



# ÉTUDES *Bref*

Évaluation de l'intégration sociale

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC  
Février 2003, no 5

## Logement et intégration sociale

*Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes « classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles »<sup>1</sup> - Rapport final*

Henri DORVIL, Paul MORIN et Dominique ROBERT (mars 2001).

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et la prévention, Université de Montréal ; École de travail social, Université du Québec à Montréal.

Résumé et présenté par Jacques Caillouette et Ernesto Molina du Département de service social de l'Université de Sherbrooke.

Cette recherche, ayant été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, vise à explorer les expériences résidentielles de personnes utilisant des services en santé mentale et en déficience intellectuelle. Le but de l'analyse est de repérer le sens que prend l'habitation pour ces personnes, de manière à savoir en quoi et comment le logement agit pour elles comme un facteur d'intégration sociale. Si, pendant longtemps, ces personnes vivant des problèmes sévères de santé mentale ou ayant une déficience intellectuelle ont partagé un même espace résidentiel, l'hôpital psychiatrique, elles possèdent maintenant

des réseaux de services distincts. C'est pourquoi cette recherche est construite en deux temps : on y traite d'abord des personnes « classées malades mentales » et ensuite de celles « classées déficientes intellectuelles ». Dans les deux cas, la recherche analyse les rapports de ces personnes à leur habitation selon trois grandes catégories : le rapport à soi, le rapport au chez-soi et le rapport aux dimensions hors habitation. Ces catégories font en effet ressortir à quel point, en santé mentale et en déficience intellectuelle, la question du logement est centrale en matière d'action et d'intégration sociale.

Pour en savoir plus sur les autres publications du Programme d'évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées :

[www.ophq.gouv.qc.ca](http://www.ophq.gouv.qc.ca)

Cette publication est produite par la Direction de la recherche, du développement et des programmes et par la Direction des communications de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Disponible en médias substituts.

Téléphone: 1 800 567-1465 Télécopieur: (819) 475-8753

Télécriteur: 1 800 567-1477

<sup>1</sup> Nous reprenons ici la terminologie utilisée par les auteurs du rapport qui est différente de celle utilisé par l'Office des personnes handicapées du Québec.

## Recension des écrits

La recension des écrits nécessaires à l'analyse des auteurs est faite en deux temps: ceux traitant de l'habitation des usagers de services en santé mentale et ceux traitant de l'habitation des usagers de services en déficience intellectuelle.

La recension des écrits en santé mentale aborde deux questions. D'abord, celle de la dynamique du logement en soi, qui s'intéresse au premier plan à l'habitation en tant qu'unité résidentielle. Ensuite, celle de la dynamique de «l'habiter» ou du chez-soi, où les écrits réfèrent alors en priorité aux résidents, c'est-à-dire à leur rapport au logement et au point de vue qu'ils possèdent quant à cette expérience.

En regard de la dynamique du logement, les auteurs font valoir que les écrits s'articulent globalement autour de trois approches. Premièrement, le *custodial model*, auquel on peut relier l'habitation de type famille d'accueil, qui propose un hébergement de longue durée avec des services offerts aux résidents par des personnes non professionnelles dans la plupart des cas. Deuxièmement, le *supportive housing*, ou hébergement avec support professionnel, qui propose une forme d'hébergement thérapeutique professionnel et mise sur la réhabilitation et le développement des compétences. Pour cette approche, la personne, sous la supervision de professionnels, doit acquérir d'abord les habiletés nécessaires avant de les mettre en pratique. Finalement, le *supported housing model* ou logement avec support qui marque une distinction claire entre la dimension du logement et celle du traitement. Selon cette perspective, il ne faut pas confondre logement et traitement et présumer que l'un (le traitement) devienne la condition préalable de l'autre (le logement). La personne trouve donc le logement qui lui plaît et acquiert ensuite les habiletés nécessaires pour s'y maintenir tout en y recevant un support adapté à ses besoins.

Les aspects traités dans les écrits, reliés à la dynamique de «l'habiter» ou du chez-soi, sont: l'impact des différentes formes d'habitation sur les usagers, les expériences d'habitation de ceux-ci, leurs préférences, leur satisfaction par rapport à l'habitation et le sens du «chez-soi».

En ce qui a trait à la déficience intellectuelle, les auteurs repèrent dans la recension des écrits quatre grands domaines d'investigation, soit le réseau résidentiel comme tel, le personnel des ressources résidentielles, le rôle de la famille dans le cheminement résidentiel et les résidents eux-mêmes. Retenons ici, entre autres, les remarques que font les auteurs sur le réseau des personnes à l'étude et leur pouvoir de choisir leur milieu d'habitation. Le réseau social des personnes ayant une déficience intellectuelle est composé essentiellement des proches et du personnel du réseau de services. Quant au choix du logement, les écrits tendent à montrer que, si ces personnes exercent actuellement peu de pouvoir sur

## En conclusion

Si nous portons un regard global sur cette recherche, nous voyons qu'un des repères centraux fut la distinction que les auteurs font entre hébergement et logement. Cette distinction, accompagnée de la présentation des trois approches sur la dynamique du logement, c'est-à-dire l'hébergement de longue durée issue du *custodial model*, l'hébergement avec support professionnel (le *supportive housing*) et le logement avec support (le *supported housing*), ont permis d'établir les liens entre le lieu de résidence, ses qualités intrinsèques et son impact sur les personnes résidentes. Ainsi, pour comprendre la dynamique de «l'habiter», tant en santé mentale qu'en déficience intellectuelle, les auteurs ont exploré avec originalité le sens de l'habitation pour les usagers et l'impact de celui-ci dans leur vie, et ce, eu égard à leurs trois grandes catégories d'analyse: le rapport à soi, le rapport au chez-soi et le rapport aux dimensions hors habitation.

L'étude montre que l'intégration dépasse l'insertion de la personne à l'intérieur de la société. Les auteurs font en effet valoir que l'intégration ne doit pas se concevoir uniquement comme une «normalisation» de la personne; elle doit tenir compte de la sous-culture propre aux personnes, par exemple, ayant des troubles graves de santé mentale.

**«... en matière d'habitation, les personnes usagères sont avant tout à la recherche d'une dignité. De leur point de vue, le contrôle sur l'environnement est primordial afin d'expérimenter la négociation et non la coercition, le choix et non l'imposition, la dignité et non l'abus, l'intimité et non la promiscuité.»**

De plus, au-delà de la question de l'intégration et de la création de réseaux de support social, les auteurs nous disent qu'en matière d'habitation, les personnes usagères sont avant tout à la recherche d'une dignité. De leur point de vue, le contrôle sur l'environnement est primordial afin d'expérimenter la négociation et non la coercition, le choix et non l'imposition, la dignité et non l'abus, l'intimité et non la promiscuité.

Comme dernier point, soulignons que cette recherche, en faisant connaître les désirs et les aspirations des personnes «classées malades mentales et déficientes intellectuelles», contribue à nourrir l'action et la réflexion des professionnels et intervenants pour les aider à développer des alliances plus fortes avec ces personnes.

Le réseau social hors habitation, tant en santé mentale qu'en déficience intellectuelle, représente un défi majeur qui, dans les faits, semble difficile d'atteinte. À cet effet, les auteurs notent que, dans la problématique du passage de l'hébergement au logement, la difficulté de constituer un tel réseau représente souvent un des obstacles majeurs, l'individu craignant la solitude et l'isolement. Pour les personnes usagères qui demeurent dans les résidences d'accueil rattachées à un établissement hospitalier, le réseau est interne, bien qu'il y ait des activités extérieures. Lorsque interrogées, les personnes résidentes nommeront, comme amis ou personnes significatives, le plus souvent des corésidents, des membres du centre de jour ou encore des connaissances rencontrées lors d'événements organisés par l'hôpital. Pour le logement autonome du type *supported housing*, les résidents peuvent bénéficier des activités du milieu communautaire en santé mentale, ce qui leur permet de créer un réseau de personnes choisies en dehors de leur lieu d'habitation. Encore là, il n'en demeure pas moins que les liens ainsi formés dépassent rarement les limites du milieu de la santé mentale. Les auteurs observent en quelque sorte la même dynamique en déficience intellectuelle et constatent que les corésidents et le personnel ou les responsables du domicile constituent le réseau central de la personne. Les nouvelles rencontres se limitent souvent au cadre de l'immeuble où les gens habitent et forment davantage un réseau circonstanciel qu'un réseau choisi.

**«Le réseau social hors habitation, tant en santé mentale qu'en déficience intellectuelle, représente un défi majeur qui, dans les faits, semble difficile d'atteinte. À cet effet, les auteurs notent que, dans la problématique du passage de l'hébergement au logement, la difficulté de constituer un tel réseau représente souvent un des obstacles majeurs, l'individu craignant la solitude et l'isolement.»**

Le rapport à la psychiatrie est également traité dans les dimensions hors habitation. La différence entre logement et hébergement est ici très marquée. En hébergement, le lien entre l'habitation et la psychiatrie est institué, l'hôpital refusant de contribuer financièrement à loger quelqu'un qui ne suit pas son traitement, alors qu'en logement, avec ou sans support, le maintien des rendez-vous avec le psychiatre et la prise de médication ne sont pas obligatoires.

le choix de leur milieu de vie résidentiel, il en sera autrement dans l'avenir étant donné que, de plus en plus, les personnes seront reconnues aptes à faire ces choix.

### Méthodologie et démarche de recherche

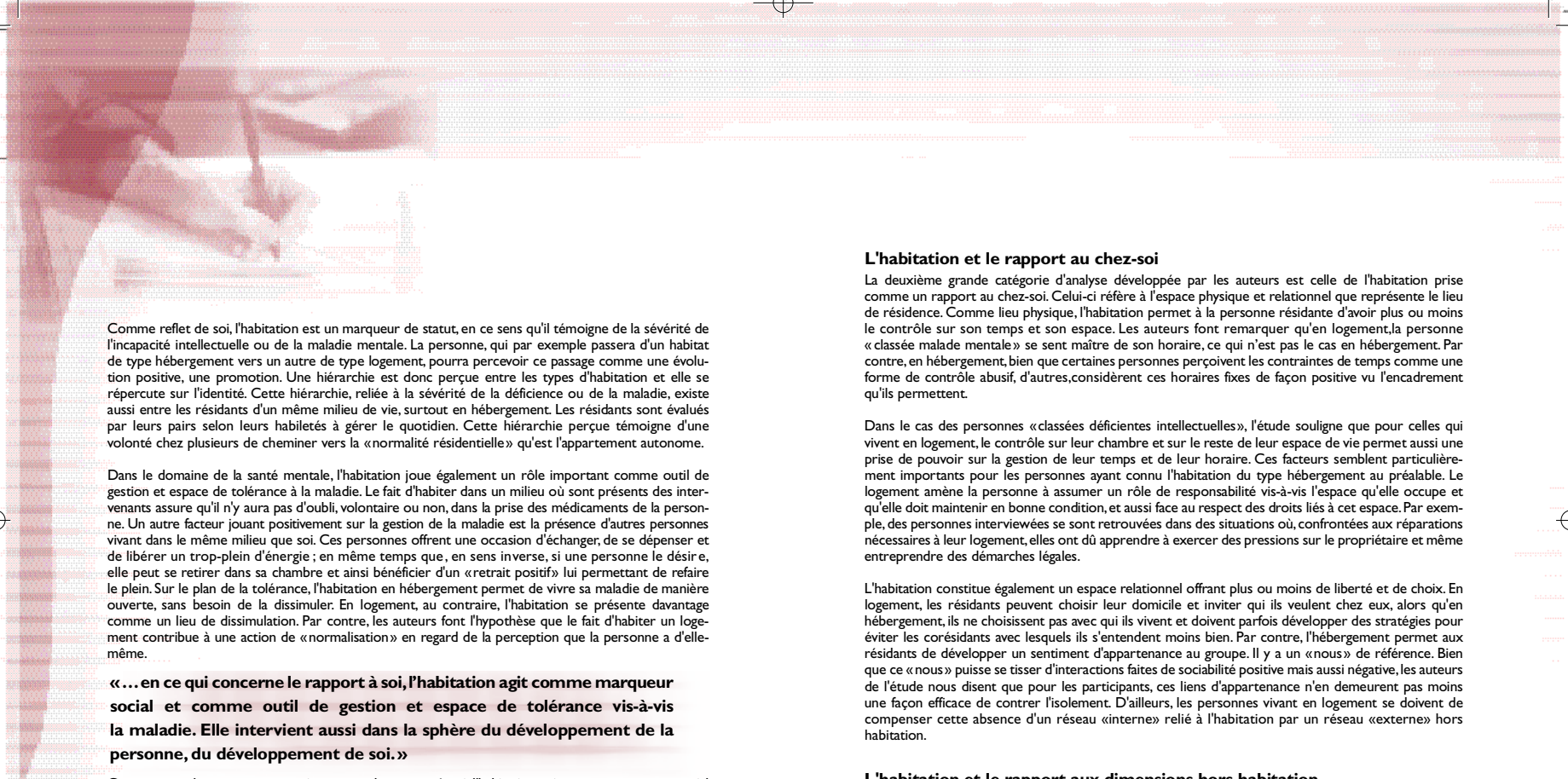
Sur le plan de la méthodologie, les auteurs ont réalisés des entretiens semi-directifs auprès de 21 personnes usagères de services de santé mentale et de 15 personnes ayant recours aux services en déficience intellectuelle. Les auteurs se sont aussi assurés d'introduire dans leur étude la plus grande diversité de milieux de vie possible, comprenant notamment des habitations de type logement et de type hébergement. Ils marquent en effet une distinction claire entre ces types d'habitations. Le type hébergement désigne les habitations issues du *custodial model* et du *supportive model*. Il renvoie à des résidences où les séjours ont une durée déterminée et qui sont des milieux de réhabilitation active ou encore des milieux où les résidents bénéficient d'une supervision au quotidien. L'habitation de type hébergement comprend les résidences d'accueil et les foyers de groupes publics, privés ou communautaires. L'habitation de type logement désigne, quant à elle, les habitations inspirées du *supported housing model* et des habitations hors modèles. Le logement se distingue de l'hébergement en ce qu'il désigne des milieux de vie sans durée de séjour déterminée et qui ne subordonne pas l'habitation à la réhabilitation. Le type logement comprend donc les appartements autonomes, subventionnés ou non, où les locataires reçoivent ou non du support.

Appuyés par les écrits recensés dans le cadre de cette étude, les auteurs utilisent, tant pour faire leurs observations en matière de santé mentale que de déficience intellectuelle, trois grandes catégories: l'habitation et le rapport à soi, l'habitation et le rapport au chez-soi, l'habitation et le rapport aux dimensions hors habitation.

### L'habitation et le rapport à soi

Qu'entend-on par le rapport à soi? Il fait référence à l'identité, c'est-à-dire à la façon dont l'habitation module l'image de soi et la prise qu'elle donne sur soi; en fait, c'est l'identité qui est «conferée par» ou négociée à travers l'habitation. Celle-ci constitue en effet un reflet de soi, un outil de gestion de la maladie, un espace de tolérance vis-à-vis celle-ci, ainsi qu'un lieu de développement de soi.

**«La personne, qui par exemple passera d'un habitat de type hébergement vers un autre de type logement, pourra percevoir ce passage comme une évolution positive, une promotion. Une hiérarchie est donc perçue entre les types d'habitation et elle se répercute sur l'identité.»**



Comme reflet de soi, l'habitation est un marqueur de statut, en ce sens qu'il témoigne de la sévérité de l'incapacité intellectuelle ou de la maladie mentale. La personne, qui par exemple passera d'un habitat de type hébergement vers un autre de type logement, pourra percevoir ce passage comme une évolution positive, une promotion. Une hiérarchie est donc perçue entre les types d'habitation et elle se répercute sur l'identité. Cette hiérarchie, reliée à la sévérité de la déficience ou de la maladie, existe aussi entre les résidents d'un même milieu de vie, surtout en hébergement. Les résidents sont évalués par leurs pairs selon leurs habiletés à gérer le quotidien. Cette hiérarchie perçue témoigne d'une volonté chez plusieurs de cheminer vers la «normalité résidentielle» qu'est l'appartement autonome.

Dans le domaine de la santé mentale, l'habitation joue également un rôle important comme outil de gestion et espace de tolérance à la maladie. Le fait d'habiter dans un milieu où sont présents des intervenants assure qu'il n'y aura pas d'oubli, volontaire ou non, dans la prise des médicaments de la personne. Un autre facteur jouant positivement sur la gestion de la maladie est la présence d'autres personnes vivant dans le même milieu que soi. Ces personnes offrent une occasion d'échanger, de se dépenser et de libérer un trop-plein d'énergie ; en même temps que, en sens inverse, si une personne le désire, elle peut se retirer dans sa chambre et ainsi bénéficier d'un «retrait positif» lui permettant de refaire le plein. Sur le plan de la tolérance, l'habitation en hébergement permet de vivre sa maladie de manière ouverte, sans besoin de la dissimuler. En logement, au contraire, l'habitation se présente davantage comme un lieu de dissimulation. Par contre, les auteurs font l'hypothèse que le fait d'habiter un logement contribue à une action de «normalisation» en regard de la perception que la personne a d'elle-même.

**«... en ce qui concerne le rapport à soi, l'habitation agit comme marqueur social et comme outil de gestion et espace de tolérance vis-à-vis la maladie. Elle intervient aussi dans la sphère du développement de la personne, du développement de soi.»**

Comme nous le voyons, en ce qui concerne le rapport à soi, l'habitation agit comme marqueur social et comme outil de gestion et espace de tolérance vis-à-vis la maladie. Elle intervient aussi dans la sphère du développement de la personne, du développement de soi. En habitant avec d'autres dans un même milieu de vie, la personne est amenée à développer de nouvelles habiletés sur le plan relationnel, comme exprimer ses sentiments, dialoguer, socialiser. Par exemple, une personne interviewée dans le cadre de l'étude soulignait comment le fait de vivre en appartement supervisé l'avait aidée à développer ses aptitudes à communiquer et sa confiance en elle et aux autres. Par ailleurs, en logement, l'habitation agit sur le développement de soi d'une autre manière : elle permet le développement de l'individualité et de l'identité personnelle. La personne est amenée à faire elle-même des choix et à prendre des décisions dans son quotidien.

### L'habitation et le rapport au chez-soi

La deuxième grande catégorie d'analyse développée par les auteurs est celle de l'habitation prise comme un rapport au chez-soi. Celui-ci réfère à l'espace physique et relationnel que représente le lieu de résidence. Comme lieu physique, l'habitation permet à la personne résidente d'avoir plus ou moins le contrôle sur son temps et son espace. Les auteurs font remarquer qu'en logement, la personne «classée malade mentale» se sent maître de son horaire, ce qui n'est pas le cas en hébergement. Par contre, en hébergement, bien que certaines personnes perçoivent les contraintes de temps comme une forme de contrôle abusif, d'autres, considèrent ces horaires fixes de façon positive vu l'encadrement qu'ils permettent.

Dans le cas des personnes «classées déficientes intellectuelles», l'étude souligne que pour celles qui vivent en logement, le contrôle sur leur chambre et sur le reste de leur espace de vie permet aussi une prise de pouvoir sur la gestion de leur temps et de leur horaire. Ces facteurs semblent particulièrement importants pour les personnes ayant connu l'habitation du type hébergement au préalable. Le logement amène la personne à assumer un rôle de responsabilité vis-à-vis l'espace qu'elle occupe et qu'elle doit maintenir en bonne condition, et aussi face au respect des droits liés à cet espace. Par exemple, des personnes interviewées se sont retrouvées dans des situations où, confrontées aux réparations nécessaires à leur logement, elles ont dû apprendre à exercer des pressions sur le propriétaire et même entreprendre des démarches légales.

L'habitation constitue également un espace relationnel offrant plus ou moins de liberté et de choix. En logement, les résidents peuvent choisir leur domicile et inviter qui ils veulent chez eux, alors qu'en hébergement, ils ne choisissent pas avec qui ils vivent et doivent parfois développer des stratégies pour éviter les corésidents avec lesquels ils s'entendent moins bien. Par contre, l'hébergement permet aux résidents de développer un sentiment d'appartenance au groupe. Il y a un «nous» de référence. Bien que ce «nous» puisse se tisser d'interactions faites de sociabilité positive mais aussi négative, les auteurs de l'étude nous disent que pour les participants, ces liens d'appartenance n'en demeurent pas moins une façon efficace de contrer l'isolement. D'ailleurs, les personnes vivant en logement se doivent de compenser cette absence d'un réseau «interne» relié à l'habitation par un réseau «externe» hors habitation.

### L'habitation et le rapport aux dimensions hors habitation

Les dimensions hors habitation concernent les rapports sociaux que la personne entretient à l'extérieur du milieu résidentiel. Les auteurs abordent ainsi la question du réseau social et, spécifiquement pour les personnes «classées malades mentales», celle du rapport à la psychiatrie.