

Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités : quand le logement se transforme en hébergement

Stephane Grenier et Stephanie Deziel

Volume 22, numéro 1, décembre 2016

Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités
Facing the Challenges of Social Participation for Seniors with
Disabilities

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1086382ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1086382ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Grenier, S. & Deziel, S. (2016). Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités : quand le logement se transforme en hébergement. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 22(1), 75–88. <https://doi.org/10.7202/1086382ar>

Résumé de l'article

De façon continue, le système québécois du logement social est touché par les transformations des systèmes de prise en charge des personnes ayant des incapacités. D'une manière générale, le logement est pressenti comme l'un des lieux privilégiés d'intervention visant l'amélioration de la santé et du bien-être. Les origines de ces changements correspondent à la volonté de trouver des alternatives aux institutions lourdes et coûteuses, mais surtout d'offrir de réelles opportunités aux gens y vivant. Les interfaces entre le secteur de la santé et du logement social s'en trouvent accrues (cibles et missions). On assiste à un déplacement des frontières qui séparaient auparavant ces deux univers. Ni logement ni hébergement, ces nouveaux milieux de vie substitués sont, en quelque sorte, des hybrides. Malgré tout, ces hybrides, en dépit des problèmes intersectoriels qu'ils peuvent créer, sont porteurs d'approches novatrices qu'on pourrait reconnaître dans l'élaboration des programmes et politiques concernant les milieux de vie substitués. Cet article fera état d'une recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). À partir des huit cas étudiés dans la filière des personnes âgées en perte d'autonomie, une caractérisation des manifestations du phénomène d'hybridation sera faite. L'article s'attardera aux éléments à considérer pour évaluer la pénétration de l'univers de l'hébergement dans celui du logement et les conséquences que cela a sur le caractère inclusif et stimulant de ces logements offerts aux aînés ayant des incapacités.

Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités : quand le logement se transforme en hébergement

STEPHANE GRENIER ET STEPHANIE DEZIEL

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada

Article original • Original Article



Résumé

De façon continue, le système québécois du logement social est touché par les transformations des systèmes de prise en charge des personnes ayant des incapacités. D'une manière générale, le logement est pressenti comme l'un des lieux privilégiés d'intervention visant l'amélioration de la santé et du bien-être. Les origines de ces changements correspondent à la volonté de trouver des alternatives aux institutions lourdes et coûteuses, mais surtout d'offrir de réelles opportunités aux gens y vivant. Les interfaces entre le secteur de la santé et du logement social s'en trouvent accrues (cibles et missions). On assiste à un déplacement des frontières qui séparaient auparavant ces deux univers. Ni logement ni hébergement, ces nouveaux milieux de vie substitués sont, en quelque sorte, des hybrides. Malgré tout, ces hybrides, en dépit des problèmes intersectoriels qu'ils peuvent créer, sont porteurs d'approches novatrices qu'on pourrait reconnaître dans l'élaboration des programmes et politiques concernant les milieux de vie substitués. Cet article fera état d'une recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). À partir des huit cas étudiés dans la filière des personnes âgées en perte d'autonomie, une caractérisation des manifestations du phénomène d'hybridation sera faite. L'article s'attardera aux éléments à considérer pour évaluer la pénétration de l'univers de l'hébergement dans celui du logement et les conséquences que cela a sur le caractère inclusif et stimulant de ces logements offerts aux aînés ayant des incapacités.

Mots-clés : hybridation, logement, hébergement, Chez-soi, inclusion sociale et communautaire

Abstract

Continuously, the Quebec system of social housing is affected by the transformations of care systems for people with disabilities. Generally, the "residence" is THE privileged place of intervention for the improvement of health and well-being. The origins of these changes correspond to the will of finding alternatives to the cumbersome and costly processes in institutions, but mainly to create real opportunities for people living there. The interfaces between the health sector and social housing are thereby increased (targets and missions). We are witnessing a shift of boundaries between these two worlds. Nor lodging, nor housing, these new alternative living spaces are, in some ways, hybrids. Nonetheless, all these hybrids, despite the problems they can generate, are carriers of innovative approaches that could be recognized in the development of programs and policies for alternative living. This article reports on research funded by CIHR. From the eight cases studied in the sector of seniors with disabilities, a characterization of the manifestations of the phenomenon of hybridization will be made. The article will focus on considerations for evaluating the penetration of the universe of accommodation and lodging in the housing sector for seniors with disabilities and the impact this has on inclusiveness and citizenship.

Keywords : hybridization, housing, accommodation, lodging, feeling at home, social and community inclusion

Introduction

Cet article s'inspire d'une recherche réalisée au cours des trois dernières années portant sur l'étude de 36 ensembles résidentiels créés dans le cadre du programme *AccèsLogis* s'adressant à cinq populations différentes :

- les personnes âgées, dont celles en perte d'autonomie;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- celles avec une déficience physique;
- celles avec une déficience intellectuelle;
- celles à risques d'itinérance.

Il portera tout particulièrement sur huit ensembles résidentiels dans lesquels vivent des personnes âgées en perte d'autonomie. La recherche est née d'une demande et d'un besoin exprimés par le Réseau québécois des organismes sans but lucratif (OSBL) d'habitation. Elle a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Elle a été réalisée en partenariat avec le Réseau québécois des OSBL d'habitation, la Société d'habitation du Québec, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le Centre de réadaptation Normand-Laramée et la Ville de Montréal.

Le programme *AccèsLogis*, par ses volets deux et trois, permet le développement de logements sociaux assortis de services de soutien à l'intention de personnes vulnérables. C'est ainsi que nous avons assisté, au cours des deux dernières décennies, au développement de nouvelles formules résidentielles qui se situent à la limite de l'univers du logement social (statut de locataire, appropriation d'un *Chez-soi*) et de celui de l'hébergement (statut de bénéficiaire, besoins de services). Ces innovations ont donné naissance à des formules que nous qualifions d'« hybrides ». Notre recherche nous a permis d'identifier et de caractériser les manifestations d'hybridation dans ces formules de logements sociaux, de même qu'analyser les enjeux intersectoriels qu'elles pouvaient soulever. Par hybridation, nous en-

tendons essentiellement les processus d'emprunts d'un univers à l'autre (Boyer, 1998), ici, entre l'hébergement et le logement. Nous avons identifié au départ une quarantaine d'indicateurs, appartenant tantôt à l'univers du logement, tantôt à celui de l'hébergement, et ce, de façon à détecter leur présence ou leur absence dans les ensembles résidentiels étudiés, et, de là, déterminer la nature et l'étendue de l'hybridation. Ces indicateurs ont été inspirés, en bonne partie par les travaux de Ridgway et Zipple (1990) qui ont proposé un nouveau « paradigme » dans le système de soins destiné aux personnes vivant avec un problème de santé mentale qui, pour l'essentiel, suppose le passage de l'hébergement vers le logement. Les indicateurs choisis se regroupent dans quatre grandes dimensions :

- les conditions d'attribution des logements;
- les aménagements physiques;
- l'offre et l'organisation des services;
- les conditions de séjour.

Dans cet article, nous voulons présenter les résultats de cette recherche portant sur *les ensembles résidentiels accessibles aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Dans un premier temps, nous expliquerons les objectifs et le contexte de la recherche. Dans un deuxième temps, nous définirons la notion d'hybridation. Dans un troisième temps, nous préciserons ce qui différencie le logement de l'hébergement tout en abordant le modèle développé par Ridgway et Zipple (1990). Dans un quatrième temps, nous exposerons la méthodologie d'analyse que nous avons privilégiée. Puis, nous aborderons les résultats en montrant les processus d'hybridation entre le logement et l'hébergement existant dans les ensembles résidentiels étudiés. Enfin, nous mettrons en relief les enjeux et écueils que soulèvent les résultats de cette recherche en regard de la participation sociale des aînés ayant des incapacités.

Les objectifs et le contexte de la recherche

Le présent article s'inscrit dans le cadre d'une recherche réalisée au cours des trois dernières années. Cette recherche, intitulée *Vivre en zone frontalière : hybridation entre les formules de logement social et d'hébergement destinées*



aux personnes vulnérables, a consisté en l'examen de huit initiatives pour personnes âgées réalisées principalement dans le cadre d'AccèsLogis, principal programme destiné au développement du logement social au Québec. Son **volet 1** vise le développement de logements permanents destinés aux familles, aux personnes seules et aux personnes âgées autonomes. Ce premier volet ne comporte aucun service offert aux résidents. Son **volet 2** vise le développement de logements permanents destinés aux personnes âgées de 75 ans et plus ou à des personnes âgées en légère perte d'autonomie. Dans ce volet, les concepteurs doivent prévoir un service de restauration et d'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne (lavage, ménage, activités sociales). Enfin, son **volet 3** vise le développement de logements temporaires ou permanents avec services destinés à des clientèles « éprouvant des besoins particuliers en habitation et nécessitant des installations spéciales et des services d'assistance personnelle sur place », par exemple des sans-abris, des jeunes en difficultés, des personnes ayant des incapacités, etc. (SHQ, 2008, chap. 2 : 1-2). Les trois volets du programme AccèsLogis devraient normalement être mutuels exclusifs. Dans les faits, les frontières ne sont pas aussi claires qu'on pourrait le croire. En effet, il arrive même que le critère des besoins impérieux en logement (moyens financiers limités) soit secondarisé au profit des besoins en termes de services de santé. Il est donc difficile de déterminer avec précision les critères de sélection s'appliquant pour chacune des clientèles de ces ensembles résidentiels.

Cette recherche visait trois objectifs :

- Caractériser les manifestations d'hybridation dans des logements sociaux destinés à divers groupes de personnes vulnérables;
- Analyser les enjeux intersectoriels et les dynamiques entre les acteurs du logement et ceux de la santé;
- Identifier les facteurs qui, dans l'encadrement de ces pratiques d'hybridation, favorisent ou contraignent le développement de formules hybrides.

Depuis trois décennies, le système québécois du logement social et celui de la santé et des

services sociaux sont touchés par des transformations concernant la prise en charge des personnes vulnérables. Leurs origines sont multiples mais, globalement, elles reflètent la volonté des États de trouver des alternatives aux institutions lourdes et coûteuses qu'étaient les hôpitaux psychiatriques, les centres d'accueil, les hôpitaux pour malades chroniques et les refuges pour itinérants (Dubuc et al., 2009; Vaillancourt & Charpentier, 2005). Un tel changement est fondé sur une rationalité valorisée sur l'autonomie et l'individualité des personnes, au profit de la prise en charge institutionnelle de type fordiste (Roehrer Institute, 1993). C'est que pour des populations vulnérables traditionnellement prises en charge par des institutions d'hébergement, le logement est aujourd'hui fortement pressenti, non seulement en tant qu'abri, mais bien comme un outil d'intégration, d'autonomie, de construction de l'identité et d'*empowerment* (Jetté et al, 1998; Means, 1996; Morin, 2008; Vaillancourt & Charpentier, 2005). Le développement d'approches centrées sur le logement social a entraîné une certaine convergence des politiques publiques relevant d'une part de l'habitation, et d'autre part de la santé et services sociaux dans le champ de l'hébergement. Cette tendance s'observe un peu partout en Occident (Dansereau, 2005; Kelly, 2005).

Ainsi, de plus en plus, des acteurs issus du secteur de la santé et des services sociaux sont à la recherche de formules qui sont plus près du *Chez-soi* pour leur clientèle, et se font les promoteurs de projets d'immeubles à logements assortis de services de soutien et d'assistance. De même, les organismes voués au domaine de l'habitation ont été nombreux au cours des dernières années, pour répondre aux besoins de leurs locataires, à développer des pratiques d'intervention et des services visant le maintien et l'amélioration des conditions de santé et de bien-être de leurs résidents. L'accroissement des interfaces entre les formules d'hébergement (système de santé) et les formules de logement (système d'habitation) font apparaître, pour les acteurs concernés, des enjeux d'arrimage et de délimitations de leurs frontières d'intervention. Ni logement

ni hébergement, ces nouveaux arrangements constituent, en quelque sorte, des hybrides.

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

Cet article vise à mieux connaître l'évolution des conditions entourant l'organisation de ces ensembles résidentiels pour les personnes âgées ayant des incapacités. Il souhaite également caractériser les manifestations d'interrelations entre l'univers du logement et celui de l'hébergement. L'article examine plus précisément comment cohabitent les logiques d'action propres au domaine du logement offert aux personnes âgées ayant des incapacités et celles au domaine de l'hébergement. Il s'intéresse

finalement aux contraintes liées à l'implantation de ces initiatives et à leurs conditions d'exercice, de même qu'aux opportunités qu'elles peuvent laisser entrevoir au plan des pratiques auprès des personnes âgées ayant des incapacités.

L'hybridation comme objet d'étude

La notion d'hybridation tire son origine du domaine de la biologie (Petit Robert, 2008). Sans être un concept sociologique à proprement parler, la notion d'hybridation est néanmoins fréquemment utilisée en sociologie. Ici, elle désigne avant tout des lieux d'échanges et d'emprunts d'un univers à un autre. Les travaux de Laville (1992), d'Evers (2004) et de Billis (2010) voient, par exemple, dans l'économie sociale une forme d'hybridation entre les économies marchande, non marchande et non monétaire, un espace intermédiaire caractérisé par la porosité des secteurs et le brouillage des frontières. Une forme est hybride si la nature d'une ou de plusieurs de ses caractéristiques fondamentales sont altérées ou obliérées par le ou les emprunts à un autre univers (Billis, 2010).

Plus près de nos intérêts de recherche, Vaillancourt et Charpentier (2005) ont utilisé une notion voisine de l'hybridation, celle de « passerelles », dans une recherche visant à identifier les liens entre l'économie sociale, le marché et le secteur public dans le secteur des résidences privées et le logement social destiné aux personnes âgées. Les auteurs ont utilisé cette expression pour décrire :

« (...) assez intuitivement, (un phénomène qui) reflète le mieux notre conviction qu'il faut remettre en question les **représentations dualistes** entre le logement social et l'hébergement et, d'autre part, établir des liens entre l'État, le marché et l'économie sociale. D'abord, au niveau de l'analyse et à l'encontre de certaines idées préconçues, nous remettons en question les représentations sociales qui voient le secteur de l'hébergement et celui du logement social comme étant deux univers complètement distincts et aux



valeurs divergentes. Nous posons ainsi l'hypothèse qu'il y a des zones de recoupement, des interfaces, entre l'hébergement et le logement social (Grenier, 2002), et que l'appartenance à un des trois grands secteurs d'activités (public, privé ou économie sociale) ne signifie pas nécessairement que la ressource reflète les valeurs qui sont traditionnellement associées à celui-ci. » (p.13).

Appliquée à notre démarche de recherche sur les ensembles résidentiels offerts aux personnes âgées ayant des incapacités, l'hybridation naît de la rencontre de deux univers : le logement social et l'hébergement.

Bien distinguer l'univers du logement de celui de l'hébergement

L'étude du phénomène d'hybridation entre l'univers du logement et de l'hébergement implique de bien distinguer les caractéristiques propres à chacun de ces deux univers. Au Québec, le logement locatif est régi par le Code civil, lequel encadre, entre autres, les obligations entre le locateur et le locataire, les réparations, la jouissance paisible des lieux, la sous-location, la cessation du bail, le loyer, etc. L'hébergement privilégie, quant à lui, l'accompagnement social ou le traitement. Au Québec, une bonne partie des ressources d'hébergement (centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressources intermédiaires, ressources de type familial, etc.) relèvent d'établissements dont les contours sont balisés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. À la lumière de ces informations fondamentales, les distinctions entre le logement et l'hébergement sont celles de la finalité du logis et de son utilisation. L'accès au logement social se fonde avant tout sur des motifs économiques (revenus insuffisants) ou d'avoir de mauvaises conditions de logement. En hébergement, il est déterminé par des besoins psychosociaux reliés à la santé des personnes. Ainsi, les séjours en hébergement prennent fin lorsque l'intervention ou le traitement ne sont plus requis. Pour ce qui est du logement social, la durée du séjour est déterminée par le bail.

En somme, la finalité au logement social est le logis, tandis que l'hébergement reste un moyen pour supporter une intervention ou un traitement.

La notion du *Chez-soi* permet également de distinguer les univers du logement social et de l'hébergement. Outre les caractéristiques physiques de l'habitat, elle réfère à plusieurs dimensions de l'expérience dont le sentiment d'appartenance, le contrôle, la sécurité, l'intimité, la permanence et la continuité dans le temps, etc. (Annison, 2000; Padgett, 2007). L'idée du *Chez-soi*, du logement autonome et du logement social avec soutien est pressentie depuis plusieurs années comme un élément constitutif des processus d'adaptation et de réadaptation, d'insertion sociale et d'*empowerment*. Il est bien reconnu que le simple fait d'avoir un toit sur la tête est insuffisant pour se proclamer d'un *Chez-soi*. En effet, la relocalisation des personnes âgées dans des « milieux de vie substitués » n'est pas sans effets sur le sentiment d'être « chez-soi ». Charpentier et Soulières (2006) montrent toutefois, dans une recherche donnant la parole aux aînés vivant en centre d'hébergement ou en résidence privée, un éclairage nuancé de leur sentiment de déracinement. Les auteurs concluent que « *la résidence pour personnes âgées demeure un milieu substitué et le sentiment de ne pas être chez soi est généralisé (...) Certains déplorent le rétrécissement de leur espace privé qui se résume à leur chambre, la soudaineté du placement et le peu de consultation qui l'a précédé, la perte de pouvoir qui s'en est suivie, etc.* » (Ibidem, p. 87). Par exemple, peu de personnes avaient visité elles-mêmes leur résidence avant de s'y installer, et ce, même si elles étaient en mesure de prendre leurs propres décisions.

Spécialistes de la santé mentale, Ridway et Zippel (1990) ont schématisé les caractéristiques distinctives du logement et de l'hébergement. Pour mener à bien notre recherche, nous nous sommes inspirés des travaux de ces deux auteurs. En opposition au modèle de services « continuum résidentiel » dominant dans le domaine de la santé mentale, ils ont proposé un nouveau « paradigme » en vertu duquel la

possibilité d'occuper un logement ordinaire ne devait plus être conditionnelle à l'atteinte d'un certain niveau d'autonomie et/ou à l'obligation de suivre un traitement (univers de l'hébergement). Ces auteurs considèrent que l'accès au logement est un droit pour tous qui constitue un pré-requis au succès du processus de rétablissement (univers du logement). Cette perspective s'oppose au *supportive housing* en vertu duquel le lieu de résidence est choisi en fonction de l'intensité de la maladie et du niveau de services requis. En effet, les auteurs proposent plutôt le *supported housing*, un modèle permettant aux personnes de recevoir les services de soutien dont elles ont besoin dans leur logement et selon leur désir (Ridgway & Zipple, 1990). À bien des égards, leur vision s'apparente à l'approche du *housing first*, mise de l'avant par Tim Tsemberis (2004).

Le Tableau 1 reprend les éléments qui illustrent le changement de paradigme proposé par Ridgway et Zipple.

TABLEAU 1 : ÉLÉMENTS DU CHANGEMENT DE PARADIGME

<i>Supported housing</i>	<i>Supportive housing</i>
Chez-soi	Lieu de traitement résidentiel
Choix	Placement
Rôle normal	Rôle de client
Contrôle exercé par le client	Contrôle exercé par le personnel
Intégration sociale	Regroupement par type d'incapacité
Apprentissages <i>in vivo</i> dans un cadre permanent	Apprentissages dans un cadre transitoire
Services flexibles et individualisés	Services standardisés
Indépendance dans le milieu le moins contraignant	Soutien à long terme dans le milieu le plus stimulant

Source : Ridgway & Zipple (1990). (traduction libre)

Pour être en mesure d'identifier les manifestations d'hybridation dans les ensembles rési-

dentiels étudiés, il fallait nous doter d'indicateurs qui nous permettraient de juger si leurs caractéristiques appartenaient à l'univers du logement ou à celui de l'hébergement. Nous avons identifié, de façon exploratoire, une quarantaine d'indicateurs¹. Nous avons choisi de nous centrer exclusivement sur des projets d'habitation sociale et communautaire émanant du programme *AccèsLogis* et plus particulièrement ceux dans le cadre des volets dits « avec services ». Cette décision a été motivée en raison de l'origine de la demande pour cette recherche, mais également parce que la grande majorité des projets destinés à des personnes vulnérables ou présentant des besoins particuliers ont été développés dans ce type d'organisme. Ceci nous a permis de nous concentrer sur la période allant du début des années 2000 à aujourd'hui.

Méthodologie

Nous avons étudié huit ensembles résidentiels de la filière personnes âgées en perte d'autonomie développés dans le cadre du programme *AccèsLogis Québec*. Ils s'adressent aux aînés en légère perte d'autonomie situés dans des milieux géographiques variés, soit des grandes villes (n=3), des milieux ruraux (n=3) ou dans des banlieues ou petites municipalités (n=2). Tous les projets étudiés ont été inaugurés entre 1998 et 2005 et comprennent une trentaine à 90 unités. La sélection des projets a été faite au moyen de la base de données du Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH). Partant de cette liste, nous avons identifié les organismes ayant des projets qui pouvaient présenter des indices d'hybridation, par exemple, des partenariats avec le secteur de la santé, une offre importante de services, etc. Nous avons sélectionné un échantillon contrasté pour vérifier toutes nos hypothèses. Le tableau 2 présente les grandes caractéristiques des projets retenus dans le cadre de notre échantillon.

¹ Pour en savoir davantage, lire : Grenier & Stéphane (2009). *Vivre en zone frontalière : hybridation entre les formules de logement social et d'hébergement destinées aux personnes vulnérables* (devis de recherche).



TABLEAU 2 : L'ÉCHANTILLON DES PROJETS ACCÈSLOGIS À L'ÉTUDE

no	Type de milieu	Statut de base	Nombre d'unités (arrondi à la dizaine)	Année d'ouverture	Personnes interrogées
P-01	Banlieue nord de Montréal	Logement social	50	2005	2 entrevues : président et responsable de l'Équipe Spécialisée Alzheimer A Domicile (ESAAD) partenaire
P-02	Grande ville	Logement social	90	2008	4 entrevues : 1 membre du conseil d'administration (CA); 1 coordonnateur; 1 fonctionnaire Ville; 1 responsable soutien à domicile au Centre de santé et de services sociaux (CSSS)
P-03	Petite municipalité	Logement social	30	1998	2 entrevues : président et employé du Groupe de ressources techniques (GRT)
P-04	Grande Ville	Logement social	70	2009	2 entrevues : directeur et coordonnatrice
P-05	Milieu rural (Rive-Sud) de Québec	Logement social	60	1999 à 2004	3 entrevues : président; ancien directeur du Centre local de services communautaires (CLSC); coordonnatrice d'un Organisme sans but lucratif d'habitation (OSBL-H)
P-06	Milieu rural (est du Québec)	Logement social	30	2002	2 entrevues : directeur et responsable du Service de soutien à domicile (SAD) du CSSS
P-07	Grande ville	Logement social	30	2005	1 entrevue : directeur
P-08	Petite ville milieu rural (Rive-Sud, Montréal)	Logement social	30	2004	2 entrevues : directeur; organisatrice communautaire CSSS

Spécifions que tous les cas étudiés relèvent, au sens strict et premier, de l'univers du logement social et non de l'hébergement. Ce classement préliminaire se justifie selon deux critères :

- l'utilisation effective du bail de logement;
- la conception même des promoteurs sur le statut de logement social.

Ce classement de base n'est pas fortuit. Il constitue la base à partir de laquelle il devient possible d'identifier le sens des emprunts. Les cas seront donc étudiés sous l'angle des emprunts à l'univers de l'hébergement.

Pour chaque ensemble résidentiel, d'une à quatre personnes ont été rencontrées, dont des responsables de l'organisme promoteur (administrateur ou dirigeant) ainsi que leurs

partenaires (ex : établissements ou organismes en santé, organisateur communautaire, groupe de ressources techniques, municipalité). Un certificat éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a été émis dans le cadre de ce projet. Les rencontres ont pris la forme d'entretiens semi-dirigés et enregistrés, portant sur :

- les conditions d'attribution des logements;
- les aménagements physiques;
- l'offre et l'organisation des services;
- les conditions de séjour.

L'examen des processus d'hybridation s'est effectué au moyen d'approches exploratoires. L'analyse des données a nécessité l'utilisation de l'approche par questionnement analytique (Paillé & Mucchielli, 2003). Cette méthode, plutôt que de s'appuyer entièrement sur des catégories et des thèmes, permet de répondre progressivement aux questions de recherche en générant de nouvelles questions plus précises et en répondant directement par des énoncés et des constats. (Ibid., p. 111-113). Nous avons donc procédé en analysant chaque cas en lui-même. Puis, nous avons comparé les huit cas ensemble pour confronter les hypothèses issues de cette première lecture. Une fois les pistes analytiques bien ciblées, nous avons fait une relecture de l'ensemble des cas et des entrevues pour revalider le tout. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo et par résumé analytique (Paillé & Mucchielli, 2003).

Les résultats

La présente section examine les différents indices d'hybridation se manifestant essentiellement par des emprunts à l'univers de l'hébergement en contexte d'ensembles résidentiels de type logement social et communautaire.

- Conditions d'attribution des logements

La plupart des formules résidentielles étudiées ciblent des personnes âgées présentant des pertes d'autonomie importantes excédant les niveaux prescrits dans le volet 2 du programme AccèsLogis (nécessitaient des soins médicaux personnels et réguliers). Les intervenants inter-

rogés affirment chercher à répondre au besoin de sécurité des aînés et à les maintenir dans leur localité. Par le fait même, le critère de « faible revenu » tend à y être secondarisé. Nous avons aussi constaté que, dans plusieurs cas, les établissements de santé et leurs intervenants jouent un rôle important dans la sélection des locataires.

- Aménagements physiques

Plusieurs ensembles résidentiels ont opté pour la mise en place d'aménagements « établissement de soins » plutôt que « résidentiel », changeant par le fait même de catégorie d'usage des immeubles selon le programme AccèsLogis. De plus, plusieurs d'entre eux se sont dotés d'équipements voués aux soins, tels qu'un ascenseur pouvant accueillir des lits roulants, l'aménagement de pièces exclusives dotées de bains ou de douches thérapeutiques, la présence de tirettes d'alarme dans tous les logements ou de bracelets de sécurité pour une partie des locataires en plus lourde perte d'autonomie. De même, certains immeubles comprennent des postes d'accueil s'apparentant à ceux que l'on retrouve dans les immeubles d'hébergement. Plusieurs ensembles intègrent aussi du personnel professionnel (ergothérapeutes et travailleurs sociaux) prodiguant des soins et des services. Nous avons également constaté que plusieurs projets offrent des studios ou des chambres ressemblant à celles des CHSLD. Ces dernières n'ont ni cuisine ni salon, ce qui va à l'encontre de l'orientation générale d'AccèsLogis de faire des logements complets. Bien que certains ensembles résidentiels aient été réalisés via un partage d'immeubles avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, cela ne relève pas directement de l'hybridation. En effet, cela s'apparente davantage à de la mise en commun de ressources, voire de la cohabitation dans le respect des missions de chacun. Dans ces cas, le partage des immeubles n'a manifestement pas entraîné de modification des vocations et des pratiques « d'un univers à l'autre ».



- L'offre et l'organisation des services

Les cas étudiés laissent transparaître deux grands modèles d'organisation. Dans le premier, des services et des soins de santé sont assurés (gratuitement en bonne partie) dans le cadre d'une entente de services avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Dans le second, l'Organisme sans but lucratif d'habitation (OSBLH) dispense lui-même des services de santé et charge des coûts aux résidents. Ces derniers se présentent sous la forme d'une offre forfaitaire de base incluant dans le bail, le logement et une liste de services, tels que de l'aide domestique, des soins personnels et des soins infirmiers. Ainsi, le logement et les services se trouvent inter-reliés. Dans la moitié des cas étudiés, l'organisme lie des services infirmiers ou des soins personnels au bail. Dans certains cas, la facturation liée aux soins infirmiers s'étend à tous les locataires, et ce, même si certains d'entre eux sont autonomes et n'en requièrent pas. Pour les résidences communautaires, il s'agit d'une façon d'amortir les coûts de santé sur un plus grand nombre de locataires, « dans une optique de solidarité ». D'autres organismes ajoutent des services de santé « à la carte » (ex : bains, gouttes pour les yeux, aide à l'habillage, prises de sang, services de repas aux chambres, etc.). Certains organismes rendent les services de santé optionnels. Ils souhaitent ainsi miser sur l'importance d'un milieu de vie qui s'apparente le plus possible à l'univers du logement et veulent s'assurer que le financement des services de santé ne repose pas sur les seuls locataires. Cette évolution vers une offre plus importante de services de santé se traduit par une transformation des tâches et des fonctions des employés de certains ensembles résidentiels. En effet, les milieux résidentiels préfèrent souvent employer le personnel en place plutôt que d'engager du personnel spécialisé.

- Les conditions de séjour

Il s'agit des conditions qui sont rattachées à l'occupation des unités résidentielles. Le caractère transitoire ou permanent de la résidence constitue sans doute l'un des caractères délimitant entre les univers du logement et

de l'hébergement. D'une manière générale, puisque les logements réalisés dans le cadre du deuxième volet d'AccèsLogis sont permanents, les personnes âgées sont invitées à y demeurer le plus longtemps possible. Plusieurs des responsables interrogés dans ces ensembles résidentiels se réclament également de la philosophie du *Aging in place* et s'inspirent de l'univers du logement. Grâce au bail, les résidents jouissent, en effet, d'une certaine sécurité d'occupation. Leurs fins de séjour sont le plus souvent déterminées par des hospitalisations de même que des placements en CHSLD ou des résidences offrant plus de services. En dépit du caractère permanent de la très grande majorité des logements, on voit actuellement l'apparition, bien qu'en nombre restreint, d'unités transitoires à l'intérieur des résidences. Ces unités sont le plus souvent réservées pour des convalescences ou des périodes d'essai. Rares sont toutefois les organismes qui développent et administrent eux-mêmes des plans d'intervention : les Centres locaux de services communautaires (CLSC) en sont généralement responsables. Les cas étudiés montrent que plusieurs organismes collaborent activement aux plans de services ou aux plans d'intervention des personnes âgées des CLSC lorsque celles-ci reçoivent des services à domicile. Bien que les milieux résidentiels tendent à offrir un *Chez-soi* (le respect de son intimité, de ses allées et venues pour soi-même et ses visiteurs) aux personnes âgées, un tel objectif peut présenter un défi lorsque certaines activités et repas sont obligatoirement partagés. Un autre exemple du manque d'intimité est que certains règlements demandent à ce que les portes des chambres demeurent ouvertes. Il arrive également que le personnel oublie de cogner avant d'entrer.

Les processus d'hybridation

La présente section s'intéresse aux éléments d'emprunts de l'univers de l'établissement par celui du logement sous l'angle des dynamiques et des processus entourant leur survenue. Deux facteurs ont été particulièrement en cause dans la configuration des ensembles résidentiels étudiés et de leur évolution vers des

formes hybrides : les modèles de référence employés par les promoteurs et leurs partenaires ainsi que l'environnement des politiques et régulations.

Dans un premier temps, la popularisation de ces courants d'idées met de l'avant des alternatives aux CHSLD classiques. Le développement de cadres résidentiels favorise le maintien chez-soi le plus longtemps possible, avec pour toile de fond la sécurité, le respect des droits et de l'intimité des personnes. Ces idées se traduisent toutefois différemment selon les contextes (par exemple, celui d'*AccèsLogis*), mais aussi selon les modèles pressentis par les promoteurs. En effet, les organisateurs communautaires de CLSC privilégient des modèles de logement communautaire (coopérative et OSBL d'habitation) et les promoteurs issus des milieux de la santé privilégient des grandes résidences privées avec services ou encore des CHSLD. Aussi, leurs processus respectifs d'emprunts entraînent souvent des stratégies et des réactions qui sont teintées par des modèles. Leurs dynamiques sont faites d'adaptations, de négociations et de compromis, de dérogations, etc.

En deuxième lieu, il arrive que certaines politiques publiques influencent les orientations des projets résidentiels. D'entrée de jeu, il importe de rappeler que le deuxième volet du programme *AccèsLogis* a contribué à l'émergence des formules hybrides. En effet, il a donné lieu à une **accentuation** des tendances à **l'intégration** de certaines configurations propres à l'univers de l'hébergement. Avec la mise en œuvre de son volet pour aînés, *AccèsLogis* a établi plus clairement la nature des maillages à établir avec le réseau de la santé. Le contexte même de son déploiement en témoigne puisqu'il s'est effectué au moment même où le gouvernement québécois déclarait un gel du développement des places en CHSLD et tentait de développer des places de type RI.

L'accentuation des formes hybrides dans les formules de logement social a également été influencée par les régulations mises en œuvre au milieu des années 2000, sous l'égide du

ministère de la Santé et des Services sociaux et de son titulaire de l'époque Philippe Couillard (2003-2009). Ces dernières se sont notamment traduites par :

- un resserrement de la réglementation et du contrôle des résidences pour aînés avec services (registre, règles de conformité);
- de nouvelles normes fiscales favorisant l'offre de services dans les résidences;
- l'ajout de budgets supplémentaires favorisant le développement de nouvelles formes hybrides, dont les « projets novateurs ».

L'arrivée du **crédit d'impôt pour le maintien à domicile** des personnes âgées a pu amener les promoteurs à s'approprier le développement des modèles avec services et, dans certains cas, consolidant son intégration dans leurs projets. Par ailleurs, les nouvelles exigences de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* et de ses règlements ne sont pas sans conséquences sur la manière d'assurer la sécurité et la prise en charge des résidents (MSSS, 2005). La mise en place de règles de conformité et l'attention portée à la qualité des soins dans les résidences avec services ont sans doute contribué à une harmonisation, voire une uniformisation de ces pratiques, et ce, malgré l'existence d'une variété de modèles d'organisation dans les projets *AccèsLogis* destinés aux personnes âgées.

Enjeux, écueils et opportunités

Les principaux enjeux touchent à la mixité,² à la sécurité/autonomie, au financement, à l'accessibilité aux services et aux soins et enfin à l'identité des ensembles de logement social avec services en tant que milieux de vie. Le tout premier enjeu est celui de la **mixité**. L'application uniforme de règles d'aménagement et de sécurité dans le cadre de projets mixtes constitue une contrainte à l'intégration des logiques de logement et d'établissement et des résidences pour aînés avec services dans des projets d'habitation. En effet, les exigences de conformité du MSSS ont été pensées en fonc-

² La présence de différents types de résidents aux caractéristiques et aux pertes d'autonomie variées.



tion des résidences pour aînés ou pour des CHSLD accueillant des personnes ayant des caractéristiques assez homogènes. Elles sont toutefois plus difficiles à appliquer dans le cadre de projets intergénérationnels (en croissance) ou ceux combinant des personnes âgées ayant des niveaux d'autonomie différents. Certains ont questionné les effets de ces normes sur les personnes plus autonomes et sur l'allure générale des milieux de vie, notamment en ce qui concerne l'utilisation des registres de déplacement et les tirettes d'alarme obligatoires. Le fait d'appliquer uniformément certaines règles de fonctionnement et de sécurité peut nuire à la participation sociale de certaines personnes âgées autonomes et freiner la réalisation de leurs habitudes de vie. En somme, deux risques se présentent :

- appliquer une même norme pour tous au nom d'une minorité ou de personnes ayant des incapacités sévères;
- privilégier des projets au profit de clientèles avec des caractéristiques et des besoins semblables.

Le maintien de l'équilibre de la double-mission (logement social / services de santé) des ensembles d'habitation et la réalisation de milieux de vie mixtes, c'est-à-dire où se côtoient des personnes aux caractéristiques et aux pertes d'autonomie variées, nécessite d'assurer un contrôle sur les cibles et les mécanismes de sélection des locataires aînés.

Le deuxième enjeu est celui de la **sécurité/autonomie**. Le développement de projets ciblant des personnes en perte importante d'autonomie a donné lieu à la mise en place d'aménagements inédits et dignes d'intérêt. Il a également contribué à l'apparition de certains glissements qui, au nom de la sécurité et des soins, questionnent les normes propres aux univers de l'hébergement du logement social. Ainsi, sur le plan de la typologie des logements, on a pu observer une tendance à sacrifier les espaces privés, c'est-à-dire logements complets (allant des studios aux 3½ pièces pour les personnes seules) en raison d'impératifs de sécurité ou d'aménagements collectifs. De tels choix ont été le plus souvent justifiés par des considérations financières. Cer-

tains se sont également inspirés des modèles hospitaliers jugés plus sécurisants. Ces manières de faire, qui peuvent être encore vues comme acceptables à travers les normes de l'hébergement, marquent en fait un recul dans les efforts déployés à travers, notamment, le programme architectural de la SHQ (Renaud, 2008). En effet, ce programme favorise, depuis plus de vingt ans, l'accès à des logements complets (chambres, salle de bains, cuisines équipées) de manière à favoriser l'autonomie active et le maintien à domicile des personnes âgées. Bref, ces choix d'aménagement posent la question de la manière de vivre *Chez-soi* dans son logement, fut-il social et collectif. Jusqu'où doit-on sacrifier son cadre de vie privé au profit des impératifs des soins et services? De la même manière, l'assujettissement des OS-BLH abritant des personnes avec des pertes d'autonomie plus importantes (à l'entrée) à des normes de sécurité de type institutionnel (B-2) pose la question même du principe du vieillir chez soi au moment où les États tentent de diminuer le recours à l'institutionnalisation et à l'hébergement. Sur le plan de l'**aspect financier**, on a vu que les normes de sécurité imposées aux ensembles d'habitations comprenant des personnes présentant des pertes d'autonomie importantes entraînent des coûts supplémentaires, coûts que le programme *AccèsLogis* n'absorbe pas. Dans les projets étudiés, ces coûts ont donc été absorbés, sur des bases ponctuelles, par les organismes eux-mêmes (levées de fonds privés) ou par les établissements de santé partenaires des projets. Ces situations présentaient, en principe, un caractère expérimental, mais qu'en serait-il de leur généralisation? Par ailleurs, dans l'éventualité où de tels modèles seraient appelés à se multiplier, quelle part budgétaire devrait être attribuée au MSSS?

Le troisième enjeu est celui de l'**accessibilité aux services et aux soins**. Les résidences peuvent choisir d'offrir :

- aucun service de soutien à domicile ou s'en tenir à des services légers;
- des services à domicile pour des résidents en perte d'autonomie en faisant appel à des ententes de services avec le CSSS;

- et défrayer eux-mêmes (en chargeant des suppléments au bail) certains soins et services de santé.

Dans d'autres cas, on observe aussi une cohabitation des deux offres des services semblables par le CLSC et par l'organisme. Or, ces services sont payants lorsqu'offerts par l'organisme et gratuits lorsqu'offerts par le CLSC, ce qui entraîne un système à deux vitesses. Cette situation pose des questions sur l'équité en matière de soins et sur l'opportunité ou non d'organiser de tels services. À cet effet, faut-il conclure que le crédit d'impôt pour les services à domicile fait, à lui seul, office de contrepois? À notre avis, la réponse est négative, et les modèles avec services payants se développent en bonne partie à partir des constats d'inaccessibilité à ces soins, réalité vécue différemment d'une région à l'autre. Une analyse économique plus approfondie sur les modalités d'organisation des services est requise.

L'accueil de personnes âgées présentant de plus lourdes pertes d'autonomie dans un ensemble résidentiel, et l'adoption d'un modèle mixte peut concerner tous les locataires ou une partie d'entre eux. En effet, dans le cas où l'offre de service est clairement organisée en fonction de cette distinction, on peut voir apparaître un modèle où l'intégration de la logique par service est appliquée partiellement dans une sorte de superposition ou de cohabitation des missions. Par exemple, dans un cas, tous les 30 logements pour aînés sont destinés à des personnes qui présentent des pertes d'autonomie importantes et celles-ci sont référées par le CLSC. En revanche, dans un autre cas, les 50 ménages se composent d'une vingtaine d'aînés présentant des pertes d'autonomie importantes (bénéficiaires dans le cadre d'une entente de services) et d'une vingtaine d'autres présentant des pertes légères d'autonomie. Dans d'autres cas, le nombre de logements destinés à des aînés en plus grande perte d'autonomie n'est pas prédestiné si bien que les profils sont variables.

Le quatrième enjeu est celui de **l'identité des ensembles de logement social avec services en tant que milieux de vie**. La plupart des

responsables des résidences communautaires pour aînés se définissent comme des milieux de vie où ceux-ci peuvent avoir accès à certains services et à la socialisation. Par contre, la prise en compte des résidences communautaires en tant que milieu de vie peut se heurter à la conception des soutiens à domicile (SAD) des CLSC, pour qui les services sont offerts exclusivement sur une base individuelle. Certains OSBLH offrant des services de santé ont éprouvé des difficultés à concilier les deux types de dynamiques :

- celle du milieu de vie, où les services sont offerts à tous, souvent dans une optique de prévention;
- celle du CLSC où les services sont offerts à certains, après stricte évaluation.

Selon cette dernière optique, les aînés sont traités en fonction de leur domicile individuel et l'appartenance au milieu n'est pas prise en compte. Nous assistons donc à une « choc des cultures institutionnelle et communautaire ». Ces situations renvoient directement aux problèmes d'arrimage avec le réseau de la santé et des services sociaux. Elles peuvent expliquer pourquoi certains OSBLH ont embauché leur propre personnel de soins, et ce, afin d'assurer des services et soins individuels tout en œuvrant dans une optique d'ensemble.

Par ailleurs, le concept de « milieu de vie » est mis de l'avant par des responsables d'habitations communautaires pour aînés qui défendent fortement les approches associées au logement et au *Chez-soi*, celles que, précisément, les agents de l'équipe du SAD appliquent eux-aussi. Est-ce à dire que les philosophies fondées sur le logement et le *Chez-soi* sont en contradiction avec l'esprit des milieux de vie? Sans doute pas, mais ces cas nous montrent une autre ligne de frontière où l'individu est susceptible de se heurter au projet collectif ou à ses impératifs et vice versa. Or, dans les résidences communautaires pour aînés, les implications sont nombreuses. Elles peuvent toucher au partage des coûts des services, à l'identité des personnes et au rapport de consommation. Par ailleurs, dans un contexte où l'on trouve une présence importante de soins et services de santé, comment organiser des



milieux de vie qui reflète un milieu d'habitation? Ici, les aménagements, la mixité et l'attitude du personnel sont particulièrement en cause. Le défi peut parfois être surmonté à condition que les responsables en définissent bien les contours. Un des cas étudiés se situe plus clairement dans une logique de milieu de vie, voire de milieu de soins. Rappelons que cet ensemble offre directement des soins et services de base, tels que des soins infirmiers, services de préposés, entretien ménager et ce, en dépit de sa proximité avec un point de service du CLSC (situé dans le même immeuble). Ces services sont facturés aux locataires qui les requièrent. Aux dires du président, c'est l'accessibilité, la question des heures de disponibilité et l'importance d'assurer un meilleur arrimage avec le CLSC qui ont déterminé ce type d'organisation. En somme, les heures offertes par le CLSC n'étaient pas suffisantes pour répondre aux besoins.

Conclusion

Cet article visait à présenter les résultats d'une recherche qui s'est intéressée aux initiatives de logement social illustrant des processus d'hybridation avec les formules propres à l'univers de l'hébergement. À la lumière de ces résultats, nous pouvons conclure que le logement social qui emprunte à l'univers de l'hébergement peut être une voie pour favoriser la participation sociale. En effet, les personnes âgées en perte d'autonomie y sont davantage chez elles, elles ont un plus grand pouvoir sur leur vie et peuvent continuer à vaquer à leurs habitudes de vie au quotidien. Mais, malgré que nous assistions de plus en plus au développement de milieux résidentiels qui tendent à aller vers le logement (*Chez-soi*), il y a un risque d'instrumentalisation du logement au profit de l'hébergement. Cette instrumentalisation pourrait freiner la participation sociale des aînés en perte d'autonomie. La mise en œuvre, au tournant des années 2000, des projets de logement sociaux destinés à des aînés en perte d'autonomie est traversée par deux courants simultanés. Un premier courant, plus dominant ces années-ci, est celui de la sécurité, reflété par de nombreuses normes architecturales et de qualité dans les résidences pour aînés.

L'autre concerne l'autonomie et le libre choix des aînés en regard de leur expérience résidentielle. Ces principes peuvent entrer en conflit lorsqu'ils empiètent l'un sur l'autre. Les acteurs au centre de la création et de la gestion des milieux résidentiels doivent donc réfléchir sur l'axe central **autonomie/sécurité** pour déterminer les réelles possibilités de participation sociale des aînés. Comment arriver à bien équilibrer ces deux aspects indispensables du logement? Chaque fois que nous adoptons une pratique de l'hébergement pour assurer la sécurité des personnes, il y a un danger de glissement vers l'hébergement et la perte de possibilités de participation. Le logement devient en quelque sorte un hôpital, surtout s'il adopte une norme B2 qui se traduit par des mesures de sécurité, de protection des incendies et d'évacuation accrues. Par contre, si nous adoptons une pratique d'hébergement dans le logement des personnes âgées en nous souciant de favoriser leur autonomie, par exemple, en construisant des salles de bain bien adaptées à leurs besoins, nous favorisons leur participation sociale. Bref, favoriser la participation sociale de la personne âgée par le logement, nécessite de voir se dernier comme le lieu de départ de la vie sociale et communautaire de la personne et non pas comme un « maintien à domicile » fermé sur un extérieur hostile. Le logement, pour favoriser la participation sociale, doit être ouvert sur la communauté. La personne doit pouvoir réaliser ses habitudes de vie en participant dans son milieu et sa communauté.

Références

- ANNISON, J. E. (2000). Towards a clearer understanding of the meaning of "Home". *Journal of intellectual and developmental disability*, 25(4).
- BILLIS, D. (ED.) (2010). *Hybrid organizations and the third sector. Theory for practice*. London: Palgrave McMillan.
- BOYER, R. CHARRON, E., ULRICHE, J., & TOLLIDAY, S. (ED.) (1998). *Between imitation and innovation. The transfert and Hybridization of Productive models in the International Automobile Industry*. Oxford : Oxford University Press.
- BRANDSEN, T., VAN DE DONK, W., & PUTTERS, K. (2005). Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. *International Journal of Public Administration*, 28. 9-10 : 749-65.
- CHARPENTIER, M., & SOULIÈRES, M. (2006). *Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir des personnes âgées*

en résidence et en Centre d'hébergement. Rapport de recherche remis au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Secrétariat des aînés. Montréal : Université du Québec à Montréal.

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

DUBUC, N., DEMERS, L., TOUSIGNANT, M., TOURIGNY, A., DUBOIS, M.-F., & CARON, C. (2009). *Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*. Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement/Université Sherbrooke.

ADALBERT, E., & LAVILLE, L. (DIR.) (2004). *The third Sector in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

GRENIER, S. (2002). *Logement ou hébergement? L'évolution des milieux de vie substitués pour les personnes âgées*. Montréal : Université du Québec à Montréal.

JETTÉ, C., THÉRIAULT, L., MATHIEU, R., & VAILLANCOURT, Y. (1998). *Évaluation de logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal*. Montréal : LAREPPS-UQAM.

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

LAVILLE, J. (1992). *Les services de proximité en Europe*. Paris : Syros/Alternatives.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Québec : Gouvernement du Québec.

MORIN, P., & BAILLERGEAU, E. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social*. Québec : Presse de l'Université du Québec.

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

PAILLÉ, P., & MUCCHIELLI, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences sociales*. Paris : Armand Collin.

RENAUD, F. (2008). *Des locataires âgés qui s'engagent dans le logement social au Québec. Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*. Paris : La Documentation française.

RENAUD, F. (2008). *Réseau de santé, services sociaux et logement social au Québec*. Habitat social et vieillissement. Paris : La documentation française.

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

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

RICHARD, R. (1991). What is Lessons drawing? *Journal of Public Policy*, 11(1), 11-33.

SMITH, S. R. (2010). Hybridization and nonprofit organizations: The governance challenge. *Policy and Society*, 29(2010), 219-229.

SOCIAL DATA RESEARCH (2000). *Le logement-services pour les aînés*. Ottawa : SCHL.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2008). *Guide d'élaboration et de réalisation de projet AccèsLogis*. Québec : Société d'habitation du Québec.

TSEMBERIS, S. G., NAKAREA, L., & NAKAREA, M. (2004). Housing first, Consumer choice and Harm Reduction for Homeless individual with dual diagnostic. *American Journal of Public Health*, 94, 651-656.

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

