



Programme de supplément au loyer en santé mentale en Chaudière-Appalaches : avoir son *Chez-soi* dans sa communauté

Rapport de recherche présenté par

Emmanuelle Bédard, Ph.D., professeure, Département des sciences infirmières

Cécile Cormier, Ts., professeure, Département de psychosociologie et travail social

Julie Richard, Ph.D. (c) en santé communautaire et professionnelle de recherche

Typhaine Leclerc, M.A. en sociologie et professionnelle de recherche

Lily Lessard, inf., Ph.D., professeure, Département des sciences infirmières

En collaboration avec

la Coalition des partenaires pour le développement de PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches

Septembre 2019



Un remerciement aux organismes subventionnaires qui ont rendu possible la réalisation de cette recherche :

- Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) « Initiatives structurantes » du Regroupement stratégique sur les inégalités sociales de santé et équité
- Programme d'aide aux organismes communautaires (PAOC) de la SHQ
- Québec Philanthrope



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec

**Société
d'habitation**

Québec 

FONDATION
Québec Philanthrope

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Table des matières | iii |
| Introduction | 2 |
| 1. Contexte de l'étude | 2 |
| 2. Repères conceptuels, objectifs de recherche et méthodologie..... | 5 |
| 2.1. Cadre conceptuel : le « Chez-soi » et « l'empowerment »..... | 5 |
| 2.2. Objectifs de recherche..... | 7 |
| 2.3. Méthodologie | 7 |
| 3. Résultats | 8 |
| 3.1. Contexte de vie des personnes qui ont reçu un PSL..... | 9 |
| 3.2. L'expérience du PSL | 10 |
| 3.3. Les représentations et les répercussions du PSL..... | 10 |
| 3.3.1. Des représentations et des répercussions positives | 11 |
| 3.3.2. Être en mesure de combler ses besoins de base..... | 12 |
| 3.3.3. Un grand soulagement | 12 |
| 3.3.4. Une ouverture à un monde de possibilités | 12 |
| 3.3.5. Un sentiment de fierté personnelle | 13 |
| 3.3.6. Un élément de stabilité dans leur vie..... | 14 |
| 3.3.7. Une ressource pour leur santé mentale et physique | 14 |
| 3.3.8. Un autre côté de la médaille | 15 |
| 3.3.9. Le PSL : un effet levier | 15 |
| 3.4. Des perceptions communes chez les locataires et les intervenant.e.s ? | 16 |
| 3.5. Pour la Coalition : préoccupations constantes pour la personne qui reçoit un PSL..... | 19 |
| 4. Discussion | 21 |
| 4.1. Avoir un « chez-soi »..... | 21 |
| 4.2. L'empowerment et la réduction des inégalités sociales | 22 |
| 4.3. Le PSL : une stratégie pour réduire les inégalités sociales et les écarts de bien-être ? .. | 25 |
| 5. Quelques recommandations | 26 |
| 5.1. Sur le plan de la pratique..... | 26 |
| 5.2. Sur le plan structurel et politique | 27 |
| Références | 28 |

Une des erreurs les plus fréquentes que les praticiens et les chercheurs commettent est de penser que parce qu'ils « s'inscrivent dans la lutte pour le bon combat » ou parce qu'ils agissent sous la bannière de la justice sociale ou autre visée vertueuse, ils n'ont pas besoin de se questionner sur leur propre pratique. (Hyde, 2012, p.438, traduction libre)

Introduction

Cette recherche est issue d'une demande de soutien scientifique adressée au Collectif de recherche sur la santé en région¹ et au Collectif de recherche participative sur la pauvreté en milieu rural, tous deux de l'UQAR, par les membres de la Coalition des partenaires pour un programme de supplément au loyer (PSL) en santé mentale en Chaudière-Appalaches. Les membres de la Coalition² souhaitaient mieux comprendre les retombées du PSL pour les personnes qui le reçoivent à partir de leur point de vue et de celui des intervenant.e.s qui les accompagnent. Ce rapport se divise en cinq chapitres où seront décrits le contexte de l'étude, ensuite le cadre conceptuel, les objectifs et la méthode de recherche, puis les résultats et enfin la discussion et les recommandations.

1. Contexte de l'étude

Les conditions socioéconomiques et les inégalités qu'elles génèrent sont considérées comme déterminantes pour la santé des individus et des collectivités (Organisation mondiale de la santé, 2009). À cet égard, le logement représente un des déterminants sociaux majeurs de la santé. Au Canada, le manque de logements adéquats contribuerait à l'augmentation du stress, à l'exclusion sociale ainsi qu'à la hausse du risque de maladies physiques et mentales des personnes (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009). Pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale, le logement, et particulièrement l'instabilité au logement, revêt une importance accrue comme déterminant social de la santé (Beaulieu et Dorvil, 2004) du fait notamment qu'il contribue à augmenter la vulnérabilité à l'itinérance (Vincent et Morin, 2010). L'accès à un logement adéquat et abordable serait un élément fondamental de l'intégration sociale et du rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental (Piat, Lesage, Dorvil, Boyer, Couture et Bloom, 2008). Selon le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec (2015) : « plusieurs défis freinent l'intégration de personnes atteintes d'un trouble mental dans des logements autonomes, notamment la précarité financière, la rareté des logements salubres et abordables, la stigmatisation et les contraintes d'accès au soutien dans la communauté » (p. 23). Pour faire face à ces défis, les plus récents plans d'action en santé mentale québécois et canadiens ciblent les mesures d'accès au logement pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale comme des priorités (MSSS, 2015, CSMC, 2012). À cet égard, le Plan d'action en santé mentale

¹ Anciennement le Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER).

² La coalition est composée de 12 partenaires : SHQ, OMH, CISSS-CA, Fédération des coopératives d'habitation de Québec-Chaudière-Appalaches, Table régionale des organismes communautaires actifs en santé mentale en CA, L'Ancre, L'A-Droit et Les Nouveaux sentiers. Afin d'alléger le texte, le terme Coalition sera utilisé pour désigner ce regroupement dans l'ensemble du rapport.

(PASM) 2015-2020³ vise le soutien au logement comme cible d'action et considère que « les services de soutien au logement favorisent la participation sociale » (MSSS, 2015, p. 21).

En outre, et depuis plusieurs décennies, le fait de posséder un niveau de vie suffisant pour avoir accès à un logement est considéré comme un droit (ONU, 1948). Il existe quelques programmes sociaux qui soutiennent l'accès au logement pour les plus démunis ou pour une clientèle particulière, dont les personnes vivant avec un problème de santé mentale. C'est le cas du Programme de supplément au loyer (PSL) et du Programme allocation-logement. Il y a aussi des habitations à loyer modiques (HLM) qui sont disponibles pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. On retrouve également du soutien à des initiatives citoyennes telles que les coopératives d'habitation ou des organismes sans but lucratif qui développent des logements communautaires à l'aide de subventions du programme AccèsLogis de la Société d'habitation du Québec (SHQ). D'autres formules résidentielles existent notamment des résidences d'accueil ou pavillons, des ressources intermédiaire (RI), des ressources de type familial (RTF), des appartements supervisés à durée déterminée et des foyers de groupe, dont une partie relève directement du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), tandis qu'une autre partie est gérée en partenariat avec des organismes communautaires ou des regroupements d'organisations (Kirouac, 2018).

Considérant que le Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social (MSSS et SHQ, 2007) a permis une collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'habitation en logement social, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec souhaite développer des « services d'habitation et d'hébergement autres qu'institutionnels » et privilégie le logement autonome (MSSS, 2015, p. 67). De plus, la Mesure 3 du dernier Plan d'action en santé mentale (2015-2020) indique qu'« afin d'élaborer des formules de logement et d'hébergement qui répondent à la situation, aux besoins et à la capacité de payer des personnes, [...] la SHQ accroîtra l'utilisation du PSL pour desservir des personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi que des personnes atteintes de trouble mental » (MSSS, 2015, p. 23).

Plus précisément, dans la région de Chaudière-Appalaches, lors d'une rencontre organisée par l'A-Droit⁴ en 2011, des personnes utilisatrices de services en santé mentale manifestent d'abord de l'intérêt pour le Programme de soutien au loyer (PSL) sous la forme développée à Québec par le projet Clés en main, c'est-à-dire où la subvention est attribuée à *la personne bénéficiaire* plutôt qu'à un propriétaire de logement. Par la suite, une analyse de besoins a été menée par des intervenants d'organismes communautaires et du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS-CA) dans les neuf municipalités régionales de comté (MRC) de la région. Il a été possible d'identifier les besoins en logement pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale en milieu rural. L'analyse a révélé que la majorité des personnes qui recherchent un logement sont des personnes seules (Coalition pour le développement du PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches, 2014) alors que peu de logements subventionnés sont disponibles à l'extérieur des centres urbains ce qui oblige

³ Notons que le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 visait déjà le soutien au logement comme cible d'action.

⁴ L'A-Droit est un organisme communautaire de promotion et de défense de droits des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale qui dessert la région de Chaudière-Appalaches.

souvent les personnes à quitter leur milieu de vie. Préoccupés par cette situation, la Coalition des partenaires pour le développement de PSL santé mentale en Chaudière-Appalaches a fait valoir la pertinence d'étendre le Programme de supplément au loyer (PSL) aux personnes vivant avec un problème de santé mentale en milieu rural. Ainsi, entre 2016 et 2017, 50 PSL ont été octroyés en Chaudière-Appalaches. La majorité de ces PSL (90%) ont été attribués à des femmes ou des hommes seuls et 10 % à des familles avec enfant.s.

L'attribution de ces PSL s'accompagne de dispositions particulières dans le suivi des personnes qui présentent des troubles de santé mentale graves⁵. En effet, dans le réseau actuel de soins de santé et de services sociaux, les équipes de suivi intensif (SI) et de soutien d'intensité variable (SIV) ont la possibilité de faire des suivis à plus long terme mais en moins grand nombre. Ainsi, malgré qu'existe une Nouvelle gestion publique⁶ qui met de l'avant les notions d'efficacité et de rendement, empruntant ainsi certains concepts des logiques d'économie marchande (Klein, 2014; Amar et Bertier, 2007), la surveillance statistique permet de juger si l'intensité du suivi est suffisante pour maintenir ou non le dossier actif d'une personne dans ces équipes SI/SIV (MSSS, 2015). Dans les critères d'obtention du PSL, les personnes doivent accepter un suivi au minimum d'un an et présenter un projet de vie. Après un an, les personnes bénéficiaires du PSL peuvent mettre fin à leur suivi ou le poursuivre au besoin.

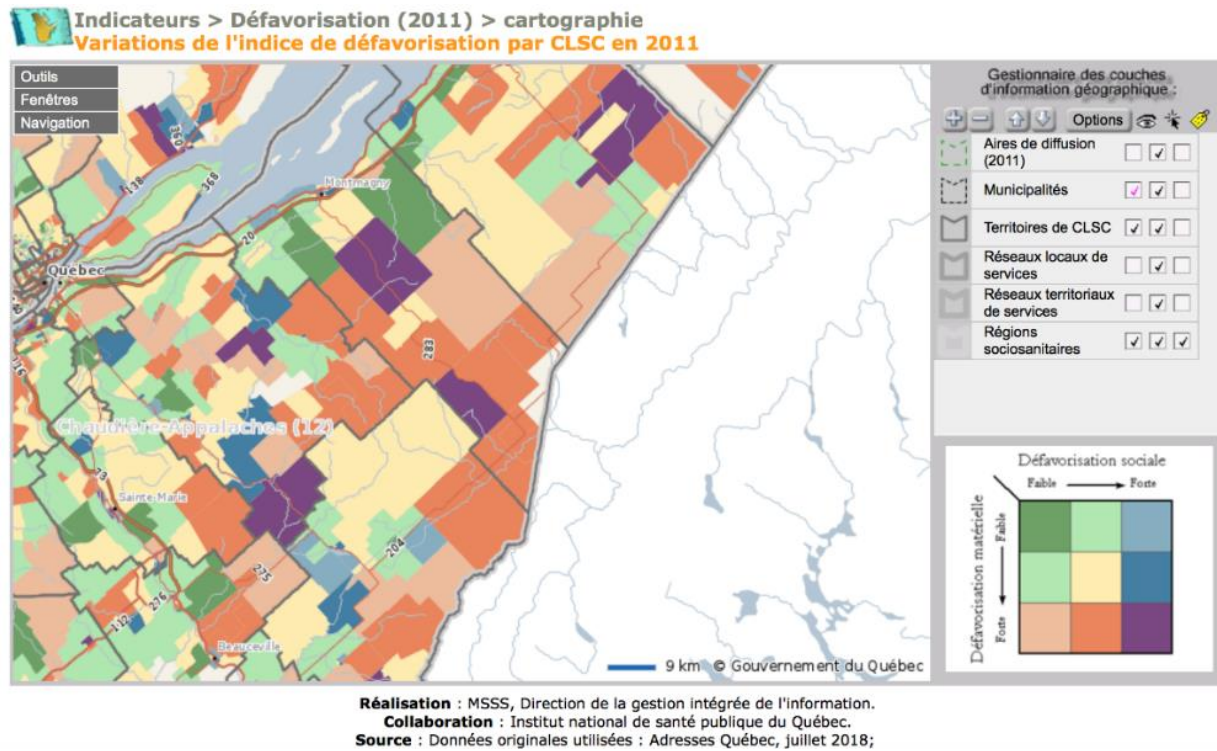
Ce contexte du réseau de la santé et des services sociaux se conjugue au contexte socioéconomique de la région où l'indice de défavorisation sociale et matérielle varie d'un secteur à l'autre et peut être préoccupant pour certains secteurs (voir figure 1). La variation de la défavorisation (zones très favorisées qui côtoient des zones très défavorisées) traduit la présence d'inégalités sociales au sein du territoire de Chaudière-Appalaches. Ces écarts de richesse se manifestent en inégalités sociales de santé (Frohlich *et al.*, 2008) qui ont tendance à s'accentuer. Autrement dit, plus les gens se retrouvent au bas de l'échelle sociale, moins leurs résultats de santé et de bien-être sont favorables. Les personnes qui ont eu accès aux PSL sont celles qui se retrouvent au bas de cette échelle sociale et qui voient leurs conditions de santé et de bien-être affectées par leur vécu de grande pauvreté. Le parcours de vie des personnes est vécu dans un contexte socioéconomique complexe si bien que comme Bernard (2007), nous croyons qu'il est difficile de parler de ce parcours sans faire référence aux inégalités qui le façonnent. C'est donc avec la préoccupation de situer le parcours de vie des personnes

⁵ « Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. » (MSSS, 2005, p. 40).

⁶ La gouvernance de l'action publique, sous l'influence combinée de l'état des finances publiques, de certains concepts économiques et du néolibéralisme, tend vers des modes de gestion qui réfèrent davantage au fonctionnement des administrations privées (Amar et Berthier, 2007). Ainsi, ces méthodes se sont peu à peu répandues, constituant le courant de la Nouvelle gestion publique (NGP) où les individus deviennent des clients plutôt que des citoyens contribuables (Klein, 2014 ; Amar et Berthier, 2007). Au Québec, cette approche aura été adoptée par les gouvernements québécois au tournant des années 2000 transformant peu à peu les logiques de gestions dans le secteur de la santé et des services sociaux notamment. Cette logique marchande dans le secteur public contribue à transformer les pratiques (Piron, 2003 ; Amar et Berthier, 2007) et pose certains enjeux toujours d'actualité (tiré de Richard, Bourque et Lachapelle, 2017).

dans une réalité socioéconomique et dans un contexte de transformation du réseau de la santé et des services sociaux que nous présentons les résultats de cette recherche.

Figure 1 : Carte de variation de l'indice de défavorisation matérielle et sociale Chaudière-Appalaches



2. Repères conceptuels, objectifs de recherche et méthodologie

2.1. Cadre conceptuel : le « Chez-soi » et « l'empowerment »

En accord avec les préoccupations exprimées par la Coalition, le cadre conceptuel de ce projet de recherche repose sur les concepts du Chez-soi et de l'empowerment. Le concept de Chez-soi fait référence à l'expérience de la personne dans ce qui désigne à la fois le logement comme habitat et la manière de l'habiter (Dahi, 2012) :

Le mot « chez » exprime à « l'intérieur de » et nous signale l'existence d'un habitat alors que le pronom personnel « soi » nous mène à la dimension personnelle et subjective d'habiter (Serfaty-Garzon, 2003b, 8 cité par Dahi, 2012, p. 53).

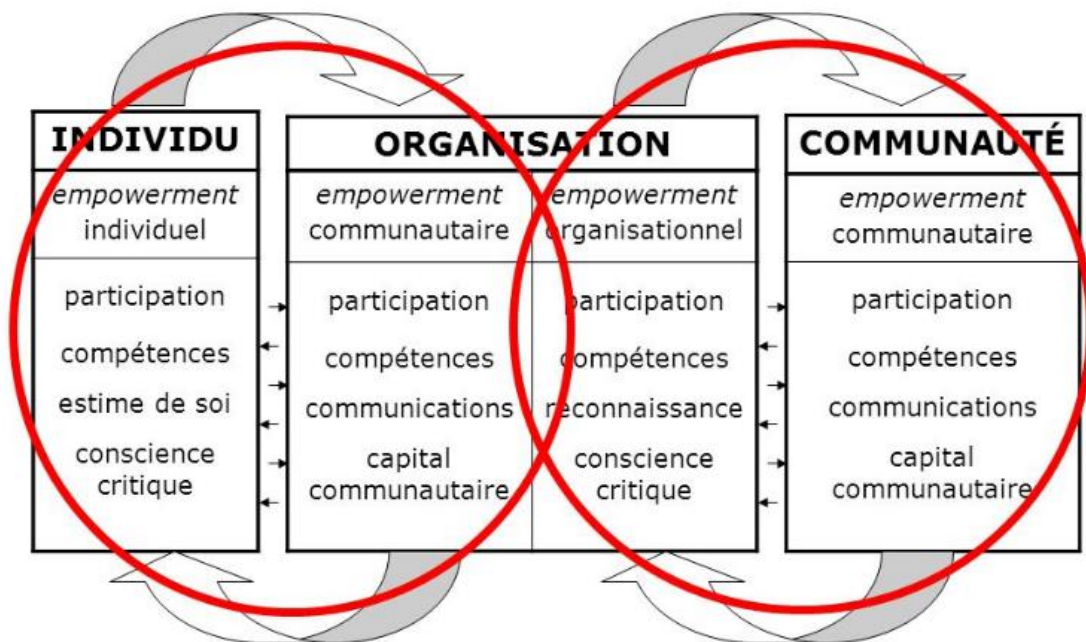
Le chez et le soi ensemble forment le Chez-soi lequel évoque un autre sens, apporte de nouvelles qualités et présente, par ailleurs, une forte charge affective et symbolique (Dahi, 2012, p. 54).

Le concept d'*empowerment*, concept phare du champ de la santé et des services sociaux, réfère à un processus qui mène au pouvoir d'agir et au produit de ce processus (Le Bossé, 2003, 2008, 2012 ; Ninacs, 2002, 2003, 2008). Ce processus d'action sociale doit favoriser la participation des personnes, des organisations et des communautés vers des objectifs d'amélioration du contrôle individuel et communautaire et de l'efficacité politique, pour une meilleure qualité de vie et une justice sociale (Wallerstein, 2006, traduction libre).

Il existe trois niveaux d'*empowerment* (voir figure 2) : individuel, organisationnel et communautaire (Ninacs, 2002). Chacun des trois niveaux décline des composantes relativement à la participation, au développement de compétences, à la conscience critique, à l'estime de soi et au capital communautaire. Pour plusieurs auteurs, les dimensions de l'*empowerment* et leurs composantes sont indissociables (Ninacs, 2003 ; Wallerstein, 2006). Mettre de l'avant des pratiques qui soutiennent l'*empowerment* des individus et des collectivités peut permettre de rendre plus efficaces les programmes de l'action publique et de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé (OMS, 1986; Wallerstein, 1992).

Figure 2 : Niveaux d'*empowerment* et leurs composantes

VUE D'ENSEMBLE DE L'EMPOWERMENT



2.2. Objectifs de recherche

Les objectifs ont été élaborés avec les membres de la Coalition. Les acteurs poursuivaient l'objectif de mieux comprendre ce que représente le PSL pour les personnes qui en sont bénéficiaires. En concordance avec les préoccupations des membres de la Coalition, ce projet de recherche visait plus précisément à :

- 1) saisir l'expérience du PSL pour les personnes qui le reçoivent, du processus d'octroi et d'obtention jusqu'au suivi;
- 2) faire ressortir les représentations et les répercussions qu'ont les personnes du PSL;
- 3) documenter le processus d'octroi et d'obtention du PSL par la Coalition;
- 4) examiner de quelle manière le PSL soutient le processus d'*empowerment* tant sur les plans individuel, organisationnel que communautaire;
- 5) faire ressortir comment les objectifs/perspectives des personnes et des intervenants et organismes partenaires correspondent de part et d'autre et finalement;
- 6) élaborer des recommandations pour le projet Clés en main en Chaudière-Appalaches.

2.3. Méthodologie

Pour répondre à ces objectifs de recherche, les partenaires ont opté pour une démarche de recherche qualitative de nature collaborative qui a été menée dans les neuf MRC de Chaudière-Appalaches et la Ville de Lévis, en collaboration avec la coordonnatrice du projet Clés en main et les membres de la Coalition. La recherche qualitative permet d'adopter une perspective de compréhension et d'interprétation (Lietz et Zayas, 2010) et permet de voir les phénomènes sociaux comme des phénomènes de sens, selon le contexte social, historique et culturel du milieu d'étude (Anadón, 2006; Poupart et *al.*, 1997). La dimension collaborative et participative est valorisée dans la mesure où les membres de la Coalition pouvaient participer, selon leur volonté, leur intérêt ou leur disponibilité, à différentes étapes de la recherche (élaboration des objectifs, recrutement des participant.e.s, analyse, validation et diffusion des résultats). Enfin, la recherche servira l'action puisque les membres de la Coalition souhaitent utiliser les résultats pour améliorer leurs interventions.

Trois modes de collecte de données⁷ principaux ont été prévus : l'entrevue individuelle (avec les personnes qui reçoivent un PSL), l'entrevue de groupe (avec les intervenant.e.s) et l'observation participante. L'entrevue individuelle⁸ a été priorisée du fait qu'elle fournit des données en profondeur et parce qu'elle est appropriée pour saisir les représentations personnelles des personnes. L'entrevue de groupe⁹ a été l'occasion de saisir les perceptions des personnes qui accompagnent celles qui reçoivent un PSL. L'observation participante entourant les activités de la Coalition ainsi que la documentation reliée à celles-ci complètent la collecte des données.

⁷ Le présent projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CISSS-CA et porte le numéro 2008-513. Toutes les personnes qui ont participé ont signé le formulaire de consentement libre et éclairé.

⁸ Afin de s'assurer d'une diversité de répondants, les participant.e.s ont été sélectionnés à partir de leurs caractéristiques personnelles (sexe, âge, statut matrimonial, MRC, année d'obtention du PSL) et de leur intérêt à participer à l'étude.

⁹ Les intervenant.e.s ayant une expérience dans le suivi de PSL en santé mentale en CA ont été contactés. Celles et ceux intéressés à participer à l'étude ont été retenus pour l'entrevue de groupe.

Un total de quatorze entrevues individuelles auprès des personnes qui ont reçu un PSL en santé mentale en 2016 ou 2017 ont été réalisées avec six hommes et huit femmes âgé.e.s entre 24 et 58 ans. De ces quatorze personnes, onze sont des personnes vivant seules et trois sont des cheffes de familles monoparentales. Nous avons également tenu une entrevue de groupe avec huit intervenant.e.s provenant de partout sur le territoire. L'observation participante a été réalisée par une chercheure qui a participé aux rencontres de la Coalition depuis l'automne 2016 selon la fréquence de la tenue des rencontres, soit aux deux à quatre mois.

Les entrevues, individuelles et de groupe, ont été retranscrites intégralement pour en faciliter l'analyse. Cette analyse des données a été guidée par la méthode proposée par Paillé et Mucchielli (2016) et Cresswell et Poth (2018). Nous avons priorisé une méthode d'analyse par questionnement analytique, une approche « tout indiquée dans le cas de recherche évaluative » (Paillé et Mucchielli, 2008 : 213). Elle vise à dégager la trame expérientielle ou sociale de ce qui est vécu ou observé, à faire la synthèse des faits saillants et à faire émerger de nouvelles questions de recherche. L'ensemble du processus d'analyse s'est réalisé en plusieurs étapes qui visaient l'appropriation des données, la codification et l'interprétation afin de rendre compte des résultats d'une manière scientifiquement intelligible. Nous avons eu recours au logiciel NVivo 10 pour organiser le matériel recueilli et faciliter l'analyse. Afin de répondre aux critères de scientificité de la recherche qualitative en termes de crédibilité, de transférabilité et de fiabilité (Drapeau, 2004), différentes mesures ont été prises tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Ainsi, la diversité des modes de collecte, c'est-à-dire les entrevues individuelles, de groupe et l'observation participante, permet une triangulation des données qui assure la scientificité de la démarche et particulièrement la crédibilité et la fiabilité, mais aussi la transférabilité. L'entente inter-juge sur la codification (réalisée par trois membres de l'équipe de recherche) permet aussi d'assurer la fiabilité des données. Enfin, la méthode de Van Campenhoutd et *al.* (2005) a été utile pour guider l'analyse collective et de validation avec les partenaires de la Coalition où ce fût l'occasion d'approfondir certains éléments de compréhension, contribuant non seulement à la collectivisation des résultats mais également à leur crédibilité. En somme, l'ensemble du processus d'analyse donne un sens aux données recueillies.

3. Résultats

Dans cette section, les résultats sont présentés selon les thèmes qui sont ressortis de l'analyse. D'abord, nous rendrons compte du contexte de vie des personnes avant qu'elles ne reçoivent le PSL pour ensuite préciser quelques éléments de l'expérience vécue dans le processus d'obtention. Ensuite, nous mettrons au jour leurs représentations ainsi que les répercussions du PSL dans leur vie¹⁰. Par la suite, nous soulignerons les convergences et divergences entre les perceptions des intervenant.e.s à l'égard du PSL et les propos des personnes qui l'ont reçu. Enfin, nous présenterons les préoccupations des membres de la Coalition que l'observation participante a permis de colliger.

¹⁰ Notons que nous n'avons pas constaté de différence dans les propos des personnes qui ont reçu un PSL en 2016 et en 2017 quant à l'expérience, aux représentations et aux répercussions du PSL ni sur le plan rural/urbain. Les résultats sont donc présentés pour l'ensemble de ces personnes sans différenciation.

3.1. Contexte de vie des personnes qui ont reçu un PSL

Les personnes qui reçoivent le PSL et que nous avons rencontrées sont issues d'une diversité de parcours avec des histoires et des cheminements qui leurs sont propres. Dans notre échantillon, il y avait des hommes et des femmes, des jeunes et des personnes âgées, des personnes vivant seules ou des cheffes de familles monoparentales. Les besoins et enjeux vécus par ces personnes étaient aussi diversifiés : par exemple, souhait de quitter la maison familiale, recherche de logement plus grand pour recevoir les enfants, volonté de vivre dans un endroit plus tranquille ou ailleurs que dans une maison de chambre.

Dans la majorité des cas, les personnes rencontrées décrivaient une situation d'extrême pauvreté avant l'obtention du PSL et faisaient état de parcours construits d'épisodes traumatiques divers. La détresse financière et psychologique nommée dans la période avant le PSL semblait être le lot de la majorité des personnes rencontrées. Un état de survie qui occupe l'esprit sans cesse, des stratégies pour avoir accès à de la nourriture ou pour payer les factures. Des participant.e.s se sont exprimé.e.s ainsi :

J'arrivais pas, mais pas pantoute. Je suis arrivée premièrement au député pis je lui ai mis sur la table tous les problèmes que j'avais, financièrement. J'ai dit : « regarde, moi j'abandonne. Je ne suis plus capable. » Pis je braillais, pis je braillais. J'ai dit : « je suis pu capable. Je te demande juste de pas donner les enfants à leur père, pis j'ai dit, moi, je décroche, c'est assez. » Tu sais, j'étais rendue là. Je pensais au suicide, ça marchait plus. Il n'y avait plus rien qui marchait. J'étais même pas capable de mettre du lait, du pain, ou quoi que ce soit sur la table. J'étais plus capable. (Entrevue C1.1).

T'sais, j'avais pas de "projet de vie" en tant que tel. T'sais, me trouver un travail ou t'sais, fonder une famille, ou t'sais, un grand projet de vie. (Entrevue C2.5).

Certain.e.s ont raconté avoir eu une expérience de logement très instable et avoir dû déménager à plusieurs reprises pour des raisons financières surtout, mais aussi pour des raisons d'insalubrité du logement, d'espace insuffisant ou de violence conjugale. Un participant s'exprime ainsi :

Euh, mon doux, oui ! Ah mon doux oui ! Ah ouais ouais... de St-Albert, à Québec, à Montmagny, je suis retourné à St-Albert, j'ai acheté ma maison des parents. Après ça j'ai retourné à Québec. Après ça, je suis revenu à Montmagny, ici, Maison Rotary à côté ici pis là ben, je suis rendu ici. (Entrevue C.1.6).

D'autres ont raconté avoir fait des séjours en institution qui se sont déroulés sur plusieurs années. En plus des compétences en termes de stratégies de survie qui se sont aiguisées chez les personnes avant l'obtention du PSL, soulignons leur force de résilience. En effet, malgré la quantité considérable d'épisodes traumatiques dans leur parcours, les participant.e.s détiennent encore la capacité à espérer qu'un état de bien-être puisse se pointer à l'horizon.

À cet égard, nous avons constaté chez certain.e.s participant.e.s, beaucoup d'humour par rapport à leur situation et une capacité d'autoréflexion critique dans leur façon de rendre compte de leur propre parcours. D'autres exprimaient des critiques envers le contexte de leur situation mais également

envers des personnes qui vivent la même situation qu'eux ou évoquaient des éléments de comparaison dans leurs situations respectives. Par exemple, quelques-uns se questionnaient sur le fait que certaines personnes méritent le PSL alors que d'autres non. Ils étaient sensibles aux préjugés à leur égard alors qu'ils portaient un jugement critique sur les conditions d'obtention d'autres personnes qui vivent les mêmes difficultés qu'eux-mêmes. Était-ce en lien avec l'intériorisation de certaines idées reçues selon lesquelles il y aurait des « bons pauvres et des mauvais pauvres » ? Enfin, les témoignages des personnes qui ont obtenu le PSL révèlent que le contexte de défavorisation sociale et matérielle façonne leur parcours et affecte leur trajectoire.

3.2. L'expérience du PSL

L'expérience globale du PSL, du processus d'octroi et d'obtention jusqu'au suivi, semble être vécue par les participant.e.s de manière positive malgré quelques bémols apportés par certains d'entre eux. En effet, quelques personnes, particulièrement des parents avec enfants, ont précisé qu'elles auraient aimé savoir à l'avance que l'obtention du PSL faisait en sorte que leur revenu d'aide au logement allait être coupé et leur crédit de solidarité diminué. Cela dit, elles estiment que le PSL demeure bénéfique dans leur vie.

Par ailleurs, les participant.e.s ont fait part des détails techniques d'obtention du PSL et ont partagé leur expérience en ce qui a trait à leur relation avec leur intervenant.e et la nature du suivi dont ils et elles bénéficient (suivi en lien avec le logement, psychologique, psychiatrique, ou autre). Il va de soi que les transformations que le réseau de la santé et des services sociaux a subies ont contribué à la mobilité du personnel mais ce « roulement », selon ce que rapportent les participant.e.s, ne semble pas avoir affecté la qualité de la relation de confiance qui permet l'accompagnement.

Ben ça va très bien. Ben ça allait très bien avec [intervenante 1] aussi. Ensuite ben j'ai eu [intervenante 2], ça allait très bien pis elle est très dynamique. [Intervenante 3], ben c'est ça, on change tout l'temps [...] faut tout l'temps recommencer. C'est ça qui est difficile là – mais [intervenante 3], non, est très, comment j'pourrais dire, conscienci—conscienceuse dans dans ce qu'a fait. Euh, la relation est bonne [...] le contact y'est bien. (Entrevue C1.2).

Bien que la majorité d'entre eux aient un vague souvenir des démarches administratives requises pour obtenir leur PSL, il appert que ces démarches effectuées par les intervenant.e.s ont contribué à forger ce lien de confiance qui a vraisemblablement permis de faire des avancées sur le plan individuel pour les personnes ayant obtenu un PSL. En effet, comme nous le verrons à la section 3.4, les personnes qui ont obtenu un PSL ont souligné le soutien des intervenant.e.s envers elles. Certaines nuances seront toutefois apportées.

3.3. Les représentations et les répercussions du PSL

Les participant.e.s se sont exprimé.e.s sur les représentations et la nature des répercussions du PSL dans leur vie. Nous constatons que le PSL se répercute sur l'ensemble de la vie des locataires. Les thématiques ressorties sont les suivantes : des représentations et des répercussions positives, être en mesure de combler ses besoins de base, un soulagement, une ouverture à un monde de possibilités,

un sentiment de fierté personnelle, une stabilité, une ressource pour leur santé, l'autre côté de la médaille et un effet levier. Il faut savoir que toutes ces dimensions sont interconnectées les unes aux autres.

3.3.1. Des représentations et des répercussions positives

Lorsque nous posons la question à savoir ce que représentait le PSL dans leur vie, les personnes rencontrées partageaient surtout l'impact positif de ce programme dans leur vie. Ainsi, considérant que les témoignages sur les représentations et les répercussions se recourent, nous les présentons dans la même section. Deux personnes interrogées s'expriment ainsi :

Ce que ça représente, c'est de l'or pour moi, pis c'est précieux, il faut pas que je le perde non plus parce que j'en ai réellement besoin avec les enfants. (Entrevue C1.1).

Je pense que ça m'a apporté un peu de soleil dans ma vie. (Entrevue C2.3).

La force de la signification des paroles des personnes rencontrées est sans contredit. Le PSL représente un avancement, une progression dans leur vie, comme s'ils et elles venaient de « gagner à la loterie » ou d'obtenir « une promotion » :

[...] c'est un plus dans ma vie là, c'est comme l'obtention d'un emploi mettons. Je sais pas, j'ai vu ça d'même, c'est comme avoir gagné... une promotion ou quelque chose là, je le sais pas! (Entrevue C2.3).

L'image qui suit est le résultat du regroupement des mots liés aux représentations et aux répercussions de toutes les entrevues à partir du logiciel NVivo 10. Cette image (figure 3) permet d'illustrer, en plus gros caractères, les mots qui ont été évoqués le plus souvent.

Figure 3 : Représentations et répercussions du PSL exprimées par les participant.e.s



Nous interprétons notamment les mots « capable », « aller », « faire », « manger », « bouée » comme éléments forts des représentations et des répercussions.

3.3.2. Être en mesure de combler ses besoins de base

Toutes les personnes rencontrées nous ont fait part d'une nouvelle réalité depuis l'obtention du PSL : leur capacité à combler leurs besoins de base. Elles peuvent se nourrir, s'habiller et se loger convenablement sans recours externe :

Puis même que je me dis, mon appartement là, c'est mon cadeau que je me suis fait. (Entrevue C2.1).

[...] y a beaucoup de semaines que je dis "Non [à la banque alimentaire], je suis complète, je te remercie". Je vais pas enlever des choses aux autres... quand je suis capable de m'en payer là. (Entrevue C2.4).

C'est la première fois dans ma vie que j'ai un coat qui a du bon sens, là... Puis que j'ai même des bottes d'hiver que je sais que je vais être confortable, je vais être bien cet hiver [...] J'avais pas assez d'argent pour m'acheter des affaires normales... (Entrevue C2.1).

3.3.3. Un grand soulagement

Les participant.e.s expriment très clairement et unanimement à quel point ce supplément est soulageant pour eux et elles puisqu'il les libère d'une charge mentale quotidienne liée au vécu de grande pauvreté en leur permettant de combler leurs besoins de base. Les extraits suivants témoignent de ce soulagement :

[...] la subvention me permet de VIVRE et de respirer mieux. (Entrevue C2.4).

On dirait que je le réalise pas aujourd'hui encore. On dirait que je le réalise pas là que... aujourd'hui je suis capable de vivre, tsé j'capable de payer mes comptes. Tsé j'ai pas peur que... j'reçoive des lettres, mettons un exemple, ton compte va être coupé... mon courant va être coupé ou j'ai pas d'argent. Tsé je le réalise pas. (Entrevue C1.7).

[...] je me casse moins la tête ! On a moins de problème d'argent dans la tête à penser pis en plus ben on est plus fière on est mieux habillé. On sort un peu. On est capable de payer notre café, notre beigne. C'est toute des petites affaires que tu peux pas faire sur l'aide sociale sans PSL. (Entrevue C1.6).

3.3.4. Une ouverture à un monde de possibilités

L'ensemble des participant.e.s se sentant davantage libéré.e.s de cette charge mentale, affirment pouvoir se concentrer sur autre chose que sur les stratégies de survie liées au vécu de pauvreté. En effet, une marge de manœuvre financière est dégagée, ce qui leur ouvre la porte vers un monde de possibilités notamment celle de socialiser. Certain.e.s participant.e.s affirmaient se sentir capable de renouer des liens avec leur famille, de se faire des amis et de les inviter dans leur « chez-soi » :

[...]j'arrive mieux. Je suis mieux habillé. Tsé j'capable d'aller voir mon monde. Tsé des fois j'allais pas chez mes sœurs à Noël pis toute parce que j'tais pas habillé pis j'avais même pas de bottes pour aller dehors pis tsé... » [...] « Fa que là cet été j'va être bon pour inviter une couple de ma famille à venir manger icitte des hot-dogs, des hamburgers. Que j'pourrais pas faire si j'aurais été sans PSL. Sans PSL j'aurais pas pu faire ça là. (Entrevue C1.6).

Je vis... l'été ben je vais sur le terrain en arrière, je parle à mes voisins... puis à mes voisines puis... Mais avant là, non non non... (Entrevue C2.4).

Ils soulignaient également qu'ils se sentaient davantage capable de mieux s'affirmer avec les autres et d'avoir des relations sociales positives. En outre, quelques participant.e.s partageaient leur envie de mieux prendre soin d'eux-mêmes et pour d'autres, cela signifiait également de songer à prendre soin de l'Autre (parents, voisins, animaux) et à faire du bénévolat.

Pour d'autres personnes interrogées, l'obtention du PSL leur offre la possibilité d'acheter des outils pour réparer leur logement ou encore de se procurer du matériel artistique alors qu'une mince marge de manœuvre le permet désormais. Pour plusieurs personnes, l'art (dessin, broderie, tricot, artisanat, etc.) s'avère un moyen de s'accrocher à quelque chose, de donner un sens à leur vie et de garder le cap lorsqu'ils/elles traversent des moments plus difficiles. Pour d'autres, l'art est non seulement un moyen de stimuler la créativité qu'ils se reconnaissent mais également un moyen éventuel de rapporter des revenus d'appoint (par la vente de bijoux artisanaux par exemple) en plus de favoriser le développement de leur fibre entrepreneuriale :

Puis là, depuis que j'ai la subvention, je res-pi-re [...] Ouais, ma qualité de vie, ben je veux dire je... je pouvais m'acheter... ben c'est nono là mais un livre à colorier avec des crayons neufs... Euh, des livres de sudoku, euh... Puis là ben je veux faire une... une couverture là au crochet pour mon lit. (Entrevue C2.4).

Enfin, d'autres personnes s'engagent plus concrètement à lutter contre la stigmatisation des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Une personne interrogée a même donné une conférence sur le sujet:

Ah ouais, mais j't'allée faire une conférence démystifier ça tsé la stigmatisation écoute, c'pas parce qu'on est atteint d'une maladie mentale qu'on est fou là... (Entrevue C1.5).

3.3.5. Un sentiment de fierté personnelle

Selon les personnes interrogées, le PSL aurait un effet direct sur comment elles se perçoivent et comment elles sont perçues par les autres. La majorité d'entre elles partageaient leur sentiment d'être fières de leur nouvelle réalité et les effets de cette fierté sur leur estime d'elles-mêmes. Un participant s'exprime ainsi :

Pis en plus ben on est plus fier, on est mieux habillé. On sort un peu. On est capable de payer notre café, notre beigne. C'est toute des petites affaires que tu peux pas faire sur l'aide sociale sans PSL. (Entrevue C1.6).

La manière dont les participant.e.s parlent de leur nouvel appartement témoigne aussi de cette fierté. L'extrait présenté à la section 3.3.2 (entrevue C2.1), où la personne souligne que son appartement est un cadeau qu'elle s'est fait, en est un exemple.

Le regard que portent les autres sur elles semblerait également s'être modifié :

Puis mon dieu que ça faisait... longtemps que le monde avait pas été fier de moi là, comme ça là. (Entrevue C2.1).

Tout compte fait, le PSL permettrait aux personnes interrogées d'avoir plus confiance en elles, de rebâtir leur estime d'elles-mêmes et de retrouver une certaine dignité humaine.

3.3.6. Un élément de stabilité dans leur vie

Le fait d'être en mesure de combler les besoins de base produit de la stabilité. Dans leurs récits, les participant.e.s ont révélé que malgré leurs parcours marqués par divers événements traumatiques, le PSL leur permet de trouver cette stabilité de logement vue comme nécessaire dans la construction d'un « Chez-soi » :

En ayant quelque chose de tranquille comme ça... que je sais que le monde arriveront pas n'importe quand n'importe comment là. (Entrevue C2.1).

Plus encore, plusieurs ont fait mention que cette stabilité de logement leur apportait une stabilité émotionnelle et relationnelle mais aussi la sécurité et la tranquillité d'esprit.

3.3.7. Une ressource pour leur santé mentale et physique

Les propos des participant.e.s font ressortir que le PSL semble être un bienfait tant pour leur santé mentale que physique. En ce qui a trait à la santé mentale, plusieurs participant.e.s ont signifié que le programme atténuait leur stress et leur anxiété et surtout, améliorait leur humeur :

Ouais ben oui ça m'a équilibré mentalement parce que tu te sens en sécurité financière quand tu réponds à ton premier besoin qu'y'est normal de se loger pi tout ça ben tu peux, t'es ben après. (Entrevue C1.5).

Puis y avait aussi que c'était pas... ça allait m'aider pour justement, ma santé, ma joie de vivre, puis j'étais comme... Je m'en venais dans la dépress là. (Entrevue C2.2).

C'est vraiment positif ça ça redonne le goût de vivre là un peu là, tsé ça montre que oui garde tu peux te reprendre en mains parce que y'existe des programmes ... (Entrevue C1.5).

Une chance que ça m'a aidée parce que je serais peut-être plus là aujourd'hui. (Entrevue C1.7).

Fait que j'avais en tête le suicide, puis quand j'ai eu la subvention là (Soupir) là j'ai commencé à respirer puis à vivre. Ouais. (Entrevue C2.4).

Ceci illustre les conséquences positives des facteurs contextuels sur la situation socioéconomique de l'individu et par le fait même, sur sa santé mentale. Ainsi, lorsque les personnes rencontrées partagent à quel point le PSL représente un soulagement pour eux et leur permet d'avoir accès à la sécurité alimentaire, à la stabilité émotionnelle et relationnelle, à la capacité de choisir et de garder un

logement qu'elles aiment et dans lequel elles se sentent bien, elles nous parlent des ressources qui leur permettent d'améliorer leur santé avec un peu moins d'obstacles.

Pour certaines personnes interrogées, faire des choix d'aliments sains a des répercussions directes sur leur santé physique et mentale. Certaines partageaient le fait que de pouvoir bien se nourrir semblait diminuer leur anxiété et facilitait la prise de médicament sur une base régulière :

Ma santé oui, parce que là mon diabète y'est plus stable qu'y'était. Parce qu'quand tu vas dans les banques alimentaires, ben tu choisis pas tout l'temps c'que tu voulais manger, tandis que quand tu choisis tes aliments ben ouais... (Entrevue C1.2).

[...] mais c'est mieux que c'était là : ça...je gère mieux que c'était. J'ai moins de...j'ai moins d'anxiété pour le manger...euh...ça m'ôte un poids. Puis...ma prise de médicaments est plus fréquente aussi, qui fait en sorte que...c'est moins dur...passer mes journées. (Entrevue C2.3).

3.3.8. Un autre côté de la médaille

Toutefois, quelques personnes ont exprimé des éléments moins positifs du PSL dans leur vie. En effet, celui-ci pouvait devenir un facteur de stress pour certaines d'entre elles, et cela, pour deux raisons principales. La première est que pour une personne ayant un problème de santé mentale, le seul fait de déménager, de changer de routine, d'avoir à gérer un budget différent et de socialiser dans un nouvel environnement apportent un certain stress. Par exemple, faire des contacts avec les voisins ou socialiser par le biais du bénévolat peut représenter un stress de plus dans leur quotidien. Cela dit, il s'agit d'un stress normal qui est plutôt bénéfique pour ces personnes puisqu'elles apprennent à composer avec ces nouvelles réalités, signe de rétablissement selon Deegan (1996).

La seconde raison est la perception pour certains participant.e.s que le programme peut prendre fin s'ils ou elles ne gèrent pas bien leurs affaires, ce qui les ferait revenir à une situation de précarité extrême. D'autres encore perçoivent le programme comme une étape vers un retour éventuel au marché du travail, situation qui peut être très anxiogène.

3.3.9. Le PSL : un effet levier

À la lumière des répercussions du PSL chez les personnes interrogées, nous constatons que celui-ci semble avoir un effet levier dans leur vie. À cet égard, il ressort de leur discours le sentiment « d'être capable » et le fait « d'avoir le choix ». Le mot « capable » est d'ailleurs celui qui ressort en premier en termes de fréquence d'apparition dans leurs discours.

Se sentir capable

À travers les propos des participant.e.s, nous avons compris que le PSL avait l'effet de *normaliser les actes de la vie quotidienne*, de faire en sorte qu'ils ou elles se sentent « être comme les autres », c'est-à-dire d'être capable de gérer leurs comptes, leur épicerie, leurs sorties, leurs relations. Il ne s'agit pas seulement « d'être capable » mais d'avoir les ressources nécessaires pour actualiser cette capacité.

C'est dire que pour une importante majorité de personnes rencontrées, ce sentiment de pouvoir combler leurs besoins de base, de se bâtir un chez-soi et d'être capable de « gérer leurs affaires »

contribue à diminuer leur stress et affecte positivement leur santé mentale et physique. Par le fait même, cela contribue à augmenter leur estime d'elles-mêmes et facilite leurs relations sociales, interpersonnelles et familiales. Elles se sentent aussi capables de réaliser différentes activités sociales, artistiques ou communautaires qu'elles ne faisaient pas avant. Partageant des expériences liées à l'estime de soi ou à la participation, des locataires ont révélé avoir contribué à des conférences comme participant.e mais également comme conférencier.e invité.e. La notion de *capacité* était encore une fois très éloquent. La capacité de s'exprimer, de socialiser a été abordée par plusieurs. Grâce au PSL qui leur permet de participer à des assemblées citoyennes ou de pouvoir s'investir bénévolement dans un organisme, plusieurs faisaient le constat non seulement de se sentir moins seul dans leur situation mais de voir la possibilité d'apporter, eux aussi, une contribution citoyenne. Ces propos illustrent bien l'effet levier du PSL dans la vie des personnes :

T'sais, j'ai développé ma solidité, j'ai développé ma... ma force de cœur, d'esprit, de corps, puis... mon expression, ça l'a aidé avec le travail...ben je parle du bénévolat. Euh, avoir des contacts avec la société, ça que j'en n'avais pas pendant plusieurs années. (Entrevue C2.5).

Avoir le choix

Un autre constat tiré de l'analyse des résultats est cette idée de *choix* qui traverse plusieurs dimensions de la vie des répondant.e.s. Plus que de combler leurs besoins de base, le PSL procure aux locataires la liberté de faire des choix :

Être capable de manger de la bonne viande [...] Ouais, du bon manger, puis que t'aimes, fait que tu peux choi-sirrr. [...] Acheter le café que j'aime [rires]. (Entrevue C2.4).

Selon le récit de la majorité des personnes, cette notion de choix n'existait pas avant l'octroi du PSL. Ce choix crée une ouverture vers de multiples possibilités et génère d'autres effets comme nous l'avons mentionné.

Ainsi, en plus d'agir comme un facteur de rétention des personnes dans leur milieu de vie, le PSL permet une mise en action ou un mouvement vers cette mise en action selon le rythme de chacun.e. Un levier qui leur permet de faire des choix, de retrouver une certaine dignité afin qu'ils/elles puissent s'émanciper dans leur milieu de vie, dans leur communauté. Un levier, donc, qui soutient non seulement l'*empowerment* des personnes mais également celui de la communauté.

3.4. Des perceptions communes chez les locataires et les intervenant.e.s ?

Comme précisé dans la méthode de collecte de données, un groupe de discussion a été réalisé avec huit intervenant.e.s qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de Chaudière-Appalaches, en CISSS, et ce, afin d'avoir accès à leurs perceptions et à leur expérience d'accompagnement des personnes qui obtiennent un PSL. Les intervenant.e.s étaient soit des technicien.ne.s en travail social ou en éducation spécialisée, des travailleur.euse.s sociaux affectés

aux programmes SI-SIV, DIDP-TSA¹¹ ou au programme ambulatoire. Ensemble, ils accompagnaient 21 personnes ayant reçu un PSL en 2016 ou en 2017.

Les perceptions des effets du PSL ont été analysées à partir de la perspective des intervenant.e.s et des locataires afin d'en dégager les convergences et les divergences (voir tableau 1). Soulignons que des éléments de perceptions sont communs quant aux effets du PSL selon le point de vue des locataires et celui des intervenant.e.s. Toutefois, la mise en lumière des divergences éclaire des éléments sur lesquels une attention a été portée.

D'abord, il faut mentionner que le dévouement et l'intérêt certain, que dédient les intervenant.e.s à la qualité de la relation et au bien-être des personnes, ont été abondamment exprimés par les membres du groupe et corroboré par les personnes ayant reçu le PSL qui ont été rencontrées. Malgré les récents bouleversements du réseau de la santé et des services sociaux, la qualité de la relation, autant dans l'accompagnement à plus long terme que dans le suivi plus singulier lié au PSL, a été qualifiée de positive et basée sur la confiance par les deux parties.

Pour l'ensemble des intervenant.e.s, l'importance de l'implication des personnes bénéficiaires du PSL dans l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention était clairement intégrée. Dans la mesure du possible, les personnes étaient impliquées à chaque étape du processus que ce soit dans les démarches pour l'obtention du PSL ou dans les stratégies liées à leur processus de rétablissement.

Du point de vue des intervenant.e.s, les répercussions du PSL sur la vie des personnes qui le reçoivent et qu'ils/elles accompagnent sont inestimables. D'abord, ils/elles perçoivent clairement que le PSL favorise l'estime de soi, facilite leurs relations sociales et familiales, favorise la participation des personnes à de nouvelles activités (bénévolat, loisirs, activités citoyennes, etc.) et augmente leur sentiment de sécurité. Les intervenant.e.s constatent que les personnes accompagnées vivent moins d'anxiété, d'agressivité. Ils/elles remarquent également que le PSL permet de ne pas ghettoïser les personnes (en vivant ailleurs que dans les HLM par exemple) et de sortir de la trajectoire de stigmatisation et de désaffiliation. Des intervenant.e.s s'expriment ainsi :

Ça l'a permis d'aller chercher beaucoup d'autonomie à ces gens-là, beaucoup de fierté d'être capable de se maintenir en appartement, d'aller faire son épicerie, c'est sûr que ça prend de l'accompagnement pis faut travailler autour de ça, mais ça a permis, ce PSL-là ...[...] d'être capable de vivre leur vie. (Entrevue de groupe des intervenants).

On dirait que ça a augmenté leur assurance personnelle, ils se sentent plus « sécurés » fait que c'est comme s'ils sont plus audacieux pour faire des choses, sont plus « willing » à faire des affaires, ils sont contents, la joie de vivre à monter parce qu'ils sont capables de se gâter plus, y'a moins de stress relié à l'aspect financier fait que c'est comme s'ils sont devenus tous plus « sécurés » moins anxieux de savoir ben « je vais tu arriver à la fin du mois » pis le fait qu'ils avaient eu une subvention, pour leur estime, ils l'ont pris personnel aussi, fait que moi je trouve que ça l'a amélioré ça dans tous les secteurs, c'est plus capable de se gâter, de participer à

¹¹ Déficience intellectuelle - Déficience physique - Trouble du spectre de l'autisme.

des activités de loisir, mais la majeure c'est au niveau de leur assurance, plus [sûrs] d'eux. (Entrevue de groupe des intervenants).

Le principale je pense qui est indéniable [...] c'est que ça permet aux gens de vivre dans un appartement décent et non pas dans un ghetto, je pense que ça c'est vraiment marquant... pis pour beaucoup de gens, s'en aller dans un HLM c'est d'être stigmatisé, c'est d'être dans un ghetto. (Entrevue de groupe des intervenants).

L'analyse des données recueillies lors du groupe de discussion entre les intervenant.e.s révèle que diverses logiques sont à l'œuvre dans l'exercice de leur mandat, ce qui peut faire naître des tensions dans l'accompagnement. En effet, des logiques parfois opposées se rencontrent dans les interactions entre les locataires et les intervenant.e.s. Ces derniers témoignent de leur profond désir d'aider les locataires et sont conscient.e.s des besoins singuliers des personnes qui composent à la fois avec des problèmes de santé mentale, de grande pauvreté et d'exclusion sociale¹². La qualité du lien qui se développe, qui certes favorise le rétablissement des personnes, requiert cependant une vigilance quant aux choix d'intervention. Devant la complexité des problématiques vécues par les personnes, le PSL peut devenir un instrument utile dans la gestion de leur quotidien pour les intervenants.e.s. Dans ce contexte, les intervenant.e.s voient le PSL comme un levier non seulement dans la vie des personnes bénéficiaires mais aussi dans le cadre de leurs interventions : le PSL est un outil qu'ils et elles mobilisent pour accompagner les personnes. Un intervenant affirme ceci :

C'est un bon moteur des fois pour motiver les gens sur des... sur des objectifs qui sont ben spécifiques, qu'on aurait abordé de toute façon s'il n'y avait pas eu le PSL. Euh... c'est un peu des fois une carotte au bout du bâton, là pour faire évoluer les gens de façon ben ben positive. (Entrevue de groupe des intervenants).

Or, cet outil peut devenir à double tranchant si les bénéficiaires du PSL en viennent à percevoir cet accompagnement comme un test de leurs aptitudes à gérer leur quotidien (par exemple, lorsque l'intervenant.e exerce diverses pressions pour que la personne fasse le ménage dans son logement ou qu'elle ait un budget équilibré). Si les personnes ressentent de la pression pour que leur PSL soit un tremplin vers la (re)mise en action (socialisation, bénévolat, retour sur le marché du travail, etc.) et qu'elles internalisent l'idée, parfois évoquée par des intervenant.e.s, de la perte de ce soutien financier, elles sont susceptibles de vivre du stress et de voir leur processus d'*empowerment* entravé.

Le tableau 1 illustre ces tensions à l'œuvre qui peuvent affecter à la fois le rôle des intervenant.e.s et les visées de rétablissement ou d'*empowerment*. Nous retrouvons d'un côté les perceptions des intervenant.e.s et de l'autre celle des locataires. Les perceptions communes se situent au centre du tableau.

¹² Cette singularité se manifeste notamment en raison des effets de la stigmatisation vécue par les personnes vivant à la fois avec un problème de santé mentale et en situation de pauvreté et du fait qu'intervenir avec ces personnes nécessitent du temps pour que cela donne des résultats (Desgagnés, Goma-Gakissa, & Gaudreau, 2018 ; Desgagnés, Gaudreau, Dupéré, Vézeau, Goma-Gakissa (2016).

Tableau 1 : Perceptions du PSL pour les intervenant.e.s et les locataires

| Perceptions des intervenant.e.s | Perceptions communes | Perceptions des locataires |
|---|---|---|
| Tension entre le souhait des intervenant.e.s d'accompagner les personnes (soutenir la réponse à leurs besoins) et la pression d'atteinte de résultats. | Entente sur le plan d'intervention. | Stresseur : c'est un filet de sécurité mais aussi un pas vers le marché du travail. Selon leur histoire / parcours de vie, le PSL peut devenir un grand facteur de stress (nuance à apporter sur le thème de la sécurité comme base des besoins de l'humain). |
| | Qualité de la relation (accompagnement et suivi) malgré les bouleversements du réseau SSS et les changements d'intervenant.e.s. | |
| Impuissance des intervenant.e.s face à différents aspects de la santé mentale (délire, accumulation de biens, troubles obsessionnels, etc.) = utilisation du PSL comme levier pour faire face à ces manifestations de la santé mentale et comme élément de responsabilisation de la gestion de budget des locataires. | Favorise l'estime de soi, les relations sociales, la participation. Augmente le sentiment de sécurité – constat que les personnes accompagnées ont moins d'anxiété, d'agressivité. Permet de ne pas ghettoïser les personnes et sortir de la trajectoire de stigmatisation. | Le PSL comme un « test de gestion » de ses affaires quotidiennes. |

3.5. Pour la Coalition : préoccupations constantes pour la personne qui reçoit un PSL

L'observation participante que nous avons réalisée permet d'établir quelques constats. Tout d'abord, entre sept et neuf membres participent régulièrement aux réunions de la Coalition des partenaires pour le développement de PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches et la plupart sont les mêmes représentants depuis le début de la Coalition. Les trois secteurs sont toujours représentés : habitation, organismes communautaires en santé mentale et réseau de la santé et services sociaux (surtout par la présence d'organismes communautaires du CISSSCA). L'animation et les comptes rendus sont partagés entre les membres, tandis qu'un organisme communautaire est l'organisme fiduciaire. Au besoin, des comités de travail se réunissent pour faire avancer des travaux (comité de sélection pour l'attribution de nouveaux PSL; préparation pour une représentation politique ou une demande de subvention; document de travail sur la composition des membres). Une employée assure la

coordination de la Coalition à raison d'une journée par semaine. Selon les participants de la recherche, cette salariée s'avère très significative dans l'obtention du PSL et en tant que personne-pivot lors de difficultés organisationnelles.

Notre participation régulière aux réunions de la Coalition nous a permis de faire ressortir cinq grandes préoccupations qui ont été validées lors d'une séance de présentation des résultats préliminaires avec les membres de la Coalition, en février 2019 :

- 1) La volonté de développer d'autres PSL pour leurs communautés, en particulier en milieu rural, avec une constante préoccupation d'équité entre les secteurs. Cela implique de poursuivre les représentations auprès des acteurs politiques, entre autres, pour obtenir le consentement des municipalités qui doivent assumer une petite part financière pour l'implantation de PSL sur leur territoire;
- 2) Le besoin de la pérennité du travail de la coordination;
- 3) Une réflexion sur la composition de la Coalition, dont l'inclusion des personnes visées par le PSL. Des « Orientations quant à la composition de Clés en main de Chaudières-Appalaches » ont été adoptées en mai 2018, incluant un « utilisateur de service (locataire) recevant un PSL » mais non mises en application durant la période observée ;
- 4) L'adaptation des processus administratifs aux réalités et aux visées du PSL à la personne. En particulier, la période de cinq ans associée à l'obtention du PSL est parfois interprétée comme un risque d'échéance, ce qui cause des pressions (selon des résultats de la recherche auprès des personnes et des intervenants). Aussi, un libellé d'une clause de l'entente avec le propriétaire n'est pas adapté au PSL attribué *à la personne* (et non pas au propriétaire), il crée de la confusion, et a même entraîné un refus de la part d'un propriétaire. Les membres de la Coalition s'expriment ainsi sur la mobilité des personnes qui reçoivent le PSL :

...faciliter la mobilité des candidats dans les territoires [...]. Il faut régler les affaires avec les conseillers en gestion autant que possible et cela avant d'adresser le problème au client. Cela ne devrait pas s'ajouter au stress qu'il rencontre. [Préparation de recommandations du bilan 2017] (Coalition des partenaires pour le développement de PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches, 2017).

- 5) La préoccupation pour le suivi des personnes lorsque qu'il y a des besoins alors que la période de suivi obligatoire d'un an est terminée et que la personne n'accepterait plus de suivi du CISSCA.

Enfin, l'observation de la chercheuse qui a participé aux rencontres met en lumière le véritable travail inter-réseaux de la Coalition. Les compétences et les capacités réflexives des membres de la Coalition, ainsi que de la personne à la coordination, ont forgé des liens de confiance qui se traduisent par la recherche constante de solutions et d'adaptations administratives. La maturité du groupe permet aux groupes-membres de dépasser leurs propres intérêts et contraintes organisationnelles au bénéfice des

personnes vivant avec un problème de santé mentale, qui présentent un besoin de logement abordable dans leur communauté ou la communauté de leur choix.

4. Discussion

Les résultats seront discutés à partir du cadre de référence de l'étude, c'est-à-dire la notion de Chez-soi et le concept d'*empowerment*, et du contexte des inégalités sociales de santé.

4.1. Avoir un « chez-soi »

Nos résultats corroborent les éléments du contexte qui font ressortir que les usagers des services de santé mentale préfèrent l'habitation autonome et en expriment plus de satisfaction et ce, particulièrement lorsque les personnes peuvent faire des choix (Johnson et Roger, 2009). Ainsi, pour devenir un « chez-soi », il est important que le logement soit choisi personnellement, en fonction des préférences et des besoins de la personne (Dorvil, Morin et Robert, 2001).

Par ailleurs, à l'intérieur de ce choix, se pose la question de la stabilité résidentielle. Sylvestre *et al.* (2001) présentent deux approches de la notion de stabilité résidentielle : stable ou dynamique. L'approche stable sous-tend que les personnes demeurent dans le même logement pendant de nombreuses années. Ainsi, lorsqu'une personne a accès à un logement subventionné (par exemple dans une coopérative ou une habitation à loyer modique (HLM)), si elle veut déménager, elle n'est pas assurée de retrouver un logement avec les mêmes conditions. Au contraire, l'approche dynamique permettrait la mobilité des personnes, dans des logements de qualité, ce qui favoriserait leur croissance personnelle et leur autonomie. D'ailleurs, pour les usagers de programmes de logement tel que le programme de supplément au loyer (PSL), la stabilité résidentielle, avec une approche dynamique, offre la possibilité de faire des choix et, « paradoxalement, repose sur le changement comme facteur essentiel de stabilité » (Sylvestre *et al.*, 2001, p. 61).

Dans les faits saillants que nous ont partagés les personnes rencontrées, le fait de pouvoir choisir leur logement et de pouvoir y rester, représente un élément fondamental, un aspect qui contribue à faire de leur « chez-soi » un lieu paisible qui correspond à leurs besoins mais également à ce qu'ils sont. « Le chez-soi est construit par le soi et construit le soi » (Dahi, 2012, p. 51). Le fait d'habiter est associé au processus d'appropriation de l'espace, à la possibilité de créer un lien matériel et symbolique de cet espace (Dahi, 2012). Autrement dit, c'est dans le pouvoir de décider de transformer son chez-soi et de l'utiliser à sa manière que s'actualise la possibilité de développer le pouvoir d'agir et celui d'habiter.

Lorsque les gens des milieux ruraux présentent des besoins de logement social, ils sont souvent contraints de migrer vers les centres urbains, privant ainsi leur communauté de forces vives. Les résultats de la recherche nous renvoient à un constat on ne peut plus clair : un PSL adapté à la réalité rurale et péri-urbaine est une excellente initiative qui contribue à ce que les personnes qui ont des besoins singuliers ne soient pas déracinées de leur chez-soi et qu'elles puissent réinvestir un capital social dans leur communauté lorsqu'elles se rétablissent. De plus, ce programme semble avoir des

répercussions positives dans plusieurs sphères de la vie des personnes qui le reçoivent, contribuant au final, à un meilleur état de santé.

4.2. L'empowerment et la réduction des inégalités sociales

Le PSL a des répercussions directes et considérables sur la vie des personnes qui le reçoivent. L'interconnexion des répercussions que provoque le PSL apparaît comme un fait saillant de la recherche. En somme, la recherche a permis de saisir l'effet de levier du PSL dans la vie des personnes face au poids du quotidien. Ce levier leur permet de dire (et de ressentir) : « je peux vivre, je suis capable de... ». Se sentir capable est un élément essentiel de l'*empowerment* individuel des personnes. Ce pouvoir d'agir donne espoir à plusieurs d'être en mesure de « développer leur Être », de mieux prendre soin d'elles et d'être bien, tout simplement. C'est dire les répercussions du programme sur l'état de mieux-être des personnes qui le reçoivent et sur la reprise d'un certain pouvoir sur leur vie.

Nous comprenons que les personnes interrogées rapportent avoir le sentiment *d'être capable* et sont donc en mesure de retrouver une certaine autonomie et un relatif pouvoir sur leur vie. Pour elles, il est désormais possible de penser pouvoir sortir de leur état d'être pauvre et d'avoir les moyens de *faire* et de « contribuer à la société ». Toutefois, malgré ce nouveau sentiment « d'être capable de », il existe une tension entre la motivation intrinsèque des personnes à se sortir de leur situation, qui peuvent avoir intériorisé le fait que leur situation est leur seule responsabilité, et le contexte qui les a appauvries et limitées dans leur capacité à agir. Cette capacité individuelle est vaine sans un environnement collectif (ressource) qui la soutient.

Bien que nous ayons davantage d'éléments qui illustrent le soutien à l'*empowerment* individuel des personnes qui ont reçu le PSL, selon nos résultats, il est juste de penser que ce programme recèle un haut potentiel de contribution à un *empowerment* organisationnel et communautaire. Toutefois, des nuances méritent une attention.

Dans l'*empowerment* organisationnel tel que nous le concevons, sont comprises deux dimensions. D'abord, l'*empowerment* peut être lié au fait que les personnes s'engagent davantage dans les organisations communautaires en faisant du bénévolat, où le PSL aura permis d'avoir plus d'espace et de confiance pour s'impliquer, prendre la parole en public, dans des assemblées. Par ailleurs, l'*empowerment* organisationnel peut être vu et regardé à partir de l'engagement de la Coalition qui vient soutenir les personnes ayant reçu un PSL pour une participation éventuelle comme membre de la Coalition. Ainsi, la Coalition peut voir son rôle selon deux angles dans ce processus d'*empowerment* organisationnel. D'une part, comme groupe d'acteurs organisationnels qui soutient le processus d'*empowerment* individuel et communautaire en misant sur le développement de compétences comme groupe (analyse, réflexion critique, action), et en contribuant par cela au mieux-être collectif et à la reconnaissance du groupe comme acteur crédible au sein de la communauté (capital communautaire). D'autre part, en s'orientant pour devenir un espace de participation (adapté aux personnes en situation de pauvreté vivant avec un problème de santé mentale) pour les personnes bénéficiaires d'un PSL afin qu'elles puissent contribuer à cet espace collectif comme premiers concernés et comme acteurs reconnus incontournables pour mieux comprendre ce phénomène. Les

premiers concernés pourront alors non seulement partager leur expertise singulière mais également participer à des changements qui leur seraient favorables.

L'implication des membres de la Coalition pour « ceux qui ont besoin » peut contribuer à influencer les réflexions qui orientent les décisions locales, territoriales, voire régionales. La préoccupation d'intégrer les premiers concernés au sein même de la Coalition permet une contribution à la réduction des inégalités de participation et du même coup, favorise les changements structurels nécessaires pour atténuer les inégalités sociales et celles de santé. Ce processus a également des répercussions sur la communauté plus largement dans le sens où on envoie le message d'une préoccupation d'inclusion et de solidarité. Les citoyen.ne.s peuvent sentir désormais qu'ils/elles pourront contribuer comme acteur (à part entière) dans leur communauté afin que cette communauté soit « riche de tout son monde », renforçant ainsi le capital communautaire. Des compétences nouvelles sont générées, une masse critique renforce le pouvoir d'agir de la communauté.

En outre, la notion de pouvoir est au cœur du concept d'*empowerment* vu comme une stratégie pour démocratiser la relation d'aide afin que les personnes puissent acquérir plus de contrôle sur leur propre vie (Lemay, 2007). Dans toutes relations humaines existent des formes de pouvoirs et l'acte d'intervenir, qui vise à influencer le cours des événements, suppose une directivité et l'exercice inévitable du pouvoir (Giddens, 1987 cité par Lemay, 2007). Ainsi, des paradoxes peuvent se dessiner même si l'intervenant.e est situé.e dans une conception égalitariste de la relation et qu'il/elle conçoit sans difficultés les compétences des personnes qu'il/elle accompagne. En effet, « il n'est pas toujours facile de laisser les personnes prendre leurs propres décisions et vivre les conséquences de leurs choix » (Gutiérrez *et al.*, 1995 cités par Lemay, 2007, p. 175) alors que certaines problématiques, notamment les troubles de santé mentale, sont vues comme une barrière à la prise de décision et à l'autonomie des personnes (Ackerson et Harrison, 2000 ; Gutiérrez *et al.*, 1995 cités par Lemay, 2007). Ce sont ces barrières qui poussent parfois les intervenant.e.s à renoncer (même inconsciemment) à une pratique d'*empowerment* ou à recourir à des stratégies qui viennent contrecarrer cette pratique. Peu d'études sur l'*empowerment* portent sur la perception qu'ont les intervenant.e.s et praticien.ne.s de leurs rapports de pouvoir ni sur la compatibilité de ce type de pratique dans des contextes où la relation d'aide est encadrée par une structure hiérarchique (Lemay, 2007). Toutefois, cette tension a été décelée dans le discours des intervenant.e.s autant que dans celui des personnes qui ont obtenu le PSL et corrobore d'autres résultats d'une étude réalisée dans un contexte similaire qui met en lumière des rapports de pouvoir qui peuvent être à l'œuvre dans l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté qui ont des troubles de santé mentale (Kirouac, 2018). Parce que le pouvoir est omniprésent et se situe même au cœur des rapports d'aide axés sur l'*empowerment* (Lemay, 2007), il peut s'avérer judicieux de l'interroger dans ses formes et dans ses effets, particulièrement dans l'accompagnement des personnes en situation de grande vulnérabilité.

Reconnaissant ces réalités asymétriques au sein d'une relation d'intervention, Parazelli et Bourbonnais (2017) déclinent le registre des théories qui guident l'opérationnalisation des stratégies d'*empowerment*, souvent diamétralement opposées, allant de la perspective de conscientisation à la perspective de responsabilisation. Ils exposent aussi certains angles morts pour inviter à une vigilance aux effets délétères « pour ne pas tomber dans la seule croyance des effets positifs résultant d'une

intention bienveillante des intervenantes et intervenants, ou des seules stratégies méthodologiques de la pratique » Parazelli et Bourbonnais (2017, p. 2). Ainsi, la question qui demeure fondamentale pour les intervenant.e.s qui œuvrent auprès des populations marginalisées est comment préserver une solidarité démocratique et conscientisante dans un contexte qui invite à obéir à des logiques d'autonomie et de responsabilisation individuelle en évacuant parfois les causes structurelles et systémiques des problématiques qui sont vécues par les personnes.

En examinant de quelle manière les PSL soutiennent le processus d'*empowerment* tant sur les plans individuel, organisationnel que communautaire, il est apparu important de souligner que le contexte d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé mentale est situé plus largement dans une conjoncture de gouvernance de l'action publique. La mise en lumière de ce contexte peut soutenir la compréhension des résultats de l'étude et éclairer davantage la compréhension des recommandations.

Rappelons que depuis les années 1990, sous l'influence combinée du néolibéralisme, de l'état des finances publiques, de certains concepts économiques et de l'informatisation des processus administratifs, on tend vers des modes de gestion qui réfèrent davantage aux modes de fonctionnement des administrations privées (Amar et Berthier, 2007). Ainsi, ces méthodes se sont peu à peu répandues dans le secteur public, constituant le courant de la Nouvelle gestion publique (NGP) où les individus deviennent des clients plutôt que des citoyens contribuables (Klein, 2014 ; Amar et Berthier, 2007) et où est insufflée une logique d'efficacité et de productivité qui rappelle le *modus operandi* des entreprises libérales.

Affectant davantage le réseau de la santé et des services sociaux et l'action communautaire autonome, les transformations des politiques publiques des dernières années tendent à accentuer et surtout à légitimer le paradigme de la NGP (Richard, Bourque et Lachapelle, 2017; Bourque et Lachapelle, 2018). Il va de soi que dans ce contexte, les services aux populations les plus marginalisées de notre société ont été affectés directement ou indirectement, accentuant du même coup la pression sur les intervenant.e.s. pour qu'ils embrassent cette logique de productivité. Une logique qui reste en tension avec les approches de rétablissement¹³ qui s'inscrivent davantage dans une perspective d'*empowerment* et qui requièrent du temps, loin des logiques consuméristes. Les intervenant.e.s du réseau de la santé et des services sociaux doivent désormais négocier avec cette tension qui reste en filigrane de leur mandat d'accompagnement malgré le fait que les équipes de suivis qui accompagnent les personnes qui ont des troubles de santé mentale bénéficient de plus de souplesse dans le ratio intervenant/usager ainsi que dans l'intensité du suivi¹⁴.

¹³ N'impliquant pas la guérison sans l'exclure (Quintal et Vigneault, 2007; Fisher et Ahern, 1999), le rétablissement en santé mentale est un « parcours de rémission et de transformation habilitant la personne ayant un problème de santé mentale à vivre une vie épanouie dans une communauté qu'il, ou elle, a choisi tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel » (Samsha, 2006, tiré de AGIR en santé mentale, 2006, p. 2). Constatant l'absence de consensus sur la définition de rétablissement, Starnino (2009) tente d'atténuer la confusion en proposant quatre types de définitions tirés d'une littérature qui rassemble des positions idéologiques opposées. Ainsi, il propose a) définition biomédicale, b) définition professionnelle, c) définition des survivants et d) définition des utilisateurs contemporains de services (*Ibid*).

¹⁴ Pour les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de suivi d'intensité variable (SIV).

Avec ce mandat d'accompagnement vient souvent la notion de « *projet de vie* » qui a pris naissance dans le champ de la réadaptation psychiatrique. Cette approche a inspiré le plan d'intervention axé sur le rétablissement promu, entre autres, par le Centre national d'excellence en santé mentale, et qui a été intégrée dans le discours des intervenant.e.s en santé mentale, (Centre national d'excellence en santé mentale, s.d.). Cette expression ne semble pas trouver écho chez les personnes que nous avons interrogées. En effet, celles-ci ne se souvenaient pas, pour la plupart, du « projet de vie » présenté pour avoir accès au PSL. Bien qu'abstraite pour les personnes qui reçoivent le PSL, cette expression demeure présente dans les rencontres de suivi et peut engendrer des effets non-désirés chez les personnes qui entament ce suivi. Malgré les bonnes intentions qui guident son utilisation (donner la possibilité de rêver, au-delà du trouble mental), il apparaît judicieux de rester vigilant face aux effets anxiogènes que ce type d'expression peut générer chez les personnes. Par exemple, les personnes pourraient ressentir une pression de se mettre en action (socialiser, faire du bénévolat, trouver un emploi, etc) alors que leur état de santé ne le permet pas. Ainsi la « peur de perdre leur PSL » s'ils ne s'engagent pas dans un « projet de vie » peut générer un stress qui, en plus de ne pas contribuer au rétablissement, peut affecter davantage la santé mentale.

4.3. Le PSL : une stratégie pour réduire les inégalités sociales et les écarts de bien-être ?

Les obstacles qui encadrent les conditions de vie des gens les contraignent souvent à demeurer au bas d'une échelle sociale qu'ils peinent à gravir, renforçant du même coup les inégalités sociales qui se manifestent tôt ou tard en inégalités sociales de santé (Frohlich *et al.*, 2008). En somme, les populations vulnérables sur le plan socioéconomique ont de moins bons résultats de santé, une situation jugée inévitable (Hyppolite, 2012). Lorsque les personnes ayant reçu le PSL partagent que ce programme leur permet d'avoir accès à des revenus d'appoint, à de meilleures conditions de vie, il semble que tombent un à un les obstacles qui les freinent pour gravir ces échelons de l'échelle sociale. Avec toutes les vigilances requises, il serait juste de penser que le PSL pourrait contribuer en partie à réduire les écarts de bien-être et à soutenir le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés. Toutefois, pour réduire de façon encore plus significative ces écarts de bien-être, un programme seul ne doit pas être vu comme une panacée. Il importe de pouvoir remplir le plateau d'options pour les personnes et pouvoir répondre à une large diversité de besoins, et, conjugué à cela, de miser sur les capacités¹⁵ (Nussbaum, 2001, 2012) comme stratégie pour construire des communautés saines et inclusives. Autrement dit, miser sur le développement de capacités individuelles serait vain si les ressources nécessaires ne sont pas accessibles et suffisantes pour soutenir la contribution de l'individu à l'environnement collectif (Nussbaum, 2012). Ainsi, tendre

¹⁵ L'approche des capacités est née d'une critique de la théorie de la justice sociale de Rawls (1971) qu'a élaborée l'économiste et philosophe Amartya Sen (1985). Sen soutient que pour une réelle justice sociale et pour lutter contre les inégalités sociales et économiques, l'égalité des biens sociaux ne suffit plus, qu'il faut miser sur l'égalité des possibilités donc, sur une équité. Ainsi, le fait de considérer que les individus n'ont pas forcément besoin de la même combinaison de biens pour être en mesure d'accomplir des actes identiques, fera évoluer les prémisses de la justice sociale. L'approche des capacités, qui voit les *capacités* (libertés fondamentales, comme l'espérance de vie, l'engagement dans les échanges économiques ou la participation politique) comme la part constitutive du développement, et la pauvreté comme une privation de ces capacités, a par la suite connu d'importants développements avec les travaux de la philosophe Martha Nussbaum qui a apporté une importante critique féministe de l'approche de Sen.

vers la création de conditions qui favorisent des environnements et des politiques plus justes et plus équitables pour les individus et les communautés serait une avenue prometteuse.

La mobilisation qu'a suscitée la Coalition montre que cette avenue peut être judicieuse d'autant plus qu'est réfléchie la question de la participation des premiers concernés aux travaux qui touchent leur propre vie. Vue comme un moyen de rendre plus efficaces les politiques publiques (Marent *et al.* 2012), la participation des individus, particulièrement ceux les plus exclus, serait un passage obligé pour que les milieux puissent prendre en charge le développement de leur communauté avec comme conséquence positive d'améliorer la santé et le bien-être de la population (Lévesque, 2002, p. 6 cité dans Lachapelle, 2007). Toutefois, pour établir un lien avec le bien-être et la santé des individus et des communautés, la participation seule est insuffisante et doit s'inscrire comme une composante d'un processus d'*empowerment* (Hyppolite et O'Neill, 2003 ; Rifkin, 2014; Wallerstein, 2006). À cet égard, l'engagement citoyen tout comme le processus de création artistique peuvent être vus comme un moyen de résilience (Cyrułnik, 2004) et ainsi être au service du rétablissement.

5. Quelques recommandations

C'est au regard des résultats de la recherche et de l'analyse collective vécue avec les partenaires de la Coalition que nous formulons quelques recommandations et des pistes de recherche. Les recommandations touchent à divers aspects de la problématique que nous avons cherché à mieux comprendre. Ainsi, des recommandations sont adressées sur le plan de la pratique et sur le plan structurel et politique.

5.1. Sur le plan de la pratique

1. Clarifier les paramètres d'obtention et de suivi tant pour les personnes que pour les intervenant.e.s;
2. Renforcer la formation aux intervenant.e.s notamment sur l'application de l'*empowerment* et des interventions appropriées à des manifestations complexes des troubles mentaux;
3. Mettre en place une communauté de pratique pour les intervenants à la lumière des difficultés vécues par ces derniers et devant la complexité de la problématique des personnes en contexte de double vulnérabilité (pauvreté et santé mentale);
4. Poursuivre « l'intervention de proximité » déjà existante auprès des personnes;
5. Encourager la créativité artistique et l'engagement citoyen des personnes qui reçoivent un PSL (par exemple, dans les activités de la Coalition ou du CISSSCA et au sein d'autres instances avec le souci d'une participation non-instrumentalisée et inclusive).

5.2. Sur le plan structurel et politique

6. Pérenniser le travail de coordination des PSL afin d'assurer une stabilité régionale dans le suivi à long terme du programme (liaison entre les différents acteurs et les bénéficiaires, gestion de crise, suivi stable) ;
7. Actualiser les portraits de défavorisation matérielle et sociale des communautés locales afin de favoriser une équité territoriale dans l'offre des PSL et reconnaître les spécificités locales (urbanité-ruralité) ;
8. Structurer les communications entre la population et les décideurs (municipalités) afin de reconnaître la nécessité d'accroître l'accessibilité des PSL aux personnes dont la santé mentale est un enjeu prioritaire dans leur vie ;
9. Encourager le développement des PSL en santé mentale où la personne a le choix de son logement et peut demeurer dans sa communauté ;
10. Favoriser et soutenir l'action politique AVEC tous les acteurs concernés y compris les personnes en situation de pauvreté qui ont des problèmes de santé mentale qui reçoivent (ou non) un PSL.

Références

- Ackerson, B. J., & Harrison, W. D. (2000). Practitioners perceptions of empowerment. *Families in Society*, 81(3), 238-244.
- Amar, A. et Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et management publics, Vol. 5*, p.1-14.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative »: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1) : 5-31.
- Bardin, L. (1986). *L'analyse de contenu, (4ième ed)*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Beaulieu, A., et Dorvil, H. (2004). *Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*, Université Laval, Sainte-Foy.
- Bernard, P. (2007). The Interconnected Dynamics of Population Change and Life Course Processes. *Horizons*, 9(4), 13-16.
- Bourque, D., et Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, (798), 20-21.
- Centre national d'excellence en santé mentale (s.d.). Plan d'intervention de rétablissement et de réadaptation SI-SIV. <http://www.douglas.qc.ca/page/documentation-siv>
- Coalition des partenaires pour le développement de PSL santé mentale en Chaudière-Appalaches. (2017). *Rencontre de concertation concernant le développement de PSL en chaudière-Appalaches pour personnes vivant une problématique en santé mentale*. Compte-rendu. Lévis, bureau de l'A-DROIT, 11 décembre.
- Coalition des partenaires pour le développement de PSL santé mentale en Chaudière-Appalaches. (2017). *Rencontre de concertation concernant le développement de PSL en chaudière-Appalaches pour personnes vivant une problématique en santé mentale*. Compte-rendu. Lévis, bureau de l'A-DROIT, 11 décembre.
- Coalition pour le développement du PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches. (2016). *Programme Clés en mains Chaudière-Appalaches*. PWPT.
- Coalition pour le développement du PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches. (2014). *Projet Clés en main en santé mentale pour Chaudière-Appalaches*. Document.
- Coalition pour le développement du PSL en santé mentale en Chaudière-Appalaches. (2015). *Fiche descriptive/Projet pilote Clés en main Chaudière-Appalaches*. Document.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*. Gouvernement du Canada.
- Commission de la santé mentale du Canada (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary ; Alberta.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Approaches*. Fourth Edition United States of America: SAGE publications.
- Cyrulnik, B. (2004). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Dahi, S. (2012). *Le chez-soi pour les personnes itinérantes et pour les personnes ex-itinérantes présentant un problème de santé mentale*. Thèse de doctorat, Université Laval, Canada.
- Deegan, P. (1996). Recovery and the conspiracy of hope. Document présenté à « There's a Person in Here », sixième conférence annuelle des services de santé mentale de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, Brisbane (Australie), septembre 1996. Repéré à : <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>

- Desgagnés, J.Y., Gaudreau, L., Dupéré, S., Vézeau, C., Goma-Gakissa, Ph. D. (2016). *Populations marginalisées et intervention sociale en contexte de ruralité. Rapport d'une recherche-action participative menée sur le territoire de la MRC des Etchemins*. Université du Québec à Rimouski. Disponible en ligne à <http://semaphore.uqar.ca/1269/>
- Desgagnés, J.Y., Goma-Gakissa, & G. Gaudreau, L. (2018). Toutes et tous dans le même bateau. Regards croisés sur l'intervention sociale en contexte de pauvreté et de ruralité. *Nouvelles pratiques sociales*, 29 (2). Disponible en ligne à <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2018-v30-n1-nps03972/1051401ar/>
- Dorvil, H., P. Morin, A. Beaulieu et D. Robert (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et société*, 26(4), pp. 497-515.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Fisher, D., & Ahern, L. (1999). People can recover from mental illness. National Empowerment Center Newsletter, 8-9.
- Frohlich, K. L., De Koninck, M., Demers, A., et Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Canada: Presse de l'Université de Montréal.
- Hyde, C. (2012). Challenging Ourselves : Critical reflection on power and privilege. In Minkler, M., *Community organizing and building, third edition* (428-436). New Jersey: Rutgers University Press.
- Hypolite, S-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale Nationale. Rapport du directeur général de santé publique sur les inégalités sociales de santé*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.ciussc-capitalesnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/rapportiss_versionintegrale.pdf
- Hypolite, S. R. et Michel O'Neill. (2003). Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment. *Promotion et Éducation*, 10(3), p.137-142.
- Johnson, D. et Roger, S. (2009). Question and Answers: Systematic Review at the Center for Psychiatric Rehabilitation, in *Recovery and Rehabilitation*, 5(2). Center for Psychiatric Rehabilitation : Boston University.
- Kirouac, L. (2018). Habiter un logement subventionné avec soutien communautaire. Comment le programme Clés en main LAVAL agit-il sur l'instabilité résidentielle, le rétablissement et la réinsertion sociale et professionnelle ? Bilan des locataires. Recherche-Action. Laval : Clés en main Laval.
- Klein, J.-L. (2014). Innovation sociale et développement territorial. Dans Klein, Juan-Luis, Jean-Louis Laville et Frank Moulaert (dir.), *L'innovation sociale*, Toulouse : Éditions ÉRÈS, p. 115-139.
- Lachapelle, R. (2007). Renouveler l'État social : les enjeux de l'action communautaire au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), p.176-181.
- Lain, G. (2017). Prévenir l'instabilité résidentielle en logement social à Québec. Comprendre et accompagner les déterminants de stabilité résidentielle auprès des locataires marginalisés. Rapport de recherche. OMHQ-Clés en main : Québec.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, 365-388.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'«habilitation» au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- Le Bossé, Y. (2008). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(1), 137-149.

- Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance: invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1 : Fondements et cadres conceptuels*. Ardis.
- Le Bossé, Y. (2016). *Sortir de l'impuissance: invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1 : Aspects pratiques*. Ardis.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment: du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.
- Lietz, C. A., & Zayas, L. E. (2010). Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work*, 11(2), 188-202.
- Marent, B., Forster, R., & Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Social Theory & Health*, 10(2) : 188-207.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Société d'habitation du Québec. (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, Québec, Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/centredoc/NS19808.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale. La force des liens. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ninacs, W. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. (Thèse de doctorat, Université Laval, Canada).
- Ninacs, W. A. (2003). Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. La coopérative de consultation en développement; La Clé. Récupéré le 2011/12/21 de <http://envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Nussbaum (2012). *Capabilités : Comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Flammarion Climats.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Women and human development: The capabilities approach* (Vol. 3). Cambridge University Press.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Une conférence internationale pour la promotion de la santé : Vers une nouvelle santé publique. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Santé et droits de l'homme*. Aide-mémoire N°323. Centre des médias. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- Organisation des Nations unies (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Sciences Humaines et Sociales, Paris : Armand Colin.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd*. Armand Colin.

- Parazelli, M. et Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social. Perspectives, enseignement et limites. *Sciences et actions sociales* (6), 1-29.
- Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H, Boyer, R., Couture, A., et Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), p. 247-269.
- Piron, F. (2003). La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public. *Anthropologie et société*, 27(3), 47-71. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2003-v27-n3-as716/007924ar/>
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Quintal, M.-L., & Vigneault, L. (2007). La folie du rétablissement! Présentation *powerpoint*, dans le cadre d'une formation du service social de l'IUSMQ, Québec.
- Richard, J., D. Bourque et R. Lachapelle (2017). *Impacts de la transformation des politiques publiques sur le développement des territoires*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC), UQO, Gatineau, Cahier no 17-03, 80 pages.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl 2) : 98-106.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2006). Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains. Traduit par C. Rice. AGIR en santé mentale, Novembre, 1-10.
- Société d'habitation du Québec. (2014). *Espace partenaires – Programme supplément au loyer (PSL)*, Québec. Repéré à http://www.habitation.gouv.qc.ca/espace_partenaires/municipalites/municipalites_acceslogis_quebec/programmes/aceslogis_quebec/participation_financiere_de_base/programme_supplement_au_loyer_psl.html
- Sylvestre, J., Trainor, J. Hopkins, M., Anucha, U., Ilves, P. et Ramsundar, N. (2001). À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), p. 59-74.
- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J. M., et Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- Vincent, K. et Morin P. (2010). Le logement subventionné : dans le cadre du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté : source d'inspiration pour créer des modèles innovants. Gouvernement du Québec : Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec.
- Wallerstein, N. (1992) Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6(3) p.197-205.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian journal of public health*, 30(59 suppl) p. 72-77.
- Wallerstein, N. (2006). *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé? Copenhagen : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)*: Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bretagne.