

Évaluation de l'efficacité de la **politique** gouvernementale

À part entière :
pour un véritable exercice
du **droit à l'égalité**

L'habitation

RÉDACTION

Mike Almeida

Conseiller expert au soutien
à la mise en œuvre de la Loi
Direction de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

COLLABORATION

Lucie Dugas

Conseillère experte à l'évaluation
et à la recherche
Direction de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

Patricia Lamotte

Conseillère à l'évaluation
et à la recherche
Direction de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

Daniel Lavigne

Damien Huntzinger

Conseillers à l'évaluation et à la recherche
Direction de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

Noée Murchison

Conseillère
Direction des interventions
sectorielles stratégiques

Lucie Sarrazin

Technicienne en statistiques
Direction de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

SUPERVISION

Isabelle Émond

Directrice de l'évaluation et du soutien
à la mise en œuvre de la Loi

ÉDITION

Secrétariat général

APPROBATION

Conseil d'administration lors de sa séance
des 19, 20 et 21 avril 2017

RÉVISION LINGUISTIQUE

Karine Blanchard

Marjolaine Héroux

Fanny St-Sauveur

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU
QUÉBEC (2017). *Évaluation de l'efficacité de la
politique gouvernementale À part entière : pour un
véritable exercice du droit à l'égalité : l'habitation*,
Drummondville, Secrétariat général,
L'Office, 132 p.

.....

Dépôt légal – 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-78650-4 (version PDF)
ISBN 978-2-550-78651-1 (version texte électronique)

Office des personnes handicapées du Québec
309, rue Brock, Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripneur : 1 800 567-1477
info@ophq.gouv.qc.ca
www.ophq.gouv.qc.ca

Ce document est disponible
en médias adaptés sur demande.

REMERCIEMENTS

L'Office des personnes handicapées du Québec remercie les personnes suivantes pour leur participation aux différentes étapes de consultation lors de l'élaboration des rapports d'évaluation de l'efficacité de la politique.

Mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées

Isabelle Tremblay

Francine Gagnon

Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées

Roger Duchesneau

Anik Larose

Samuel Ragot

Association du Québec pour l'intégration sociale

Véronique Vézina

Richard Lavigne

Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Charles Rice

Claude Saint-Georges

Réseau communautaire en santé mentale

Expert

Patrick Fougeyrollas

Réseau international sur le Processus de production du handicap

Représentantes et représentants ministériels

Jocelyn Savoie

Eve Joseph

Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire

Pascal Poulin

Nancy Plamondon

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Andrée Dionne

Ministère de la Famille

Daniel Garneau

Mélanie Kavanagh

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Martin Breault

Ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports

Daniel Jean

Esther Sanschagrin

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Liliane Gras

Régie du bâtiment du Québec

Gérald Nadeau

Secrétariat du Conseil du trésor

Rose-Fidélité Ndayishimiye

Société d'habitation du Québec

L'Office tient également à remercier les organisations qui ont collaboré aux différentes collectes de données nécessaires pour la réalisation des rapports d'évaluation dont, la Régie d'assurance maladie du Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le ministère des Finances, la Société Logique, Ex aequo, l'Union de transport adapté et collectif du Québec, l'Association de transport urbain du Québec, l'Association québécoise du transport intermunicipal et municipal, l'Association des transports collectifs ruraux du Québec, la Fédération des transporteurs par autobus ainsi que les municipalités d'au moins 15 000 habitants assujetties à l'article 61.1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES	XI
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	3
Portrait du résultat attendu.	3
<i>Comparaison entre les provinces</i>	3
Contribution de la politique à la réduction des obstacles	4
<i>Les principaux obstacles en habitation</i>	4
<i>Analyse de la réduction des obstacles</i>	5
<i>Sources de données</i>	5
Le plan global de mise en œuvre	6
Les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées	6
Programmes et mesures gouvernementaux, rapports et données administratives	6
Collectes de données complémentaires	7
Consultations auprès des MO et du MACAPH	7
Jugement sur l'efficacité de la politique	8
L'HABITATION : UN PORTRAIT À PARTIR DE L'ECI DE 2012	9
Caractéristiques du logement	9
<i>Le type de construction résidentielle</i>	10
<i>La taille du logement</i>	11
<i>La condition du domicile</i>	12
Aménagements spéciaux du domicile	13
<i>Les besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile</i>	15
Le Québec comparé aux autres provinces canadiennes	15
LA CONTRIBUTION DE LA POLITIQUE À LA RÉDUCTION DES PRINCIPAUX OBSTACLES LIÉS À L'HABITATION	19
Disponibilité, diversité et adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées	19
<i>Les principaux modèles résidentiels</i>	20
<i>Les modèles résidentiels hybrides</i>	21
<i>Actions réalisées pour développer une gamme complète de modèles résidentiels</i>	23
<i>Actions réalisées pour réduire les délais d'accès aux ressources, programmes et services résidentiels</i>	30

<i>Contribution de la politique à la disponibilité, la diversité et l'adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées.</i>	32
L'accès à l'information en matière d'habitation	34
<i>Actions réalisées pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de l'information en matière d'habitation.</i>	34
<i>Actions réalisées pour élaborer des répertoires de logements adaptés</i>	36
<i>Contribution de la politique à la réduction des obstacles en lien avec l'accès à l'information en matière d'habitation</i>	36
Conception et aménagement du domicile	37
<i>Actions réalisées pour informer et sensibiliser les acteurs du domaine de l'habitation</i>	38
<i>Actions réalisées pour augmenter l'offre de domiciles adaptés et adaptables</i>	39
<i>Actions réalisées pour améliorer la couverture des besoins dans les programmes et mesures d'adaptation de domicile</i>	41
<i>Contribution de la politique à l'amélioration de la conception et de l'aménagement du domicile</i>	43
Qualité des services d'habitation	45
<i>Actions réalisées pour améliorer la qualité des services en RPA et en CHSLD</i>	45
<i>Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD</i>	46
<i>Les incidents et accidents déclarés en CHSLD</i>	51
<i>Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF</i>	52
<i>Actions réalisées pour favoriser la participation des usagers, leurs représentants, leur famille ainsi que les organismes de défense des droits aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation</i>	52
<i>Contribution de la politique à l'amélioration de la qualité des services d'habitation.</i>	53
Sécurité en milieu résidentiel.	54
<i>Actions réalisées pour mettre en place dans l'ensemble des milieux résidentiels des mesures de sécurité appropriées aux besoins des personnes handicapées</i>	54
<i>Contribution de la politique à la mise en place dans l'ensemble des milieux résidentiels de mesures de sécurité appropriées à la situation et à l'évolution des besoins des personnes handicapées</i>	57

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	59
Disponibilité, diversité et adéquation des modèles résidentiels avec les besoins des personnes handicapées	59
Accès à l'information en matière d'habitation	61
Conception et aménagement du domicile	62
Qualité des services d'habitation	63
Sécurité en milieu résidentiel	64
JUGEMENT SUR L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE À PART ENTIÈRE	65
CONCLUSION	67
ANNEXE – QUESTIONNAIRE AU MOUVEMENT D'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DES PERSONNES HANDICAPÉES.	69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77



LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX

1. Liste des principaux obstacles en habitation	4
2. Type de construction résidentielle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012	10
3. Type de construction résidentielle selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012	11
4. Nombre de pièces dans le logement selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012	12
5. Condition du domicile, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012	13
6. Taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile selon le sexe, l'âge et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012	14
7. Principaux aménagements spéciaux du domicile utilisés, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012	14
8. Besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012 . . .	15
9. Taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, provinces au Canada, ECI de 2012 . .	16
10. Besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, provinces au Canada, ECI de 2012 . .	17
11. Dépenses des programmes gouvernementaux selon les modèles résidentiels, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	24
12. Nombre d'unités livrées ou en cours de livraison pour les logements autonomes et les modèles hybrides, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	25
13. Nombre de places dans les ressources d'hébergement non institutionnelles et institutionnelles du RSSS, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	26
14. Nombre de places dans les ressources d'hébergement non institutionnelles du RSSS selon la clientèle, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	27

15. Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec le développement de logements accessibles ou supervisés, Québec, 2009 à 2013	29
16. Délais moyens d'attente ou de traitement des dossiers en mois pour les principaux programmes d'adaptation de domicile, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	31
17. Nombre de personnes en attente d'une ressource résidentielle du RSSS (sauf les CHSLD) par année et selon la clientèle, Québec, 2009-2010 à 2012-2013	32
18. Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec la sensibilisation et l'information des acteurs du milieu de l'habitation, Québec, 2009 à 2013	39
19. Nombre cumulatif ¹ de logements adaptés en vertu des principaux programmes d'adaptation de domicile, Québec, 2009-2010 à 2012-2013	40
20. Principaux changements dans les normes d'application du PAD de la SHQ, Québec, 2005 et 2009	42
21. Nombre de visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD selon le nombre d'installations, Québec, 2009-2010 à 2013-2014	47
22. Nombre de recommandations émises selon le thème d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, Québec, 2009, 2010 et 2013	48
23. Évolution qualitative de certaines recommandations récurrentes selon le sous-thème d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, Québec, 2009, 2010 et 2013 . . .	50
24. Pourcentage des événements déclarés en CHSLD, Québec, 2011-2012 à 2013-2014	51
25. Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec la sécurité résidentielle, Québec, 2009 à 2013	56

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ACL	AccèsLogis
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (abolie le 31 mars 2015 à la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales)
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (abolie le 31 mars 2015 avec l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales)
AQIS	Association du Québec pour l'intégration sociale
ASSS	Agences de la santé et des services sociaux (depuis le 1 ^{er} avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux [LMRSSS], notamment par l'abolition des agences régionales, les ASSS ont été remplacées par 13 centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS], 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux [CIUSSS], 7 établissements non fusionnés à un centre et 5 établissements non visés par la LMRSSS desservant une population nordique et autochtone)
AQRIPH	Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (créée le 1 ^{er} janvier 2016, regroupant la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Commission de l'équité salariale ainsi que la Commission des normes du travail)
COSME	Réseau communautaire en santé mentale
COOP	Coopératives
COPHAN	Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec
CSSS	Centres de santé et de services sociaux (abolis le 1 ^{er} janvier 2015 à la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux)

DI	Déficiences intellectuelle
DP	Déficiences physiques
ECI	<i>Enquête canadienne sur l'incapacité</i>
HLM	Habitations à loyer modique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LAAA	Logements adaptés pour aînés autonomes
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MACAPH	Mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées
MO	Ministères et organismes publics
MRC	Municipalités régionales de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (créé le 27 février 2015, regroupant le ministère du Travail et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale)
OAQ	Ordre des architectes du Québec
OBNL	Organismes à but non lucratif
Office	Office des personnes handicapées du Québec
PAD	Programme d'adaptation de domicile
PADVAR	Programme d'adaptation de domicile pour les victimes d'accident de la route
PADVAT	Programme d'adaptation de domicile pour les victimes d'accident du travail
PASM	Plan d'action en santé mentale 2015-2020
PEG	Plan 2015-2019 des engagements gouvernementaux
PGMO	Plan global de mise en œuvre
PSL	Programme de supplément au loyer

RBQ	Régie du bâtiment du Québec
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RPA	Résidences privées pour aînés
RPM	Répertoire des programmes et mesures
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAD	Subvention pour adaptation de domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SHQ	Société d'habitation du Québec
SUAL	Subvention pour l'adaptabilité du logement
TGSM	Trouble grave de santé mentale
TSA	Trouble du spectre de l'autisme



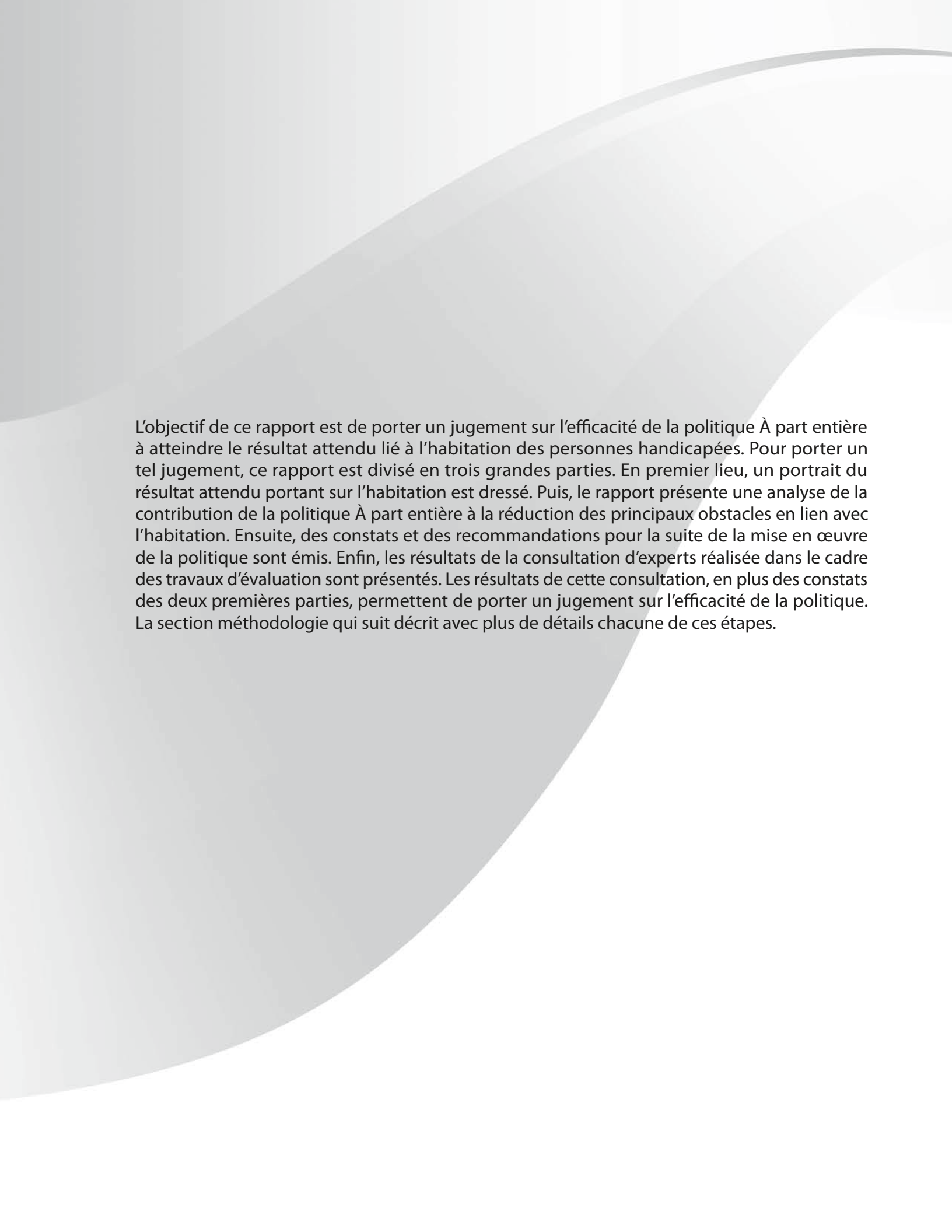
INTRODUCTION

Le 4 juin 2009, le Conseil des ministres adoptait la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité (Québec 2009a). Cette politique a pour but d'accroître, sur une période de dix ans, la participation sociale des personnes handicapées. Elle vise notamment l'atteinte de treize résultats liés à l'amélioration significative des conditions de vie des personnes handicapées, à une réponse complète de leurs besoins essentiels et à la parité avec les autres citoyens dans l'exercice de leurs rôles sociaux.

Le mandat d'évaluation de la politique À part entière a été confié par le Conseil des ministres à l'Office des personnes handicapées du Québec, en cohérence avec son devoir d'effectuer, en vertu de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (Québec 2005), des travaux d'évaluation de l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Afin de réaliser ce mandat, un cadre d'évaluation comprenant trois questions d'évaluation a été développé par l'Office, puis adopté par son conseil d'administration. Ces trois questions visent respectivement à suivre la mise en œuvre de la politique, à évaluer de sa contribution à la réduction des obstacles à la participation sociale des personnes handicapées et à l'atteinte de ses résultats attendus (Dubois, Dugas et Guay 2009 ; Dugas et Lavigne 2012).

Pour répondre à la première question, l'Office produit des bilans annuels faisant état de la mise en œuvre de la politique. Pour répondre à la deuxième et à la troisième question d'évaluation, une méthodologie en trois étapes permet de juger dans quelle mesure la politique À part entière a contribué à réduire les principaux obstacles à la participation sociale des personnes handicapées, et ce, pour chacun des résultats attendus. Quatre rapports d'évaluation portant sur les résultats attendus visant une réponse complète aux besoins essentiels des personnes handicapées que sont les activités permettant de vivre à domicile, l'habitation, les communications et les déplacements sont produits. Ensuite, un rapport synthèse comprenant les principaux constats et recommandations est réalisé.

Le présent document constitue le rapport détaillé portant sur le résultat attendu visant à *Offrir aux personnes handicapées la possibilité de se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques dans un lieu librement choisi*. Ce rapport porte donc sur le logement des personnes handicapées. Il s'agit d'un sujet vaste qui couvre tous les milieux de vie des personnes handicapées, allant des logements autonomes traditionnels aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).



L'objectif de ce rapport est de porter un jugement sur l'efficacité de la politique À part entière à atteindre le résultat attendu lié à l'habitation des personnes handicapées. Pour porter un tel jugement, ce rapport est divisé en trois grandes parties. En premier lieu, un portrait du résultat attendu portant sur l'habitation est dressé. Puis, le rapport présente une analyse de la contribution de la politique À part entière à la réduction des principaux obstacles en lien avec l'habitation. Ensuite, des constats et des recommandations pour la suite de la mise en œuvre de la politique sont émis. Enfin, les résultats de la consultation d'experts réalisée dans le cadre des travaux d'évaluation sont présentés. Les résultats de cette consultation, en plus des constats des deux premières parties, permettent de porter un jugement sur l'efficacité de la politique. La section méthodologie qui suit décrit avec plus de détails chacune de ces étapes.

MÉTHODOLOGIE

Cette section présente la méthodologie employée pour évaluer l'efficacité de la politique À part entière à atteindre le résultat attendu portant sur l'habitation.

PORTRAIT DU RÉSULTAT ATTENDU

La première étape de la méthodologie concernant l'évaluation de l'efficacité de la politique consiste à dresser un portrait général du résultat attendu lié à l'habitation. Ce portrait permet de présenter l'information la plus récente sur les obstacles dans le domaine de l'habitation et la réalisation de cette habitude de vie. Des indicateurs provenant de l'*Enquête canadienne sur l'incapacité* (ECI) de 2012 ont été utilisés. Les données disponibles portent principalement sur les caractéristiques des logements où vivent les personnes handicapées (type de construction, nombre de pièces, etc.). Des données portant sur l'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile de même que sur les besoins non comblés pour de tels aménagements sont également présentées.

Comparaison entre les provinces

Afin de présenter comment le Québec se situe dans le Canada, une comparaison d'indicateurs de la participation sociale entre les provinces canadiennes est réalisée à l'aide des données de l'ECI. Les données disponibles de l'ECI à ce sujet portent sur le taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile et sur les besoins non comblés pour de tels aménagements. Notons toutefois qu'on ne peut pas expliquer les différences observées entre les provinces par la seule présence de la politique À part entière.

Mentionnons également qu'il est impossible de comparer les données de l'ECI de 2012 avec ceux de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités* de 2006 en raison de différences méthodologiques. Les données présentées dans ce rapport ne permettent donc pas de suivre l'évolution des indicateurs de participation sociale des différentes provinces canadiennes.

CONTRIBUTION DE LA POLITIQUE À LA RÉDUCTION DES OBSTACLES

Cette deuxième étape de la démarche consiste en une analyse de la contribution de la politique à la réduction des principaux obstacles en matière d'habitation. L'objectif de cette étape est d'apprécier dans quelle mesure la politique, par ses différents outils de mise en œuvre, a pu contribuer à réduire ces principaux obstacles. Cette étape s'inscrit d'ailleurs en cohérence avec le modèle conceptuel du Processus de production du handicap (Fougeyrollas 1998). Selon ce modèle, la réduction des obstacles rencontrés par les personnes handicapées devrait se traduire par une amélioration de leurs possibilités de se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques, comme visé par le résultat attendu de la politique À part entière.

Les principaux obstacles en habitation

Dans le cadre des travaux entourant l'élaboration de la politique À part entière, une vaste consultation a été tenue au plan national et dans toutes les régions du Québec afin d'identifier, pour chacune des habitudes de vie, les principaux obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées et qui freinent leur participation sociale. Ces obstacles sont à la base de la politique et ont orienté le choix de ses résultats attendus, défis et priorités d'intervention.

Au total, ce sont quatorze obstacles principaux et neuf objectifs de réduction d'obstacles qui ont été retenus en matière d'habitation pour les personnes handicapées. Ces obstacles se divisent en plusieurs catégories telles que la disponibilité, la diversité et l'adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées, l'accès aux ressources, programmes et services en habitation, etc. Le tableau suivant présente la liste de ces obstacles.

Tableau 1

Liste des principaux obstacles en habitation

Catégorie	Obstacles
Disponibilité, diversité et adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées	– Les personnes handicapées sont confrontées à des choix limités en ce qui concerne l'habitation, les modèles résidentiels n'étant pas suffisamment variés et adaptés à leurs besoins diversifiés et évolutifs. – Il y a insuffisance de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel dans plusieurs régions du Québec. – L'accès aux programmes, mesures et ressources résidentielles demeurerait restreint en raison de longues listes d'attente.
L'accès à l'information en matière d'habitation	– L'ensemble de l'information n'est pas toujours disponible ou accessible aux personnes handicapées. – On a constaté une insuffisance des mécanismes permettant de regrouper, traiter et diffuser l'information concernant la disponibilité de domiciles adaptés (répertoire ou inventaire de logements adaptés) afin d'en permettre une ou plusieurs utilisations subséquentes.

Catégorie	Obstacles
Conception et aménagement du domicile	– Le manque d'information des acteurs du domaine de l'habitation quant aux avantages de l'application des normes d'accessibilité et d'adaptabilité des logements dès la phase de conception et de réalisation des projets d'habitation. – Une offre de domiciles adaptés insuffisante par rapport à la demande croissante et variée des personnes handicapées. – L'accès difficile aux mesures d'adaptation de domicile et la réponse inadéquate de ces mesures à leurs besoins.
Qualité des services d'habitation	– Malgré la mise en place de divers mécanismes de certification, de contrôle et d'amélioration de la qualité des services dans les ressources publiques d'hébergement et les ressources non institutionnelles, des lacunes et des problèmes persistent, particulièrement pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité. – Les usagers, leurs représentants, leur famille ainsi que les organismes de défense des droits ne participent pas suffisamment aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'hébergement.
Sécurité en milieu résidentiel	– Les personnes handicapées ne semblent pas bénéficier d'un niveau de sécurité en milieu résidentiel équivalant à celui du reste de la population. – Il y a une insuffisance et une inadéquation des mesures de sécurité appropriées à la situation variée et évolutive des personnes handicapées, et ce, quel que soit le lieu d'habitation ou d'hébergement.

Analyse de la réduction des obstacles

Pour chacun des obstacles, des questions d'évaluation, des indicateurs de résultat et des méthodes d'analyse ont été élaborés. Afin d'évaluer l'efficacité de la politique sur la réduction des obstacles identifiés, tous les outils de mise en œuvre de la politique À part entière ont été considérés. L'analyse avait comme objectif de mesurer si les actions prévues dans le cadre de la politique ont été réalisées et si elles se sont avérées efficaces. Pour ce rapport, l'analyse porte sur les cinq premières années de la politique À part entière, soit la période comprise entre les années financières 2009-2010 et 2014-2015. Enfin, le rapport peut faire mention d'actions réalisées en lien avec les obstacles, mais qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la politique À part entière. Ces actions sont documentées afin de poser les constats les plus complets possible sur les obstacles identifiés, cinq ans après l'adoption de la politique.

Sources de données

Les données utilisées proviennent des deux principaux outils de mise en œuvre de la politique pour la période à l'étude, soit le plan global de mise en œuvre (PGMO) (Office 2008) et les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées produits en vertu de l'article 61.1 de la Loi. De plus, conformément à ce qui est prévu dans la politique À part entière, les politiques,

les stratégies sectorielles, les lois et règlements, les programmes et mesures du gouvernement et les données administratives des ministères et organismes publics (MO) ont été considérés dans les analyses lorsqu'ils contribuent à la mise en œuvre de la politique. L'Office a également effectué des collectes de données complémentaires lorsque peu d'information était disponible sur certains obstacles. Cette section présente les principales sources de données utilisées pour ce rapport.

Le plan global de mise en œuvre

Afin de donner une impulsion de départ à la mise en œuvre de la politique, l'Office a coordonné l'élaboration du PGM. Ce plan, qui couvre la période 2008-2013, comprend des actions sectorielles et intersectorielles sous la forme de moyens de mise en œuvre et d'engagements pris par des MO, dans le but de relever les défis de la politique. L'Office a effectué le suivi du PGM en documentant annuellement l'état de réalisation des 372 moyens, incluant 16 initiatives intersectorielles, que 28 MO s'étaient engagés à mettre en œuvre. Le résultat de ce suivi est présenté dans les bilans annuels de la mise en œuvre de la politique À part entière (Office 2010, 2012, 2013, 2014, 2015a). Dans le cadre des travaux sur l'efficacité de la politique À part entière, les moyens de mise en œuvre du PGM en lien avec l'habitation ont été analysés en fonction de leur état de réalisation et de leurs effets sur les obstacles prioritaires.

Les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées

Les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées sont produits par les MO ainsi que les agences de la santé et des services sociaux (ASSS)¹ qui emploient au moins 50 personnes et les municipalités qui comptent au moins 15 000 habitants, en vertu de l'article 61.1 de la Loi. Dans ces plans, les MO et les municipalités doivent notamment rendre compte des obstacles à l'intégration des personnes handicapées identifiés dans leurs secteurs d'activité, de même que les mesures prises au cours de l'année qui se termine et les mesures envisagées pour l'année qui débute, dans le but de réduire ces obstacles.

L'Office analyse l'ensemble des plans d'action produits et des mesures prévues et réalisées par les MO et les municipalités. Ainsi, plus de 3 000 mesures sont analysées annuellement par l'Office et les résultats sont présentés dans les bilans de la mise en œuvre de la politique À part entière. Ce rapport présentera les mesures des plans d'action qui contribuent à réduire les obstacles en lien avec l'habitation.

Programmes et mesures gouvernementaux, rapports et données administratives

Près de 250 programmes et mesures du Gouvernement du Québec sont destinés aux personnes handicapées, à leur famille et à leurs proches. Plusieurs de ces programmes et mesures visent à améliorer les conditions d'habitation des personnes handicapées, notamment par l'adaptation de domicile ou le financement de ressources d'hébergement qui répondent aux besoins des personnes handicapées. À l'aide de son répertoire des programmes et mesures destinés aux

1. Dénomination utilisée pour les données présentées dans ce document. Depuis le 1^{er} avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (LMRSSS), notamment par l'abolition des agences régionales, les ASSS ont été remplacées par 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), 7 établissements non fusionnés à un centre et 5 établissements non visés par la LMRSSS desservant une population nordique et autochtone. Tous ces organismes, sauf les 5 derniers, sont assujettis à l'article 61.1 de la Loi.

personnes handicapées (RPM), l'Office détient de l'information à jour sur les caractéristiques et sur l'évolution des dépenses de ces différents programmes. Les données du RPM représentent une source d'information essentielle à une meilleure compréhension des obstacles. D'autres rapports gouvernementaux et données administratives disponibles peuvent également contribuer à documenter les actions posées dans le cadre de la politique À part entière pour réduire les obstacles dans le domaine de l'habitation pour les personnes handicapées.

Collectes de données complémentaires

Pour compléter les données obtenues par les autres sources, des collectes de données complémentaires ont été réalisées. Pour le résultat attendu sur l'habitation, une collecte de données a été réalisée auprès de la Société d'habitation du Québec (SHQ), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et du ministère des Finances. Essentiellement, nous avons demandé des données complémentaires aux publications gouvernementales sur les principaux programmes et services d'habitation gérés par ces MO. Par exemple, nous avons demandé les délais d'attente pour l'accès à différents programmes, le nombre d'unités d'habitation livrées par année ou le nombre de places disponibles dans les différentes ressources d'habitation. Ces collectes de données administratives se sont déroulées entre les mois d'avril et décembre 2014.

Une autre collecte de données a été réalisée auprès de trois organismes nationaux du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées (MACAPH), soit la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN), l'Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH) et l'Association du Québec pour l'intégration sociale (AQIS). Il s'agissait d'une collecte de données par questionnaire portant sur les obstacles liés à la qualité des services d'habitation.

Le questionnaire a été envoyé aux trois organisations le 14 octobre 2014 (en annexe). La collecte de données a été complétée le 5 mars 2015. Notons que, dans le cas de la COPHAN, les réponses au questionnaire ont été obtenues verbalement lors d'une réunion avec certains membres de l'organisation le 18 février 2015. La COPHAN a également fait parvenir à l'Office les questionnaires remplis par deux de ses organismes membres. Tous les questionnaires reçus et les réponses orales des membres de la COPHAN ont été considérés dans les travaux d'analyse.

CONSULTATIONS AUPRÈS DES MO ET DU MACAPH

Différentes étapes de consultation ont eu lieu au cours de l'année 2016-2017 en lien avec la production des premiers rapports d'évaluation de l'efficacité de la politique À part entière. Ainsi, le MSSS, la SHQ et la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) ont d'abord été consultés pour valider les données et les analyses du rapport sur l'habitation et obtenir leurs commentaires sur les constats et les propositions de recommandations. Le contenu du rapport a été modifié à la suite de cette consultation.

Une rencontre avec les représentants nationaux du MACAPH a ensuite eu lieu les 30 et 31 janvier 2017. Cette rencontre visait à discuter des constats et des propositions de recommandations des rapports. Des bonifications ont ensuite été effectuées pour tenir compte des commentaires du MACAPH.

JUGEMENT SUR L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE

La troisième étape a consisté à consulter les membres du Comité de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique À part entière qui ont agi à titre d'experts. Cette démarche avait pour but de poser un jugement sur l'efficacité de la politique À part entière à avoir réduit les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées pour chacun des quatre résultats attendus dont l'habitation.

Le Comité était composé de ses membres réguliers, soit des représentants du MACAPH (AQRI PH, AQIS, COPHAN et Réseau communautaire en santé mentale [COSME]), des MO (ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports, MSSS, ministère du Travail, de l'Emploi et de la solidarité sociale [MTESS], ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, et ministère de la Famille) ainsi que d'un expert du Réseau international sur le Processus de production du handicap. Pour l'occasion, le Comité a été élargi afin d'inclure des représentants d'autres MO concernés par certains rapports d'évaluation. Ainsi, pour le rapport portant sur l'habitation, ce sont des représentants de la RBQ et de la SHQ qui se sont joints au Comité.

La rencontre du Comité, qui s'est tenue le 24 février 2017, visait à connaître le jugement porté par les différents membres du Comité à partir des données, analyses et constats présentés dans les rapports d'évaluation. La discussion de nature semi-dirigée, animée par le président du conseil d'administration et la directrice générale de l'Office, était axée autour des deux grandes questions suivantes :

- **Question 1 :** En vous basant sur les données, les analyses et les constats des rapports, considérez-vous qu'il y a eu, dans les premières années de mise en œuvre de la politique À part entière, des avancées significatives en lien avec l'habitation ?
- **Question 2 :** Est-ce que les recommandations proposées permettront d'obtenir des avancées significatives en lien avec l'habitation ?
 - Sous-question : Y a-t-il des propositions de recommandations qui vous apparaissent prioritaires ?

Une procédure présentant le déroulement de la rencontre incluant ces deux questions a été envoyée aux membres du Comité deux semaines avant la rencontre afin qu'ils puissent débiter leurs réflexions. Lors de la rencontre, des périodes de 1 h 15 étaient prévues pour discuter de chaque rapport. Ces périodes débutaient par une brève présentation de 15 minutes des principaux constats et propositions de recommandations suivie d'une période de discussion à partir des deux grandes questions. Environ 30 minutes étaient consacrées par question. Le but n'était pas d'obtenir un jugement unanime, mais d'inclure dans les rapports les perceptions et les conclusions des membres du Comité de suivi.

Les discussions qui ont eu lieu lors de la rencontre ont été enregistrées afin d'assurer que les rapports reflètent le plus fidèlement possible leur contenu puis ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Une section du rapport présente le jugement posé par le Comité sur l'efficacité de la politique À part entière à avoir réduit les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées pour chacun des quatre résultats attendus.

L'HABITATION : UN PORTRAIT À PARTIR DE L'ECI DE 2012

Les personnes handicapées vivent dans une diversité d'habitations, allant du logement autonome traditionnel à la ressource institutionnelle d'hébergement, en passant par les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Des modèles résidentiels hybrides, qui empruntent des caractéristiques à l'un ou l'autre des modèles précédents, sont également apparus au cours des dernières décennies (Proulx, Ducharme et Grenier 2013a, 2013b, 2013c). Nous allons présenter avec plus de détails chacun de ces modèles résidentiels dans la deuxième partie du présent rapport. Pour l'instant, mentionnons que même si les ressources institutionnelles d'hébergement comme les CHSLD représentent l'essentiel des dépenses publiques en matière d'habitation pour les personnes handicapées, une majorité d'entre elles vivent dans la communauté, dans des logements autonomes (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 2015). Le portrait de l'habitation que nous allons brosser dans les paragraphes qui suivent porte donc sur le logement autonome.

Se loger est un besoin essentiel pour tous. Pour les personnes handicapées, avoir un logement qui répond à leurs besoins est un préalable à la participation sociale (Dorvil, Morin et Robert 2001). En effet, l'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile permet aux personnes handicapées d'entrer ou de sortir de leur logement et d'avoir accès, de manière autonome, aux biens et commodités à l'intérieur de celui-ci.

Dans cette section, nous brossons un portrait général de l'habitude de vie liée à l'habitation à partir de l'ECI de 2012. Les données issues de cette enquête nous permettent d'abord de comparer certaines caractéristiques des logements où résident les personnes de 15 ans et plus avec et sans incapacité au Québec.

Nous verrons ensuite la proportion des personnes de 15 ans et plus qui utilisent des aménagements spéciaux de leur domicile ainsi que le type d'aménagements spéciaux utilisé. Il sera également question des besoins non comblés en aménagements spéciaux, c'est-à-dire les aménagements auxquels les personnes n'ont pas accès pour répondre à leurs besoins.

Nous compléterons le portrait sur l'habitation par une comparaison du taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile et des besoins non comblés en aménagements spéciaux au Québec avec ceux des autres provinces canadiennes. Ce travail comparatif permettra de mettre en relief certaines différences entre les provinces.

CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

Les logements où résident les personnes de 15 ans et plus avec et sans incapacité sont décrits selon trois dimensions. D'abord, le type de construction résidentielle, ensuite le nombre de pièces que compte le logement et finalement, la condition du domicile.

Le type de construction résidentielle

Les personnes avec incapacité vivent plus souvent en appartement et moins souvent dans une maison que les personnes sans incapacité. Le tableau 2 montre en effet que plus de 45 % des personnes avec incapacité vivent en appartement, alors qu'un peu plus de 36 % des personnes sans incapacité vivent dans ce type d'habitation. Conséquemment, près de 55 % des personnes avec incapacité habitent une maison (individuelle ou attachée), alors que c'est le cas de près de 64 % des personnes sans incapacité. Cette tendance est encore plus marquée chez les femmes avec incapacité. Ces dernières vivent plus souvent en appartement et moins souvent dans une maison que les femmes sans incapacité et les hommes avec incapacité.

L'écart entre la population avec et sans incapacité quant au type de construction résidentielle est aussi observable selon l'âge. En effet, les personnes de 15 à 64 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans avec incapacité habitent moins souvent dans une maison et plus souvent dans un appartement que les personnes sans incapacité du même âge. Mentionnons, par ailleurs, que les deux types de construction résidentielle les plus répandus sont la maison individuelle (48 % des personnes avec incapacité et 55 % des personnes sans incapacité) et l'appartement dans un immeuble de moins de cinq étages (30 % des personnes avec incapacité et 26 % des personnes sans incapacité) (données non présentées).

Tableau 2

Type de construction résidentielle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Maison (individuelle ou attachée¹)	54,9	63,7
Sexe		
Hommes	60,3	63,9
Femmes	50,5	63,5
Âge		
15 à 64 ans	56,2	64,4
65 ans et plus	53,0	60,1
Appartement	45,2	36,3
Sexe		
Hommes	39,7	36,1
Femmes	49,5	36,5
Âge		
15 à 64 ans	43,8	35,7
65 ans et plus	47,0	39,8

1. Inclut les maisons jumelées ou doubles, les maisons en rangées et les autres maisons individuelles attenantes.

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, Institut de la statistique du Québec (ISQ 2015a).
Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Lorsqu'on regarde le type de construction résidentielle selon le revenu du ménage comme illustré au tableau 3, on constate que plus des trois quarts des personnes qui sont membres d'un ménage à faible revenu, qu'elles aient une incapacité ou non, vivent en appartement, et près du quart habitent dans une maison. L'écart entre les personnes avec et sans incapacité qui vivent dans un ménage à faible revenu est donc plus faible lorsqu'il s'agit du type d'habitation, mais il demeure statistiquement significatif. Par contre, chez les personnes vivant dans un ménage n'étant pas à faible revenu, une proportion moindre de personnes avec incapacité vivent dans une maison comparativement aux personnes sans incapacité (61 % c. 69 %). Elles habitent également plus souvent en appartement (39 % c. 31 %).

Tableau 3

Type de construction résidentielle selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sous le seuil de faible revenu		
Maison	22,3	24,5
Appartement	77,8	75,5
Au-dessus du seuil de faible revenu		
Maison	61,4	69,0
Appartement	38,5	31,0

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015a).
Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

La taille du logement

Les personnes avec incapacité habitent dans des logements qui comportent moins de pièces que les personnes sans incapacité. En effet, les proportions de personnes avec incapacité qui vivent dans des petits logements (3 pièces ou moins) ou dans des logements qui comptent 4 ou 5 pièces sont plus élevées que celles observées chez les personnes sans incapacité (14 % c. 9 % pour les logements de 3 pièces ou moins et 42 % c. 34 % pour les logements de 4 ou 5 pièces). En contrepartie, les personnes avec incapacité vivent moins souvent dans des logements comportant 6 pièces ou plus que les personnes sans incapacité (44 % c. 57 %) (données non présentées).

Ces différences quant à la taille des logements des personnes avec et sans incapacité s'observent également selon le sexe : 13 % des hommes et 15 % des femmes de 15 ans et plus avec incapacité habitent dans un logement de 3 pièces ou moins, comparativement à 9 % des hommes et 9 % des femmes de 15 ans et plus sans incapacité (données non présentées).

Le tableau 4 montre que plus de 4 personnes avec incapacité sur 10 (42 %) appartenant à un ménage à faible revenu habitent un logement de 3 pièces ou moins, alors que cette proportion s'élève à 29 % chez les personnes sans incapacité faisant partie d'un tel ménage. Les personnes avec incapacité faisant partie d'un ménage au-dessus du seuil de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à vivre dans un petit logement que les personnes sans incapacité (9 % c. 6 %).

De plus, les personnes avec incapacité vivent moins souvent dans des logements comportant 6 pièces ou plus que les personnes sans incapacité, qu'elles fassent partie d'un ménage à faible revenu ou non.

Tableau 4

Nombre de pièces dans le logement selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012

	Sous le seuil de faible revenu		Au-dessus du seuil de faible revenu	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%			
3 pièces ou moins	42,1	28,9	8,7	6,4
4 ou 5 pièces	42,2	48,7	41,6	32,2
6 ou 7 pièces	9,5	12,3	24,9	28,8
8 pièces ou plus	6,2	10,1	24,7	32,6

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015a).
Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Les tendances observées quant à la taille des logements où habitent les personnes avec incapacité s'observent également pour les personnes vivant seules. En effet, les personnes avec incapacité qui vivent seules sont, en proportion, plus nombreuses à vivre dans des logements de 3 pièces ou moins (40 %) que les personnes sans incapacité (35 %) (données non présentées).

La condition du domicile

Le tableau 5 fait état de la condition du domicile pour les personnes de 15 ans et plus avec et sans incapacité. On constate d'abord qu'environ les deux tiers des personnes, qu'elles aient une incapacité ou non, vivent dans des domiciles qui ont seulement besoin d'un entretien régulier ou de réparations mineures. Par contre, les personnes avec incapacité sont moins susceptibles de vivre dans un domicile ayant seulement besoin d'un entretien régulier que les personnes sans incapacité (64 % c. 68 %). De plus, comparativement aux personnes sans incapacité, les personnes avec incapacité sont plus nombreuses, proportionnellement, à vivre dans des domiciles qui nécessitent des réparations, qu'elles soient mineures (27 % c. 26 %) ou majeures (9 % c. 7 %). Il n'y a pas de différence significative dans la proportion d'hommes et de femmes de 15 ans et plus avec incapacité qui vivent dans un domicile qui nécessite des réparations majeures. Toutefois, les hommes avec incapacité sont moins nombreux, proportionnellement, que les femmes avec incapacité à vivre dans un domicile qui a seulement besoin d'un entretien régulier (63 % c. 65 %), et plus nombreux à habiter un logement qui requiert des réparations mineures (28 % c. 26 %) (données non présentées). Notons finalement que les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité sont plus nombreuses, proportionnellement, à vivre dans des domiciles nécessitant des réparations mineures ou majeures que les personnes de 65 ans et plus avec incapacité (40 % c. 29 %). La même tendance s'observe au sein de la population sans incapacité (respectivement 34 % c. 23 %) (données non présentées).

Tableau 5

**Condition du domicile, population de 15 ans et plus
avec et sans incapacité, Québec, ECI de 2012**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Entretien régulier seulement	64,2	67,8
Réparations mineures requises	26,9	25,7
Réparations majeures requises	9,0	6,5

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015a).
Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX DU DOMICILE

Les personnes handicapées peuvent utiliser, à cause de leur incapacité, des aménagements spéciaux du domicile. Ces aménagements spéciaux peuvent être à l'intérieur du domicile et permettre aux personnes handicapées d'avoir accès, de manière autonome, aux biens et commodités de leur domicile. Les aménagements spéciaux peuvent aussi être à l'extérieur du domicile et permettre à la personne d'y entrer ou d'en sortir. Ces aménagements spéciaux peuvent donc être des rampes d'accès, des ascenseurs, des appuis de salle de bain, etc.

Au Québec, en 2012, on estime que 4,1 % de la population de 15 ans et plus utilise des aménagements spéciaux du domicile, ce qui correspond à un peu plus d'un quart de million de personnes (260 320). Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des aménagements spéciaux (5 % c. 3,1 %). On estime à près de 165 000 le nombre de femmes qui utilisent des aménagements spéciaux du domicile contre près de 96 000 hommes (données non présentées).

Parmi la population avec incapacité liée à la motricité², plus d'une personne sur 2 (55 %) de 15 ans et plus utilise des aménagements spéciaux du domicile. Les femmes avec une incapacité liée à la motricité sont plus nombreuses, proportionnellement, que les hommes ayant ce type d'incapacité à utiliser de tels aménagements (63 % c. 45 %), comme on peut le voir au tableau 6.

La proportion de personnes de 15 ans et plus avec une incapacité liée à la motricité qui utilisent des aménagements spéciaux du domicile augmente avec l'âge. Près de 73 % des personnes de 65 ans et plus avec une incapacité liée à la motricité utilisent des aménagements spéciaux, alors que cette proportion est de 36 % chez les 15 à 34 ans et de 39 % chez les 35 à 64 ans. De manière similaire, le taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile augmente selon la gravité de l'incapacité. En effet, la proportion des personnes avec une incapacité légère qui utilisent des aménagements spéciaux du domicile est de 38 %, alors qu'elle augmente à 54 % chez les personnes avec une incapacité modérée, puis à 55 % chez les personnes avec une incapacité sévère, pour atteindre près de 66 % chez les personnes avec une incapacité très sévère.

.....
2. L'incapacité liée à la motricité comprend les incapacités liées à la mobilité, à la flexibilité et à la dextérité.

Tableau 6

Taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile selon le sexe, l'âge et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012

	%	Pe
Sexe		
Hommes	44,8	95 840
Femmes	62,7	164 490
Âge		
15 à 34 ans	35,6	10 620
35 à 64 ans	39,3	88 860
65 ans et plus	72,9	160 840
Gravité de l'incapacité		
Légère	37,9	39 050
Modérée	54,2	42 450
Sévère	54,7	73 080
Très sévère	65,6	105 750
Ensemble	54,7	260 320

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015a).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Le tableau 7 montre les principaux aménagements spéciaux du domicile utilisés par les personnes de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité. Ces dernières utilisent dans une proportion de près de 41 %, soit près de 195 000 personnes, des appuis de salle de bain (ex. : un siège de toilette surélevé ou des barres d'appui), ce qui en fait l'aménagement spécial du domicile le plus utilisé. Suivent ensuite la rampe d'accès ou l'entrée au niveau du sol avec 18 % et la baignoire ou la douche à porte utilisée par 16 % des personnes de 15 ans et plus avec une incapacité liée à la motricité.

Tableau 7

Principaux aménagements spéciaux du domicile utilisés, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012

	%	Pe
Appui de salle de bain	40,8	194 600
Rampe d'accès ou entrée au niveau du sol	17,8	84 940
Baignoire ou douche à porte	16,1	77 010
Porte d'entrée ou couloir élargis	9,9	47 030
Appareil de levage ou ascenseur	9,7	46 280
Porte automatique ou facile à ouvrir ¹	8,0	38 460
Comptoir de cuisine ou de salle de bain abaissé	2,9	14 010

1. Inclut les leviers qui actionnent la poignée.

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015b).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Les besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile

En 2012, on estime qu'environ 15 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité ont des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux de leur domicile, c'est-à-dire qu'elles ne disposent pas de tous les aménagements nécessaires pour répondre à leurs besoins. Le tableau 8 montre que la population estimée de personnes ayant des besoins non comblés est de près de 70 000 personnes. Les femmes de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité sont plus nombreuses, proportionnellement, que les hommes à avoir des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux de leur domicile (19 % c. 10 %). Les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité liée à la motricité sont également plus susceptibles, en termes de proportion, que les personnes de 65 ans et plus d'avoir des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux de leur domicile (16 % c. 13 %).

Tableau 8

Besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, Québec, ECI de 2012

	%
Sexe	
Hommes	10,2
Femmes	18,6
Âge	
15 à 64 ans	16,4
65 ans et plus	12,9
Ensemble	14,8
Pe	69 830

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015b).
Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

En somme, les personnes de 15 ans et plus avec incapacité habitent plus souvent en appartement et dans des logements plus petits qui requièrent plus de réparations que les personnes sans incapacité. De plus, on estime à un quart de million le nombre de personnes qui utilisent des aménagements spéciaux du domicile en raison de leur incapacité au Québec en 2012. L'utilisation de ces aménagements spéciaux augmente avec l'âge et la gravité de l'incapacité. Les femmes sont plus nombreuses, proportionnellement, que les hommes à les utiliser. Les appuis de salle de bain sont les aménagements spéciaux du domicile les plus utilisés. Environ 15 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité ont des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux du domicile.

LE QUÉBEC COMPARÉ AUX AUTRES PROVINCES CANADIENNES

La présente section compare le taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile et les besoins non comblés pour de tels aménagements au Québec avec ceux des autres provinces canadiennes.

Avant de comparer les données québécoises de l'ECI avec celles du reste du Canada, il est toutefois nécessaire de mentionner que le Québec est la province où le taux d'incapacité est le plus faible

parmi l'ensemble des provinces canadiennes, avec un taux de 9,6 % comparativement à 13,7 % pour l'ensemble du Canada (Statistique Canada 2015). La spécificité culturelle semble être une piste d'explication. La prévalence de l'incapacité est en effet plus faible chez les francophones que chez les anglophones, et ce, dans toutes les provinces au pays. Les francophones du Québec ou d'ailleurs au Canada auraient ainsi tendance, comparativement aux anglophones, à moins déclarer les incapacités légères, d'où des taux d'incapacité plus faibles (Dunstan 2003 ; Rietschlin et MacKenzie 2004). Ce fait est observable dans l'ensemble des enquêtes mesurant l'incapacité, dont l'ECI. Ce constat a donc pour effet de diminuer les taux d'incapacité, surtout de l'incapacité légère, au Québec, majoritairement francophone (Dugas 2015).

Comme illustré au tableau 9, le Québec arrive au cinquième rang des dix provinces canadiennes pour la proportion estimée de sa population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité qui utilise des aménagements spéciaux du domicile. Si plusieurs provinces présentent des taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile semblables à celui du Québec, soit 55 %, l'Alberta affiche un taux d'utilisation de tels aménagements nettement inférieur avec 47 %. À l'inverse, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador présentent, pour la même population, des taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile significativement supérieurs au Québec avec 58 % chacun.

Les spécificités du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes ressortent clairement lorsque les données sont ventilées selon l'âge. En effet, les Québécois de 15 à 64 ans ayant une incapacité liée à la motricité arrivent au septième rang canadien pour l'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile avec 39 %. Seules l'Alberta (37 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (38 %) utilisent moins, en proportion, d'aménagements spéciaux du domicile que le Québec. On constate le contraire pour les personnes avec incapacité liée à la motricité âgées de 65 ans et plus. Comme on peut le voir au tableau 9, le Québec affiche le plus haut taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile au Canada pour cette population avec 73 %.

Tableau 9

Taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité, provinces au Canada, ECI de 2012

	15 à 64 ans	65 ans et plus	Ensemble
Terre-Neuve-et-Labrador	51,9	67,7	57,6
Colombie-Britannique	47,9	69,6	57,5
Ontario	45,6	72,7	56,4
Nouvelle-Écosse	46,7	68,6	55,7
Québec	38,9	72,9	54,7
Nouveau-Brunswick	43,8	68,9	54,0
Manitoba	42,4	67,6	53,2
Saskatchewan	41,4	64,9	51,6
Île-du-Prince-Édouard	37,7	65,6	49,8
Alberta	37,1	63,3	47,0

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015a, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g, 2015h, 2015i, 2015j, 2015k).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Comme présentée au tableau 10, la proportion de la population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité au Québec qui a des besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile est de 15 %, ce qui lui donne la cinquième place au Canada. Contrairement au taux d'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile, les besoins non comblés pour de tels aménagements au Québec se distinguent peu des autres provinces, même lorsque les données sont ventilées selon l'âge. La proportion de la population québécoise de 15 à 64 ans avec incapacité liée à la motricité qui a des besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile est estimée à 16 %, alors que chez les 65 ans et plus, cette proportion est estimée à 13 %.

Tableau 10

**Besoins non comblés en aménagements spéciaux du domicile
selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la motricité,
provinces au Canada, ECI de 2012**

	15 à 64 ans	65 ans et plus	Ensemble
Île-du-Prince-Édouard	19,9	13,9	17,3
Nouveau-Brunswick	18,9	11,6	16,0
Nouvelle-Écosse	15,7	13,8	14,9
Colombie-Britannique	14,4	15,4	14,8
Québec	16,4	12,9	14,8
Ontario	15,7	12,8	14,5
Terre-Neuve-et-Labrador	13,1	14,6	13,6
Manitoba	14,9	10,7	13,1
Alberta	12,7	10,7	11,9
Saskatchewan	10,2	8,9	9,6

Source : Données provenant de l'ECI de 2012 de Statistique Canada, ISQ (2015b, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g, 2015h, 2015i, 2015j, 2015k).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.



LA CONTRIBUTION DE LA POLITIQUE À LA RÉDUCTION DES PRINCIPAUX OBSTACLES LIÉS À L'HABITATION

Dans le cadre des travaux entourant l'élaboration de la politique À part entière, une vaste consultation a été tenue au plan national et dans toutes les régions du Québec afin d'identifier les principaux obstacles liés à l'habitation auxquels sont confrontées les personnes handicapées. Un des résultats attendus vise à *Offrir aux personnes handicapées la possibilité de se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques dans un lieu librement choisi*. Pour ce résultat attendu, les consultations ont permis d'identifier quatorze obstacles principaux. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons ces obstacles ainsi que les actions réalisées pour les réduire. Nous évaluons également la contribution de la politique à la réduction de ces obstacles.

DISPONIBILITÉ, DIVERSITÉ ET ADÉQUATION DU DOMICILE AVEC LES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

En fonction de leur incapacité, les personnes handicapées ont différents besoins en matière d'habitation. Alors que certaines personnes peuvent demeurer en logement autonome dans la communauté à l'aide d'adaptations de leur domicile ou de services de soutien, d'autres doivent avoir recours aux ressources d'hébergement du RSSS. Dans tous les cas, les besoins des personnes handicapées peuvent évoluer avec le temps et il est donc important qu'elles puissent accéder à une gamme diversifiée de ressources résidentielles qui répondent à leurs besoins.

Les travaux menés dans le cadre de la consultation à l'origine de l'élaboration de la politique ont permis d'identifier plusieurs obstacles en liens avec la disponibilité, la diversité et l'adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées.

Premièrement, les personnes handicapées étaient confrontées à des choix limités en ce qui concerne l'habitation, les modèles résidentiels n'étant pas suffisamment variés et adaptés à leurs besoins diversifiés et évolutifs. Deuxièmement, il y avait une insuffisance de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel dans plusieurs régions du Québec. Finalement, l'accès aux programmes, mesures et ressources résidentielles demeurait restreint en raison de longues listes d'attente.

Dans la section qui suit, nous décrivons les actions réalisées pour développer une gamme complète de modèles résidentiels répondant aux besoins des personnes handicapées. Nous présentons également les efforts déployés pour réduire les délais d'accès aux ressources, aux programmes et aux services résidentiels.

Voyons d'abord ce qu'est une gamme complète de modèles résidentiels.

Les principaux modèles résidentiels

Au Québec, il existe essentiellement trois grandes catégories de modèles résidentiels. Les logements autonomes ou privés, les ressources non institutionnelles que sont les RI-RTF et les ressources institutionnelles d'hébergement (Proulx 2011).

Le logement autonome ou privé correspond au domicile que l'on peut acquérir ou louer sur le marché résidentiel. En général, il s'agit de logements qui ne sont pas adaptés aux besoins des personnes handicapées. Ainsi, ces personnes qui vivent en logement autonome ont souvent recours à des adaptations (rampe, élévateur, etc.) ou des services de soutien à domicile. Pour favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées, plusieurs organismes publics offrent des programmes visant l'adaptation de domicile.

La SHQ offre le Programme d'adaptation de domicile (PAD) et le programme Logements adaptés pour aînés autonomes (LAAA). Ce dernier programme est toutefois suspendu depuis le 1^{er} avril 2013, faute de crédits disponibles. Le PAD accorde une aide financière au propriétaire du logement pour l'exécution de travaux d'adaptation admissibles qui répondent aux besoins de la personne handicapée. Le programme LAAA, pour sa part, accordait une aide financière aux personnes de 65 ans et plus ayant un faible revenu. Il permettait à ces personnes d'effectuer des adaptations mineures à leur maison ou à leur logement afin qu'elles puissent continuer à y vivre de façon autonome et sécuritaire.

De leur côté, la SAAQ et la CNESST offrent, en vertu de leurs régimes d'indemnisation, un programme d'adaptation de domicile pour les victimes d'accident de la route (PADVAR – SAAQ) et les victimes d'accident du travail³ (PADVAT – CNESST). Les objectifs de ces deux programmes assuranciers sont très différents du PAD puisqu'ils visent à permettre à la personne handicapée de retrouver le niveau d'autonomie à domicile le plus près possible de celui qu'elle avait au moment de l'accident et de le maintenir à long terme par le remboursement de frais d'adaptation de son domicile. Quant au PAD, il s'agit d'un programme universel qui se limite à la couverture des besoins essentiels de la personne.

En plus du logement autonome ou privé, le deuxième grand modèle résidentiel est celui des ressources non institutionnelles que sont les RI-RTF administrées par le RSSS. Une RI est une ressource d'habitation ayant conclu une entente avec un établissement⁴ pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers, par ailleurs inscrits aux services de l'établissement, en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des

3. La CNESST est également responsable d'indemniser les victimes d'actes criminels. Cependant, nous n'avons pas de données sur l'adaptation de logement pour ces personnes.

4. Depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS, Loi modifiant l'organisation et la gestion du RSSS, ce sont les CISSS et les CIUSSS qui reconnaissent les ressources d'hébergement du RSSS.

services de soutien ou d'assistance requis par leur condition (Québec 1991 : art. 302). Ces ressources sont dites intermédiaires, car elles se situent entre le logement autonome et l'hébergement institutionnel. Elles ont été créées pour offrir aux personnes un milieu de vie s'approchant le plus possible d'un milieu de vie naturel, tout en leur permettant de recevoir les services de soutien ou d'assistance dont elles ont besoin. Les RI peuvent prendre plusieurs formes, dont la résidence de groupe, la maison de chambre et l'appartement supervisé.

Les RTF se composent de familles d'accueil et de résidences d'accueil et sont semblables aux RI, sauf que les services de soutien ou d'assistance sont dispensés par une ou deux personnes physiques qui accueillent des usagers dans leur lieu principal de résidence. Pour les enfants de 0 à 17 ans, ce type de ressources vise à offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial (Québec 1991 : art. 312). La RTF accueille un maximum de neuf personnes, alors qu'il n'y a pas de maximum pour les RI. À l'instar de cette dernière, la RTF doit avoir conclu une entente spécifique avec un établissement public.

Mentionnons que les résidences privées pour aînés (RPA) sont considérées comme des domiciles privés ou non institutionnels destinés à des personnes de 65 ans et plus. Les RPA offrent différents services aux résidents, qui peuvent inclure de l'aide domestique ou de l'assistance personnelle. Les RPA doivent détenir un certificat de conformité obtenu auprès d'un CISSS ou d'un CIUSSS.

Le troisième type de modèles résidentiels est la ressource institutionnelle d'hébergement. Ce type de ressources résidentielles accueille des adultes qui ne peuvent vivre en logement autonome ou en ressources non institutionnelles en raison de la gravité de leur incapacité et de l'intensité des services dont ils ont besoin. L'exemple type est sans doute le CHSLD. Ces ressources d'hébergement ont été créées pour les personnes qui nécessitent plusieurs heures de services de soutien et d'aide à domicile par jour et qui ne peuvent vivre dans d'autres types de ressources d'hébergement malgré le support de leur entourage (Québec 1991 : art. 83). Les modèles résidentiels du RSSS sont soutenus par le programme d'hébergement en ressources non institutionnelles pour les RI-RTF, et le programme d'hébergement en milieu institutionnel pour les CHSLD.

Les modèles résidentiels hybrides

Depuis le début des années 2000, la plupart des pays occidentaux prônent le passage vers des formules diversifiées de logement qui permettraient aux personnes de choisir où et avec qui elles veulent habiter et vivre de façon plus autonome (Proulx 2011). Au Québec, depuis une dizaine d'années, les nouvelles initiatives dans le domaine de l'habitation, qu'elles soient issues de groupes de parents, d'organismes communautaires ou de centres de réadaptation, sont en grande majorité des initiatives de logements autonomes avec services de soutien. Selon plusieurs chercheurs, ce nouveau type de logements semble mieux adapté aux besoins des personnes handicapées et cadre mieux avec leur projet de vie (Proulx et Dumais 2010; Dansereau 2005).

L'un des outils importants dont dispose le Québec pour favoriser la création de logements autonomes avec services de soutien adaptés aux besoins des personnes handicapées est le programme AccèsLogis (ACL) de la SHQ. Si le volet II s'adresse aux personnes âgées en légère perte d'autonomie, le volet III, quant à lui, vise les personnes ayant des besoins particuliers, dont les personnes handicapées (SHQ 2014a : 2). Une collaboration étroite avec le RSSS est nécessaire, notamment pour la portion « services de soutien » des projets d'habitation créés en vertu du volet III du programme ACL.

Proulx, Ducharme et Grenier (2013a, 2013b, 2013c), du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, se sont penchés sur ces nouvelles initiatives dans le domaine résidentiel mises sur pied grâce au programme ACL. Ils montrent comment ces modèles résidentiels sont des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement institutionnel. Bien sûr, ces modèles résidentiels hybrides sont tous différents, car ils sont conçus pour répondre aux besoins particuliers d'une clientèle spécifique. Néanmoins, les auteurs observent que ces modèles hybrides se caractérisent essentiellement par les éléments suivants :

- « [ils] sont tous issus de parents ou d'organismes communautaires à la recherche d'un modèle résidentiel différent de ceux offerts par le réseau de la santé et des services sociaux, essentiellement des RTF et des RI, qui sont jugés inadéquats ;
- le modèle résidentiel qu'ils ont développé, malgré les différences qui les caractérisent, est en grande majorité un immeuble à logements, c'est-à-dire comprenant des appartements complets avec chambre, cuisine équipée et salle de bain ;
- les organismes d'habitation qui ont été mis en place (ou qui existaient déjà dans certains cas) ont en général développé des liens de collaboration, voire des ententes de services avec un ou des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ils demeurent toutefois autonomes sur le plan des conditions d'attribution des logements, c'est-à-dire qu'ils contrôlent la liste des requérants, et les futurs locataires n'ont pas à recevoir l'aval du réseau de la santé pour accéder à un logement ; les immeubles d'habitation développés offrent une quantité et une intensité variable de services ;
- les immeubles d'habitation développés favorisent en général le maintien dans les lieux, c'est-à-dire que la durée de séjour n'est pas assujettie à l'atteinte d'un niveau d'autonomie ou à un objectif d'insertion qui prévoit une fin à l'intervention (logement de transition), de sorte que les locataires sont libres de renouveler leur bail » (Proulx, Ducharme et Grenier 2013c : 35-36).

Alors que le programme ACL permet la construction de modèles résidentiels hybrides, le Programme supplément au loyer (PSL) de la SHQ permet aux personnes à faible revenu d'accéder à un logement autonome avec ou sans services de soutien. En effet, les locataires qui bénéficient de ce programme paient un loyer correspondant à 25 % de leur revenu. Le PSL couvre la différence entre la part payable par le locataire (le 25 %) et le loyer convenu avec le propriétaire, qu'il s'agisse d'un propriétaire privé, d'une coopérative d'habitation ou d'un organisme sans but lucratif. Des initiatives intéressantes de logements autonomes avec services de soutien ont été mises en place pour des personnes ayant des troubles de santé mentale au cours des dernières années grâce au PSL (Vincent et Morin 2010). Mentionnons également qu'une partie des logements autonomes avec services de soutien construits dans le cadre du programme ACL sont occupés par des bénéficiaires du PSL (Côté et autres 2013).

Ainsi, la littérature disponible permet de constater qu'une « gamme complète et diversifiée » de modèles résidentiels s'articule autour des trois grandes catégories de modèles résidentiels mentionnés plus haut ainsi que des modèles hybrides qui empruntent des caractéristiques à l'une ou l'autre des trois grandes catégories de logements⁵.

5. Mentionnons que les logements autonomes avec services de soutien financés par le programme ACL de la SHQ peuvent aussi prendre la forme de RPA.

Actions réalisées pour développer une gamme complète de modèles résidentiels

Les dépenses des programmes du Gouvernement du Québec sont un bon moyen d'apprécier les efforts déployés pour offrir aux personnes handicapées une gamme complète de modèles résidentiels. Le tableau 11 montre les dépenses des programmes du Gouvernement du Québec selon les modèles résidentiels.

Notons d'abord qu'en 2013-2014, le Québec a dépensé plus de 3 milliards pour les logements dédiés aux personnes handicapées. Les dépenses pour les ressources d'hébergement institutionnelles sont les plus importantes avec plus de 2 milliards en 2013-2014. Les dépenses pour les ressources non institutionnelles s'élèvent à plus d'un milliard, alors que celles vouées aux logements autonomes et aux modèles hybrides représentent, lorsqu'additionnées, un peu plus de 200 millions en 2013-2014.

Le tableau 11 montre aussi la croissance des dépenses selon le modèle résidentiel au cours des cinq premières années de mise en œuvre de la politique. Ainsi, les dépenses pour les modèles hybrides sont celles qui ont augmenté le plus entre 2009-2010 et 2013-2014 avec près de 60 % de croissance, passant de 116 millions à 185 millions. Notons toutefois que ces dépenses ont été engagées pour toutes les clientèles du programme ACL. Notons également que nous n'avons pas inclus les dépenses du PSL, car elles ne peuvent être ventilées selon les clientèles, ni le modèle résidentiel. Viennent ensuite les dépenses pour les ressources non institutionnelles qui ont crû de 38 %, allant de 804 millions en 2009-2010 à 1,1 milliard en 2013-2014. Les dépenses pour l'adaptation de logements autonomes ont augmenté de tout près de 9 % au cours de la période, soit de 22 millions à 24 millions. Les dépenses liées aux ressources institutionnelles du RSSS ont augmenté, quant à elles, de 11 %. Pour l'ensemble des modèles résidentiels, on constate une augmentation de 21 % des dépenses de ces programmes liés à l'habitation au cours des cinq premières années de mise en œuvre de la politique À part entière.

Tableau 11

Dépenses des programmes gouvernementaux selon les modèles résidentiels, Québec, 2009-2010 à 2013-2014

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2014
	\$					%
Logements autonomes ¹	22 443 821	24 842 731	27 296 994	27 478 601	24 454 461	9,0
Ressources non institutionnelles ²	804 380 496	834 281 255	888 237 832	995 507 935	1 112 568 730	38,3
Ressources institutionnelles ²	1 812 525 214	1 818 578 781	1 924 287 448	1 974 188 914	2 015 414 454	11,2
Modèles hybrides ³	116 430 838	139 764 792	149 437 617	85 796 150	185 045 984	58,9
Total	2 755 780 369	2 817 467 559	2 989 259 891	3 082 971 600	3 337 483 629	21,1

1. Comprennent les dépenses du programme LAAA et du PAD (SHQ), du PADVAT (CNESST) et du PADVAR (SAAQ).

Pour ce dernier programme, seuls les coûts d'adaptation supérieurs à 10 000 \$ sont inclus.

2. Comprennent les dépenses du MSSS pour ces programmes.

3. Comprennent les dépenses totales du programme ACL de la SHQ (ensemble des volets, dont le volet I qui s'adresse aux personnes seules et aux familles).

Sources : CNESST, SAAQ, SHQ, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Le nombre d'unités livrées ou en cours de livraison est également un bon indicateur des efforts déployés pour développer une gamme complète de modèles résidentiels répondant aux besoins des personnes handicapées. Le tableau 12 montre le nombre d'unités livrées ou en cours de livraison par année pour les logements autonomes et les modèles résidentiels hybrides.

Les modèles hybrides développés pour les personnes handicapées sont ceux qui ont connu le développement le plus important au cours de la période étudiée avec un taux de croissance de 91 %, passant de 687 unités par année à 1 315. Mentionnons que les unités livrées pour les personnes handicapées dans le cadre du PSL ne sont pas disponibles. Quant aux logements autonomes, la baisse de plus de 30 %, soit une baisse de 666 unités, s'explique essentiellement par la suspension du programme LAAA de la SHQ⁶. De fait, lorsque l'on regarde le nombre d'unités livrées ou en cours de livraison en vertu du PAD, principal programme d'adaptation de domicile au Québec, la croissance du nombre d'adaptations de domicile par année est de plus de 16 % entre 2009-2010 et 2013-2014. Le PADVAR de la SAAQ a connu une croissance similaire au PAD, alors que le PADVAT de la CNESST a enregistré une décroissance du nombre d'unités livrées ou en cours de livraison de près de 6 % au cours de la période étudiée.

6. Les données ne sont pas disponibles, car ce programme a été suspendu le 1^{er} avril 2013 et le budget 2014-2015 du Gouvernement du Québec ne prévoyait aucune dépense pour ce programme.

Tableau 12

Nombre d'unités livrées ou en cours de livraison pour les logements autonomes et les modèles hybrides, Québec, 2009-2010 à 2013-2014

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2014
	n					%
Logements autonomes						
Programme LAAA (SHQ)	859	906	1 092	977	0	13,7 ¹
PAD (SHQ)	1 125	1 145	1 281	1 321	1 310	16,4
PADVAT (CNESST)	87	110	136	104	82	-5,7
PADVAR (SAAQ)	84	96	96	106	97	15,5
Total	2 155	2 257	2 605	2 508	1 489	-30,9
Modèles hybrides (SHQ)						
ACL volet II – Personnes âgées en légère perte d'autonomie	649	475	936	630	1 074	65,5
ACL volet III – Clientèle des personnes handicapées	38	80	207	71	241	534,2
Total	687	555	1 143	701	1 315	91,4

1. Variation de 2009 à 2013.

Sources : CNESST, SAAQ, SHQ, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Le tableau 13 montre, quant à lui, le nombre de places dans les ressources d'hébergement non institutionnelles et institutionnelles offertes par le RSSS entre 2009-2010 et 2013-2014. Ainsi, le nombre de places en RI a connu une croissance de 30 %, passant de quelque 13 000 places en 2009-2010 à plus de 17 000 places en 2013-2014. Quant au nombre de places en RTF, il a décru de 17 % au cours de la période avec une baisse de 1 995 places. Au total, les places disponibles dans les ressources non institutionnelles du RSSS ont connu une croissance de 8 % au cours de la période étudiée. Mentionnons que le nombre d'installations en RI a crû de 3,5 % au cours de la période à l'étude et que le nombre moyen de places par installation est passé de 6,6 par RI en 2009-2010 à 8,4 en 2013-2014. Du côté des RTF, le nombre d'installations a baissé de 18 %, passant de 3 128 en 2009-2010 à 2 561 en 2013-2014, mais le ratio de places par installation est demeuré stable avec 3,8 places par installation. Dans l'ensemble des RI-RTF, le nombre d'installations a décru de près de 10 %, alors que le nombre de places moyen par installation est passé de 4,9 à 5,8 entre 2009-2010 et 2013-2014 (données non présentées).

De leur côté, les ressources institutionnelles que sont les CHSLD publics et privés conventionnés ont connu une décroissance de 3 %, passant de 39 636 places en 2009-2010 à 38 353 places en 2013-2014. Cette baisse du nombre de places en CHSLD est moins importante que la baisse du nombre d'installations, de sorte que le nombre de places par CHSLD a crû de 1,9 %, passant de 77,6 places par installation à 79,1 (données non présentées).

Au total, le nombre de places dans les ressources d'hébergement du RSSS a crû de 1,1 % au cours des cinq premières années de mise en œuvre de la politique À part entière.

Tableau 13

Nombre de places dans les ressources d'hébergement non institutionnelles et institutionnelles du RSSS, Québec, 2009-2010 à 2013-2014

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2014
	n					%
Ressources non institutionnelles						
RI	13 254	14 367	15 420	16 485	17 255	30,2
RTF	11 633	11 164	10 610	10 053	9 638	-17,1
Total	24 887	25 531	26 030	26 538	26 893	8,1
Ressources institutionnelles						
CHSLD (publics et privés)*	39 636	39 079	38 979	38 675	38 353	-3,2
Total	64 523	64 610	65 009	65 213	65 246	1,1

* Pour les CHSLD, il s'agit du nombre de lits dressés.

Sources : MSSS, données administratives, 2015.

L'étude des crédits 2014-2015, MSSS (2014a).

L'étude des crédits 2015-2016, MSSS (2015).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Comme présenté au tableau 14 montrant le nombre de places dans les ressources non institutionnelles du RSSS selon la clientèle, la croissance du nombre de places au sein des RI est concentrée au sein du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). En effet, le nombre de places pour cette clientèle a augmenté de 67 % entre 2009-2010 et 2013-2014, alors que le nombre de places pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) et celles ayant un trouble grave de santé mentale (TGSM) a augmenté d'un peu plus de 8 %. Le nombre de places pour les personnes ayant une déficience physique (DP) a crû de 33 %, mais il est resté relativement bas, passant de 244 en 2009-2010 à 325 en 2013-2014. Quant aux RTF, le nombre de places pour la clientèle ayant une DI, une DP et un TGSM a baissé, alors que les places pour la clientèle du programme SAPA ont augmenté de 3,4 % entre 2009-2010 et 2013-2014.

Tableau 14

**Nombre de places dans les ressources d'hébergement non institutionnelles
du RSSS selon la clientèle, Québec, 2009-2010 à 2013-2014**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2014
	n					%
RI						
DI	5 494	5 633	5 781	5 865	5 968	8,6
DP	244	256	304	296	325	33,2
SAPA	4 807	5 673	6 533	7 477	8 034	67,1
TGSM	2 709	2 805	2 802	2 847	2 928	8,1
Total	13 254	14 367	15 420	16 485	17 255	30,2
RTF						
DI	7 091	6 603	6 341	5 997	5 742	-19,0
DP	98	106	106	99	95	-3,1
SAPA	799	998	919	867	826	3,4
TGSM	3 645	3 457	3 244	3 090	2 975	-18,4
Total	11 633	11 164	10 610	10 053	9 638	-17,1
Total RI-RTF	24 887	25 531	26 030	26 538	26 893	8,1

Source : MSSS, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Les données concernant les dépenses, le nombre d'unités livrées ou en cours de livraison et les places disponibles dans les ressources d'hébergement du RSSS viennent étayer l'étude de Proulx et Dumais (2010) ainsi que celle de Dansereau (2005) que nous avons citées plus haut. En effet, bien que les RI-RTF et les ressources d'hébergement institutionnelles accaparent la plus grande part des dépenses et représentent l'essentiel des ressources résidentielles disponibles, les modèles résidentiels hybrides sont ceux dont le développement est le plus important depuis 2009-2010. Même si leur nombre demeure très bas, il semble que le développement de logements autonomes avec services de soutien, tendance lourde observée dans les politiques d'habitation du reste du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, s'observe également au Québec (Proulx 2011).

Le Québec a d'ailleurs pris plusieurs initiatives pour développer les modèles résidentiels hybrides. Dans le cadre du PGMO, le MSSS s'est engagé à assurer le développement de formules originales en alternative à l'hébergement pour augmenter le nombre de personnes qui vivent en milieu résidentiel dans la communauté (M-302). Essentiellement, cet engagement visait à développer des modèles résidentiels hybrides. Ainsi, après avoir formé un groupe de travail intersectoriel et établi un plan de travail, le MSSS a accordé un financement au réseau pour répertorier les formules résidentielles novatrices et préparer un guide de soutien favorisant les nouvelles initiatives d'habitation et le réseautage. Cet engagement est réalisé en continu. La planification stratégique 2010-2015 du MSSS contient aussi la cible d'augmenter et de diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes vulnérables (MSSS 2010 : 29).

Le MSSS et la SHQ se sont également engagés à mettre en application le *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* (M-303 et M-341). Rappelons que le Cadre de référence reconnaît à la fois le soutien communautaire comme pratique novatrice et la responsabilité partagée de la SHQ et du MSSS à l'égard de la clientèle des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie. Il vise à doter les réseaux de l'habitation sociale ainsi que de la santé et des services sociaux de leviers pour consolider et développer les projets de logements autonomes avec services de soutien (modèles hybrides). Ainsi, le MSSS a investi 5 millions pour mettre en œuvre les quelque 300 ententes de collaboration conclues entre les organismes d'habitation et le RSSS prévues dans le Cadre de référence. Les ASSS ont également dépensé 1,35 million à cette fin en 2011-2012. De son côté, la SHQ effectue un suivi des ententes de collaboration.

Les travaux conjoints du MSSS et de la SHQ dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 ont également contribué au développement d'une gamme diversifiée de modèles résidentiels, notamment par l'amélioration des « services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome ». Une cible de 50 places par 100 000 habitants pour des logements avec soutien est inscrite au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS 2005 : 54). Dans une évaluation de 2012 de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, cette cible n'était toujours pas atteinte, mais la majorité des régions avait entrepris la réorganisation de leurs ressources d'hébergement afin d'atteindre les cibles (MSSS 2012a : 53).

D'autres initiatives gouvernementales ont contribué au développement d'une gamme plus complète de modèles résidentiels, notamment les orientations et le plan d'action *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement⁷, à leurs familles et à leurs proches*, lancé par le MSSS en 2003. Dans le bilan 2008-2011 de ce plan d'action, on peut lire que des formules résidentielles variées et novatrices (modèles hybrides) existent dans quelques régions, mais sont encore peu développées (MSSS 2012b : 53).

En plus de ces initiatives déployées sur le plan national, plusieurs municipalités ont également contribué, sur un plan local, à développer des modèles résidentiels diversifiés pour les personnes handicapées. En effet, les municipalités et les municipalités régionales de comté (MRC) ont été mandatées par la SHQ pour la gestion du PAD et du programme LAAA. Pour le PAD, elles s'assurent que les besoins des personnes handicapées sont évalués par un professionnel du réseau de la santé, que les travaux d'adaptation admissibles sont réalisés selon les normes du Programme et elles administrent l'aide financière accordée en vertu de ce programme. Dans le cadre du programme LAAA, il n'y a aucune intervention d'un professionnel de la santé; un représentant de la municipalité ou de la MRC s'assure de l'admissibilité de la personne, détermine ses besoins et dresse la liste des travaux admissibles selon les normes et modalités du programme. Comme dans le cas du PAD, c'est la municipalité ou la MRC qui gère l'aide financière accordée grâce au programme LAAA.

7. Terme utilisé dans la publication du MSSS. Celui-ci a depuis été remplacé par trouble du spectre de l'autisme (TSA).

En vertu du programme ACL, seuls les coopératives (COOP), les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation et les offices municipaux d'habitation sont reconnus comme organismes admissibles au dépôt de projets. De plus, certaines municipalités assument en totalité ou en partie la contribution minimale du milieu exigée (15 %), en complément de l'aide des gouvernements provincial et fédéral pour les projets ACL. Certaines villes sont mandataires de la SHQ pour la gestion du programme ACL, soit Montréal, Québec et Gatineau. Les autres projets ACL sont évalués par la SHQ.

En plus de leur rôle dans la gestion et la mise en œuvre des programmes de la SHQ, les municipalités interviennent de plus en plus dans le domaine de l'habitation, notamment par l'acquisition de terrains, le soutien financier et la promotion de projets de logements sociaux et abordables, dont les logements autonomes avec services de soutien pour personnes handicapées (Communauté métropolitaine de Montréal 2012; Dansereau 2005).

Les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées produits en vertu de la Loi permettent d'apprécier une partie des actions réalisées par les municipalités de 15 000 habitants et plus pour développer une gamme plus complète de modèles résidentiels.

Comme le montre le tableau 15, les municipalités ont réalisé ou partiellement réalisé 71 mesures ayant pour objectif de développer une gamme diversifiée de logements entre 2009 et 2013. Les mesures réalisées concernent principalement la gestion déléguée et la mise en œuvre du PAD, la construction de logements accessibles et, dans une moindre mesure, les logements supervisés pour les personnes ayant une DI ou un TGSM. Notons que 26 municipalités différentes ont mis en œuvre les 71 mesures présentées au tableau 15.

Tableau 15

Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec le développement de logements accessibles ou supervisés, Québec, 2009 à 2013

	n
Mise en œuvre du PAD	37
Construction de logements accessibles	25
Logements supervisés (DI, TGSM)	9
Total	71

1. Une mesure peut être reliée à plus d'un terme.

Source : Données provenant de la base de données sur les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées, Office des personnes handicapées du Québec, 2015.

Afin d'illustrer les types de mesures que l'on retrouve dans les plans d'action, mentionnons qu'à Saint-Lambert, la Ville a contribué à améliorer l'efficacité du PAD en augmentant la rapidité de traitement des dossiers sur son territoire (Ville de Saint-Lambert 2010). À Rimouski, la Ville a accordé un crédit de taxes foncières pour une période de cinq ans, un terrain et une somme de 490 058 \$ du Fonds d'habitation sociale pour le projet d'habitation La Roseraie, une ressource pour personnes âgées en légère perte d'autonomie (Ville de Rimouski 2011). La Ville de Montréal, pour sa part, soutient la réalisation de logements accessibles dans les projets de logements sociaux et communautaires du programme ACL (Ville de Montréal 2011).

Actions réalisées pour réduire les délais d'accès aux ressources, programmes et services résidentiels

Si le développement d'une gamme complète de modèles résidentiels est important pour répondre aux besoins diversifiés des personnes handicapées, encore faut-il que ces personnes puissent avoir accès aux ressources résidentielles développées. L'un des objectifs de réduction d'obstacles de la politique À part entière est de diminuer les délais d'accès aux programmes et services résidentiels. Ainsi, dans le cadre du PGMO, la SHQ s'était engagée à poursuivre le PAD et le programme LAAA (M-316). Elle a également inscrit dans son Plan stratégique 2011-2016 une cible de réduction du délai moyen de traitement des dossiers du PAD. Le délai moyen de traitement des dossiers du PAD était de 45 mois en 2006-2007. La cible du Plan stratégique 2011-2016 de la SHQ visait à faire passer ce délai à 24 mois en 2016 (SHQ 2011 : 12).

Le tableau 16 montre les délais moyens d'attente⁸ pour les principaux programmes visant le logement autonome, soit les programmes d'adaptation de domicile. Comme présentée, la cible de 24 mois de traitement pour le PAD, prévue pour 2016, a été atteinte en 2013-2014 avec un délai moyen de traitement des dossiers de 23 mois. La réduction des délais de traitement est particulièrement marquée pour ce programme avec une réduction de plus de 30 % entre le 31 mars 2010 et le 31 mars 2014. Notons que durant cette même période, le nombre de nouvelles demandes reçues à la SHQ pour une adaptation de domicile est passé de 2 198 en 2009-2010 à 2 664 en 2013-2014, pour une croissance de 21 % (données non présentées). Les données sur les délais de traitement des dossiers pour le programme LAAA ne sont pas disponibles.

Les délais d'attente du PADVAT de la CNESST et du PADVAR de la SAAQ ont pour leur part augmenté. Dans le cas du PADVAT, cette augmentation est de plus de 85 %, alors que pour le PADVAR, elle est de 10 %. Les délais d'attente pour ces régimes assuranciers sont, en termes absolus, beaucoup moins importants que ceux des programmes de la SHQ, avec des temps d'attente d'un peu plus de 7 mois dans le cas de la CNESST et d'environ 15 mois pour la SAAQ. Malgré l'augmentation des délais d'attente pour le PADVAR entre 2009 et 2014, ils demeurent plus de 8 mois inférieurs aux délais d'attente du PAD.

8. Alors que nous utilisons le terme générique de délais d'attente, la SHQ compile des données sur le délai de traitement d'une demande au PAD, soit le nombre de mois écoulés entre l'inscription de la personne handicapée à la SHQ et le versement de l'aide financière au propriétaire du domicile. De son côté, la CNESST dispose de données sur le délai moyen entre la date de début de la mesure d'adaptation du domicile et la date du premier frais d'adaptation du domicile suivant la date de la mesure. Finalement, la SAAQ produit des données sur le délai moyen d'attente entre la réception de la demande jusqu'à la décision.

Tableau 16

**Délais moyens d'attente ou de traitement des dossiers en mois
pour les principaux programmes d'adaptation de domicile, Québec,
2009-2010 à 2013-2014**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variation 2009-2014
	(en mois)					%
Programme LAAA (SHQ)	...	...	...	...	...	...
PAD (SHQ)	33,0	29,0	28,0	26,0	23,0	-30,3
PADVAT (CNESST)	4,0	2,5	5,5	5,5	7,4	85,6
PADVAR (SAAQ)	13,5	13,4	13,0	15,2	14,9	10,4

... Données non disponibles.

Sources : CNESST, SAAQ, SHQ, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Le tableau 17 montre, quant à lui, le nombre de personnes en attente d'une ressource résidentielle offerte par le RSSS, selon la clientèle. Les données du MSSS portent sur l'ensemble de ses ressources d'hébergement (RI, RTF, internats, foyers de groupe, résidences à assistance continue et autres ressources), sauf les CHSLD. On y trouve également le délai moyen d'attente en jours pour l'année 2012-2013.

Le nombre de personnes handicapées en attente d'une ressource résidentielle du RSSS a diminué de près de 10 % au cours des 4 premières années de mise en œuvre de la politique. En 2012-2013, les délais d'attente sont de quelque 3 années d'attente pour les personnes ayant une DI ou un TSA⁹. Quant aux personnes ayant une DP, elles ne sont plus considérées en attente lorsqu'elles reçoivent un autre service de l'établissement, et ce, depuis 2009-2010. Par exemple, une personne en attente d'une RI qui reçoit des services de réadaptation de la part de l'établissement est retirée de la liste d'attente pour une ressource d'hébergement. En d'autres termes, les données présentées ne reflètent pas les délais d'attente réels pour cette clientèle.

Pour ce qui est des CHSLD, le nombre de personnes en attente a diminué de près de 13 % pour l'ensemble du Québec entre 2010-2011 et 2012-2013 (données non présentées).

9. Le terme utilisé dans les données du MSSS est trouble envahissant du développement (TED). Celui-ci a depuis été remplacé par TSA, trouble du spectre de l'autisme.

Tableau 17

Nombre de personnes en attente d'une ressource résidentielle du RSSS (sauf les CHSLD) par année et selon la clientèle, Québec, 2009-2010 à 2012-2013

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation 2009-2013	Délai moyen d'attente en jours 2012-2013
	n				%	n
DI	1 011	963	1 007	922	-8,8	1 035
TSA ¹	329	338	343	353	7,3	1 125
DP	72	75	16	0	-100,0	0
TGSM ²	...	...	...	...	...	...
Total	1 412	1 376	1 366	1 275	-9,7	

... Donnée non disponible

1. La source de données porte sur la clientèle TED, mais depuis mai 2013, le terme utilisé est TSA.

2. La Direction de la santé mentale du MSSS ne recueille aucune donnée sur les délais d'attente pour un hébergement.

Source : MSSS, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Quant aux délais d'attente pour avoir accès à un logement autonome avec services de soutien (modèles hybrides), il n'a pas été possible de les obtenir. Les seules données dont nous disposons portent sur l'ensemble des projets résidentiels livrés dans le cadre du programme ACL de la SHQ pour les années 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014. De plus, les données disponibles portent sur le délai moyen entre la réception de la demande à la SHQ et la livraison des projets résidentiels ACL, qui est passé de 38 mois en 2011-2012 à 38,2 mois au 31 mars 2014 (données non présentées).

Pour conclure cette section, mentionnons qu'en ce qui concerne les RI-RTF, la publication, en avril 2014, du *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* (MSSS 2014b) énonçait les nouvelles orientations ministérielles à l'égard de ces ressources résidentielles du RSSS. Bien que ces nouvelles orientations apparaissent vers la fin de la période à l'étude et qu'il est donc peu probable qu'elles aient eu un impact sur les délais d'attente pour une RI-RTF, il est important de mentionner qu'elles reflètent les intentions du MSSS pour les prochaines années, notamment en matière d'accès à ces ressources. En effet, parmi les 6 orientations et principes directeurs du Cadre de référence, l'une vise à favoriser l'accessibilité à une RI-RTF la plus adéquate compte tenu des besoins de l'utilisateur, tout en tenant compte de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. Une autre a pour objectif d'assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie ainsi que la continuité des services qui lui sont offerts.

Contribution de la politique à la disponibilité, la diversité et l'adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées

Cette section a présenté les principales actions réalisées dans le cadre de la politique à part entière afin de réduire les obstacles concernant la disponibilité, la diversité et l'adéquation du domicile avec les besoins des personnes handicapées. Sur le plan de la diversité des modèles résidentiels,

les données présentées sur les dépenses et le nombre d'unités livrées montrent que si les RI-RTF et les ressources d'hébergement institutionnelles accaparent la plus grande part des dépenses et représentent l'essentiel des ressources résidentielles disponibles, les modèles résidentiels hybrides sont ceux dont le développement est le plus important depuis 2009-2010. Il semble donc que les modèles résidentiels soient plus variés qu'ils ne l'étaient en 2009.

Sur le plan de l'adéquation des modèles résidentiels avec les besoins des personnes handicapées, une amélioration a été constatée, notamment par l'augmentation du nombre de modèles résidentiels hybrides au cours de la période à l'étude. D'ailleurs, le nombre de personnes handicapées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD a baissé de 11 % au cours des 5 premières années de mise en œuvre de la politique, passant de 4 006 en 2009-2010 à 3 568 en 2013-2014 (données non présentées). Cette baisse pourrait s'expliquer, du moins en partie, par une plus grande disponibilité de modèles résidentiels alternatifs à l'hébergement institutionnel. Toutefois, malgré les efforts déployés, le nombre de personnes handicapées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD demeure important. En effet, en 2013-2014, 9,7 % des usagers en CHSLD sont âgés de moins de 65 ans (données non présentées). Cette question a d'ailleurs été abordée dans le cadre du mandat d'initiative *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée* de la Commission de la santé et des services sociaux (2016), lancé en 2013.

Des efforts supplémentaires seront nécessaires au cours des prochaines années afin d'augmenter la part des modèles résidentiels hybrides dans l'ensemble des ressources résidentielles disponibles et offrir aux personnes handicapées plus d'alternatives à l'hébergement institutionnel. Le Plan 2015-2019 des engagements gouvernementaux (PEG) de la politique À part entière (Office 2015b) indique que la SHQ et le MSSS comptent poursuivre leurs efforts en ce sens. En effet, ces deux organismes se sont engagés à établir de nouveaux partenariats dans le but d'intensifier la réalisation et d'assurer le maintien des projets de logements autonomes, avec ou sans soutien, destinés à des personnes handicapées (engagement 56).

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM) pourra également contribuer au développement de modèles résidentiels hybrides. Le PASM présente en effet des standards ministériels relatifs à la gamme de services s'adressant aux personnes ayant des troubles de santé mentale. En matière d'habitation, le standard est de 120 places par 100 000 habitants pour une « gamme variée et complète de services d'habitation et d'hébergement autres qu'institutionnels, en privilégiant le logement autonome » (MSSS 2015a : 67). Mentionnons que la répartition de ce standard doit être planifiée sur une base territoriale et selon les besoins de la population.

Sur le plan de la disponibilité ou de l'accès aux ressources, programmes et services résidentiels, les données présentées montrent que des progrès ont été réalisés. Les délais de traitement des dossiers PAD de la SHQ ont été réduits. Par contre, les personnes handicapées attendent encore 23 mois pour une adaptation de leur domicile. Des délais de traitement des dossiers aussi importants ont sans doute un impact négatif sur la participation sociale des personnes handicapées. Ainsi, la SHQ s'est engagée au PEG à maintenir le délai moyen de traitement d'un dossier PAD inférieur à 24 mois (engagement 58). Elle s'est également engagée à favoriser l'accès au programme ACL aux clientèles composées de personnes handicapées. Du côté du RSSS, les données montrent que certaines personnes handicapées peuvent attendre plusieurs années pour une ressource résidentielle. Le MSSS s'est engagé au PEG à soutenir l'implantation des nouvelles orientations ministérielles définies par le Cadre

de référence sur les RI-RTF (engagement 42), notamment celles visant à favoriser l'accessibilité à une RI-RTF en fonction des besoins de l'utilisateur et à assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie et la continuité des services qui lui sont offerts. En somme, la diversité des modèles résidentiels disponibles s'est améliorée depuis l'adoption de la politique À part entière, mais l'accès aux ressources, programmes et services résidentiels demeure restreint, particulièrement pour les personnes ayant une DI ou un TSA en attente pour une ressource résidentielle du RSSS. Pour cette clientèle, non seulement les délais d'attente sont importants, mais le nombre de places disponibles dans les RI-RTF a diminué de 7 % au cours de la période à l'étude (données non présentées).

L'ACCÈS À L'INFORMATION EN MATIÈRE D'HABITATION

Comme vu précédemment, il existe plusieurs programmes en matière d'habitation au Québec. Certains d'entre eux procèdent par la voie de l'aide financière, comme le PAD et le programme LAAA de la SHQ. D'autres programmes offrent plutôt des services directs, comme dans le cas des RI-RTF du RSSS. Ces programmes sont fréquemment modifiés et les démarches pour y accéder peuvent parfois être complexes. L'une des conditions nécessaires pour que les personnes handicapées aient accès aux programmes et services leur étant destinés est que l'information sur ces programmes soit disponible et facilement accessible.

Ainsi, l'exercice de consultation à l'origine de l'élaboration de la politique À part entière a permis d'identifier deux grands obstacles en lien avec l'accès à l'information en matière d'habitation. D'abord, l'ensemble de l'information n'est pas toujours disponible ou accessible aux personnes handicapées. Ensuite, on a constaté une insuffisance des mécanismes permettant de regrouper, traiter et diffuser l'information concernant la disponibilité de domiciles adaptés (répertoire ou inventaire de logements adaptés) afin d'en permettre une ou plusieurs utilisations subséquentes.

Dans la section qui suit, nous tâchons de montrer si l'information sur les programmes et mesures en habitation est plus disponible et facilement accessible aux personnes handicapées. Nous présentons ensuite les actions réalisées pour élaborer des répertoires de logements adaptés depuis 2009.

Actions réalisées pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de l'information en matière d'habitation

L'information sur les programmes d'adaptation de domicile de la SHQ est rendue publique sur son site Web et est facilement accessible, c'est-à-dire qu'il est aisé de la repérer. Le PAD et le programme LAAA sont également promus par des dépliants qui résument et simplifient l'information. La SAAQ en fait autant pour son PADVAR. Par contre, l'information sur le PADVAT de la CNESST n'est pas facilement accessible sur le Web. Il faut parcourir le *Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation* du site Web de la CNESST (2010) pour y avoir accès.

Avant 2014, l'information sur les ressources non institutionnelles du RSSS était difficile d'accès. L'information sur les RI-RTF était disséminée sur le site des *Publications du Québec*, du MSSS, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et sur les sites Web des établissements. La publication du *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* (MSSS 2014b) en avril 2014 permet d'obtenir l'ensemble des orientations ministérielles relatives à ces ressources dans un seul document. Toutefois, ce cadre de référence s'adresse principalement aux établissements. L'information qu'il contient peut être difficile à comprendre pour certaines personnes handicapées et leur famille.

Depuis octobre 2014, le site Web *Mon choix mon toit*, réalisé conjointement par l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), donne toute l'information nécessaire pour ce type de modèles résidentiels. De plus, l'AQESSS soutient que son site Web tient compte de plusieurs standards sur l'accessibilité du Web du Gouvernement du Québec. Ces deux associations ont toutefois été abolies avec l'adoption de la LMRSSS.

Pour ce qui est des ressources institutionnelles, notamment des CHSLD, l'information est disponible et accessible. Le site Web du MSSS, des CISSS et CIUSSS et de plusieurs établissements fournit l'information nécessaire aux personnes handicapées et leur famille. De plus, certains CHSLD, surtout privés, ont leur propre site Web et font la promotion de leurs services.

Quant aux modèles résidentiels hybrides réalisés dans le cadre du programme ACL de la SHQ, cette dernière rend disponible sur son site Web toute l'information nécessaire. Elle diffuse également un dépliant d'information qui résume les principales caractéristiques du programme. Le site Web *Mon choix mon toit* fournit également de l'information sur ce programme, autant du point de vue d'une personne qui cherche un logement autonome avec services de soutien, que de celui d'une personne ou d'un groupe qui désire débiter un projet ACL.

Par ailleurs, l'Office s'est engagé dans le cadre du PGMQ à développer, à l'intention des personnes handicapées et de leur famille, des outils d'information conviviaux pour simplifier l'accès à l'information sur les programmes, les mesures et les services qui leur sont destinés (M-314). Dans le cadre de ce moyen, l'Office a notamment produit, mis à jour et diffusé trois guides pour les personnes handicapées et leur famille. Parmi ces trois guides, mentionnons le *Guide des programmes d'aide pour les personnes handicapées et leur famille*, produit en décembre 2011. Ce guide permet de diffuser de l'information conviviale sur certains programmes d'habitation comme les RI, le PAD, le programme Habitations à loyer modique (HLM) et le programme LAAA. En plus d'avoir déposé ce guide sur son site Web, l'Office en fait la promotion par une diversité de moyens, que ce soit par le personnel de la Direction des services aux personnes handicapées et à leur famille, le cyberbulletin *Express-O* ou dans les kiosques tenus lors d'événements publics.

Actions réalisées pour élaborer des répertoires de logements adaptés

Un autre grand objectif de réduction d'obstacles en lien avec l'information en matière d'habitation concerne la constitution de répertoires de logements adaptés afin d'en permettre plusieurs utilisations. Nous l'avons vu, le délai moyen de traitement d'une demande pour une adaptation de domicile dans le cadre du PAD de la SHQ est d'environ deux ans. Lorsqu'un logement adapté se libère, tous seront d'avis qu'il serait judicieux d'en permettre une réoccupation par une personne handicapée. Cette pratique permet de préserver le parc de logements adaptés et de favoriser, par le fait même, la participation sociale des personnes handicapées.

Ainsi, dans le cadre du PGMO, la SHQ s'est engagée, en concertation avec les organismes concernés, à statuer sur la proposition d'un service info-logement élaborée en 2001, soit *Les services info-habitation, une nécessité au Québec* (M-178). Le Comité intersectoriel sur l'accessibilité universelle en habitation, constitué de la SHQ, de l'Office et d'organismes du MACAPH, a été saisi du mandat. Une mise à jour de la proposition *Les services info-habitation, une nécessité au Québec* a d'abord été déposée en avril 2010 au Comité afin d'avoir un état de situation actuel de la problématique entourant la création d'un répertoire centralisé de domiciles adaptés. En janvier 2012, les membres du Comité ont convenu de la nécessité de qualifier et quantifier le besoin pour un tel service, notamment par une estimation de l'offre et de la demande actuelles, avant de statuer sur un modèle. En 2012-2013, la SHQ procédait à l'évaluation des impacts de la mise en place d'un service info-habitation et souhaitait consulter les milieux représentatifs des personnes handicapées afin de s'assurer d'avoir l'ensemble des éléments d'analyse conduisant aux recommandations finales. En 2014-2015, la SHQ a réorienté ses travaux et abandonné l'idée d'un répertoire centralisé de logements adaptés. Les travaux menés sur la question ont montré que les modèles envisagés comportaient plusieurs contraintes, notamment en ce qui a trait à la protection de la vie privée et la sécurité des personnes handicapées vivant dans ces logements, de même que la capacité à recueillir l'information auprès des locateurs.

Sur le plan local, les municipalités ont également contribué à favoriser l'accès à l'information en matière d'habitation pour les personnes handicapées. Entre 2009 et 2013, elles ont réalisé ou partiellement réalisé 28 mesures visant l'élaboration ou la mise à jour d'inventaires de logements accessibles sur leur territoire (données non présentées). Parmi les 13 municipalités qui ont élaboré un répertoire de logements accessibles, mentionnons la Ville de Trois-Rivières qui a collaboré, en 2010, avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS)¹⁰ de Trois-Rivières et l'organisme BAIL-Mauricie (Bureau d'aide et d'information sur le logement adapté) à la mise à jour d'une liste de logements accessibles et des différents équipements disponibles (plate-forme élévatrice, etc.) (Ville de Trois-Rivières 2010).

Contribution de la politique à la réduction des obstacles en lien avec l'accès à l'information en matière d'habitation

Les dernières sections ont présenté les principales actions réalisées dans le cadre de la politique À part entière afin de réduire les obstacles en lien avec l'accès à l'information en matière d'habitation. Comme nous l'avons vu, l'information sur les principaux programmes en habitation

10. Dénomination utilisée dans le présent document. Les CSSS n'existent plus depuis le 1^{er} avril 2015 en raison de la restructuration du RSSS.

n'est pas toujours disponible et accessible. Dans ce contexte, la mise sur pied d'un « guichet unique » d'accès à l'information sur les programmes et services offerts aux personnes handicapées et leur famille est essentielle (Québec 2009a : 46). Plusieurs initiatives en ce sens ont été prises au cours des dernières années, notamment par l'AERDPQ et l'AQESSS, de même que par Services Québec. Il reste cependant beaucoup de travail à faire afin qu'une seule porte d'entrée vers les programmes et services en habitation soit réalisée, connue de tous, qu'elle contienne l'ensemble de l'information pertinente et soit facile d'utilisation. L'Office, en collaboration avec le MTESS, s'est d'ailleurs engagé dans le PEG à déployer un guichet unique d'accès à l'information et d'accompagnement intersectoriel pour les personnes handicapées et leur famille (engagement 5) (Office 2015b).

En lien avec l'obstacle concernant l'absence d'un répertoire de logements adaptés, la mise sur pied d'un service info-habitation, qui viendrait centraliser pour l'ensemble du Québec l'information sur la disponibilité de logements adaptés afin d'en permettre la réoccupation par les personnes handicapées et leur famille, n'a pas été réalisée. Il existe toutefois plusieurs répertoires de logements adaptés qui couvrent les régions de Montréal, de Laval, de la Montérégie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que de la Capitale-Nationale et de l'Outaouais. Les régions les plus peuplées sont donc couvertes par un répertoire de logements adaptés. Mentionnons toutefois que ces répertoires ne couvrent pas toutes les régions et qu'ils sont administrés par des organismes communautaires ou des OBNL qui n'ont pas toujours les ressources financières, humaines et techniques nécessaires pour assurer la pérennité du service. Aussi, plusieurs de ces répertoires existaient déjà au moment de l'adoption de la politique.

Notons tout de même que la SHQ s'est engagée, dans le cadre du PEG, à évaluer l'opportunité de mettre en place au sein du réseau des logements sociaux et communautaires une approche de gestion des attributions de logements adaptés disponibles afin de faciliter la recherche de logements pour les personnes handicapées (engagement 60). Elle évaluera également diverses options afin d'inciter les propriétaires privés ayant des logements adaptés ou adaptables à faire appel au réseau de logements sociaux lorsque ces logements se libèrent (engagement 61) (Office 2015b).

En somme, les obstacles identifiés en 2009 en lien avec l'accès à l'information en matière d'habitation persistent pour une large part, même si certaines initiatives positives ont vu le jour ou ont été maintenues depuis 2009.

CONCEPTION ET AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Le Québec a connu un développement immobilier important au cours des dernières années. Selon la SHQ, les mises en chantier totales sont passées de 43 403 en 2009 à 47 366 en 2012 (SHQ 2014a). Seule l'année 2013 a connu un nombre de mises en chantier inférieur à celui de 2009 (37 760). Or, selon le Code de construction du Québec (Québec 2000), il n'existe aucune exigence d'accessibilité pour l'intérieur des logements, malgré les efforts récents pour modifier le Code.

Lors de l'élaboration de la politique À part entière, les personnes consultées ont identifié trois grands obstacles en matière de conception et d'aménagement du domicile : 1) le manque d'information

des acteurs¹¹ du domaine de l'habitation quant aux avantages de l'application des normes d'accessibilité et d'adaptabilité des logements dès la phase de conception et de réalisation des projets d'habitation ; 2) une offre de domiciles adaptés insuffisante par rapport à la demande croissante et variée des personnes handicapées ; 3) l'accès difficile aux mesures d'adaptation de domicile et la réponse inadéquate de ces mesures à leurs besoins. La présente section porte sur les actions réalisées pour réduire ces obstacles.

Actions réalisées pour informer et sensibiliser les acteurs du domaine de l'habitation

Dans le cadre du PGMO, la SHQ s'est engagée à promouvoir le concept d'accessibilité universelle (M-050) auprès de ses partenaires du secteur de l'habitation. Pour ce faire, la SHQ sollicite, en 2009-2010, la collaboration de Société Logique, un OBNL qui a pour mission de promouvoir et d'intervenir dans le développement d'environnements universellement accessibles, afin de développer le thème de l'accessibilité au sein de la documentation qu'elle fournit à ses partenaires. En 2009, son colloque intitulé Entretiens sur l'habitat portait sur le logement et les personnes handicapées. L'une des présentations abordait le concept d'accessibilité universelle et ses applications. Mentionnons que le colloque Entretiens sur l'habitat de la SHQ réunit des chercheurs et des représentants de différents paliers de gouvernement et de milieux communautaires et privés qui œuvrent dans le domaine de l'habitation.

Toujours dans le cadre du PGMO, la SHQ a offert, en 2010-2011, une formation sur le principe d'accessibilité, notamment sur le parcours sans obstacles, aux conseillers techniques des offices municipaux d'habitation. En 2011-2012, une demi-journée de sensibilisation au concept d'accessibilité universelle a été tenue dans le cadre du Colloque des gestionnaires techniques du logement social et communautaire. Rappelons que les offices d'habitation et les gestionnaires techniques sont les partenaires et mandataires de la SHQ dans l'élaboration, la réalisation et l'exploitation des projets d'habitation.

Sur le plan local, les municipalités ont également contribué à informer ou sensibiliser les acteurs du domaine de l'habitation à l'application des normes d'accessibilité dans la conception et la réalisation des projets d'habitation. Le tableau 18 montre le nombre de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans le cadre des plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées visant la sensibilisation ou l'information des acteurs du secteur de l'habitation. Ainsi, 23 municipalités différentes ont réalisé 51 mesures de sensibilisation ou d'information auprès de différents acteurs du domaine de l'habitation entre 2009 et 2013. La sensibilisation des professionnels de la construction et des promoteurs immobiliers constitue le principal type de mesures réalisées par les municipalités avec 34 mesures sur 51. À Matane, par exemple, la Ville remet un dépliant de promotion de l'accessibilité universelle aux personnes ou aux entreprises qui obtiennent un permis pour la construction ou la rénovation d'un bâtiment (Ville de Matane 2012).

11. Par « acteurs » du domaine de l'habitation, on entend tous les corps de métier qui forment l'industrie de la construction résidentielle (architectes, ingénieurs, promoteurs immobiliers, entrepreneurs en construction, etc.) ainsi que les propriétaires.

Tableau 18

Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec la sensibilisation et l'information des acteurs du milieu de l'habitation, Québec, 2009 à 2013

	n
Sensibilisation des professionnels de la construction et des promoteurs immobiliers	34
Inciter la construction, la rénovation de logements accessibles	19
Sensibilisation des propriétaires de résidence (duplex, triplex, etc.)	3
Total	51¹

1. Une mesure peut être reliée à plus d'un terme.

Source : Données provenant de la base de données sur les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées, Office des personnes handicapées du Québec, 2015.

Actions réalisées pour augmenter l'offre de domiciles adaptés et adaptables

Si la sensibilisation des acteurs de l'habitation est importante pour réduire les obstacles en matière de conception et d'aménagement du logement pour les personnes handicapées, l'augmentation de l'offre de domiciles adaptés et adaptables¹² l'est tout autant.

Afin d'augmenter l'offre de logements adaptés, la SHQ s'est engagée au PGMQ à poursuivre les programmes d'adaptation de domicile et de logements adaptés pour aînés autonomes (M-316).

Le tableau 19 montre l'évolution cumulative du nombre de logements adaptés en vertu de ces deux programmes d'adaptation de domicile. Le nombre cumulatif de logements adaptés est obtenu en additionnant le nombre de logements adaptés annuellement à partir d'un point dans le temps. Par exemple, le nombre cumulatif de logements adaptés dans le cadre du PAD pour l'année 2009-2010 est obtenu en additionnant les logements adaptés annuellement depuis 1991, soit l'année du transfert du Programme de l'Office vers la SHQ.

Comme on peut le constater, le nombre cumulatif de logements adaptés pour répondre aux besoins dans le cadre du PAD et du programme LAAA de la SHQ a augmenté de 26 % au cours des 4 premières années de mise en œuvre de la politique À part entière, passant de 23 833 à 30 050 logements adaptés.

Le nombre cumulatif de logements adaptés pour les victimes d'accidents du travail (PADVAT de la CNESST) et les victimes d'accidents de la route (PADVAR de la SAAQ) est aussi présenté dans le tableau 19. Le nombre de logements adaptés pour les accidentés de la route et du travail est passé de 1 297 à 2 243 de 2009 à 2013, soit une augmentation de 73 % au cours des 4 premières années de mise en œuvre de la politique À part entière. Mentionnons que le nombre cumulatif

.....
12. Pour la SHQ, un logement adaptable est un « logement accessible pouvant être habité par tous et qui, avec un minimum de transformations, peut répondre aux besoins particuliers d'une personne ayant une incapacité physique ou sensorielle » (SHQ 2012 : 4).

de logements adaptés par la SAAQ est sous-estimé en raison d'un changement dans leur système d'information et par le fait que cette statistique est disponible seulement depuis 2009.

La somme du nombre cumulatif de logements adaptés en vertu des principaux programmes d'adaptation de domicile au Québec est passée de 25 130 en 2009-2010 à 32 293 en 2012-2013, pour une croissance de 29 %.

Tableau 19

Nombre cumulatif¹ de logements adaptés en vertu des principaux programmes d'adaptation de domicile, Québec, 2009-2010 à 2012-2013

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation 2009-2013
	n				%
SHQ					
PAD	11 978	13 196	14 409	15 430	28,8
Programme LAAA	11 855	12 747	13 791	14 620	23,3
Total	23 833	25 943	28 200	30 050	26,1
PADVAT (CNESST)	1 129	1 239	1 375	1 479	31,0
PADVAR (SAAQ)	84	180	276	382	354,8
Total	1 297	1 599	1 927	2 243	72,9
TOTAL	25 130	27 542	30 127	32 293	28,5

1. Nombre cumulatif depuis 1991 pour le PAD, 1996 pour le programme LAAA, 2002 pour le PADVAT et 2009 pour le PADVAR.

Sources : CNESST, SAAQ, SHQ, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Ces données montrent que l'offre de logements augmente, mais elles ne tiennent pas compte de l'évolution des besoins des personnes handicapées. Comme présentées dans une section précédente, les nouvelles demandes reçues par la SHQ au PAD ont augmenté de 21 % entre 2009-2010 et 2013-2014, alors que le nombre de logements adaptés dans le cadre du PAD a augmenté de 16,4 % durant cette période. Ainsi, malgré les augmentations constatées au nombre de logements adaptés, on peut estimer que l'écart entre l'offre et la demande de logements adaptés, à tout le moins pour le PAD, s'est élargi au cours des 5 premières années de mise en œuvre de la politique À part entière.

Afin d'augmenter l'offre de logements adaptés au Québec, la SHQ s'est aussi engagée, dans le cadre du PGMO, à poursuivre l'intégration d'exigences d'accessibilité et d'adaptabilité dans les projets d'habitation subventionnés par l'entremise de ses programmes (M-176). Ainsi, la SHQ a procédé à la révision du Guide de construction du programme ACL afin de renforcer l'accessibilité de tous les projets réalisés en vertu de ce programme. Des modifications ont été apportées à certains critères liés à l'accessibilité des immeubles (parcours sans obstacles à partir de la voie publique jusqu'au logement), à l'accessibilité et l'adaptabilité des logements ainsi qu'au nombre minimal de logements accessibles et de logements adaptables qui doivent être retenus en fonction des clientèles de chaque projet ACL. Ainsi, plusieurs mesures qui pouvaient faire l'objet d'une demande de subvention additionnelle avant la révision du Guide font maintenant partie des exigences de base du Guide de construction. Même si le nouveau Guide de construction est

plus exigeant en termes d'accessibilité des logements construits en vertu du programme, il est toujours possible d'avoir recours à la subvention pour l'adaptabilité du logement (SUAL) et à la subvention d'adaptation de domicile (SAD) lorsque des aménagements plus spécifiques sont requis à l'intérieur des logements.

En 2012-2013, les modalités d'administration des SUAL et SAD du programme ACL ont été révisées (SHQ 2014b, 2014c). L'objectif de cette refonte était d'alléger les procédures d'administration de ces subventions, de réduire la durée de traitement des demandes et de fournir une documentation précise et mieux assimilable par les intervenants.

La SHQ s'est aussi engagée à mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport du ministre du Travail sur l'accessibilité des immeubles construits avant 1976, notamment à l'égard des immeubles d'habitation sociaux et communautaires (M-177). Rappelons qu'une grande partie des immeubles publics construits avant l'adoption du premier code du bâtiment en 1976 ne répondent à aucune norme d'accessibilité. Ainsi, en avril 2009 et en réponse à la demande du ministre du Travail, la SHQ lui a adressé sa planification globale, favorisant l'accessibilité des bâtiments publics aux personnes handicapées (HLM, COOP et OBNL à déficit d'exploitation) construits avant décembre 1976. Depuis 2010-2011, la SHQ rapporte que des modifications sont apportées aux bâtiments, au cas par cas, pour les rendre plus accessibles aux personnes handicapées.

Sur le plan local, les municipalités de 15 000 habitants et plus ont également contribué à augmenter l'offre de logements accessibles ou adaptés par l'entremise de leur plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées. Il s'agit de 17 municipalités différentes qui ont réalisé 39 mesures visant à augmenter l'offre de logements adaptés au cours des 5 premières années de mise en œuvre de la politique À part entière (données non présentées). À Sherbrooke, par exemple, la Municipalité a cédé deux terrains à l'organisme Han-Logement pour la construction de 2 bâtiments de 6 logements pour personnes handicapées (Ville de Sherbrooke 2013). Notons également qu'en plus des 39 mesures, la RBQ a réalisé 2 mesures visant à augmenter l'offre de logements accessibles. Une d'entre elles consistait à soumettre un projet de règlement à son conseil d'administration concernant l'intégration dans le Code de construction des exigences en vue de rendre adaptable une partie des logements à être construits (RBQ 2011). Ce projet de règlement, élaboré en collaboration avec l'Office et les partenaires concernés, représentait un moyen concret d'augmenter l'offre de domiciles adaptés et adaptables. Toutefois, à la suite de consultations auxquelles sont soumis tous les projets de règlement pendant leur processus d'adoption, et en raison notamment des coûts estimés pour leur mise en œuvre, les exigences proposées pour rendre une partie des logements à être construits adaptables ont été retirées du projet de règlement modifiant le Code de construction, chapitre I, Bâtiment (Québec 2015a), qui est entré en vigueur en juin 2015.

Actions réalisées pour améliorer la couverture des besoins dans les programmes et mesures d'adaptation de domicile

Comme mentionné plus haut, l'un des objectifs de réduction d'obstacles de la politique en lien avec les programmes et mesures d'adaptation de domicile est d'améliorer la couverture des besoins offerts par ces programmes. Ainsi, la SHQ s'est engagée, dans le cadre du PGMO, à poursuivre le PAD et le programme LAAA (M-316). Dans le cadre de cet engagement, la SHQ a apporté, en 2009-2010, des modifications au PAD afin d'améliorer les besoins couverts par ce programme, comme illustré au tableau 20.

La SHQ a procédé à l'abolition des plafonds d'aide par mode d'occupation (propriétaires ou locataires). Toute personne admissible peut désormais bénéficier d'une aide pouvant atteindre 16 000 \$, sans égard au mode d'occupation. Avant cette refonte, les locataires d'un logement pouvaient avoir un maximum de 8 000 \$ d'aide financière et les locataires d'une chambre, 4 000 \$. L'aide supplémentaire de 7 000 \$ pouvant être attribuée dans certains cas particuliers a été maintenue. Depuis 2009-2010, une aide supplémentaire de 10 000 \$ pour des équipements spécialisés, tels qu'un appareil élévateur ou un lève-personne sur rail, peut s'ajouter lorsque certaines conditions sont remplies. Un montant maximal de 33 000 \$ peut désormais être versé, alors qu'il était de 23 000 \$ avant les modifications apportées au PAD (SHQ 2009). L'octroi de l'aide financière se fait maintenant par personne admissible et non plus par ménage. Certaines résidences pour personnes âgées sont dorénavant admissibles et la SHQ a procédé à l'assouplissement des critères de réinscription au PAD.

Tableau 20

Principaux changements dans les normes d'application du PAD de la SHQ, Québec, 2005 et 2009

	2005	2009
Plafond d'aide pour propriétaire	16 000 \$	16 000 \$
Plafond d'aide pour locataire d'un logement	8 000 \$	16 000 \$
Plafond d'aide pour locataire d'une chambre	4 000 \$	16 000 \$
Aide supplémentaire pour cas particuliers	7 000 \$	7 000 \$
Aide supplémentaire pour des équipements spécialisés	0 \$	10 000 \$
Montant maximal de l'aide	23 000 \$	33 000 \$
Octroi de l'aide	Par ménage	Par personne

Sources : Normes d'application : programme d'adaptation de domicile (PAD) (SHQ 2005).

Info-PAD (SHQ 2009).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

De son côté, le programme LAAA n'a pas changé, en termes de couverture des besoins, depuis 2005. Les adaptations admissibles sont les mêmes ainsi que les montants d'aide, soit 3 500 \$ pour les travaux exécutés par un entrepreneur détenant une licence de la RBQ et 1 750 \$ si les travaux ne sont pas exécutés par un tel entrepreneur, auquel cas, seuls les coûts des matériaux et équipements sont admissibles. Rappelons que le programme LAAA s'adresse aux personnes de 65 ans et plus à faible revenu. La seule norme d'application de ce programme ayant été modifiée régulièrement est le revenu maximum admissible. Notons que le programme LAAA est suspendu depuis 2013-2014 afin de permettre à la SHQ de l'évaluer. Aussi, le gouvernement n'a prévu aucun nouvel investissement dans ce programme depuis 2014-2015. Les personnes âgées qui ont une déficience entraînant une incapacité significative et persistante qui les limite dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes peuvent soumettre une demande au PAD.

Pour leur part, le PADVAT et le PADVAR s'adressent à des personnes assurées, contrairement à un programme universel comme le PAD de la SHQ. Ces programmes s'inscrivent dans une logique d'indemnisation et de réadaptation qui vise à atténuer les situations de handicap qui découlent

d'une déficience ou d'une incapacité à la suite d'une lésion professionnelle ou d'un accident de la route. La couverture des besoins d'adaptation de domicile de ces programmes est donc plus complète que celle d'un programme universel comme le PAD qui ne vise qu'à satisfaire les besoins essentiels de la personne handicapée.

Ainsi, dans le cas du PADVAT, il n'y a pas de montant maximal pour l'adaptation du domicile d'une victime d'accident du travail. La CNESST assume la solution d'adaptation de domicile appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif de permettre au travailleur qui a subi une atteinte permanente grave à son intégrité physique d'entrer et de sortir de façon autonome de son domicile et d'avoir accès, de manière autonome, aux biens et commodités de son domicile (Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST]¹³ 2010). Les besoins couverts par ce programme n'ont pas changé depuis l'adoption de la politique À part entière.

Quant au PADVAR de la SAAQ, il n'y a pas de montant maximal pour l'adaptation du domicile d'une victime d'un accident de la route, sauf dans le cas d'une personne qui fait le choix de construire une maison adaptée (SAAQ 2014). À l'instar du PADVAT de la CNESST, le PADVAR vise à permettre à la personne handicapée de retrouver le niveau d'autonomie à domicile le plus près possible de celui qu'elle avait au moment de l'accident et de le maintenir à long terme par le remboursement de frais d'adaptation de son domicile. Il n'y a pas eu de modification à la couverture des besoins offerte par ce programme depuis l'adoption de la politique À part entière.

Contribution de la politique à l'amélioration de la conception et de l'aménagement du domicile

Cette dernière section a présenté les principales actions réalisées dans le cadre de la politique À part entière afin d'améliorer la conception et l'aménagement du domicile des personnes handicapées. On constate, premièrement, que les moyens prévus au PGMO pour sensibiliser les acteurs du domaine de l'habitation ont été réalisés. De plus, les municipalités ont réalisé plusieurs mesures de sensibilisation auprès des promoteurs et des propriétaires immobiliers afin de démontrer les avantages d'une application des normes d'accessibilité dès la phase de conception des logements. Nous savons, par ailleurs, que plusieurs organismes contribuent à la sensibilisation des acteurs du domaine de l'habitation. Par exemple, Société Logique offre des formations et des ateliers de sensibilisation auprès des membres de l'Ordre des architectes du Québec (OAQ) et souligne les réalisations de qualité en matière d'accessibilité universelle dans le cadre des Prix d'excellence de l'OAQ (mention accessibilité universelle). Il est cependant difficile d'évaluer, à partir de l'information disponible, dans quelle mesure l'obstacle concernant le manque d'information disponible aux acteurs du domaine de l'habitation en lien avec les avantages d'une application des normes d'accessibilité dès la phase de conception des logements a été réduit.

Quant aux actions réalisées pour augmenter l'offre de domiciles adaptés, les données dont nous disposons sur le nombre cumulatif de logements adaptés montrent que l'offre pour ce type de logements a augmenté rapidement au cours des quatre premières années de mise en œuvre de la politique À part entière. Cette donnée ne permet toutefois pas de savoir si l'offre répond à la demande. Comme nous l'avons vu, l'écart entre l'offre et la demande de logements adaptés,

.....
13. Depuis la publication de ce document, la CSST a été remplacée par la CNESST.

à tout le moins pour le PAD, s'est élargi au cours des cinq premières années de mise en œuvre de la politique À part entière. En d'autres termes, la demande pour l'adaptation de logements dans le cadre du PAD est plus forte que l'offre. Il paraît donc raisonnable de croire que malgré les efforts déployés pour l'adaptation de domicile au Québec, l'obstacle selon lequel l'offre de domiciles adaptés demeure insuffisante par rapport à la demande croissante et variée des personnes handicapées persiste. Ce constat est cohérent avec les données populationnelles présentées plus haut. En effet, selon l'ECI de 2012, le nombre de Québécois ayant des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux de leur domicile est estimé à près de 70 000.

Rappelons également que la RBQ a proposé un projet de règlement en vue de rendre adaptables une partie des logements à être construits. Les exigences proposées dans ce projet auraient représenté un moyen concret d'augmenter l'offre de domiciles adaptés et adaptables, mais elles n'ont pas été retenues. Afin de réduire l'obstacle, l'Office et la RBQ se sont engagés au PEG à proposer des modifications au Code de construction pour y ajouter des exigences sur l'adaptabilité des logements (engagement 62). Le projet de règlement modifiant le Code de construction, prévu pour 2016, vise l'élaboration d'une solution qui, tout en minimisant les coûts de construction, permettrait de favoriser l'accessibilité à l'intérieur des nouveaux logements. Mentionnons par ailleurs que la SHQ s'est engagée au PEG à favoriser l'accès au programme ACL aux clientèles de personnes handicapées, notamment par le maintien des exigences d'adaptabilité des logements construits dans le cadre de ce programme (engagement 57). Elle s'est aussi engagée au PEG à favoriser l'adaptation de logements et l'accessibilité des immeubles en milieu d'HLM (engagement 59).

Sur le plan de la couverture des besoins en adaptation de domicile, on l'a vu, des progrès ont été réalisés dans le cadre du PAD. Notons cependant que les montants d'aide financière accordés en vertu du PAD n'ont pas été indexés depuis 2009, alors que les coûts d'adaptation de logements ont augmenté avec l'inflation. De plus, les améliorations apportées à la couverture des besoins s'appliquent principalement aux locataires, alors que la majorité des subventions du PAD sont versées à des propriétaires occupants (SHQ 1999, 2007). Les principaux changements aux normes d'application du PAD améliorent donc la couverture des besoins, mais ces changements touchent un faible nombre de bénéficiaires de ce programme. Dans le cas du programme LAAA de la SHQ, du PADVAT de la CNESST et du PADVAR de la SAAQ, la couverture des besoins n'a pas changé au cours des quatre premières années de mise en œuvre de la politique À part entière.

En somme, malgré certaines avancées sur le plan de l'augmentation du nombre cumulatif de logements adaptés, de la couverture des besoins en adaptation de domicile et de la sensibilisation des acteurs du domaine de l'habitation, l'offre de domiciles adaptés et adaptables demeure insuffisante par rapport aux besoins des personnes handicapées.

QUALITÉ DES SERVICES D'HABITATION

Les médias rapportent régulièrement des événements tragiques ayant eu lieu dans les ressources d'habitation. Le MSSS recense, bon an mal an, des milliers d'incidents et d'accidents qui ne mettent pas toujours la santé des personnes en jeu, mais qui montrent les lacunes dans la qualité des services d'habitation offerts par son réseau (MSSS 2014c, 2013a, 2012c). Rappelons que les personnes âgées hébergées dans les CHSLD publics ou privés ont généralement une incapacité significative et persistante et sont donc considérées comme des personnes handicapées au sens de la Loi.

Ainsi, deux obstacles en lien avec la qualité des services d'habitation ont été identifiés lors des consultations qui ont mené à l'élaboration de la politique À part entière : 1) malgré la mise en place de divers mécanismes de certification, de contrôle et d'amélioration de la qualité des services dans les ressources publiques d'hébergement et les ressources non institutionnelles, des lacunes et des problèmes persistent, particulièrement pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité ; 2) les usagers, leurs représentants, leur famille ainsi que les organismes de défense des droits ne participent pas suffisamment aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation.

Dans la présente section, il est question des actions réalisées pour réduire ces obstacles, notamment pour les services offerts par les RPA, les CHSLD et les RI-RTF.

Actions réalisées pour améliorer la qualité des services en RPA et en CHSLD

Sur le plan national, l'une des actions réalisées pour améliorer la qualité des services d'habitation a été de nature législative et réglementaire. Dès 1994, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) avait demandé au Tribunal des droits de la personne de « constater que la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrait une protection incomplète aux personnes âgées et handicapées ayant recours aux services de résidences privées » (CDPDJ 2011 : 2). L'absence d'encadrement de ces ressources d'habitation semblait favoriser l'atteinte aux droits de la personne. Notons que le Tribunal des droits de la personne a toutefois considéré que les lacunes résultaient non pas des textes de loi, mais de la mise en œuvre des pouvoirs qui sont dévolus aux instances concernées. Néanmoins, le 1^{er} février 2007, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence privée pour aînés (Québec 2007) est entré en vigueur et assurait que tout exploitant d'une RPA détienne un certificat de conformité délivré par l'ASSS de la région où est située la résidence.

En 2010, le gouvernement a revu le processus de certification et l'encadrement des services offerts dans les RPA. Le projet de loi n° 16, Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés (Québec 2011), a été sanctionné le 30 novembre 2011.

Essentiellement, cette loi propose une nouvelle définition de ce que constitue une RPA au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (Québec 1991) et introduit de nouvelles règles d'exploitation pour ces résidences, dont celle d'être titulaire d'une attestation temporaire de conformité pour commencer l'exploitation d'une telle résidence. La Loi visant à resserrer le processus de certification des RPA revoit également les dispositions relatives au maintien ou au renouvellement du certificat de conformité et introduit le pouvoir, pour une ASSS, de procéder à l'évacuation et à la relocalisation des personnes âgées qui résident dans une RPA dans certaines circonstances et selon une procédure définie. Cette loi prévoit également l'élargissement de la vérification des antécédents judiciaires aux employés des résidences; celle-ci était antérieurement obligatoire uniquement pour les propriétaires et les membres des conseils d'administration. Elle propose finalement une révision des critères de formation, autant pour les employés des résidences dédiées aux personnes autonomes que celles dédiées aux personnes semi-autonomes.

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Québec 2013a), qui découle de la Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés, est entré en vigueur le 13 mars 2013. Ce règlement définit deux catégories de résidences privées : la résidence dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et la résidence pour personnes âgées semi-autonomes. Pour chaque catégorie, des critères et des normes d'exploitation ont été élaborés. Le Règlement établit également un seuil minimal de personnel devant être présent en tout temps ainsi que des exigences de sécurité incendie bonifiées qui renvoient au Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment (Québec 2013b), entré en vigueur le 18 mars 2013. Notons toutefois que les nouvelles exigences du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés ont entraîné des difficultés pour les résidences privées de petite taille, de sorte que certains assouplissements ont été accordés pour ce type de résidences, notamment en prolongeant le délai accordé pour qu'elles se conforment aux nouvelles exigences.

Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

En plus de resserrer les critères de certification des RPA, le Gouvernement du Québec procède à l'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD afin de s'assurer de la qualité des soins et services offerts. L'évaluation de la qualité des milieux de vie porte sur les éléments suivants :

- Les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles (le plan d'intervention, le traitement des plaintes, la gestion de l'attitude et des comportements des employés, etc.);
- L'accueil du résident;
- Le soutien et l'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (se nourrir, se laver, s'habiller, se divertir, etc.);
- L'adaptation des lieux;
- L'accompagnement dans l'étape de fin de vie.

Chacune des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD fait l'objet d'un rapport dans lequel sont émises des recommandations visant à améliorer la qualité des soins

et des services offerts par l'établissement. Ce dernier produit par la suite un plan d'amélioration de la qualité des soins et des services afin d'implanter les recommandations émises à la suite de la visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie. Le plan d'amélioration doit présenter les actions qui seront mises en place ainsi que l'échéancier prévu pour atteindre les résultats escomptés.

Le tableau 21 montre le nombre de visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD entre 2009-2010 et 2013-2014, selon le nombre d'installations. Comme illustrée, la proportion des CHSLD visités oscille entre 8 % pour l'année 2010-2011 et 40 % pour l'année 2013-2014. Avant 2013-2014, environ 10 % des CHSLD étaient visités annuellement. Des efforts supplémentaires semblent donc avoir été déployés afin d'intensifier l'évaluation de la qualité des soins et services offerts en CHSLD. Ainsi, si l'on s'attarde aux cinq premières années de mise en œuvre de la politique À part entière, une moyenne annuelle de 16 % des installations ont été visitées (donnée non présentée).

Tableau 21

Nombre de visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD selon le nombre d'installations, Québec, 2009-2010 à 2013-2014

	Nombre de visites	Nombre d'installations ¹	% des installations visitées
Septembre 2009 à septembre 2010	54	511	10,6
Septembre 2010 à mars 2011	42	510	8,2
Avril 2011 à mars 2012	61	501	12,2
Avril 2012 à mars 2013	57	496	11,5
Avril 2013 à mars 2014	192	485	39,6
Total	406	...	...

1. Les données proviennent de la Banque de données des statistiques officielles 2015, mais elles ne sont plus disponibles sur le site Web.

Source : MSSS, données administratives, 2015.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Si le nombre de visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD nous renseigne sur l'intensité des visites réalisées, les recommandations émises dans les rapports produits à la suite de ces visites permettent de mettre en lumière l'évolution des services et des soins devant être améliorés.

L'Office a analysé 101 rapports d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD. Notre échantillon représente donc 25 % de l'ensemble des visites d'évaluation de la qualité effectuées au cours de la période à l'étude (101 sur 406). La moitié de notre échantillon est constituée de rapports produits en 2009 (20) et en 2010 (30), soit le début de la période à l'étude. L'autre moitié est constituée de 51 rapports produits en 2013, soit la dernière année de la période étudiée¹⁴.

14. Nous avons utilisé tous les rapports disponibles sur les sites Web des anciennes ASSS pour l'année 2009 et une majorité de rapports disponibles pour l'année 2010 (consultés en mars 2015). Les 51 rapports produits en 2013 ont été choisis de manière aléatoire parmi les rapports disponibles dans les sites Web des anciennes ASSS. Toutes les régions du Québec sont représentées dans l'échantillon.

Le tableau 22 montre le nombre de recommandations émises selon le thème d'évaluation de la qualité du milieu de vie et selon l'année. On constate, à la lecture de ce tableau, que le nombre total de recommandations est relativement constant, passant de 540 en 2009 et 2010 à 521 en 2013. Il s'agit d'une moyenne de 10,8 recommandations par rapport en 2009 et 2010, contre 10,2 en 2013 (données non présentées).

Le tableau 22 montre que certains thèmes font l'objet de plus de recommandations au début de la période qu'à la fin. Par exemple, les recommandations sur les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles, de même que celles sur l'adaptation des lieux, sont plus fréquentes en 2009 et en 2010 qu'en 2013. On peut supposer que pour ces thèmes particuliers, la baisse du nombre de recommandations indique une amélioration de la qualité des services offerts en CHSLD dans ces domaines.

A contrario, certains thèmes font l'objet de peu de recommandations au début de la période, alors que leur nombre augmente à la fin de la période. C'est le cas de l'accueil du résident et de l'accompagnement de fin de vie. Cette tendance illustre probablement de nouvelles priorités du MSSS par rapport à la qualité du milieu de vie en CHSLD. Par exemple, l'accompagnement de fin de vie est un nouveau thème d'évaluation de la qualité qui apparaît seulement en 2013. Cette nouvelle priorité n'est sans doute pas étrangère aux travaux menés par la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, qui a déposé son rapport en mars 2012. À la suite des travaux de la Commission, la Loi concernant les soins de fin de vie (Québec 2014) a été sanctionnée le 10 juin 2014 et a pour but d'offrir un accompagnement adapté à la situation des personnes en fin de vie, notamment pour prévenir et apaiser leurs souffrances.

Quant au soutien à la réalisation des activités de la vie quotidienne, on observe une légère augmentation du nombre de recommandations entre 2009, 2010 et 2013.

Tableau 22

Nombre de recommandations émises selon le thème d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, Québec, 2009, 2010 et 2013

	2009 et 2010	2013	Total
Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles	227	148	375
Accueil du résident	22	64	86
AVQ	156	173	329
Lieux adaptés	135	98	233
Accompagnement dans l'étape de fin de vie	0	38	38
Total	540	521	1 061

Sources : Données provenant des rapports de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, MSSS 2009, 2010 et 2013.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Il est important de mentionner que les outils d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD ont changé entre 2010 et 2013, de même que, selon le MSSS, le processus des visites. Nous avons donc complété le portrait statistique des recommandations émises dans les rapports d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD par une analyse qualitative de ces recommandations¹⁵. Une analyse qualitative, de type analyse de discours, permet de contourner le problème du changement des outils d'évaluation utilisés puisqu'elle s'intéresse principalement au contenu sémantique des énoncés. Si le contenu sémantique des recommandations formulées dans les rapports change peu ou pas dans le temps, c'est que les recommandations portent sur les mêmes aspects de la qualité du milieu de vie. Nous avons donc procédé à l'élaboration, pour chacun des sous-thèmes qui faisaient l'objet de recommandations récurrentes dans le temps, d'une recommandation type qui résume l'ensemble des recommandations émises au début de la période à l'étude (2009 et 2010) et celles émises à la fin de la période (2013). Pour construire ces recommandations types, nous avons procédé à une analyse du contenu sémantique des recommandations émises et nous en avons fait la synthèse.

Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 23. Ce tableau montre que, pour certains sous-thèmes, les recommandations portent, à peu de choses près, sur les mêmes aspects des services et des soins, autant au début de la période qu'à la fin. En d'autres termes, certaines recommandations émises en 2009 et 2010 étaient toujours pertinentes en 2013. C'est le cas des recommandations portant sur l'alimentation, les loisirs et le respect du résident, qui sont des sous-thèmes du soutien et de l'assistance aux AVQ, ainsi que du plan d'intervention qui est un élément des pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.

Nous constatons donc que malgré les changements dans les outils d'évaluation, de même que dans le processus des visites, certaines recommandations formulées en 2009 et 2010 sont, à toutes fins utiles, réitérées en 2013 par les équipes d'évaluateurs de la qualité des milieux de vie en CHSLD du ministère.

.....
15. Nous avons analysé les recommandations de 36 rapports, soit 9 % de l'ensemble des rapports produits au cours de la période à l'étude (406).

Tableau 23

Évolution qualitative de certaines recommandations récurrentes selon le sous-thème d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, Québec, 2009, 2010 et 2013

Sous-thèmes	Recommandation type	
	2009 et 2010	2013
Alimentation	S'assurer que les repas soient conviviaux, que le menu soit varié et corresponde au goût du résident, que le repas soit servi à une température adéquate et qu'il ait belle apparence. Prendre les moyens afin que le résident soit confortable, positionné selon les règles reconnues du positionnement lors de l'alimentation et que la table soit à la bonne hauteur.	Améliorer la planification et l'organisation des repas et s'assurer que le résident ait une position adéquate lors de cette activité.
Loisirs	Prendre les moyens afin que des activités de loisir soient disponibles le soir et les fins de semaine, qu'elles soient variées et adaptées à la condition physique et cognitive des résidents.	Élaborer un calendrier d'activités de loisir accessibles couvrant tous les jours de la semaine.
Respect du résident	Prendre les moyens afin que le personnel communique avec le résident de manière respectueuse et que les renseignements le concernant demeurent confidentiels.	S'assurer que le personnel démontre un meilleur respect envers le résident, notamment au niveau de la confidentialité.
Plan d'intervention	S'assurer que tous les résidents bénéficient d'un plan d'intervention élaboré en leur présence ou celle de leur famille. Que ce plan d'intervention soit révisé selon l'échéancier prévu ou lorsque des faits nouveaux le justifient.	Prendre les moyens afin que des plans d'intervention soient élaborés pour tous les résidents et révisés selon leurs besoins.

Sources : Données provenant des rapports de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, MSSS 2009, 2010 et 2013.

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Quant aux plans d'amélioration de la qualité des services en CHSLD élaborés par les établissements afin d'implanter les recommandations émises à la suite des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie, mentionnons qu'en 2013, le MSSS publiait le *Bilan statistique du suivi des recommandations des dossiers actifs des visites d'appréciation de la qualité 2004-2011*. On peut y lire que :

« 448 installations ont été visitées entre février 2004 et septembre 2011. En septembre 2012, 339 installations ont répondu entièrement aux recommandations formulées par le MSSS, ce qui représente un taux de 76 %. 109 installations ont toujours des plans d'amélioration actifs, ce qui représente un taux de 24 %. De ce nombre, 95 installations (87 %) ont des recommandations réalisées ou en cours de réalisation et 14 installations (13 %) ont certaines recommandations dont les actions sont encore à planifier » (MSSS 2013a : 1).

Les données du MSSS concernant le suivi des recommandations peuvent paraître contradictoires avec l'analyse que nous avons réalisée quant aux recommandations contenues dans les rapports d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD. Mentionnons toutefois que lorsque le MSSS affirme que 76 % des installations « ont répondu entièrement aux recommandations formulées par le MSSS » (MSSS 2013a :1), il fait référence à l'état de réalisation des mesures élaborées à la suite des recommandations. En d'autres termes, le rapport mentionne que les mesures prévues dans les plans d'amélioration de la qualité ont été réalisées pour une grande proportion des installations. Il ne faut pas nécessairement conclure que la réalisation de ces mesures a réglé, une fois pour toutes, les lacunes soulevées lors des visites d'évaluation et devant faire l'objet d'amélioration.

Les incidents et accidents déclarés en CHSLD

Un autre moyen d'évaluer s'il y a eu amélioration de la qualité des services d'hébergement est de suivre l'évolution de la fréquence et du type d'incidents et d'accidents rapportés dans les ressources. Le tableau 24 montre le nombre total d'événements déclarés, soit la somme des incidents et des accidents rapportés pour l'ensemble des soins et services de santé au Québec, et la part de ces événements qui ont eu lieu en CHSLD.

Les données dont nous disposons ne sont pas précises. Cependant, il est possible d'affirmer que les accidents et incidents déclarés dans les CHSLD représentent autour de 42 % de l'ensemble des événements déclarés lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Cette proportion semble relativement stable au cours de la période pour laquelle nous avons des données. Selon les auteurs du *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec* (MSSS 2011), ce fort pourcentage s'explique entre autres par le volume et la nature des soins prodigués dans ce type d'établissement.

Tableau 24

Pourcentage des événements déclarés en CHSLD, Québec, 2011-2012 à 2013-2014

	Nombre d'événements déclarés	% de CHSLD
2011-2012	404 653	42 à 44 %
2012-2013	454 717	41 à 42 %
2013-2014	495 621	41 à 42 %

Sources : *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec* (MSSS 2012c, 2013b, 2014c).

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec, 2016.

Les autres données des rapports sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec sont plutôt imprécises, du moins pour les besoins de cette étude. En effet, il est impossible de connaître les principaux types d'événements déclarés dans les CHSLD et l'indice de gravité de ces événements, les données présentées dans les rapports étant agrégées pour les CHSLD, les centres hospitaliers et les CSSS. Il est néanmoins possible d'affirmer que le type d'événements déclarés et l'indice de gravité de ceux-ci sont relativement stables entre 2011-2012 et 2013-2014.

Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF

Pour ce qui est des ressources non institutionnelles que sont notamment les RI-RTF, le MSSS s'est engagé, dans le cadre du PGMO, à poursuivre la démarche des visites d'évaluation de la qualité pour toutes les clientèles, notamment pour la clientèle ayant une déficience physique (M-123). En 2009-2010, le MSSS rapportait à l'Office que 126 établissements gestionnaires de plus de 5 RI-RTF avaient été visités (126 sur 148). Ainsi, 1 300 responsables avaient été rencontrés et 700 ressources environ avaient été visitées depuis 2005. Deux établissements en DP ont fait l'objet d'une visite cette année-là.

Toujours en 2009-2010, le MSSS soutient, dans une réponse fournie dans le cadre de notre collecte de données, que l'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (Québec 2009b) a entraîné « une révision complète de l'organisation du réseau des RI-RTF. Ainsi, les visites ont été suspendues afin de permettre cet important changement organisationnel ». En janvier 2013, des visites d'évaluation de la qualité dans les RI accueillant des jeunes en difficulté et des personnes ayant une DI ou un TSA ont repris. De plus, en janvier 2014, il y a eu un élargissement des visites d'évaluation de la qualité dans les RI-RTF accueillant d'autres clientèles, soit les personnes ayant des troubles de santé mentale et les personnes âgées en perte d'autonomie. « Ainsi, [en date du mois de juin 2014] 93 RI en lien contractuel avec 25 établissements gestionnaires ont été visités ». Comme les rapports des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF ont été rendus disponibles après la période couverte par ce rapport, ils n'ont pas été analysés.

Actions réalisées pour favoriser la participation des usagers, leurs représentants, leur famille ainsi que les organismes de défense des droits aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation

Les actions réalisées pour favoriser la participation des usagers, leurs représentants, leur famille ainsi que les organismes de défense des droits aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation sont de diverses natures.

Dans le cadre du PGMO, le MSSS s'est engagé à s'assurer de tenir compte des différentes réalités des personnes handicapées hébergées dans les critères d'appréciation de la qualité (M-124). En 2009-2010, le MSSS rapporte que :

« les outils utilisés pour apprécier la qualité des interventions et les ressources où vivent ces personnes ont été adaptés pour chaque clientèle. Ont été associés à cette démarche des organismes de promotion et de défense des droits de ces personnes. La toile de fond a cependant toujours été les orientations ministérielles en matière de milieu de vie substitut ».

D'autre part, rappelons que l'article 209 de la LSSSS prévoit l'institution d'un comité des usagers pour chaque établissement. Ce dernier doit, dans le cas d'un établissement public ou privé conventionné, lui accorder un budget de fonctionnement. De plus, lorsque l'établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents.

Les fonctions du comité des usagers sont, entre autres, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement. Selon la LSSSS, les usagers doivent donc contribuer à l'évaluation de la qualité des services d'habitation en vertu des fonctions attribuées aux comités d'usagers et de résidents.

Par ailleurs, les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF dont nous avons discuté plus haut se sont déroulées en présence de membres du MACAPH, du moins jusqu'en 2009. En effet, les rapports disponibles à la suite des visites d'évaluation mentionnent la composition des équipes de visite. On peut donc constater qu'en général, ces visites ont eu lieu en présence d'un représentant d'un organisme de personnes handicapées régional ou national, et parfois des deux. De plus, les rapports mentionnent qu'ils ont été lus et approuvés par les membres de l'équipe de visite. Il nous a cependant été impossible de connaître précisément le rôle et les responsabilités des représentants des personnes handicapées lors de ces visites, ni leur contribution aux rapports d'évaluation qui faisaient suite à ces visites.

Notons toutefois qu'en réponse à un questionnaire de l'Office administré en février 2015, l'AQRIPH de même que la COPHAN mentionnent ne pas avoir eu connaissance de la reprise des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF en 2013 et que « [leur] participation est inexistante si elles ont été reprises ». Les organismes du MACAPH considèrent aussi que leur participation aux visites d'évaluation de la qualité des RI-RTF est insuffisante.

Contribution de la politique à l'amélioration de la qualité des services d'habitation

Dans cette section, nous avons vu les principales actions réalisées dans le cadre de la politique À part entière afin d'améliorer la qualité des services d'habitation offerts aux personnes handicapées. L'analyse de ces actions montre, dans un premier temps, le resserrement des critères de certification des RPA. L'analyse montre également que malgré des changements dans les outils et le processus d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, certaines recommandations visant à améliorer des services et des soins formulées en 2009 et 2010 étaient toujours pertinentes en 2013. De plus, le nombre d'incidents et d'accidents déclarés en CHSLD est relativement stable pour les trois années pour lesquelles nous avons des données.

Quant aux RI-RTF, les visites d'évaluation de la qualité de ces milieux de vie ont repris en 2013. Toutefois, les rapports de ces visites ont été rendus publics après la période couverte par ce rapport.

Sur la question de la participation des usagers, de leur famille et des organismes de défense des droits aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation, ces organismes, autrefois associés aux visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF, n'ont pas été sollicités pour y prendre part depuis 2009. Ils ont d'ailleurs affirmé, dans le cadre du questionnaire administré par l'Office à leur égard, que leur participation aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'habitation est insuffisante.

Rappelons toutefois que les mécanismes de contrôle de la qualité des RI-RTF, notamment les visites d'évaluation de ces milieux de vie, ont été révisés depuis l'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires (Québec 2009b). Entre autres, ce sont désormais les établissements qui sont responsables de la qualité de ces ressources

d'habitation, alors que c'est le MSSS qui procède aux visites d'évaluation de la qualité. Ce dernier émet ensuite des recommandations aux établissements qui doivent à leur tour prendre les moyens pour que les ressources avec lesquelles ils ont un lien contractuel mettent en place les correctifs nécessaires.

Dans le cadre du PEG, le MSSS s'est engagé à « favoriser l'application du processus de contrôle de la qualité des services rendus aux usagers hébergés dans une ressource intermédiaire et de type familial » (engagement 43) (Office 2015b). Selon le Cadre de référence sur les RI-RTF du MSSS, les personnes handicapées, par le biais du comité des usagers, peuvent être partie prenante du processus de contrôle de la qualité. Quant aux organismes de défense des droits des personnes handicapées, ils pourraient y prendre part, mais pas nécessairement (MSSS 2014b). L'obstacle selon lequel les personnes handicapées et leurs représentants ne participent pas suffisamment aux mécanismes de contrôle de la qualité des ressources d'hébergement semble toujours entier.

SÉCURITÉ EN MILIEU RÉSIDENTIEL

L'incendie à la Résidence du Havre, de L'Isle-Verte, a fait une trentaine de victimes en janvier 2014. Cette RPA était pourtant certifiée par le MSSS et répondait aux normes de sécurité en vigueur. Cette tragédie met en lumière les lacunes en matière de sécurité des milieux d'hébergement pour personnes handicapées. La sécurité en milieu résidentiel pour les personnes handicapées était déjà une préoccupation lors des travaux qui ont mené à l'adoption de la politique À part entière en 2009.

En effet, les principaux obstacles identifiés lors de l'élaboration de la politique en lien avec la sécurité en milieu résidentiel sont : 1) les personnes handicapées ne semblent pas bénéficier d'un niveau de sécurité en milieu résidentiel équivalent à celui du reste de la population ; 2) il y a une insuffisance et une inadéquation des mesures de sécurité appropriées à la situation variée et évolutive des personnes handicapées, et ce, quel que soit le lieu d'habitation ou d'hébergement.

Dans cette section, nous avons donc cherché à connaître les actions qui ont été réalisées pour mettre en place dans l'ensemble des milieux résidentiels des mesures de sécurité appropriées à la situation et à l'évolution des besoins des personnes handicapées.

Actions réalisées pour mettre en place dans l'ensemble des milieux résidentiels des mesures de sécurité appropriées aux besoins des personnes handicapées

Le Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment a été adopté le 18 mars 2013 (Québec 2013b). Ce règlement vise à améliorer la prévention des incendies et la sécurité des occupants, notamment dans les lieux de sommeil et les RPA. Il répond également à des recommandations formulées par les coroners à la suite du décès de plusieurs personnes âgées ou en perte d'autonomie qui ont péri dans des incendies. Mentionnons que cette réglementation est liée au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Québec 2013a), dont nous avons discuté plus haut. Rappelons que ce dernier règlement définit deux catégories de résidences privées : la résidence dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et la résidence pour personnes

âînées semi-autonomes. Pour chaque catégorie, des critères et des normes d'exploitation ont été élaborés, incluant des exigences de sécurité incendie qui renvoient au Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment.

En effet, le Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment prévoit des exigences en sécurité incendie plus contraignantes que les exigences initiales pour les RPA autonomes soumises au processus de certification du MSSS. Les propriétaires de RPA accueillant une clientèle autre qu'autonome doivent, quant à eux, se conformer à des exigences plus strictes liées aux établissements de soins (hôpitaux, CHSLD) ou aux résidences supervisées.

Les échéanciers obligatoires liés à l'application du Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment s'échelonneront jusqu'en 2020. Aussi, plusieurs RI-RTF, notamment celles qui accueillent moins de dix personnes, ne sont pas assujetties au nouveau Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment. Elles devront répondre aux exigences de la réglementation municipale en vigueur.

Quant à la sécurité des personnes handicapées qui habitent des logements autonomes avec ou sans services de soutien, les municipalités ont été les principales maîtres d'œuvre des actions réalisées afin de rendre ces milieux résidentiels plus sécuritaires.

En effet, les municipalités d'au moins 15 000 habitants ont réalisé ou partiellement réalisé 290 mesures visant à rendre les milieux résidentiels plus sécuritaires pour les personnes handicapées. Le tableau 25 montre le type et le nombre de mesures réalisées ou partiellement réalisées par les municipalités dans le cadre de leurs plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées entre 2009 et 2013.

Il appert que les mesures en lien avec un registre de résidents handicapés sont les plus nombreuses à être mises en œuvre par les municipalités dans le domaine de la sécurité en milieu résidentiel (93 sur 290 pour 32 %). Ces registres permettent aux municipalités de connaître l'emplacement des logements où résident des personnes handicapées et d'intervenir plus efficacement en cas d'urgence. Ainsi, 33 municipalités différentes se sont dotées de registres de résidents handicapés (donnée non présentée). Les autres types de mesures les plus souvent réalisées par les municipalités sont l'adaptation des plans et protocoles d'évacuation des édifices municipaux, de même que la formation des pompiers et policiers qui sont les premiers répondants en cas d'urgence. La catégorie « autres » comprend les mesures que nous n'avons pu classer dans l'un ou l'autre des types de mesures que l'on retrouve au tableau 25.

Tableau 25

Nombre et types de mesures réalisées ou partiellement réalisées dans les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées des municipalités d'au moins 15 000 habitants en lien avec la sécurité résidentielle, Québec, 2009 à 2013

	n
Registre de résidents handicapés – Création – Amélioration – Maintien	52
Registre de résidents handicapés – Promotion	41
Promotion – Diffusion (des mesures d'urgence)	36
Plan d'évacuation	18
Formation – Pompiers – Policiers	17
Intervention incendie – Adaptation du protocole d'évacuation	11
Mesures d'urgence – Achat d'équipements spécialisés	8
Système d'alarme adapté	7
Inspection – Centres d'hébergement	7
Services 911	4
Intervention incendie – Exercices d'évacuation	2
Intervention policière – Adaptation	2
Services d'interprète en cas de sinistre	2
Plan des mesures d'urgence d'une municipalité (adaptation, création, promotion)	2
Panne électrique – Intervention rapide (équipements électriques vitaux)	1
Autres	91
Total	290¹

1. Une mesure peut être reliée à plus d'un terme.

Source : Données provenant de la base de données sur les plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées, Office des personnes handicapées du Québec, 2015.

En réponse au questionnaire de l'Office concernant la sécurité en milieu résidentiel, la COPHAN mentionne que les actions réalisées dans ce domaine ne portent pas sur l'ensemble des milieux de vie et que ces mesures ont eu peu d'impact. La COPHAN, l'AQRIPH et Ex aequo mentionnent également que les actions municipales en matière de sécurité résidentielle, notamment les registres de résidents handicapés, sont louables, mais qu'elles ne sont pas uniformes sur le territoire du Québec et sont souvent le résultat d'initiatives d'organismes communautaires. Pour les principaux organismes nationaux du MACAPH, les obstacles identifiés en 2009 demeurent. La COPHAN affirme même que sous certains aspects, la situation s'est dégradée depuis l'adoption de la politique À part entière. Pour appuyer ses propos, l'organisme donne l'exemple des conséquences survenues à la suite de la conversion des pompiers en premiers répondants. Depuis 2009, les pompiers de Montréal sont les premiers répondants en cas d'urgence. Le volume de leurs interventions a donc augmenté substantiellement, affirme l'organisme. Comme les pompiers interviennent beaucoup, on tente de dissuader les fausses alertes en imposant une amende de 2 700 \$ à la troisième fausse alerte. La COPHAN souligne que dans les milieux de vie hébergeant des personnes handicapées,

notamment des personnes avec des troubles graves de santé mentale, les propriétaires de ces ressources pourraient débrancher le système d'alarme afin d'éviter des amendes, mettant ainsi en danger les résidents qu'ils hébergent.

Contribution de la politique à la mise en place dans l'ensemble des milieux résidentiels de mesures de sécurité appropriées à la situation et à l'évolution des besoins des personnes handicapées

Cette section a présenté les actions réalisées dans le cadre de la politique À part entière pour mettre en place dans l'ensemble des milieux résidentiels des mesures de sécurité appropriées à la situation des personnes handicapées. Sur le plan national, les RPA sont les principaux milieux résidentiels visés par la réglementation entrée en vigueur. Le resserrement réglementaire pour ce type de résidences pourrait se poursuivre, comme en témoigne le projet de règlement concernant l'installation obligatoire de gicleurs automatiques dans les RPA qui a été déposé en février 2015 (Québec 2015b) et est entré en vigueur en décembre de cette année-là. Le gouvernement a également prévu, à même son budget 2015-2016, une aide financière à l'intention des propriétaires de RPA afin de favoriser l'application du projet de règlement. Nous serons plus à même d'observer les retombées de l'application de ces règlements au cours des prochaines années.

Au plan local, les municipalités d'au moins 15 000 habitants réalisent de nombreuses mesures dans leurs plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées afin de rendre les milieux résidentiels plus sécuritaires pour les personnes handicapées. Plusieurs municipalités agissent notamment pour créer et assurer la mise à jour de registres de résidents handicapés sur leur territoire. Ces registres permettent d'augmenter la sécurité des personnes handicapées en améliorant l'efficacité des interventions d'urgence.

Pour l'heure, et malgré les efforts déployés, tout porte à croire que les obstacles identifiés en 2009 demeurent. Il est peu probable que les actions réalisées aient été suffisantes pour procurer aux personnes handicapées un niveau de sécurité en milieu résidentiel équivalent au reste de la population, et ce, peu importe le modèle résidentiel dans lequel elles résident. Mentionnons qu'il n'y a aucun engagement au PEG concernant la sécurité des personnes handicapées en milieu résidentiel, mais que le Comité consultatif permanent sur l'accessibilité et la sécurité des bâtiments aux personnes handicapées continuera ses travaux au cours des prochaines années. Ce comité, mis sur pied en 2015 par la RBQ et l'Office, a comme mandat principal d'analyser les modifications proposées au Code de construction et à identifier les impacts potentiels pour améliorer l'accessibilité et la sécurité des bâtiments, d'émettre des avis ou recommandations et de suggérer des ajustements. Finalement, il faut préciser que les normes de sécurité pour la construction des bâtiments se retrouvent également dans le Code national du bâtiment élaboré au palier fédéral. La RBQ participe à l'évolution des normes de sécurité de ce code par le biais des comités nationaux de la Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies.



CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Les recommandations de ce rapport, à moins d'une mention spécifique, s'adressent à l'ensemble des personnes handicapées, peu importe leur âge, leur type d'incapacité ou leur lieu de résidence. Les recommandations concernent donc toutes les régions du Québec.

Par ailleurs, le suivi et l'évaluation de la politique À part entière nécessitent un accès à de l'information complète sur les programmes et les mesures destinés aux personnes handicapées et à leur famille. En conséquence, dans le cadre des travaux d'évaluation de l'efficacité de la politique À part entière, l'élaboration de constats valides et de recommandations pertinentes dépend grandement de la disponibilité de données administratives et d'enquêtes exhaustives. Puisque l'accès à ces données représente un enjeu important pour la suite des travaux d'évaluation et le suivi des recommandations, une recommandation est formulée à cet effet :

Recommandation 1

Il est recommandé que les MO rendent disponibles et développent, au besoin, les données administratives liées à leurs programmes et mesures gouvernementaux afin de permettre à l'Office de poursuivre les travaux d'évaluation de la politique À part entière et d'assurer le suivi des recommandations de la première phase d'évaluation de l'efficacité de la politique.

Disponibilité, diversité et adéquation des modèles résidentiels avec les besoins des personnes handicapées

Étant donné que :

- Sur le plan de la disponibilité ou de l'accès aux ressources, programmes et services résidentiels, des progrès ont été réalisés pour réduire les délais d'attente, notamment pour le PAD de la SHQ;
- La SHQ s'est engagée au PEG à maintenir le délai moyen de traitement d'un dossier du PAD inférieur à 24 mois, et ce, jusqu'en 2016 (engagement 58);
- La SHQ s'est engagée au PEG à poursuivre, au-delà de cette cible prévue à son plan stratégique 2011-2016, la mise en œuvre de solutions visant à réduire davantage les délais de traitement des dossiers présentés au PAD (engagement 58);
- Malgré les efforts déployés, les délais d'attente pour le PAD sont encore importants.

Recommandation 2

Il est recommandé à la SHQ, en cohérence avec son engagement au PEG, d'établir une cible de réduction des délais de traitement des dossiers du PAD inférieure à 12 mois pour toutes les régions du Québec et de rendre cette cible publique ainsi que son suivi.

Étant donné que :

- Au total, les places disponibles dans les ressources non institutionnelles du RSSS ont connu une croissance de 8 % au cours de la période étudiée ;
- Même si le nombre de personnes handicapées en attente d'une ressource résidentielle a diminué de près de 10 % entre 2009-2010 et 2012-2013, les données dont nous disposons indiquent qu'en 2012-2013, certaines personnes handicapées attendent plusieurs années avant d'avoir une place dans une ressource résidentielle du RSSS ;
- Le MSSS s'est engagé au PEG à soutenir l'implantation de nouvelles orientations ministérielles visant à favoriser l'accessibilité à une RI-RTF en fonction des besoins de l'utilisateur ainsi qu'à assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie et la continuité des services qui lui sont offerts (engagement 42).

Recommandation 3

Il est recommandé au MSSS de déterminer une cible et de mettre en place les moyens nécessaires afin de réduire significativement d'ici 2019, et ce, dans toutes les régions, les délais d'attente pour accéder à une place dans la ressource résidentielle non institutionnelle la plus adéquate en fonction des besoins et du projet de vie de la personne handicapée.

Étant donné que :

- Sur le plan de la diversité, les modèles résidentiels hybrides, c'est-à-dire les logements autonomes avec services de soutien qui offrent une alternative aux ressources du RSSS, sont ceux dont le développement est le plus important depuis 2009-2010 ;
- Malgré les efforts déployés pour développer des modèles résidentiels hybrides, leur nombre demeure faible par rapport à l'ensemble des ressources résidentielles disponibles ;
- La cible de 50 places par 100 000 habitants fixée dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 pour ce type de modèle résidentiel n'a pas été atteinte ;
- Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 présente le standard ministériel de 120 places par 100 000 habitants pour une gamme variée et complète de services d'habitation et d'hébergement autres qu'institutionnels, en privilégiant le logement autonome ;
- La SHQ et le MSSS se sont engagés, dans le cadre du PEG, à établir de nouveaux partenariats dans le but d'intensifier la réalisation et d'assurer le maintien des projets de logements autonomes, avec ou sans soutien, destinés aux personnes handicapées (engagement 56).

Recommandation 4

Il est recommandé à la SHQ et au MSSS d'intensifier le développement de modèles résidentiels hybrides (logements autonomes avec services de soutien) afin d'augmenter le nombre de places disponibles dans ce type de ressources d'ici 2019 pour l'ensemble des personnes handicapées peu importe leur âge ou leur type d'incapacité et d'atteindre, notamment, les standards ministériels présentés dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Étant donné que :

- Sur le plan de l'adéquation des modèles résidentiels avec les besoins des personnes handicapées, il y a encore un nombre important de personnes handicapées de moins de 65 ans hébergées en CHSLD, malgré les efforts déployés au cours de la période à l'étude.

Recommandation 5

Il est recommandé au MSSS de déterminer une cible afin de poursuivre la réduction du nombre de personnes handicapées de moins de 65 ans qui occupent des places en CHSLD et de leur offrir les ressources et services résidentiels correspondant à leurs besoins, choix et projets de vie.

Accès à l'information en matière d'habitation

Étant donné que :

- L'information sur les principaux programmes en habitation n'est pas toujours complètement disponible et accessible;
- La mise sur pied d'un service info-logement (banque centralisée de logements adaptés) n'a pas été réalisée;
- L'Office, en collaboration avec le MTESS, s'est engagé au PEG à déployer un guichet unique d'accès à l'information et d'accompagnement intersectoriel pour les personnes handicapées et leur famille (engagement 5).

Recommandation 6

Il est recommandé au MSSS et à la SHQ de collaborer avec l'Office et le MTESS (Services Québec) au déploiement d'un guichet unique d'accès à l'information pour les personnes handicapées et leur famille en matière de programmes et services en habitation.

Conception et aménagement du domicile

Étant donné que :

- De nombreuses actions de la part de la SHQ et des municipalités visant à sensibiliser les parties prenantes concernées par l'habitation sur les avantages d'une application des normes d'accessibilité dès la phase de conception des logements ont été réalisées;
- La SHQ a intégré des exigences supplémentaires d'accessibilité et d'adaptabilité ainsi que des taux planchers de logements adaptés ou adaptables à être construits dans le cadre des projets d'habitation subventionnés par l'entremise de ses programmes;
- La SHQ s'est engagée au PEG à favoriser l'accès au programme ACL aux clientèles de personnes handicapées, notamment par le maintien des exigences d'adaptabilité des logements construits dans le cadre de ce programme (engagement 57);
- La SHQ s'est aussi engagée au PEG à favoriser l'adaptation de logements et l'accessibilité des immeubles en milieu d'HLM (engagement 59);
- La RBQ et l'Office se sont engagés au PEG à proposer, d'ici 2016, des modifications au Code de construction pour y ajouter des exigences sur l'adaptabilité des logements (engagement 62).

Recommandation 7

Il est recommandé à la SHQ de maintenir et de bonifier les exigences relatives à l'adaptabilité et l'adaptation des logements à être construits ou rénovés, et ce, pour l'ensemble du parc de logements sociaux et communautaires du Québec.

Recommandation 8

À la suite de la proposition de modification au Code de construction par la RBQ et l'Office, il est recommandé à la ministre du Travail de modifier, dans l'année qui suit, le Code de construction afin d'introduire ces dispositions pour améliorer l'accessibilité et l'adaptabilité de l'intérieur des logements à être construits.

Recommandation 9

À la suite de la modification du Code de construction, il est recommandé à la RBQ d'adopter un plan visant à informer et à outiller les parties prenantes concernées par l'habitation afin de leur permettre d'appliquer les exigences d'accessibilité et d'adaptabilité du Code de construction pour l'intérieur des logements et de développer des bonnes pratiques allant au-delà de ces exigences.

L'Office s'engage à collaborer avec la RBQ afin d'informer et outiller les parties prenantes concernées par l'habitation quant à l'application des nouvelles exigences du Code de construction.

Étant donné que :

- La croissance de la demande pour l'adaptation de domicile dans le cadre du PAD est plus forte que la croissance du nombre de domiciles adaptés en vertu de ce programme au cours de la période à l'étude;
- La couverture des besoins en adaptation de domicile pour le PAD est plus étendue qu'elle ne l'était en 2009, notamment pour les locataires;
- Les montants d'aide financière accordés en vertu du PAD n'ont pas été indexés depuis 2009;
- Les données populationnelles les plus récentes montrent qu'environ 70 000 personnes ont des besoins non comblés pour des aménagements spéciaux de leur domicile.

Recommandation 10

Il est recommandé à la SHQ d'étendre la couverture des besoins dans le cadre du PAD pour l'ensemble des personnes admissibles, notamment en indexant les montants de l'aide financière accordée lors des renouvellements du cadre normatif du programme.

Qualité des services d'habitation

Étant donné que :

- Les visites d'évaluation de la qualité des RI-RTF, effectuées en collaboration avec les représentants des personnes handicapées, ont été arrêtées en 2009, puis reprises en 2014, mais sans la participation des représentants des personnes handicapées;
- Le MSSS a réalisé peu d'actions visant la participation des représentants des personnes handicapées aux mécanismes de contrôle de la qualité des ressources d'habitation au cours des cinq premières années de mise en œuvre de la politique;
- Le MSSS s'est engagé au PEG à favoriser l'application du processus de contrôle de la qualité des services rendus aux usagers hébergés dans une RI-RTF (engagement 43).

Recommandation 11

Il est recommandé au MSSS d'associer les personnes handicapées ou leurs représentants aux mécanismes visant à favoriser l'application du processus de contrôle de la qualité des services rendus en RI-RTF.

Étant donné que :

- Malgré des changements dans les outils et le processus d'évaluation, l'analyse des recommandations formulées dans les rapports d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD semble indiquer que certaines recommandations formulées en 2009 étaient toujours pertinentes en 2013.

Recommandation 12

Il est recommandé au MSSS d'identifier les causes de la persistance de certaines recommandations rapportées à la suite des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD et de prendre les moyens pour que les services et soins faisant l'objet de ces recommandations soient améliorés pour l'ensemble des CHSLD.

Sécurité en milieu résidentiel

Étant donné que :

- Les RPA sont les seuls milieux de vie à avoir fait l'objet d'un resserrement réglementaire sur le plan de la sécurité;
- Pour les autres modèles résidentiels, notamment les logements autonomes avec ou sans services de soutien, les actions ont été réalisées sur le plan local. Les municipalités ont réalisé plusieurs mesures en lien avec la sécurité en milieu résidentiel, notamment des registres de résidents handicapés;
- Malgré les efforts déployés, les principaux obstacles identifiés lors de l'élaboration de la politique en lien avec la sécurité en milieu résidentiel demeurent;
- La RBQ participe à l'évolution des normes de sécurité au Canada par le biais des comités de la Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies;
- La RBQ et l'Office ont mis en place en 2015 un comité consultatif permanent sur l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées pour le Québec dont le mandat consiste à analyser les modifications proposées au Code de construction et à identifier les impacts potentiels pour améliorer l'accessibilité et la sécurité des bâtiments.

Recommandation 13

Il est recommandé à la RBQ, conjointement avec l'Office, d'examiner des solutions visant à assurer aux personnes handicapées un niveau de sécurité équivalent au reste de la population, et ce, peu importe le modèle résidentiel dans lequel elles résident, et de les inclure aux travaux du Comité consultatif permanent sur l'accessibilité et la sécurité des bâtiments aux personnes handicapées.

JUGEMENT SUR L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE À PART ENTIÈRE

Cette partie du rapport présente les résultats de la rencontre du Comité de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique À part entière visant à poser un jugement sur l'efficacité de la politique. La rencontre s'est déroulée sous la forme d'une discussion portant sur deux grandes questions entre les différents membres du Comité, soit des représentants du MACAPH, des MO et un expert international. La rencontre visait à connaître le jugement porté par les différents membres du Comité en fonction de leur analyse et de leur perception des constats présentés dans les sections précédentes de ce rapport. Avant de présenter les principaux éléments de réponses des membres du Comité, rappelons les deux grandes questions :

- **Question 1 :** En vous basant sur les données, les analyses et les constats des rapports, considérez-vous qu'il y a eu, dans les premières années de mise en œuvre de la politique À part entière, des avancées significatives en lien avec l'habitation ?
- **Question 2 :** Est-ce que les recommandations proposées permettront d'obtenir des avancées significatives en lien avec l'habitation ?
 - Sous-question : Y a-t-il des propositions de recommandations qui vous apparaissent prioritaires ?

Concernant la première question, les représentants des MO estiment que la politique À part entière a donné le coup de pouce qui a permis de faire en sorte que l'habitation pour les personnes handicapées soit une priorité. Plusieurs avancées sont donc observables, dont le partenariat entre le réseau de la santé et la SHQ, l'élargissement de la couverture du PAD ainsi que la réduction des délais d'attente pour ce programme, qui sont passés de 45 à 21 mois (en date de décembre 2016). De leur côté, les représentants du MACAPH reconnaissent certaines avancées fragiles qui se sont surtout concrétisées vers la fin de la période d'évaluation, ce qui fait qu'il est encore trop tôt pour en mesurer l'effet. Par ailleurs, les représentants du MACAPH mentionnent plusieurs éléments qui les mènent à affirmer qu'il n'y a pas eu d'avancées : le financement ni récurrent ni garanti du PAD ; le fait que les places en RI-RTF ont diminué au cours de la période d'évaluation et les délais trop longs pour l'accès à un logement adapté pour les jeunes adultes handicapés. Pour sa part, l'expert international reconnaît certaines avancées, mais insiste sur le fait que l'articulation intersectorielle doit être améliorée afin de véritablement répondre aux projets de vie des personnes handicapées.

Le Comité insiste sur le fait que l'habitation dans la communauté doit être priorisée et que l'hébergement ne doit être utilisé que lorsqu'il est requis. Le représentant du COSME affirme même qu'il est impératif de s'affranchir de l'approche d'hébergement actuelle et que le logement autonome avec soutien doit absolument être le modèle privilégié. Dans ses discussions sur la question, le Comité attire ainsi l'attention sur l'importance du maillage entre les différents acteurs impliqués. Les représentants des MO font toutefois valoir qu'un organisme porteur possédant un positionnement stratégique face à cette question doit être identifié.

Globalement, le Comité reconnaît certaines avancées fragiles, mais présente un constat mitigé pour les premières années de mise en œuvre de la politique alors que des aspects majeurs restent à travailler afin que ces progrès soient pérennisés et que les personnes handicapées puissent véritablement se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques.

Les échanges autour de la seconde question permettent d'identifier des pistes d'action prioritaires en lien avec certaines recommandations de ce rapport. Les discussions du Comité sur les solutions résidentielles sont en lien avec la recommandation 4, qui suggère le développement de modèles résidentiels hybrides permettant une bonification de l'offre d'habitation dans la communauté et donc un recours à l'hébergement dans les seuls cas où cela est indiqué. Ainsi, pour la représentante de l'AQIS, de l'espace doit être laissé au développement de formules résidentielles innovantes. Ces développements sont tout particulièrement à propos pour les personnes handicapées plus jeunes qui sont hébergées en CHSLD. Ainsi, la recommandation 5, qui appelle à la poursuite de la réduction du nombre de places en CHSLD occupées par des personnes handicapées de moins de 65 ans, s'inscrit également dans une démarche où la priorité est accordée à l'habitation dans la communauté.

Par ailleurs, la représentante de la COPHAN évoque la requête pour une banque de logements accessibles dont les intentions sont présentes depuis la première version de la Loi. La mise sur pied d'une telle banque s'inscrit dans les actions liées à la recommandation 6 qui propose le déploiement d'un guichet unique d'accès à l'information pour les personnes handicapées et leur famille en matière de programmes et services en habitation. Finalement, la recommandation 10 est en adéquation avec les demandes des représentants du MACAPH concernant un financement garanti et récurrent du PAD.

CONCLUSION

Ce rapport a présenté les résultats de l'évaluation de l'efficacité de la politique À part entière à atteindre le résultat attendu visant à *Offrir aux personnes handicapées la possibilité de se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques dans un lieu librement choisi*. Il permet notamment d'émettre des constats et des recommandations pour la suite de la mise en œuvre de la politique. Il présente aussi les résultats d'une démarche impliquant le Comité de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique À part entière qui vise à poser un jugement sur l'efficacité de la politique à atteindre ce résultat attendu. Cette démarche a permis d'identifier quelles recommandations pourraient être priorisées pour les prochaines années. Ces recommandations offrent une opportunité de s'ajuster durant la mise en œuvre de la politique afin de s'assurer que ses résultats attendus sur la participation sociale des personnes handicapées sont atteints.

Notons que ce rapport d'évaluation est le résultat de plusieurs années de travaux qui ont impliqué de nombreuses collectes de données et analyses. Il a aussi fait l'objet de consultations auprès de représentants du MACAPH et des principaux MO concernés par ce résultat attendu de la politique. Tout comme la formulation de recommandations pertinentes pour la suite de la mise en œuvre de la politique a exigé la collaboration de plusieurs partenaires, la mise en œuvre de ces mêmes recommandations au cours des prochaines années demandera la collaboration et l'arrimage des différents acteurs concernés par la politique.

D'ailleurs, la démarche choisie visant à demander au Comité de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique À part entière de porter un jugement sur l'efficacité de la politique peut certainement être considérée comme novatrice dans l'évaluation de politiques publiques. Bien que cette étape des travaux puisse sembler plus subjective que les autres analyses et résultats présentés dans ce rapport, il faut rappeler que le but d'une évaluation n'est pas simplement de produire des données scientifiques, mais de réduire l'incertitude et d'aider à la prise de décisions cohérentes (Perret 2009). En ce sens, cette démarche a été choisie afin de s'assurer d'émettre les recommandations les plus pertinentes et ayant un potentiel d'impact élevé pour la suite de la mise en œuvre de la politique.

Finalement, il faut aussi mentionner que, pour les travaux d'évaluation d'une politique publique transversale comme À part entière, la qualité des analyses dépend grandement de la disponibilité des données administratives. Cependant, compte tenu de la complexité de l'organisation des programmes, mesures et services destinés aux personnes handicapées, obtenir toutes les données nécessaires et détaillées pour ces analyses représente souvent un défi. D'ailleurs, la disponibilité de telles données sera encore essentielle pour suivre la mise en œuvre des recommandations de ce rapport, mais aussi pour la réalisation des prochains travaux d'évaluation de la politique prévus d'ici 2019. Il est donc important de rappeler l'importance que toutes les données administratives soient compilées par les MO et rendues accessibles afin de réaliser des analyses rigoureuses sur les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées.



ANNEXE

QUESTIONNAIRE AU MOUVEMENT D'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DES PERSONNES HANDICAPÉES

MOUVEMENT D'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DES PERSONNES HANDICAPÉES

Nous vous invitons à participer à une démarche de collecte de données par questionnaire au sujet de plusieurs résultats attendus de la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Ce questionnaire a pour objectifs de recueillir de l'information et de connaître la perception de votre organisation quant aux actions réalisées pour réduire les obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans le cadre des résultats attendus de la politique visant une réponse complète aux besoins essentiels des personnes handicapées. Les sujets abordés sont : les activités de la vie quotidienne et domestique, l'habitation, les communications et les déplacements.

L'information recueillie permettra à l'Office des personnes handicapées du Québec de réaliser son mandat de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'efficacité de la politique gouvernementale À part entière qui a pour but d'accroître la participation sociale des personnes handicapées. Ce mandat nous a été confié par le Conseil des ministres lors de l'adoption de la politique en 2009.

Ce questionnaire s'adresse à une personne de votre organisation qui a une excellente connaissance de ces sujets. Au besoin, il peut être rempli par plus d'une personne. Veuillez noter que vous avez jusqu'au 7 novembre 2014 pour y répondre.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce questionnaire et du temps que vous y consacrerez. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec :

Monsieur Daniel Lavigne
Conseiller à l'évaluation et à la recherche
Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications
Office des personnes handicapées du Québec
Téléphone : 1 866 680-1930, poste 18643
Téléscripneur : 1 800-567-1477
Courriel : daniel.lavigne@ophq.gouv.qc.ca

QUESTIONNAIRE

Partie A – Identification

1. Quel est le nom de votre organisation?

Cliquez ici pour taper du texte.

2. Quel poste occupez-vous au sein de votre organisation?

Cliquez ici pour taper du texte.

Partie B – Habitation

Cette partie du questionnaire concerne les services d'hébergement pour personnes handicapées. La première question porte sur l'évaluation de la qualité des services d'hébergement. Un des obstacles identifiés en 2009, au moment de l'élaboration de la politique, indique que les usagers, leur famille, leurs représentants ainsi que les organismes de défense des droits ne participent pas suffisamment aux mécanismes de contrôle de la qualité des services d'hébergement. Ces mécanismes font référence aux visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Ensuite, une question porte sur la sécurité en milieu résidentiel. Le principal obstacle identifié en 2009 est que les personnes handicapées ne bénéficient pas d'un niveau de sécurité en milieu résidentiel équivalant à celui du reste de la population. La politique vise également à réduire cet obstacle.

3. Selon vous, est-ce que la participation des organismes de défense des droits des personnes handicapées aux visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie réalisées par le MSSS est suffisante, notamment depuis la reprise des visites des RI-RTF en 2013?

☐ Oui, veuillez préciser

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

☐ Non, veuillez préciser

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

☐ Je ne sais pas (passez à la question 4)

4. Selon vous, est-ce que des mesures de sécurité appropriées à la situation des personnes handicapées ont été mises en place depuis 2009 dans l'ensemble de leurs milieux résidentiels (ex. : plan d'évacuation des édifices, matériel de protection incendie, création de registres des résidents handicapés des municipalités, certification des résidences privées, etc.)?

☐ Oui, veuillez préciser

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

☐ Non, veuillez préciser

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

☐ Je ne sais pas (passez à la partie C)

Partie C – Services de soutien et d'aide à domicile

Cette partie concerne les services de soutien et d'aide à domicile. Dans un premier temps, les questions qui suivent portent sur la prestation de services par le biais du Programme d'allocation directe, aussi appelé le chèque emploi-service.

Dans un deuxième temps, des questions sur la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité des services de soutien et d'aide à domicile vous seront posées.

5. Selon vous, est-ce que les problématiques suivantes du Programme d'allocation directe ont été améliorées depuis 2009?

La variabilité du taux horaire selon les régions

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas

La difficulté de recrutement et de rétention du personnel

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas

Le manque de formation du personnel

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas

Le manque de soutien lors de conflits avec le personnel

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas

La mise en place d'un service de dépannage 24/7

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas

Autres problématiques

Veuillez préciser, s'il y a lieu :

Cliquez ici pour taper du texte.

6. En 2009, la politique À part entière a relevé qu'il y avait peu ou pas de mécanismes de contrôle de la qualité des services de soutien et d'aide à domicile. Selon vous, est-ce que les mécanismes mis en place depuis 2009 sont adéquats?

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas (passez à la partie D)

Partie D – Communications et déplacements

Cette section porte sur la révision des programmes d'aides techniques à la communication et aux déplacements des personnes handicapées. Ces programmes sont offerts par plusieurs ministères et organismes publics, dont la RAMQ, le MSSS, la CSST et la SAAQ. En 2009, la politique À part entière établit qu'un processus d'évaluation et de mise à jour périodique des programmes d'aides techniques, mettant à contribution les représentants des usagers, permettrait de les simplifier pour en faciliter l'accès et la compréhension, d'en mesurer les performances et de répondre plus adéquatement aux besoins actuels et à venir dans un contexte de vieillissement de la population. En ce sens, un des objectifs de réduction d'obstacle identifié au moment de l'élaboration de la politique À part entière est d'assurer la participation des représentants des usagers lors du processus d'évaluation et de mise à jour périodique de ces programmes.

7. Est-ce que votre organisation a participé aux processus d'évaluation et de mise à jour d'un ou de plusieurs programmes d'aides techniques depuis 2009?

- ☐ Oui (passez à la question 7.1)
- ☐ Non (passez à la question 8)
- ☐ Je ne sais pas (passez à la question 8)

7.1 Veuillez préciser de quels programmes il s'agit :

Cliquez ici pour taper du texte.

7.2 Êtes-vous satisfaits de votre degré de participation aux processus d'évaluation ou de mise à jour?

- ☐ Oui, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Non, veuillez préciser
Cliquez ici pour taper du texte.
- ☐ Je ne sais pas (passez à la question 8)

8. Selon vous, est-ce que des améliorations ont été apportées depuis 2009 aux programmes d'aides techniques à la communication et aux déplacements afin qu'ils répondent mieux aux besoins des personnes handicapées?

☐ Oui, veuillez préciser

Cliquez ici pour taper du texte.

☐ Non, veuillez préciser

Cliquez ici pour taper du texte.

☐ Je ne sais pas

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Votre participation est essentielle aux travaux d'évaluation de la politique À part entière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC ET ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2014). *Mon choix mon toit*, [En ligne]. [<http://monchoixmontoit.com/>] (Consulté en décembre 2014).
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2010). *Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation : politique 4.06 : l'adaptation du domicile*, [En ligne]. [www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/recueil_politiques/Documents/Readaptation_travailleur/4_06_adaptation.pdf] (Consulté le 12 février 2016).
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : observations, conclusions et recommandations : juin 2016*, [En ligne]. [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-32725/index.html].
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2011). *Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale : projet de loi n° 16, Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées*, Montréal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 23 p.
- COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (2012). *Répertoire des bonnes pratiques : le rôle des municipalités dans le développement du logement social et abordable*, Montréal, Communauté métropolitaine de Montréal, 112 p.
- CÔTÉ, Martin, et autres (2013). *Étude sur les impacts sociaux des activités de la Société d'habitation du Québec*, Société d'habitation du Québec, 98 p. [En ligne]. [www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000022972.pdf].
- DANSEREAU, Francine (2005). *Politiques et interventions en habitation : analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*, Québec, Presses de l'Université Laval et Société d'habitation du Québec, 256 p.
- DORVIL, Henri, Paul MORIN et Dominique ROBERT (2001). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles*, Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal et Université du Québec à Montréal, 172 p.

- DUBOIS, F., L. DUGAS et C. GUAY (2009). *Cadre d'évaluation de la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 60 p.
- DUGAS, Lucie (2015). *L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement et l'Enquête canadienne sur l'incapacité : comment expliquer des taux d'incapacité aussi différents entre ces deux enquêtes ?*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications, Office des personnes handicapées du Québec, 25 p.
- DUGAS L., et D. LAVIGNE (2012). *Évaluation de l'efficacité de la politique À part entière : proposition de méthodologie*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications organisationnelles, Office des personnes handicapées du Québec, 30 p.
- DUNSTAN, T. (2003). *Lower Rates of Self Reported Disability in Quebec than the Rest of Canada : an Investigation Into Some of the Factors*, Statistique Canada, PALS Data Interpretation Workshop, 14 p.
- FOUGEYROLLAS, P., et autres (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap, 166 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015a). *Compendium de tableaux à partir des données du Québec (Partie 2) : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 533 pages.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015b). *Compendium de tableaux à partir des données du Québec (Partie 2 – Ajout et errata) : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*. Commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 61 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015c). *Compendium de tableaux à partir des données de l'Alberta : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 14 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015d). *Compendium de tableaux à partir des données de la Colombie-Britannique : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015e). *Compendium de tableaux à partir des données de l'Île-du-Prince-Édouard : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015f). *Compendium de tableaux à partir des données du Manitoba : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 16 p.

- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015g). *Compendium de tableaux à partir des données du Nouveau-Brunswick : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015h). *Compendium de tableaux à partir des données de la Nouvelle-Écosse : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 16 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015i). *Compendium de tableaux à partir des données de l'Ontario : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015j). *Compendium de tableaux à partir des données de la Saskatchewan : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015k). *Compendium de tableaux à partir des données de Terre-Neuve et Labrador : Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : population avec incapacité de 15 ans et plus*, commande spéciale adressée à l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 15 p.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 77 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015a). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015b). *L'étude des crédits 2015-2016 : réponses aux questions particulières : opposition officielle : volume 1*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2015-2016/2015-2016-Reponses-aux-questions-particulières-Opposition-officielle-Volume-1.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014a). *L'étude des crédits 2014-2015 : réponses aux questions particulières : deuxième groupe d'opposition : volume 2*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2014-2015/2014-2015_Reponses-aux-questions-particulières-Deuxieme-groupe-opposition-Volume-2.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014b). *Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 207 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014c). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : période du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014*, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-735-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013a). *Bilan statistique du suivi des recommandations des dossiers actifs des visites d'appréciation de la qualité 2004-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013b). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : période du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013*, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-735-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 83 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012b). *Bilan 2008-2011 et perspectives : un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 88 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012c). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : période du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012*, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-735-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : période du 1^{er} avril au 30 septembre 2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 123 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 52 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 97 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 65 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2015a). *Mise en œuvre de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées : bilan annuel 2013-2014*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications, L'Office, 53 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2015b). *Plan 2015-2019 des engagements gouvernementaux visant à favoriser la mise en œuvre de la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, Drummondville, L'Office, 27 p.

- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2014). *Mise en œuvre de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées : bilan annuel 2012-2013*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications, L'Office, 210 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2013). *Mise en œuvre de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées : bilan annuel 2011-2012*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications organisationnelles, L'Office, 208 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2012). *Mise en œuvre de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées : bilan annuel 2010-2011*, Drummondville, Direction de l'évaluation, de la recherche et des communications organisationnelles, L'Office, 227 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2011). *Guide des programmes d'aide pour les personnes handicapées et leur famille*, [En ligne]. [www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Guides/Guide_des_Programmes_Acc.pdf].
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2010). *Mise en œuvre de la politique gouvernementale À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées : bilan annuel 2009-2010*, Drummondville, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, L'Office, 132 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2008). *Premier plan global de mise en œuvre : politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Engagements des ministères et organismes, Déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 30 juin 2008, Dernière mise à jour le 25 août 2009*, Drummondville, L'Office, 117 p.
- PERRET, B. (2009). *La construction d'un jugement*, dans RIDDE, V., et C. DAGENAIS, (dir). *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 368 p.
- PROULX, Jean, Marie-Noëlle DUCHARME et Stéphane GRENIER (2013a). *Étude des hybridations entre les formules de logement et d'hébergement : rapport d'étape portant sur des initiatives destinées à des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, 93 p.
- PROULX, Jean, Marie-Noëlle DUCHARME et Stéphane GRENIER (2013b). *Étude des hybridations entre les formules de logement social et d'hébergement : rapport d'étape portant les initiatives destinées aux personnes handicapées*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, 86 p.
- PROULX, Jean, Marie-Noëlle DUCHARME et Stéphane GRENIER (2013c). *Étude des hybridations entre les formules de logement social et d'hébergement : rapport d'étape portant les initiatives destinées à des personnes déficientes intellectuelles*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, 94 p.

- PROULX, Jean (2011). *L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle : une revue de littérature à l'échelle internationale*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, 28 p.
- PROULX, Jean, et Lucie DUMAIS (2010). *De nouvelles pratiques interorganisationnelles pour une plus grande participation des personnes vivant avec une déficience intellectuelle*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, n° 10-05, avril, 94 p.
- QUÉBEC (2015a). *Règlement modifiant le Code de construction, chapitre I, Bâtiment, (projet) : RLRQ, c. B-1.1, r. 2 (sanctionné le 15 juin)*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=61990.pdf].
- QUÉBEC (2015b). *Règlement modifiant le Code de sécurité, chapitre VIII, Bâtiment afin d'exiger l'installation d'un système de gicleurs dans certaines résidences privées pour aînés (projet) : RLRQ, c. B-1.1, r 3 (adopté le 17 février)*, [En ligne]. [www.rbq.gouv.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/avis-reglement-modifiant-chapVIII-gicleurs.pdf].
- QUÉBEC (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie : RLRQ, c. S-32.0001, à jour au 1^{er} mars 2016*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm].
- QUÉBEC (2013a). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés : RLRQ, c. S-4.2, r. 5.01, à jour au 1^{er} mars 2016*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_4_2/S4_2R5_01.HTM].
- QUÉBEC (2013b). « Décret du Règlement visant à améliorer la sécurité dans le bâtiment no 1263-2012 », du 19 décembre 2012, *Gazette officielle du Québec*, 16 janvier 2013, 145^e année, n° 3, p. 179, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=58770.PDF].
- QUÉBEC (2011). *Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés, projet de loi n° 16 : RLRQ, c. 27 (sanctionné le 30 novembre)*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2011C27F.PDF].
- QUÉBEC (2009a). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité : politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, X, 69 p.
- QUÉBEC (2009b). *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant : RLRQ, c. R-24.0.2, à jour au 1^{er} mars 2016*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/R_24_0_2/R24_0_2.html].
- QUÉBEC (2007). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence privée pour aînés : RLRQ, c. S-4.2, r.5, à jour au 1^{er} mars 2016*, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_4_2/S4_2R5.HTM].

- QUÉBEC (2005). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* : RLRQ, c. E-20.1, à jour au 1^{er} mars 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 23 p.
- QUÉBEC (2000). *Code de construction du Québec, chapitre I, Bâtiment* : RLRQ, c. B-1.1, r. 2, à jour au 1^{er} mars 2016, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/B_1_1/B1_1R2.HTM].
- QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : RLRQ, c. S-4.2, à jour au 1^{er} janvier 2016, [En ligne]. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html].
- RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC (2011). *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées du Québec 2011-2012*, Montréal, Régie du bâtiment du Québec, 4 p.
- RIETSCHLIN, John, et Andrew MACKENZIE (2004). *Variation in Disability Rates in Statistics Canada National Surveys : Building Policy on a Slippery Foundation*, Ottawa, Développement social Canada et Statistique Canada, 9 p.
- SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2014). *Outil d'aide à la décision : directive adaptation du domicile*, [En ligne]. [www.saaq.gouv.qc.ca/diffusion/sites/default/files/10081.pdf] (Consulté le 12 février 2016).
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2014a). *Le marché de l'habitation au Québec : bilan 2013*, [En ligne]. [www.habitation.gouv.qc.ca/documents_et_references/publications/archives/le_marche_de_lhabitation_au_quebec/le_marche_de_lhabitation_au_quebec_juin_2014.html] (Consulté le 11 février 2016).
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2014b). *Annexe 19A, Guide explicatif pour l'obtention de la subvention adaptabilité du logement (SUAL)*, [En ligne]. [www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/partenaires/acceslogis/Annexe19_Partie_A.pdf] (Consulté le 11 février 2016).
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2014c). *Annexe 19B, Guide explicatif pour l'obtention de la subvention adaptation de domicile (SAD)*, [En ligne]. [www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/partenaires/acceslogis/Annexe19_Partie_B.pdf] (Consulté le 11 février 2016).
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2012). *Annexe 5, Guide de construction : programme AccèsLogis Québec*, [En ligne]. [www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/partenaires/acceslogis/guide_realisation_projets_annexe5_2012.pdf] (Consulté le 11 février 2016).
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2011). *Plan stratégique 2011-2016*, Québec, Société d'habitation du Québec, 24 p.
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2009). *Info-PAD*, Québec, Société d'habitation du Québec, 6 p.
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). *Rapport d'évaluation du Programme d'adaptation de domicile*, Québec, Société d'habitation du Québec, 135 p.

- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2005). *Normes d'application : programme d'adaptation de domicile (PAD)*, Québec, Société d'habitation du Québec, 13 p.
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1999). *Résultats du sondage auprès des bénéficiaires du Programme d'adaptation de domicile (PAD)*, Québec, Société d'habitation du Québec, 127 p.
- STATISTIQUE CANADA (2015). *Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012 : un profil de l'incapacité chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus*, Ottawa, n° 89-654-X au catalogue, 87 p.
- VILLE DE MATANE (2012). *Plan d'action favorisant l'intégration des personnes vivant avec un handicap*, Ville de Matane, 19 p.
- VILLE DE MONTRÉAL (2011). *Accessibilité universelle : bilan 2008 et plan d'action 2009-2011*, Ville de Montréal, 96 p.
- VILLE DE RIMOUSKI (2011). *Plan d'action 2010-2011 de la Ville de Rimouski favorisant l'intégration des personnes vivant un handicap*, Ville de Rimouski, 34 p.
- VILLE DE SAINT-LAMBERT (2010). *Plan d'action 2010-2011 à l'égard des personnes handicapées*, Ville de Saint-Lambert, 7 p.
- VILLE DE SHERBROOKE (2013). *Plan d'action pour l'intégration des personnes handicapées : accessibilité universelle*, Ville de Sherbrooke, 1 p.
- VILLE DE TROIS-RIVIÈRES (2010). *Plan d'action 2010 pour l'intégration des personnes handicapées*, Ville de Trois-Rivières, 15 p.
- VINCENT, Kristala et Paul MORIN (2010), *Le logement subventionné dans le cadre du programme de Supplément au loyer (PSL) avec soutien dans la communauté*, Sherbrooke, Société d'habitation du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Québec, 64 p.



*Office des personnes
handicapées*

Québec

