthèse des conclusions de l'étude que ces résultats sont tributaires des facteurs ciblés et hautement spécifiques suivants:

- Investissement; planification; partenariat; coordination,
- Prise en compte dans une stratégie domiciliaire avec services pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale des circonstances locales, des besoins individuels et des besoins de populations particulières,
- Prestation des services dont ont besoin les personnes ayant une maladie mentale,
- Élaboration de normes de services relatives au logement et aux services connexes.

Nous avons besoin d'un parc domiciliaire abordable

Le meilleur point de départ en vue de l'adoption de mesures concrètes au Canada est sans doute le rapport sénatorial intitulé *De l'ombre à la lumière*¹². Ce rapport insiste sur l'importance du logement et propose un plan décennal en vue de la création d'au moins 56 500 unités de logement par la construction de nouveaux logements ou la mise en place d'une allocation au logement. Si l'on ajoute à cela les populations qui ne sont pas prises en compte dans la recommandation du rapport sénatorial (p. ex. l'itinérance dissimulée et les parents vieillissants qui sont des aidants naturels), nous estimons que le nombre réel minimal d'unités de logement avec services dont nous avons besoin est de 100 000.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de prévoir une aide au logement adéquate (p. ex. par des subventions accrues, le loyer axé sur le revenu, des initiatives en vue de faciliter l'accession à la propriété et les prestations de soutien au logement transférables). Nous avons des organismes, des programmes et des modèles novateurs qui ont déjà fait leurs preuves dans le domaine du logement. À quelques exceptions près, nous n'avons pas à inventer de nouvelles solutions, mais à adapter aux besoins les solutions qui existent déjà.

Nous avons établi qu'il est nécessaire pour répondre à la demande de créer au moins **100 000 unités de logement-services sur une période de dix ans.**

Certaines collectivités font face à des défis particuliers. De nombreuses collectivités rurales et éloignées font ainsi face au défi consistant à disposer d'un parc domiciliaire limité réparti sur un vaste territoire et à faire face à des contraintes en matière de fonds et d'autres ressources, y compris les services de traitement. Il se peut pour cette raison que nous devons songer à d'autres solutions dans le cas de ces collectivités.

Nous avons besoin d'un parc domiciliaire de qualité

Les personnes ayant une maladie mentale ont souvent déploré la mauvaise qualité du logement qui leur est offert. En outre, les pourvoyeurs de logements nous ont parlé de leurs difficultés constantes quand il s'agit d'entretenir les logements. Ils ont attiré notre attention sur le vieillissement et la détérioration du parc domiciliaire dans de nombreuses provinces. Comme le recommande le rapport intitulé *Precarious Housing in Canada*¹⁴, il est nécessaire d'établir des objectifs en matière de réparation des logements dans le pays.

La planification doit faire place à une aide financière au revenu ainsi qu'à des mesures d'assurance de la qualité dans le domaine du logement et des services connexes pour les personnes ayant une maladie mentale. Dans le cas des programmes domiciliaire et de services connexes existants, l'entretien devrait être vu comme un élément important du budget opérationnel qui devrait être augmenté régulièrement.

Nous avons besoin de logement et de services connexes adéquats qui répondent aux besoins

Les personnes ayant une maladie mentale ont des besoins de niveau variable. Il nous faut donc un ensemble d'options en matière de logement et de services connexes allant des modèles de logements autonomes dispersés aux modèles de logement regroupés, aux logements avec services élevés offerts en continu et aux logements de transition. Il importe également que cette gamme de logements comporte des services souples répondant aux besoins de locataires ayant une maladie mentale.

Une tendance claire se manifeste dans le domaine du logement : nous savons maintenant que les personnes ayant une maladie mentale n'ont pas besoin d'autant d'aide que nous le pensions à l'origine. Le modèle du logement avec services, un type de logement autonome, où les personnes ayant une maladie mentale sont locataires ou propriétaires et non clients, est de plus en plus fréquent. De nombreux professionnels ont mis un certain temps à modifier leur conception des besoins de ces personnes mais ils reconnaissent aujourd'hui que leur situation a évolué et que de nouveaux modèles domiciliaires peuvent les aider à vivre de façon autonome.

Les stratégies adoptées en vue de la mise en œuvre des initiatives accordant la priorité au logement se sont révélées efficaces pour offrir de l'aide aux personnes qui en ont besoin. Les participants à des programmes plus anciens ont dû (et continuent de devoir) se conformer à une série de conditions souvent longue. Le modèle accordant la priorité au logement reconnaît que le logement en soi est la clé du rétablissement et de l'insertion dans la communauté. Le projet Chez Soi, qui repose sur cette approche, est maintenant chapeauté par la Commission de la santé mentale du Canada.

Bien que d'excellents programmes soient déjà en œuvre dans l'ensemble du pays, certains modèles posent de grands défis. Nombre de modèles de programmes domiciliaires et de services connexes en place à l'heure actuelle ne reflètent pas les meilleures pratiques. Il s'agit habituellement de divers types de foyers avec pension où les résidents sont surveillés. Ces programmes ne respectent souvent pas la vie privée des personnes ayant une maladie mentale et proposent des services non personnalisés. Il arrive souvent que ces foyers touchent une allocation journalière pour offrir des services comme des repas et la lessive. Ces services doivent être offerts en fonction des règles de financement établies qu'ils conviennent ou non au client. La planification du soutien individuel est lacunaire et le séjour dans ce type de foyer est souvent trop long. Cette situation doit changer de façon fondamentale.

Dans certains cas, les organismes sans but lucratif ont essayé de contrer la détérioration du parc de logements par des levées de fonds et en faisant participer les locataires à l'entretien de l'immeuble; or ces solutions ne règlent le problème qu'en partie.

La création d'une véritable gamme d'options en matière de logement et de services de soutien connexes permettra d'assurer une transition sans heurt tenant compte des besoins des clients.

La mise en place de stratégies de rétablissement personnalisées constitue un grand défi, mais cette démarche est essentielle pour promouvoir l'autonomie et pour améliorer la qualité de vie des personnes ayant une maladie mentale.

Comme nous l'avons vu, le logement ne se résume pas à quatre murs et un toit. Les personnes ayant une maladie mentale ont besoin de services orientés vers le rétablissement. Jusqu'ici, les services qui ont été jugés nécessaires pour ces personnes ont été des services de santé mentale comme tels. Cette étude conclut cependant que les personnes ayant une maladie mentale attachent une importance spéciale aux services et, notamment, à l'appui des pairs et à l'aide en matière d'emploi, de revenu et d'éducation.

Voici la gamme de services que les personnes ayant une maladie mentale souhaitent obtenir:

Soutien en matière de logement
p. ex. soutien au revenu, soutien à l'éducation et au logement, soutien en matière alimentaire, de services ménagers et de préparation des repas.

Soutien en matière de santé
p. ex. accès aux soins primaires, aux services de santé mentale, au soutien pour la gestion des médicaments et accès à des services infirmiers communautaires.

Soutien des pairs
Tant officiel par l'entremise d'organismes de pairs qu'officiel par les réseaux sociaux.

Les options actuelles en matière de logement et de services connexes ne permettent pas de véritablement offrir des services répondant aux besoins des sous-populations (p. ex. personnes ayant un double diagnostic, des troubles concomitants et des traumatismes, Autochtones, jeunes, membres de groupes ethnoraciaux et ethnoculturels et aînés). Cette situation est attribuable au manque de compréhension à l'égard des besoins particuliers de ces sous-populations et des façons de les satisfaire. D'autres facteurs à prendre en compte pour expliquer cette situation sont le manque de formation donnée au personnel quant à la façon de servir ces groupes, l'application de critères d'admission rigides excluant certaines sous-populations, la pénurie d'options de logement assorties de conditions peu élevées ainsi qu'une planification à courte vue. Si un projet national comme celui-ci met en lumière les problèmes qui se posent et les stratégies susceptibles de permettre d'y trouver une solution, il est nécessaire, pour pouvoir établir un plan d'action concerté, d'étudier à fond les besoins des sous-populations compte tenu de la rareté des données qui s'y rapportent.

Nous avons besoin de planification, de partenariats et de coordination

Il existe au Canada des initiatives déjà en place qui accordent une place à la planification et à l'évaluation en matière de logement et de services connexes. À titre d'exemple, *Housing Matters BC* est la stratégie provinciale en matière de logement de la Colombie-Britannique. Cette stratégie met l'accent sur la prestation de logement avec services aux populations vulnérables. En Ontario, des initiatives semblables ont été prises dans le cadre de *Franchir les étapes* et d'autres projets. La politique-cadre provinciale pour la planification de la santé mentale au Québec est le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, lequel met l'accent sur le rétablissement, l'importance des partenariats et l'intégration des services de santé et des services sociaux dans le but d'aider les utilisateurs de services et leurs aidants naturels. Dans de nombreuses provinces, des stratégies domiciliaires et de réduction de la pauvreté ainsi que d'autres initiatives pertinentes sont déjà en place. Le défi consiste donc à savoir comment exercer une influence sur les actions actuelles et en façonner de nouvelles, et non à réinventer la roue.

Une stratégie nationale en matière de santé mentale et de logement avec services devrait reposer sur l'élaboration d'un modèle de partenariat et de coordination comportant plusieurs niveaux de partenariats, la coordination interne et la coordination entre les partenaires ainsi que les aspects fonctionnels des partenariats qui se traduisent par des résultats de programme précis. Les intervenants visés par cette stratégie comprennent les ministères (p. ex. les ministères chargés du logement, de l'aide au revenu et des programmes de soutien aux personnes handicapées), les régies de santé régionales, les fournisseurs de logement à but lucratif et sans but lucratif, les organismes de services de santé mentale, les organismes de pairs et de soutien aux familles, les organismes de services communautaires et les personnes ayant une maladie mentale et leurs familles. Cette stratégie doit aussi prévoir des évaluations régulières et la planification continue fondée sur les niveaux de besoins.

Tant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent agir. Tout plan d'action doit s'appuyer sur une évaluation minutieuse des besoins de chaque province et territoire. Dans le cadre de l'élaboration de cette étude, on a insisté à plusieurs reprises sur la nécessité d'amener les divers intervenants à concerter leurs efforts. Par conséquent, l'établissement d'objectifs provinciaux et territoriaux devrait constituer une étape fondamentale du processus. À eux seuls, les objectifs ne suffiront cependant pas. Chaque province et territoire doit se doter d'un plan d'action précisant les étapes à franchir pour les atteindre.

Échelon provincial et territorial

- Les provinces et les territoires doivent choisir un **centre de leadership** et le processus doit être sanctionné par le gouvernement.
- Choix de **bons intervenants** : Les membres des groupes consultatifs ayant participé à la conception de la présente étude pourraient servir de point de départ. Ces intervenants doivent comprendre des instances gouvernementales, des fournisseurs de logements sociaux, des personnes ayant une maladie mentale et leurs familles et des fournisseurs de logement spécialisé pour les personnes ayant une maladie mentale.
- **Examen des ressources existantes** : Ce rapport fournit de l'information détaillée sur la situation dans les provinces et les territoires, mais un examen critique s'impose toujours. Les quatre principaux points (coût, qualité, services de soutien et correspondance aux besoins) sont des catégories pouvant servir de fondement à cet examen.
- **Nombre et types d'unités de logement nécessaires.**
- Mettre l'accent sur les **partenariats** : Des personnes de tous les coins du pays ont insisté sur la nécessité de rassembler les intervenants et d'édifier des partenariats.

Échelon national

- **Leadership national** : La Commission de la santé mentale du Canada est idéalement placée pour coordonner la dimension nationale de l'initiative du logement et de la santé mentale. La Commission est en mesure de rassembler les principaux intervenants.
- **Objectifs nationaux** : Ce rapport donne un aperçu général des besoins à l'échelon national, mais il sera possible d'avoir un aperçu plus précis de ces besoins lorsque les provinces auront fixé leurs objectifs.
- **Partage des leçons apprises** : En plus de consulter des groupes multidisciplinaires, il importe aussi de susciter un échange de vues à l'échelon national. Ce rapport fait ressortir un ensemble de pratiques novatrices pouvant être adoptées dans tout le Canada qui seront affichées sur le site Web de la CSMC. Cette mesure facilitera l'accès aux nouvelles approches et permettra aux intervenants d'en proposer d'autres.
- **Faire du logement un volet du mouvement social en faveur de la santé mentale.**

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

- Que le gouvernement fédéral continue de collaborer avec les gouvernements des provinces et des territoires dans le dossier des logements abordables assortis de services pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale du Canada.
- Que la Commission s'appuie sur les constatations de ce rapport pour concevoir, de concert avec les groupes de référence créés dans le cadre de ce projet, les régies de santé régionales et les gouvernements des provinces et des territoires, des projets visant à augmenter l'offre en logements avec services pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale à l'échelle du pays. Au moins 100 000 unités de logement supervisés assortis de services doivent être créés ou financés sur 10 ans.
- Que la Commission, les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les partenaires communautaires élaborent, à l'achèvement du volet recherche du projet Chez Soi, des plans visant à faire en sorte que les participants au projet continuent de bénéficier du modèle accordant la priorité au logement et aux services orientés vers le rétablissement, et que la Commission et ses partenaires élaborent une stratégie pour tirer parti des connaissances acquises et des leçons tirées dans le cadre du projet.
- Que la Commission travaille avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que les stratégies en matière de santé mentale actuelles ou futures élaborées de concert avec les Premières nations, les Inuits et les Métis comportent des mesures qui amélioreront l'offre et la qualité des logements et des services connexes.
- Que la Commission convoque un groupe de travail qui veillera à ce que les recommandations du Groupe d'étude canadien sur la finance sociale³⁷ servent à faire du logement et des services en santé mentale une priorité pour les fondations, les régimes de retraite et les gouvernements cherchant à faire des investissements socialement responsables.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Ministère de la Santé. (2011). No health without mental health: A cross-Government mental health outcomes strategy for people of all ages. Royaume-Uni : Gouvernement de Sa Majesté. Consultation à : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123766
- ² Raine, L. et Marcellin, T. (2009). *What Housing First means for people: Results of Streets to Homes 2007 post-occupancy research*. Toronto, Ontario, Canada: Régie des refuges, des services de soutien et du logement de la Ville de Toronto. Consultation à : <http://www.toronto.ca/housing/pdf/results07postocc.pdf>
- ³ Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, S., Tsemberis, S., Fischer, S.N. (2003) Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and Housing First programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), p. 171 à 186.
- ⁴ Gilmer, T. P., Stefancic, A., Ettner, S. L., Manning, W. G. et Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), p. 645 à 652.
- ⁵ Butterill, D., Lin, E., Durbin, J., Lunskey, Y., Urbanoski, K. et Soberman, H. (2009). *From hospital to home: The transition of alternate level of care and long-stay mental health clients*. Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale, Unité de recherche sur les systèmes et de conseils.
- ⁶ Perlman, J. et Parvensky, J. (2006). *Denver Housing First collaborative: Cost benefit analysis and program outcomes report*. Denver: Colorado Coalition for the Homeless.
- ⁷ Association canadienne pour la santé mentale. (2004). *Housing, health & mental health*.
- ⁸ Yellowknife Homeless Coalition. (2009). *Yellowknife homelessness report card 2008*. Consultation à : [http://www.yellowknife.ca/Assets/Public+Safety/Homelessness ReportCardSpring2009.pdf](http://www.yellowknife.ca/Assets/Public+Safety/Homelessness+ReportCardSpring2009.pdf)
- ⁹ Kothari, M. (2007). *United Nations expert on adequate housing calls for immediate attention to tackle national housing crisis in Canada*. Consultation à : <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/0/90995D69CE8153C3C1257387004F40B5?opendocument>
- ¹⁰ Khandor, E. et Mason, K. (2007). *The Street Health report 2007*. Toronto, Ontario : Street Health.
- ¹¹ Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health. (2010). *Housing vulnerability and health: Canada's hidden emergency* (Homeless Hub Report #2).
- ¹² Kirby, M. J. L. et Keon, W. J. (2006). *De l'ombre à la lumière. Résumé et recommandations du rapport final au sujet la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie*. Ottawa, Ontario : Sénat du Canada, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ¹³ Association du logement sans but lucratif de l'Ontario. (2011). *Waiting lists survey: ONPHA's 2011 report on waiting list statistics for Ontario*. Consultation à : http://www.onpha.on.ca/AM/Template.cfm?Section=Waiting_Lists_2011
- ¹⁴ Wellesley Institute. (2010). *Prekarious housing in Canada*. Consultation à : <http://www.wellesleyinstitute.com/news/affordable-housing-news/>
- ¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérances*. Ottawa, Ontario : ICIS.
- ¹⁶ Patterson, M., Somers, J. M., McIntosh, K., Schiell, A. et Frankish, C. J. (2008). *Housing and support for adults with severe addictions and/or mental illness in British Columbia*. Vancouver, C.-B. : Centre de recherche appliquée sur la santé mentale et la toxicomanie, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser.

- 17 Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2005). *Étude de validité de la stabilité en logement*. Consultation à : <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63803.pdf?fr=1319316413531>.
- 18 Statistique Canada. (2009). *Série « Analyses » du Recensement de 2006 : Chiffres de population et des logements*. Consultation à : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/index-fra.cfm>.
- 19 Bureau du Vérificateur général de l'Ontario (2008). *Rapport annuel de 2008*. Consultation à : http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr08/ar_fr08.pdf.
- 20 Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2010). *L'observateur du logement au Canada : Loyer moyen, appartements de deux chambres, Canada, provinces et régions métropolitaines, 1992-2009 (dollars)*. Consultation à : http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/info/obloca/tadedo/tadedo_004.cfm.
- 21 Statistique Canada. (2008). *Croissance des taux d'incapacité de 2001 à 2006*. Consultation à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/2007002/4125018-fra.htm>.
- 22 Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*.
- 23 Dewa, C. S., Burke, A., Hardaker, D., Caveen, M. et Baynton, M. A. (2006). Mental health training programs for managers: What do managers find valuable? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), p. 221 à 239.
- 24 Carling, P. J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, p. 439 à 455.
- 25 Forchuk, C., Nelson, G. et Hall, B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (1), p. 42 à 52.
- 26 Hay, D. (2005). *Housing horizontality and social policy*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Consultation à http://cprn.org/documents/12_en.pdf
- 27 Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H-M., Escobar, C., Mulvale, G. et Yim, R. (2010). *The cost of mental health and substance abuse services in Canada*. Alberta: Institute of Health Economics.
- 28 Wilson, M., Joffe, R. T. et Wilkerson, B. (2000). *Unheralded business crisis in Canada: Depression at work*. Report of the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health. Consultation à http://www.mentalhealthroundtable.ca/aug_round_pdfs/Roundtable%20report_Jul20.pdf
- 29 Metraux, S., Marcus, S. C. et Culhane, D. P. (2003). The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 54(1), 67-71.
- 30 Culhane, D. P., Metraux, S. et Hadley, T. (2002). Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in support housing. *Housing Policy Debates*, 13(1), 107-163. Consultation à : http://repository.upenn.edu/spp_papers/65
- 31 Association canadienne pour la santé mentale (2009, septembre). *The connection between mental and physical health* [Fiche d'information en ligne]. Consultation à http://www.ontario.cmha.ca/fact_sheets.asp?CID=3963
- 32 Lightman, E., Mitchell, A. et Wilson, B. (2008). *Poverty is making us sick: A comprehensive survey of income and health in Canada*. Consultation à : <http://wellesleyinstitute.com/files/povertyismakingussick.pdf>
- 33 Falvo, N. (2003). Gimmi shelter! Homelessness and Canada's social housing crisis [brochure]. *CSJ Foundation for Research and Education*. Consultation à : <http://intraspec.ca/gimmeShelter.pdf>
- 34 Pauly, B.B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), p. 195 à 204.
- 35 Organisation mondiale de la santé, Région de l'Europe (2007). *Local housing and health action plans: A project manual*. Consultation à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98698/E91004.pdf

³⁶ Gladwell, M. (2006, February 13). Million-dollar Murray: Why problems like homelessness may be easier to solve than to manage. *The New Yorker*, p. 96 à 107.

³⁷ Groupe d'étude canadien sur la finance sociale. (2010). *La mobilisation de capitaux privés pour le bien collectif*. Consultation à : http://socialfinance.ca/uploads/documents/SummaryReport_MobilizingPrivateCapitalforPublicGood_30Nov10_fr.pdf.