



*Le logement
et les services
de soutien
en santé mentale :
une solution à
partager*

16 et 17 novembre 2000

Québec 

Actes du colloque
Actes du colloque



*Le logement
et les services
de soutien
en santé mentale :
une solution à
partager*

16 et 17 novembre 2000

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37491-6

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

Les 16 et 17 novembre 2000, le Président-directeur général de la Société d'habitation du Québec, monsieur Jacques Gariépy, et le Président du Comité de la santé mentale du Québec, monsieur Luc Blanchet, conviaient à Montréal plus de 160 personnes à participer au colloque sur *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*.

Cette initiative conjointe visait à favoriser le partenariat et l'intersectorialité entre les intervenants et les gestionnaires des réseaux de l'habitation et ceux de la santé mentale, au moyen d'un partage d'expériences d'ici et d'ailleurs. Le colloque a été une occasion d'échanger sur des pratiques et des modèles en matière de logement et de services de soutien en santé mentale, de discuter des conditions favorables à l'établissement de partenariats et d'établir des ponts pour amorcer et consolider des collaborations intersectorielles.

Les textes présentés dans cet ouvrage constituent une sorte de mémoire collective de ce colloque. Leur diffusion vise à rendre accessible à toutes les personnes intéressées par la question du logement en santé mentale un matériel stimulant les réflexions et supportant l'action intersectorielle en ce domaine. Cette publication s'adresse également à celles et ceux qui ont fait du colloque un événement d'envergure.

En effet, la réalisation du colloque et la production des actes n'auraient pas été possibles sans la participation active des conférenciers et conférencières et l'apport essentiel de plusieurs personnes en provenance des réseaux de l'habitation et de la santé mentale qui en ont assuré l'organisation matérielle, le support logistique et le soutien financier. Que toutes les personnes qui ont contribué au succès de l'événement soient sincèrement remerciés.

Comité organisateur du colloque

Société d'habitation du Québec :

Thérèse Landry
François Renaud
Claude Roy

Comité de la santé mentale du Québec :

Nathalie Brière
Henri Dorvil
Jean-Luc Parenteau

Collaborateurs et collaboratrices:

Marie-Noëlle Ducharme
Hélène Turcotte, communication - relations publiques
inc.
directions des communications de la SHQ et du MSSS

Responsables de la production des actes

La production des actes était sous la responsabilité de Claude Roy, Henri Dorvil, Jean-Luc Parenteau et Nathalie Brière qui a assuré la coordination des travaux. À cette équipe s'est joint Josée Chenard qui a réalisé un important travail de synthèse des conférences, de la période de questions et de la table ronde. Elle a également collaboré à la rédaction du texte *Habitation et santé mentale*. Pierrette Roy, du Comité de la santé mentale du Québec, et la direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux ont effectué la mise en page et l'édition de l'ouvrage.

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
MOTS DE BIENVENUE	9
I ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.	15
Habitation et santé mentale.	17
Repenser l'action intersectorielle.	43
II EXPÉRIENCES D'ICI.	55
Le Havre de Trois-Rivières <i>Du refuge de nuit au Carrefour d'intégration sociale.</i>	57
L'Office municipal d'habitation de Lévis, en collaboration avec le CLSC et le CHSLD de la MRC Desjardins <i>Une intervention communautaire préventive en santé mentale.</i>	61
La Maison l'Échelon <i>Nuances dans l'hébergement et le logement</i>	67
La Résidence de l'Académie <i>Entre le milieu protégé et le marché privé.</i>	73
Le Programme Homerun <i>Une mesure efficace de soutien en logement privé.</i>	83
III PERSPECTIVES ET QUESTIONNEMENTS.	85
Table ronde et échanges <i>Pour une meilleure intersectorialité.</i>	87
Expériences d'ailleurs <i>Synthèse des conférences</i>	91
<i>Période de questions suite aux présentations des expériences d'ailleurs</i>	103
Conférences de clôture.	109
CONCLUSION	113
ANNEXES	115
Présentation des expériences d'ailleurs.	117
Liste des organismes participants.	139

INTRODUCTION

Les préoccupations quant à l'accès au logement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et la nécessité d'offrir une réponse adaptée aux besoins d'autonomie et d'insertion sociale de ces personnes ont mené les acteurs des milieux de l'habitation et de la santé mentale à mettre sur pied des projets novateurs. C'est dans ce contexte que la Société d'habitation du Québec et le Comité de la santé mentale du Québec ont pris l'initiative d'organiser un colloque réunissant des personnes et des groupes intéressés par ces questions. Le colloque avait pour objectifs de :

- mieux faire connaître la diversité des pratiques et des modèles en matière de logement;
- rendre compte des réalités respectives des domaines de l'habitation et de la santé mentale;
- favoriser des échanges et la concertation intersectorielle dans le domaine de l'habitation en santé mentale;
- déterminer les conditions favorables à l'intersectorialité dans ce domaine.

Le programme du colloque a permis d'aborder le thème du logement et des services de soutien en santé mentale sous différents angles. Les textes regroupés dans les actes du colloque ne peuvent toutefois à eux seuls prétendre refléter toute la richesse des discussions et des échanges qui ont eu lieu lors de l'événement. De plus, le plan de présentation retenu s'éloigne quelque peu du programme du colloque. Les responsables de la production des actes avaient la préoccupation d'offrir un matériel cohérent et harmonieux compte tenu des textes obtenus.

En guise d'introduction, une synthèse des mots de bienvenue de messieurs Jacques Gariépy et Luc Blanchet est présentée. Ils présentent le mandat de leur organisation respective, réfèrent brièvement aux projets ou travaux réalisés et en cours, dont ceux portant spécifiquement sur l'habitation en santé mentale et confirment leurs intérêts à accentuer les collaborations entre ces deux réseaux.

La première partie de l'ouvrage regroupe deux textes qui mettent en contexte le thème du colloque. Le premier, intitulé *Habitation et santé mentale*, est une revue de littérature produite à partir de textes déjà existants. Il n'a pas fait l'objet d'une présentation au moment du colloque. Le deuxième texte reprend la conférence de madame Deena White, professeure et chercheuse à l'Université de Montréal, sur l'action intersectorielle.

La seconde partie est consacrée à la présentation de cinq expériences québécoises. La forme et le type d'information diffèrent selon la source utilisée pour produire le texte intégré aux actes du colloque. La description des projets reflètent, d'une part, la diversité des pratiques d'intervention dans le secteur du logement et des services de soutien en santé mentale et, d'autre part, des réalités régionales. Loin de couvrir l'ensemble des projets qui ont cours actuellement au Québec dans ce secteur d'activités, les expériences présentées

constituent par ailleurs une bonne introduction pour ceux et celles qui désirent obtenir un point de vue représentatif des pratiques actuelles.

Dans la troisième partie sont regroupées les activités du colloque qui ont permis de présenter des perspectives d'ailleurs de même que celles à venir au Québec. Cette section débute avec une synthèse des échanges qui ont eu lieu lors de la table ronde qui faisait suite à la présentation des cinq projets québécois. Ensuite, la présentation en anglais de trois conférenciers canadiens est rapportée brièvement dans une synthèse rédigée en français. Le texte de leur présentation en anglais est joint en annexe. Sont également rapportées les questions qui ont été posées à ces conférenciers suite à leur présentation. Pour compléter, les conférences de clôture de monsieur René Dionne, de la Société d'habitation du Québec, et de madame Lucie Leduc, du ministère de la Santé et des Services sociaux, sont rapportées sous forme de synthèse.

En conclusion, le comité organisateur du colloque convie les acteurs des milieux de l'habitation et de la santé mentale à réaliser des projets conjoints ayant pour finalité d'assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale un accès à des logements abordables et organisés de manière à répondre à leurs besoins qu'elles auront elles-mêmes précisés. Pour faciliter ce développement incontournable, les ministères concernés sont interpellés quant à la nécessité de concrétiser leur engagement respectif à supporter l'action intersectorielle en matière de logement et de services de soutien en santé mentale.

MOTS DE BIENVENUE

**MOT DE BIENVENUE DE LA
SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC**

**Monsieur Jacques GARIÉPY
Président-directeur général
Société d'habitation du Québec**

**synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal**

La Société d'habitation du Québec (SHQ) a pour objectif de favoriser l'émergence de logements sociaux au Québec. Dans sa planification stratégique, elle vise l'appui du milieu communautaire et encourage la diversification des partenariats en vue de la production de logements et de la fourniture de services liés à l'habitation pour les ménages à faibles revenus et les personnes ayant des besoins particuliers. Monsieur Gariépy souligne qu'il a récemment eu l'occasion de visiter des projets d'habitation sociale qui impliquaient la prise en charge de personnes ayant des problèmes de santé mentale par le réseau de l'habitation et celui de la santé. L'un d'entre eux est une maison d'hébergement de la région de Québec créée à l'initiative de l'organisme Résidences 2000 qui gère des logements pour des personnes ayant un problème de santé mentale. Ce projet est né de la synergie de trois organismes : la SHQ a investi 100 000 dollars dans le cadre de son programme AccèsLogis, la fondation J. Armand Bombardier a aussi investi 100 000 dollars et le réseau de la santé et des services sociaux assume le soutien aux six personnes qui vont habiter cette résidence en supportant le salaire de deux intervenants. Ce genre de projet est une solution permanente à des problèmes que vivent les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Au cours des deux dernières années, la SHQ a supporté 216 projets de cette nature. C'est bien peu compte tenu des besoins, mais c'est en se connaissant mieux et en mettant ensemble les capacités des différents partenaires qu'on peut réussir à régler les vrais problèmes.

Par l'intermédiaire des offices municipaux d'habitation (OMH), la SHQ gère près de 65 000 logements sociaux au Québec. De plus en plus, des difficultés liées à l'alourdissement de la clientèle sont rencontrées. L'OMH de Montréal compte plus de 300 logements occupés par des personnes ayant un problème de santé mentale gérés sous entente avec des organismes spécialisés. Les gestionnaires de ces logements spéciaux rencontrent souvent des difficultés dans la gestion de ces cas et sont à la recherche de solutions qui passent par le réseau de la santé et des services sociaux. C'est dans cette perspective que s'inscrit ce colloque dont le but est de mieux se connaître, mieux connaître le travail de chacun de ces deux réseaux, partager des expériences d'autres provinces du Canada et voir comment ensemble on peut trouver des solutions novatrices.

Le logement social et le logement à coût modique constituent des éléments centraux de la prise en charge de la réinsertion des individus. Le fait d'allier le logement au service de soutien des clientèles souffrant de problèmes de santé mentale et de problématiques multiples va dans le sens de la réinsertion sociale et permet des économies d'ensemble qui semblent évidentes. C'est donc un message qu'il convient de véhiculer conjointement avec les décideurs des deux réseaux. Les discussions permettront de voir quels sont les modèles possibles et d'orienter les interventions en conséquence. Il est évident que beaucoup restera à faire et que les attentes sont très grandes. En s'associant au Comité de la santé mentale du Québec dans cette réflexion, la SHQ entend poursuivre et partager après ce colloque la recherche de solutions concrètes aux besoins de logements et de services pour la clientèle en santé mentale.

**MOT DE BIENVENUE
DU COMITÉ DE LA SANTÉ
MENTALE DU QUÉBEC**

Monsieur Luc BLANCHET, MD, FRCPC
Président
Comité de la santé mentale du Québec

synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

Monsieur Blanchet souhaite la bienvenue aux personnes présentes au colloque conjoint du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) et de la Société d'habitation du Québec (SHQ). Il présente rapidement ce qu'est le CSMQ et ce qu'il fait. Il s'agit d'un organisme gouvernemental dont le principal mandat est de conseiller la ou le ministre de la Santé et des Services Sociaux. Il produit des avis et des études qui permettent à ce ministère de mieux accomplir ses fonctions de planification et d'évaluation. Créé en 1971, le CSMQ est composé de représentants des usagers, de divers intervenants du milieu communautaire et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des chercheurs. Au fil des ans, le CSMQ a produit près d'une quarantaine d'avis sur diverses thématiques se rapportant à la santé mentale; de la prévention jusqu'à la réadaptation psychosociale en passant par diverses clientèles, groupes d'âge et problématiques. Il a également été impliqué dans l'élaboration de la *Politique de santé mentale* en 1989. À ce moment, le Québec se trouvait être la neuvième nation, état ou province qui se dotait d'une telle politique à travers le monde.

Aujourd'hui, le CSMQ est engagé dans la rédaction de nombreux documents portant sur la reconfiguration des services de santé mentale, la détresse psychologique et l'insertion sociale chez les jeunes adultes. Le comité a également rédigé un avis sur la santé mentale dans les familles en transformation. Enfin, il a produit deux autres avis qui seront bientôt sous presse : un qui porte sur la mesure des besoins en santé mentale (projet franco-québécois) et un autre sur l'action intersectorielle en santé mentale. Quelques nouveaux mandats liés au *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* se sont ajoutés en décembre 1998. Ceux-ci portent principalement sur les critères de qualité des services dans la communauté et sur l'accès au travail et au logement pour les clientèles souffrant de troubles mentaux graves. Pour le CSMQ, le colloque «*Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager* » est un pas dans la direction d'une concertation avec la SHQ.

I ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

HABITATION ET SANTÉ MENTALE

Nathalie BRIÈRE
Agente de recherche
Comité de la santé mentale du Québec

Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

Henri DORVIL
Professeur et chercheur
École de travail social
Université du Québec à Montréal
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de
la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

Paul MORIN
Chercheur en sociologie et coordonnateur du
Collectif de défense des droits de la Montérégie

Mise en contexte

La déclaration universelle des droits de l'homme dont nous venons de fêter récemment le 50^e anniversaire a été le premier document international à mentionner dès 1948 le droit au logement dans son article 25.1 :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, *le logement*, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires... »

Le logement conditionne l'ensemble des autres aspects de la vie des femmes et des hommes. Comme l'affirme Parmentier (1997), l'impossibilité d'accéder à un logement ou l'accès à un logement de mauvaise qualité ne permet pas l'accès aux autres droits sociaux, comme le droit à l'éducation, le droit au travail ou à un revenu minimum d'existence, le droit à la santé et à la protection de la famille, ou le droit aux fournitures de base comme l'eau ou l'électricité. Ainsi conçu, le logement a un rôle fondamental pour la survie de l'homme, son aptitude au travail, la sécurité de la société et sa cohésion.

Dans le domaine de la santé mentale, c'est le branle-bas de combat puisqu'il faut assurer aux personnes désinstitutionnalisées et à celles qui n'ont pas connu l'institution un logement décent et adapté, condition de départ dans leur conquête de la citoyenneté. Autrefois, les psychiatres considéraient le logement comme un prolongement naturel de l'action des psychothérapies, des pharmacothérapies. Plus encore, il y en avait même qui disaient qu'un bon foyer pouvait, dans certains cas, remplacer diverses thérapies. Ces affirmations s'avèrent plus vrai encore dans le contexte désinstitutionnel d'aujourd'hui. Avoir une adresse, c'est acquérir une identité sociale, c'est prendre part à l'aventure humaine. L'absence de logement constitue un premier pas vers la marginalisation : on n'existe nulle part, on n'est rien. Le logement fait partie intégrante des services

nécessaires dans ce passage progressif des pratiques de prise en charge institutionnelle à une volonté de maintenir les personnes dans leur milieu naturel (Morin, 1994). Il s'agit donc de mettre en place les conditions permettant à toute une catégorie de personnes aux prises avec des incapacités fonctionnelles, différentes l'une de l'autre, de vivre en logement. Ainsi depuis les trente dernières années, il s'est développé toute une kyrielle de types d'hébergement/logement : résidences d'accueil, foyer de transition, foyer de groupe, appartement supervisé, logement social, etc. L'idée n'est pas nouvelle puisque Yves Longin (1998) en retrouve les traces en France, au milieu du 19^e siècle :

« À la sortie, qui peut advenir quelques mois après l'internement, la famille n'est pas toujours aussi enthousiaste à accueillir son malade et rechutes et réintégrations sont parfois nombreuses. Très vite, les aliénistes vont essayer de trouver une solution à ce problème. Il n'y a pas de service social ni de structures intermédiaires. Ce sont eux qui vont en donner l'idée à leurs successeurs. Ils inventèrent des sociétés de patronage qui regroupent des médecins et des personnes bénévoles qui aident les sortants à divers niveaux : trouver du travail, un logement, se meubler, récupérer son bien placé temporairement au Mont-de-piété, fournir de la nourriture, du chauffage ou de l'argent, etc. »

Le logement est la base de la stratégie pour maintenir les personnes dans leur milieu naturel. À notre avis, il existe un lien entre logement et patient du syndrome de la porte tournante (réhospitalisations en psychiatrie) ou du moins, le logement constitue le point d'ancrage dans la société, la première étape à une vraie réintégration dans la société et un facteur déterminant pour la continuité de traitement. À Londres, en Angleterre, les concepteurs du Housing with care (1989) du Consortium Umbrella ont bien saisi le rôle stratégique du logement dans la réussite de la désinstitutionnalisation. Comme les besoins de ces personnes sur le plan du traitement varient avec le temps, des ajustements s'imposent ; elles peuvent passer d'un niveau de soins à un autre, mais au niveau du logement elles demeurent dans la communauté *Umbrella*. En Grande-Bretagne (Garety, 1988), les visites à domicile de l'équipe thérapeutique (médecin, infirmière, travailleur social) sont planifiées en fonction de l'état de ces personnes. Et cette équipe de thérapeutes expérimentés arrive aisément à détecter les signes avant-coureurs d'une rechute et à y remédier à temps. Et ce n'est pas pour rien que le taux de réadmission en psychiatrie se situe entre 9 et 16%. D'ailleurs, de ce côté-ci de l'Atlantique à l'Hôpital général de Montréal des infirmières visiteuses et/ou des travailleuses sociales en contact étroit avec un médecin arrivent à juguler assez bien le flot de patients du syndrome de la porte tournante.

Nonobstant le fait qu'il existe en Grande-Bretagne un très grand éventail de types de logements (plus de vingt recensés dans la littérature avec cinq sources de financement) dont plusieurs se situent sur le terrain même de l'ancien hôpital fermé (Garety, 1988), une nette disparité existe entre ceux qui hébergent une clientèle âgée, ayant à leur actif plus d'un quart de siècle d'hospitalisation et ceux qui accueillent des usagers des services de santé mentale plus jeunes mais n'ayant jamais connu de longues hospitalisations. Pour ces

logements, que l'on parle de modèle de livraison de services en escalier ou de l'idée d'un large éventail de résidences à option, l'essentiel selon la philosophie de la réhabilitation psychosociale c'est d'offrir des opportunités pour l'exercice des rôles et des habiletés sociaux et domestiques en vue d'améliorer le fonctionnement au sein de la collectivité.

Un nouveau paradigme tend donc à remplacer le courant des années 1980, le continuum linéaire de services résidentiels:

« Avoir un chez-soi dans la communauté est un droit pour les personnes avec des problèmes sévères, et habiter un endroit stable est un pré-requis pour un traitement efficace et une réadaptation psychosociale... la création d'un chez-soi est l'objectif prééminent au service du client et aider la personne à choisir, acquérir, et maintenir un chez-soi dans la communauté est un rôle *bona fide* et une responsabilité du système de santé mentale » (Ridway et Zipple, 1990).

En Ontario, l'Institut G. Allan Roeher (1990), organisme de recherche spécialisé en regard des besoins des personnes déficientes intellectuelles, a exprimé le même type de critiques à l'endroit du continuum de services d'hébergement et dénoncé la pauvreté des lieux où sont confinées ces personnes. Il prône des solutions basées sur l'inclusion et l'autodétermination de ces personnes.

En terme de recherche sur le logement et les préférences des personnes psychiatriquées, l'Université du Vermont, par son *National Technical Assistance Center on Housing and Supports*, exerce un leadership incontestable. Une récente monographie a analysé 43 recherches ayant trait aux préférences de ces personnes en terme d'habitat. La conclusion, basée sur les 23 études où les instruments de recherche étaient suffisamment similaires révèle:

« que les personnes sondées préfèrent vivre dans leurs propres appartements ou maisons et non pas dans des programmes de santé mentale... Si donné le choix, les répondants de ces études préféreraient ne pas vivre avec d'autres consommateurs. Ils ont besoin de plus d'argent ou de revenu afin de vivre dans le logement de leur choix et veulent avoir accès à des intervenants ou à du support naturel par l'intermédiaire des médiums comme les téléphones et des personnes qui viennent les voir selon leurs besoins quand ils le demandent, jour et nuit » (Tanzman, 1990).

Les recherches (Ridgway, 1987 ; Minsky et al., 1995) démontrent également les différences de perspectives entre les intervenants et les personnes ayant une maladie mentale. Ces dernières ont tendance à vouloir vivre en logement, tandis que les intervenants évaluent les besoins de ces personnes en terme "d'hébergement" plutôt que de logement social. Un auteur (Garety, 1988) catégorise les ressources résidentielles conventionnelles du réseau de la santé et des services sociaux (pavillon, foyer de groupe,

résidence d'accueil) comme des facteurs additionnels de marginalisation pour les patients psychiatriques. Il plaide pour des logements ordinaires valorisés socialement (puisque la plupart des gens normaux y vivent) et où les personnes avec un handicap psychiatrique peuvent développer des relations et des styles de vie plus courants. Une étude récente (Harrison et al., 1994) souligne hors de tout doute la capacité de beaucoup de patients schizophrènes à vivre seuls, avec leur famille ou avec des amis dans des habitations au sein de la communauté.

En ce qui a trait aux préférences en matière d'habitation des personnes aux prises avec une maladie mentale, tout reste à faire au Québec (Morin, 1994). De tenir compte des aspirations de la personne concernée, du sens et de la place que le logement prend dans sa vie constituera un changement majeur dans le domaine. Si les personnes savent ce qu'elles veulent, les obstacles qu'elles perçoivent demeurent. Il est vrai que quelques obstacles légaux, environnementaux sont tombés. Mais les obstacles culturels et économiques constituent des problèmes auxquels doivent faire face quotidiennement ces personnes, les intervenants et les organismes responsables de l'élaboration des politiques en matière d'habitation. Une approche menée par les usagers/*user-led* plutôt qu'une approche centrée sur l'usager/*user-centered* pourrait être une avenue prometteuse à cet égard (Carpenter, 1994).

Orientations québécoises

En 1986, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) déposait un mémoire à la Commission d'étude sur les municipalités mise sur pied par l'Union des municipalités du Québec : « Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale » (Morin, 1988). À cette époque, on insistait surtout sur les manifestations d'intolérance et de rejet, exprimées par des communautés locales envers certaines tentatives d'implantation de ressources résidentielles. Centraide Montréal avait aussi alors dénoncé le fait que plusieurs municipalités avaient complètement exclu de leurs préoccupations les besoins spéciaux de leurs commettants : « ...il nous apparaît important et urgent que les municipalités brisent ces cloisonnements et redécouvrent en ce domaine de nouvelles avenues d'actions et de présence. » La *Politique de santé mentale* en 1989 a favorisé la mise en place de solutions dans le milieu de vie des personnes et voulu favoriser la « concertation nécessaire entre les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et ceux des autres secteurs » (MSSS, 1989), comme par exemple ceux de l'habitation pour leur rôle en matière d'accès au logement. En 1992, *La politique de santé et du bien-être* établit explicitement un lien entre le dynamisme local, la conscience de la qualité de vie et l'implication des municipalités. Celles-ci sont donc « ...appelées à devenir des partenaires plus importants pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. » (MSSS, 1992). Par leurs connaissances des besoins particuliers de leur population, elles peuvent devenir d'importants agents de concertation. Pourtant, force est de constater qu'en matière de logement/hébergement « ...la part institutionnelle demeure prépondérante puisque la résidence d'accueil et les pavillons occupent 75% du parc d'hébergement » (CSMQ, 1997a). Sur un plan quinquennal, le gouvernement du Québec a

décidé de désinstitutionnaliser 3,000 autres résidents des hôpitaux psychiatriques d'ici l'an 2002. À travers plusieurs documents ministériels (MSSS, 1989; Potvin et al., 1997; Gauthier, 1997; MSSS, 1997b; MSSS, 1998), le gouvernement confirme l'accent placé sur la désinstitutionnalisation des services, favorise des approches d'intervention s'articulant sur les milieux de vie et met de l'avant des critères de qualité de vie.

En 1998, le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* se veut l'outil de la dernière chance pour concrétiser enfin un système de services axé sur la « ...nécessité d'offrir des services de santé mentale dans le milieu de vie des personnes et d'y investir la majorité des ressources publiques... » (MSSS, 1998). Conséquemment, il importe de favoriser l'accès au logement en mettant au point des actions intersectorielles. Par la suite, la tournée du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, mis en place par l'ex-ministre madame Pauline Marois en novembre 1999, a fait aussi ressortir l'importance cruciale de l'accès au logement avec soutien. Parmi les cibles prioritaires pour accentuer la transformation des services de santé mentale, découlant du Forum national en santé mentale tenu à Trois-Rivières en septembre 2000, le développement de services de soutien au logement constitue une priorité. De plus, les ententes intersectorielles locales sont favorisées en matière d'accès au logement social. Dans la foulée des orientations ministérielles, le Comité de la santé mentale du Québec et la Société d'habitation du Québec (SHQ) ont organisé en novembre 2000 un colloque sous le thème : « *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager.* »

Le Québec compte 65 000 logements à loyers modiques administrés localement par 651 offices municipaux d'habitation, mandataires de la SHQ. Les personnes peuvent s'y loger convenablement en payant seulement 25% de leur revenu. Les municipalités ont donc un rôle névralgique à jouer dans la mise en place d'un logement inclusif. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) dans sa revue des initiatives municipales en matière de création et de préservation de logements à prix modiques y avait déjà constaté l'acquisition d'un savoir considérable en matière de logement. Une initiative municipale novatrice était définie comme suit : « il s'agit ici de mesures locales visant à créer de nouveaux logements abordables en utilisant les instruments et les ressources du gouvernement local ». Les mesures d'aide au maintien des personnes dans leur milieu constituent une des formes novatrices d'activités dans le domaine du logement (les projets de « catégorie C »). En santé mentale, les offices municipaux d'habitation (OMH) de Hull, Trois-Rivières, Lévis et Montréal font figure d'avant-garde quant au logement avec soutien, cela dans un contexte où les OMH accueillent de plus en plus de personnes seules avec un diagnostic de schizophrénie. Compte tenu de cette situation, des difficultés encourues et du mandat des OMH qui est d'assurer la qualité de vie et le maintien des locataires dans leur logement dans la mesure du possible, le Centre de formation et de perfectionnement des OMH a diffusé l'année passée une formation sur mesure : « Clientèles des OMH et problèmes de santé mentale. »

Impact de la transformation des politiques d'habitation

Parallèlement à l'émergence de l'approche du logement avec soutien, des organismes publics de logement social (HLM) se sont ouverts aux usagers des services en santé mentale. On ne peut pas parler vraiment de ces réalisations comme d'une forme de logement avec support puisque le support en question n'a pas été pensé au départ et qu'il est venu suite aux problèmes causés par son absence. Des recherches ont notamment détaillé ces expériences en explorant l'impact de l'ouverture des HLM aux usagers de services en santé mentale. En Ontario, cette initiative a eu comme effet de monopoliser les préposés au logement dans un rôle de support alors que ces personnes ne sont pas engagées pour leurs compétences en santé mentale. De plus, le personnel était trop peu nombreux pour le nombre de résidants et il y avait une pénurie de services en santé mentale dans la communauté. Cela a entraîné les autorités et les préposés au logement à redouter les résidants ayant des troubles mentaux. Les offices d'habitation ont identifié trois principaux problèmes reliés à la présence des usagers de soins en santé mentale dans le parc de logements sociaux publics: le manque de ressources pour répondre au besoin de support des usagers résidants, la détérioration de la qualité de vie de l'ensemble des résidants et l'attitude négative des autres résidants à l'endroit des résidants usagers. Aux États-Unis, les politiques de logement social se sont aussi transformées pour faire une plus grande place aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. La cohabitation entre personnes âgées et jeunes usagers des services de santé mentale avait l'avantage, croyait-on, de permettre l'intégration de deux groupes d'âges, d'améliorer l'engagement social et le support informel entre ces deux catégories de personnes. Dans les faits, cette mixité s'est avérée difficile; la qualité de vie des personnes âgées a diminué et des problèmes de gestion se sont posés pour les administrateurs des logements. Bref, l'accès au logement social pour les usagers des soins en santé mentale est définitivement nécessaire mais pas dans n'importe quelle condition. Ainsi, introduire les usagers de services en santé mentale dans des formes d'habitation sans support adéquat, comme c'est arrivé dans les habitations à loyer modique en Ontario et aux États-Unis, est voué à provoquer l'épuisement du préposé au logement et la marginalisation accrue des usagers.

Depuis 1999, dans les HLM de la municipalité de Lévis, une intervenante communautaire du CLSC œuvre à temps plein auprès des personnes les plus vulnérables. L'approche est éclectique puisqu'elle « ...emprunte à la fois au suivi communautaire en santé mentale et aux techniques des travailleurs de rue » (Ducharme, 1999). Un bilan réalisé après une année d'activités fait état que 85 personnes avec des troubles mentaux sévères ont été rejointes et aidées... « ...à la lecture des fiches individuelles, nous sommes à même de constater une nette amélioration en regard d'un bris d'isolement et d'une ouverture du client sur le monde extérieur ». Au cours de la deuxième phase d'intervention, on veut favoriser le développement de l'individu grâce à des projets visant une participation et une implication dans son milieu d'appartenance.

À Montréal, la situation quant au logement avec soutien est plus ancienne, diversifiée et complexe. Durant les années quatre-vingt dix, l'Office municipal d'habitation de Montréal a signé des ententes contractuelles entre des organismes communautaires, des établissements et des structures intermédiaires afin que soit dispensé un tel service de soutien. Des ententes de ce type existent entre trois organismes communautaires (Maison St-Dominique/quartier Villeraie 26 studios ; Impact, 12 logements ; FOHM, 205 chambres dans 6 immeubles), une structure intermédiaire (L'Échelon, 14 logements) et un centre hospitalier de courte durée (Sacré-Cœur, 9 logements). De plus la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a accordé cette année un appui financier à deux autres projets visant à permettre l'accès à un logement social avec soutien à des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale.

De l'hébergement conventionnel à l'hébergement adapté

Hébergement familial

L'hébergement familial est d'usage courant un peu partout en Occident. Ici au Québec, dans la plupart des cas, la personne vit avec sa famille naturelle. Par ailleurs, il existe un peu partout des formes variées d'hébergement où une famille offre gîte et couvert à une personne handicapée contre une rémunération inférieure au coût hospitalier. Le fait que des familles hébergent des patients psychiatriques sans lien de parenté avec elles, constitue une première mondiale d'acceptation du patient psychiatrique. Dans ce type d'hébergement, deux modèles se disputent historiquement les faveurs des intervenants en santé mentale: le modèle "Foster Home" ou *caretaking model* et le modèle "contractuel" ou *professional model* (Dorvil, 1994; Dorvil et al., 1997).

Caretaking model

La résidence d'accueil régulière (un maximum de 9 personnes) est une ressource de type familial qui offre aux patients gîte, couvert et entretien, moyennant une rémunération. D'autres types de résidence d'accueil peuvent offrir en plus de la fourniture de base, des services spéciaux ou de réadaptation psychosociale. La première expérience en *Foster home* pour des patients psychiatriques remonte au Moyen Âge à Gheel en Belgique (Roosens, 1979) où des agriculteurs, des ouvriers ont accepté de prendre chez eux ces personnes désinstitutionnalisées. Par la suite, le succès de cette expérience s'est répandue au cours du 19^e siècle en Europe et plus tard aux États-Unis. En dépit du fardeau (subjectif et objectif) de la charge des soins, beaucoup de personnes, particulièrement des femmes, s'intéressent à cette activité de prise en charge de patients psychiatriques. En général, le responsable s'avère être une femme qui a acquis des habiletés après avoir éduqué sa famille et veut fournir la même attention à des adultes dépendants (Beatty et Seeley, 1980). Les mêmes motivations se trouvent dans l'unique recherche québécoise sur des familles d'accueil (Mousseau-Glasser, 1988) c'est-à-dire offrir une famille à des adultes dans le besoin. Les responsables de résidence d'accueil (nouvelle dénomination pour famille

d'accueil) veulent disposer de plus d'informations en vue d'aider les personnes confiées à leurs soins.

En 1969, environ 15 000 patients vivaient dans des "Foster Home" en comparaison avec 65 000 qui étaient pris en charge en institution à travers le Canada (Mental Health Statistics, 1969). La raison de la popularité de ce type de services a pris racine dans les critiques de Goffman (1962) de l'hôpital psychiatrique considéré comme une institution totalitaire. Il s'agissait d'offrir au patient un environnement normal à même de le rendre fonctionnel au sein de la société dans des rôles socialement attribués. Mais c'était là une attente excessive. Selon une étude de Murphy et al. (1972), les contacts des patients entre eux et avec le propriétaire du "Foster Home" étaient d'une pauvreté navrante en plus de l'uniformisation, du manque d'activités, de l'hospitalisme de ces foyers. L'auteur de cette étude a fait un plaidoyer pour un "follow-up" par des professionnels. Douze ans après, une autre étude (Dorvil, 1984) concluait que de tels foyers constituaient parfois de mini-asiles où le patient psychiatrique mène une vie végétative (manger, dormir, se bercer...).

Professional model

Il fallait de toute évidence corriger les défaillances du modèle précédent, particulièrement le manque de suivi professionnel. Dans le nouveau modèle, un professionnel est en charge de la gestion du plan de traitement et de la réinsertion sociale de l'utilisateur des services de santé mentale. Les responsables de résidences d'accueil doivent fournir des conseils, une protection sociale, des services matériels, des activités culturelles et sportives. Suivant la Loi sur la santé et les services sociaux, des allocations sont versées suivant les caractéristiques du client et le niveau d'intensité de services requis. Le personnel du service social est responsable du contrôle du processus et fournit aide et support. Les services d'urgence psychiatrique sont disponibles 24 heures par jour. Les propriétaires de résidences d'accueil doivent suivre un entraînement avant de recevoir des clients. Le nouveau modèle de résidences d'accueil est réservé strictement aux personnes manifestant des troubles mentaux. Ce modèle est en opération seulement depuis 1992 et aucune étude évaluative n'a été encore mise au point.

Au niveau du *professional model*, deux tendances se partagent le champ du logement. Les logements avec soutien dispensés dans la communauté et les logements regroupés. Mais d'ores et déjà l'unanimité semble s'établir sur la nécessité d'un logement/hébergement stable, adéquat, sécuritaire, à prix abordable et assorti de soutien à long terme pour aider la personne à s'intégrer dans la communauté. Cet alliage est une condition *sine qua non* de succès pour des gens qui n'ont pas les habiletés fonctionnelles requises pour se débrouiller tout seul ou simplement qui n'ont pas l'habitude.

Le soutien social trouve sa signification lorsqu'il est directement relié à la participation de la personne et à la possibilité de celle-ci de s'approprier du pouvoir. De là découle la nécessité de les impliquer dans la planification, la distribution et l'évaluation des services puisque cela garantit un meilleur respect de leurs droits et un contrôle de leur part sur leur

environnement (Rose et Black, 1985). La notion de qualité de vie, de plus en plus centrale dans les recherches, a déplacé l'intérêt « du champ de la pathologie à celui des conditions de vie [et] de l'évaluation objective des besoins à celui des perceptions subjectives » (Mercier, 1993).

Un document de l'Organisation mondiale de la santé « *Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness* (1989) » synthétise cette tendance contemporaine de la littérature et d'une certaine pratique à placer au premier plan la participation de l'utilisateur. Il en découle de nouvelles avenues pour la recherche : « Où demeurent les personnes avec des problèmes de santé mentale? Où veulent-elles vivre ? Comment pouvons-nous les aider à mieux-vivre (Carling et al., 1987) ? ». Récemment, Carling (1994) propose le *self-help model* qui met le focus sur l'*empowerment* de la personne prenant le contrôle de sa vie à travers le développement de la famille et la communauté. Il est désormais reconnu que le rétablissement des personnes est favorisé lorsqu'elles ont une qualité de vie positive et stable, et que leur logement ne leur procure pas un stress supplémentaire. Certains aspects du logement sont directement reliés à cette qualité de vie : la sécurité du voisinage, l'accessibilité, la stabilité et la possibilité d'intimité (Hogan et Carling, 1992).

À cet effet, les ressources d'hébergement ont tendance à se concentrer dans certaines zones défavorisées des métropoles, ce qui ne fait qu'accentuer la marginalisation de ces habitants. Cette concentration de ressources découle aussi des réactions défensives de certaines communautés locales (Morin, 1988) qui emploient une technique d'utilisation des terrains - le zonage - afin de tenir à l'écart les clientèles en santé mentale. La mise en place d'une nouvelle façon de faire en matière d'habitation pour les personnes concernées aurait l'avantage de créer moins de ressources d'hébergement. Les aspirations de ces personnes seraient ainsi mieux comblées tout en ne suscitant pas l'opposition des citoyens.

Familles naturelles

En dehors de l'hôpital, beaucoup de personnes avec un handicap psychiatrique vivent dans leur famille naturelle. En 1985, sur 4 191 patients externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 600 vivaient en résidence d'accueil, 400 en pavillon, 30 en appartements supervisés, 18 en maison de transition, 500 en chambres et 2 600 avec leurs parents (Dorvil, 1986). En fait, 57% vivent au domicile naturel, avec père et mère ou époux/épouse. Une récente étude (Lefley, 1996) menée dans l'état de New York aux États-Unis avec les critères des troubles mentaux sévères et persistants de l'*Office of Mental Health* indique que 68% des patients vivent avec leurs parents. Il s'agit d'un grand défi pour les services de support aux familles dans la distribution des services de santé mentale.

L'adaptation psychosociale des personnes dans leur famille naturelle implique une dimension émotive particulière due aux liens familiaux entre l'aidant familial et la personne dont il s'occupe. Comme l'a montré la recherche sur les émotions exprimées (*EE research*) la personne atteinte de troubles mentaux peut plus facilement avoir des rechutes lorsqu'elle vit dans un environnement tendu (Lefley, 1997). D'autre part, la situation de

co-résidence a généralement été associée à un taux élevé de détresse chez l'aidant familial (Greenberg et al., 1997; Stengard & Salokangas; 1997). Le stress dû au soin (*caregiving stress*) est une source majeure du fardeau familial, particulièrement quand les patients habitent sous le même toit, à cause des changements d'humeur ou autres comportements stressants (Provencher et Mueser, 1997; Provencher et al., sous presse). Les frustrations des personnes atteintes de troubles mentaux provenant de leur statut social diminué sont projetés sur les aidants familiaux et s'expriment à travers la rage et des demandes aux parents, témoignant d'une difficulté à percevoir ceux-ci comme des individus séparés de leurs propres besoins. En terme de réadaptation psychosociale, les relations familiales dans ce type d'environnement résidentiel ne peuvent laisser l'espace nécessaire à l'individu pour s'approprier sa vie, affirmer son individualité car, bien que la famille puisse représenter un espace de support indéniable et positif, il est clair qu'elle peut aussi favoriser un climat de dépendance. Ce climat de dépendance peut d'ailleurs miner la satisfaction ressentie par rapport aux conditions de vie. Une étude montre que les personnes qui vivent dans leur famille naturelle sont à la fois moins fonctionnelles et moins satisfaites de leurs conditions de vie que les personnes vivant de façon plus autonome avec des conditions de vie bien inférieures (Mercier 1989).

Le fardeau peut être dû aux diverses identités parfois contradictoires que doivent conjuguer les personnes en s'occupant d'une personne atteinte de troubles mentaux d'une part, et d'autre part, en étant employé à temps plein (Marks, 1998). Les femmes, surtout, semblent jouer un rôle prédominant dans la prise en charge de proches atteints de troubles mentaux en tant que mères, épouses, sœurs (Provencher et Dorvil, sous presse). Lorsque des ajustements sont possibles entre les deux exigences (travailler et s'occuper de la personne), les effets négatifs du soin sont en quelque sorte éliminés et le niveau de bien-être peut même être plus important pour ces personnes que pour celles qui ne procurent aucune aide à des proches (Marks, 1998). Pour Lefley, une façon de faire de la famille un lieu de résidence propice ou un acteur efficace dans la guérison des personnes atteintes de troubles mentaux c'est d'intégrer la vision de la *recovery* à la relation entre les aidants et leurs proches. En favorisant l'autonomie de la personne atteinte de troubles mentaux, les exigences s'amointriraient de part et d'autre, renforçant alors la qualité des relations familiales et allant dans le sens d'une normalisation de celle-ci, beaucoup plus satisfaisante pour chacune des parties. D'ailleurs, il existe des études qui ne rapportent pas de relations significatives entre le partage de la résidence avec le proche et la détresse de l'aidant. Le proche peut même contribuer de façon positive à la vie familiale, et cela en étant impliqué dans les activités à l'intérieur (ex. : tâches ménagères), à l'extérieur (ex. : magasinage) et en devenant le confident de certains membres de la famille (Greenberg et al., 1994).

Une autre partie de la revue de la littérature insiste cette fois sur le vieillissement de la population qui est susceptible d'engendrer de profondes modifications dans l'accès à la résidence familiale pour les personnes ayant des troubles mentaux. Reliées au processus de vieillissement, les incapacités fonctionnelles des aidants familiaux induiront de plus en plus la nécessité de relocaliser le proche et de redéfinir le soutien familial (Cook et al., 1997; Lefley, 1987). Finalement, le soutien de la famille face à l'intégration du proche sur le marché du travail est peu connu de même que les bénéfices et contraintes qui y sont

associés (Lustig et Thomas, 1997). Les modalités de collaboration entre les familles et les intervenants impliqués dans l'intégration au travail des proches demeurent également imprécises.

Autres types d'hébergement/logement

Au Québec comme principalement dans le reste du Canada, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, outre les résidences d'accueil (hébergement familial) il s'est développé toute une panoplie de types d'hébergement/logement: pavillons, foyers de transition, foyers de groupe, appartements supervisés, coopératives d'habitation, logements sociaux avec support communautaire, etc. Ces différents habitats sont parfois regroupés sous le terme *transitional housing*. Cette variété de ressources d'hébergement ou de logement vise à promouvoir l'adaptation psychosociale des personnes en tenant compte de leurs besoins changeants, de leur niveau de croissance personnelle, de leur âge, de leur situation financière, etc.

Logement avec support

Les systèmes de santé mentale ont longtemps défini le logement comme une question sociale qui dépassait leur mandat clinique. Par ailleurs les organismes de logement public, définissant les besoins des usagers des services en santé mentale en terme d'hébergement spécialisé (*special needs housing*), ont fait du dossier une responsabilité unique du secteur de la santé mentale (Carling, 1993). L'approche du logement avec support vise justement à combler ce vide dans les politiques publiques en aidant les usagers à identifier leurs désirs, buts et besoins en matière de logement (Blanch et al., 1988). La dichotomie logement/hébergement s'est aussi posée au Québec, en Grande-Bretagne et aux États Unis, pour des groupes comme les personnes âgées (Thibodeau-Gervais, 1989), les handicapés physiques (The Harp, 1990) ou intellectuels (Means, 1996). Le champ de la santé mentale a d'ailleurs développé l'approche du logement avec support en s'appuyant sur des pratiques déjà mises de l'avant par d'autres groupes traditionnellement « pris en charge » (Hogan et Carling, 1992). Cette approche propose d'offrir du logement permanent aux usagers et non seulement une série de ressources d'hébergement. Le logement est vu comme la base d'un réseau efficace de services dans la communauté (Ridgway et Zippel, 1990a), plus encore le logement est un droit et un chez soi stable est un pré-requis pour la réhabilitation psychosociale des usagers (Ridgway et Zippel, 1990b). Il importe donc que le logement soit choisi personnellement par les usagers en fonction de leurs préférences et de leurs besoins. Si tel n'est pas le cas, un logement ne deviendra jamais un « chez soi » et ne contribuera que de façon limitée au succès et à la satisfaction de l'utilisateur par rapport à sa vie dans la communauté. En étant ainsi en logement, les usagers se retrouvent à exercer des rôles multiples et socialement valorisés (membre d'un quartier, d'une communauté, locataire ou propriétaire) aux titres desquels ils peuvent interagir sur un pied d'égalité avec les autres résidents dans leur milieu.

Finalement, bien qu'elle préconise la vie dans un environnement « normal », l'approche du logement avec support n'a pas pour horizon ferme l'indépendance des usagers. En effet, la

nature des troubles graves de santé mentale est telle qu'il est probable que les gens aient besoin de support, à des degrés variables, tout au long de leur vie. Ainsi, le réseau de support à développer est là pour rester et il n'est pas exigé des individus qu'ils soient complètement autonomes avant d'emménager dans leur propre logement. Il semble que le « réseautage » des services de soutien avec le logement soit fondamental pour assurer le maintien des usagers dans leur logement. Cet alliage peut consister en un amalgame du réseau personnel des résidants, du réseau des services communautaires et des services de support mis sur pied spécifiquement par l'organisme de logement. En plus de la disponibilité des ressources et du support, la coordination de ces derniers représentent aussi un point nodal du succès du logement avec support. Cependant malgré une bonne coordination, la pénurie de personnel destiné à supporter les résidants entraîne la nécessité de filtrer des clientèles qui exigent un niveau de support élevé, notamment les usagers qui ont des histoires de violence ou encore les personnes présentant le double diagnostic de troubles mentaux et de toxicomanie. Puisque la disponibilité du support n'est pas maximale et aussi à cause de la variabilité des besoins des usagers de services en santé mentale, d'après certains auteurs (Newman et Ridgely, 1994) l'approche du logement avec support n'est peut-être pas une formule qui s'adresse à tous.

Le supported housing

Les organismes sans but lucratif (OSBL) de logement social avec support communautaire ont fait leur apparition dans le paysage québécois au cours des années 80. Ils constituent une alternative pour les personnes marginalisées et assez réhabilitées pour entreprendre une phase d'intégration sociale. Une alternative également pour les personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants pour se payer un logement dans le parc immobilier privé. Le logement social avec support communautaire est une structure de logement subventionnée du type habitation à loyer modique (HLM) où l'on apprend au locataire à gérer son unité résidentielle d'une manière autonome. Un support communautaire est disponible quant aux problématiques vécues comme les troubles mentaux, les toxicomanies, l'alcoolisme, le sida, etc.

Au niveau macro-économique, les implications financières sont d'importance. Le logement social coûte moins cher que les ressources résidentielles; il est pourtant peu valorisé présentement. Ainsi, la norme régionale mise de l'avant dans le Plan régional d'organisation de services de Montréal estime qu'une place en foyer de groupe vaut 50 000 \$, une place en maison de transition 38 335 \$, une place en appartements de transition 2 250 \$ et une place en logement social (avec accompagnement communautaire) 1 175 \$.

Dans ce genre d'habitation, l'usager réalise sans doute aucun des apprentissages de base : jouissance et gérance d'un logement ordinaire, signature de bail, participation à l'assemblée des locataires, responsable d'entretien de l'immeuble, etc. L'intervention se situe donc au niveau socio-économique et environnemental. Le support communautaire est pensé de façon à soutenir le locataire dans sa démarche de l'appropriation individuelle et collective du milieu de vie. Il cherche à responsabiliser le locataire en tant que bon voisin et gérant participatif du patrimoine collectif. Cette solidarité crée un sentiment d'appartenance à

l'immeuble, au quartier et une digue contre les débordements de pulsions associés à la pauvreté (violence, vol, etc.) Ce type d'intervention concourt à l'amélioration des conditions de vie. On peut mentionner sur le plan objectif la baisse des montants affectés au logement et sur le plan subjectif, un sentiment de contrôle, la prise de décision sur sa propre vie (retour au travail par l'école, la formation de la main-d'oeuvre), la convivialité, etc.

Aujourd'hui, la part institutionnelle s'avère prépondérante puisque les résidences d'accueil et les pavillons accaparent 75% du parc d'hébergement. Cette dominance s'aggrave depuis la disparition des centres de services sociaux (CSS) qui contrebalançaient autrefois le poids des établissements psychiatriques. Mais, de jour en jour, les logements sociaux imprègnent le réseau et offrent une autre alternative à l'hébergement traditionnel, surtout depuis l'apparition du mouvement d'économie sociale visant à assurer une démocratisation des mécanismes de production de la richesse et à rapprocher le développement économique du développement social (Conseil de la Santé et du Bien-être, 1996).

Les maisons de chambres

Alors que d'un côté tout un pan de la littérature scientifique souligne les avantages de la désinstitutionnalisation en mettant en avant les bienfaits de l'intégration des personnes dans la communauté sur leur rétablissement, tout un autre pan met l'accent sur les conditions difficiles auxquelles ces mêmes personnes sont désormais confrontées. En effet, de nombreuses études mettent l'emphasis sur la façon dont ces personnes peuvent, dans un logement adapté, augmenter leurs capacités fonctionnelles, avoir un bien-être émotionnel satisfaisant, et ne plus avoir besoin d'être ré-hospitalisées tandis que de nombreuses autres recherches tirent la sonnette d'alarme pour signaler les grands oubliés du système de santé voire de la société. En sortant de l'hôpital, non seulement les personnes ne trouvent pas de conditions de vie meilleures, mais elles se retrouvent dans des milieux de vie ressemblant à s'y méprendre à ceux qu'ils ont quitté, et pire encore, pénètrent des réseaux de logements non adaptés à leurs besoins, illicites parfois, où ces personnes vulnérables s'exposent à l'abus et à l'exploitation sans qu'aucun contrôle ne soit possible. La problématique des maisons de chambres s'inscrit au cœur des enjeux de la désinstitutionnalisation et des politiques de santé mentale en matière de logement pour plusieurs raisons. Elles représentent une alternative aux programmes résidentiels, parfois jugés trop proches de l'institution par des personnes désinstitutionnalisées qui désirent vivre de façon autonome, mais elles ne sont souvent pas adaptées aux besoins de ceux qui y font appel parce que la majorité des propriétaires ne sont pas concernés par les besoins en réhabilitation de leurs locataires. Les maisons de chambres représentent également une alternative pour tous ceux qui n'ont pu ou ne peuvent avoir accès à des programmes résidentiels parce qu'il en existe peu (Mercier, 1989) mais aussi parce que ces programmes sont extrêmement sélectifs (Linhorst, 1991).

La maison de chambres comme alternative de logement est sans doute l'une des entreprises de logement les plus florissantes qu'aura fait naître la désinstitutionnalisation. La raison d'être des maisons de chambres ne s'inscrit pourtant pas dans la perspective humanitaire

(répondre au besoin des personnes, personnaliser les approches pour permettre une meilleure intégration sociale) de la désinstitutionnalisation et peut même avoir des effets inverses comme l'abus ou l'exploitation (Deschênes et al., 1998 ; Lightman, 1992). Alors que les politiques de logement en matière de santé mentale cherchent à favoriser le logement ordinaire et valorisé socialement pour les personnes atteintes de troubles mentaux, la maison de chambres semble représenter une alternative autant du côté des services sociaux qui y réfèrent des personnes que du côté des usagers qui préfèrent ce type de logement à cause de l'autonomie qu'il permet. Pourtant les maisons de chambres sont reconnues comme des logements n'offrant généralement aucun support et n'étant pas orientés vers la réhabilitation.

De nombreuses études ou recensions d'études montrent que les personnes désinstitutionnalisées manifestent le désir de vivre de façon indépendante et dans des logements dits "ordinaires", c'est-à-dire non conçus pour des personnes psychiatriquées (Carling, 1994, Owen et al., 1994; Ogilvie, 1997). Ce désir d'indépendance, combiné à une perception globalement négative du système de santé, peut conduire certaines personnes ayant des troubles mentaux à choisir de s'extraire de ce système et à se débrouiller seules. Owen et al., 1994), dans une étude australienne, cherchent à rendre compte du lien entre les préférences des consommateurs en matière de logement, les exigences comportementales associées à certaines formules de logement et le niveau de fonctionnement des consommateurs. Cette étude montre que les clients préfèrent avant tout des logements où ils peuvent vivre seuls. Plus précisément, les maisons de chambres sont préférées aux résidences de groupes psychiatriques à cause de leur potentiel d'intimité (*privacy*), de la nourriture et du type d'habitat (*Shelter*). Ceux qui vivent dans des maisons de chambres sont généralement les personnes qui ont les conditions de vie les plus difficiles (faible revenus, discrimination, quartier délabré) par comparaison avec ceux qui vivent dans leur famille ou ceux qui vivent dans des programmes résidentiels (Dicaire, 1995; Mercier, 1989). Selon les résultats d'une étude québécoise (Mercier, 1989), les chambreurs, malgré leurs conditions de vie difficiles, ne sont pas ceux qui sont le moins satisfaits de leur qualité de vie, ce qui serait dû à leur implication dans le voisinage. Ces résultats montrent l'importance de considérer la subjectivité des résidents car il ne semble pas y avoir de lien direct entre les conditions objectives de vie et la perception de la qualité de vie : les personnes vivant dans leur famille naturelle et de procréation sont celles qui ont les conditions objectives de vie les plus favorables mais sont aussi celles qui sont le moins satisfaites de leur qualité de vie, alors que les personnes vivant seules (chambreurs) sont celles qui sont le plus satisfaites. Alors que les maisons de chambres sont généralement condamnées à cause des environnements peu favorisés qu'elles proposent, il semblerait qu'elles remplissent une fonction importante pour certaines des personnes qui y vivent: la satisfaction du besoin d'indépendance des individus. Ce point semble revenir souvent dans la littérature sur les maisons de chambres.

Dans une recension d'études, Linhorst (1991) relève les aspects positifs et négatifs des *single rooms occupancy* (SRO). L'un des avantages identifiés correspond d'ailleurs au fait que ces logements offrent liberté et intimité à leurs résidents. De plus, ces types de logements sont les moins chers sur le marché, ce qui est un avantage pour les personnes

aux prises avec des troubles mentaux qui ont généralement de faibles revenus. Au niveau de leur emplacement, les SRO présentent aussi certains avantages car ils sont souvent situés au centre-ville ou proches de facilités (commerce et transport). Dans certains cas, les SRO semblent permettre l'émergence d'une vie communautaire et favoriser des liens intimes avec le propriétaire. De plus, les SRO constituent souvent un environnement plus tolérant que d'autres types de logements en ce qui a trait à certains comportements bannis socialement. À ce propos, certains propriétaires considèrent que le rôle de leurs habitations est essentiel étant donné qu'elles recueillent des personnes dont les agissements seraient condamnés dans d'autres types de ressources. C'est pourquoi ils réclament que la contribution de telles formes de logement, bien administrées et bien organisées, soit reconnue (Bailey et Brodaty, 1982). Les points négatifs associés aux SRO (Lihnorst, 1991) correspondent aux problèmes d'abus de la part des propriétaires et au fait que ces logements n'ont pas les attributs nécessaires qui peuvent en faire de vrais foyers (*homes*) pour leurs résidents. De plus, certaines SRO, de par leurs grandes structures impersonnelles, condamnent les résidents à l'isolement.

Bien que les maisons de chambres représentent un avantage en ce qui concerne l'indépendance des individus, cette forme de logement ne propose aucun soutien, contrairement à la plupart des programmes résidentiels. En ce sens, les maisons de chambres correspondent à des logements de « garde » (*custodial*) par opposition aux logements alternatifs (Trainor et al., 1993). Les logements de « garde », en plus des maisons de chambres, incluent les *nursing homes* et les *special care homes*. Ces logements ont tendance à être de grandes structures qui ne sont pas organisées en fonction de la réhabilitation des personnes dans la communauté et qui ne proposent pas de services de soutien ou d'activités pour les résidents. La plupart de ces structures sont gérées par des personnes qui n'ont pas les qualifications nécessaires pour s'occuper de la population hébergée : cette dernière n'est donc pas appuyée dans sa démarche de réhabilitation dans la communauté. Les responsables de ces logements sont peu enclins à adapter leur structures d'habitation pour des raisons économiques et c'est pour cette raison qu'ils n'y introduisent pas de services de réhabilitation. D'ailleurs, les résidents vivant dans ces logements à but lucratif ont moins tendance à être engagés dans des activités sociales et productives, sont peu encouragés à s'occuper de l'endroit où ils vivent ou à participer à la gestion des lieux. Ces logements ne suscitent pas de satisfaction ou de résultats positifs contrairement aux logements alternatifs qui sont plus petits et plus organisés dans le but de faciliter l'intégration des résidents dans la communauté. Les résidents qui habitent dans les maisons à but lucratif ont tendance à être solitaires et isolés, peu actifs voire inactifs dans l'enceinte de l'habitation comme dans la communauté locale. À ce sujet, une étude menée dans des *Boarding Homes* montre que les résidents ont peu d'opportunités pour maîtriser ce qui se passe dans leur lieu de résidence. Les responsables des résidences tolèrent peu de déviance par rapport aux règles établies mais en même temps, ces règles ne sont pas perçues comme étant clairement définies par les résidents. Si cette zone grise peut s'expliquer par un désir d'éviter d'instaurer un climat trop bureaucratique, il se peut qu'elle provienne aussi d'une flexibilité renforçant le pouvoir des responsables. Les résidents remarquent qu'ils avaient plus de droits et d'information en institution qu'ils n'en ont dans leur résidence actuelle, où il n'y a ni conseil, ni comité de résidents. Les responsables

prennent toutes les décisions et retiennent le courrier des résidants pour s'approprier les chèques gouvernementaux afin d'assurer le paiement du loyer (Blake, 1986, 1987). Sur ce dernier point, les maisons de chambres étudiées par Dicaire (1995) présentent les mêmes caractéristiques, la gestion de l'argent des résidants par le propriétaire pouvant même être un critère de sélection de la clientèle. Il va sans dire que ce type de contrôle exercé par le propriétaire peut donner lieu à de nombreux abus comme en témoignent les participants de cette étude.

Les personnes ayant des troubles mentaux : Où veulent-elles vivre ?

Tanzman (1993), après avoir recensé les études préoccupées par les préférences en matière de logement et de services de support aux personnes ayant des troubles mentaux, montre que les consommateurs préfèrent vivre dans leur propre maison ou appartement, vivre seul, en couple ou avec un ami mais pas avec d'autres consommateurs de services en santé mentale. Ils ne désirent pas être regroupés sur la base de leur handicap. Au niveau du support, ces personnes aspirent à la flexibilité et favorisent le support des employés sur appel. Peu d'entre elles désirent vivre avec les employés du système de santé. À ce sujet, le désir d'indépendance des personnes est tel que beaucoup sont prêtes à vivre dans la rue plutôt que dans des résidences (The Harp, 1990). Certaines études montrent que lorsque le support social est adapté aux besoins des personnes, il en résulte une satisfaction notable comme le montrent Goering et al. (1992) et McCarthy et Nelson (1993). Dans ces études, les relations avec le personnel et les autres résidents qui constituent une part importante de leur réseau social, sont la source de leurs améliorations au niveau de la connaissance de soi et des habiletés. D'autres études mettent en avant le lien entre le logement et les capacités de fonctionnement des personnes qui y vivent en montrant que des personnes qui déménagent d'un logement non-adéquat à un logement adéquat améliorent leur fonctionnement global (Baker et Douglas, 1990). Plus récemment, Nelson et al. (1999) montrent que la vie en appartement supervisé est reliée à un plus grand niveau d'*empowerment* par rapport à la vie dans d'autres types de logements (résidence familiale ou foyers de groupe). Toutefois, le fait que les personnes vivant en appartements supervisés rapportent moins de support social que les personnes qui vivent dans les autres types de logement, par définition plus encadrés attire l'attention des auteurs qui recommandent qu'une attention particulière soit portée à ce résultat. Dans cette étude, le fait que les personnes qui ont un plus haut niveau d'*empowerment* (ceux qui vivent en *supportive apartment*) ne soient pas ceux qui ont le plus haut niveau de bien-être émotionnel (ceux qui vivent en *Board-and-care homes* ou *group homes*) suggère que l'autonomie amène de nouvelles aspirations ou que les caractéristiques et l'expérience personnelle doivent être pris en compte pour évaluer la qualité de vie des résidents. Au Québec, une seule étude s'est intéressée à l'évaluation du logement social et a fait ressortir ses impacts positifs au niveau du milieu physique que les résidents trouvent plus satisfaisant. Les impacts positifs concernent également les relations sociales – le logement social semblant avoir prévenu l'isolement et l'estime personnelle – les résidents ayant amélioré leur confiance en soi (Thériault et al., 1997).

La philosophie des différents types de logements (réhabilitation ou profit) semble alors importante à considérer. Au Québec, le phénomène de privatisation du logement soulève des inquiétudes étant donné que la recherche de profit ne semble pas compatible avec le support qui doit être apporté aux personnes vulnérables (Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal, 1998). Plusieurs ressources peuvent être assimilées à des commerces lucratifs : les familles d'accueil d'une part qui reçoivent un *per diem* du gouvernement et d'autre part, les maisons de chambres et pension. Ce qui différencie les deux types de logement, c'est que les premiers doivent respecter des standards émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas le cas des seconds : ces derniers constituent un réseau de logement qui n'est pas contrôlé par le ministère (CSSSRMM, 1984, dans Morin, 1994). En ce sens les maisons de chambres et pensions correspondent plutôt à des ressources clandestines où toute forme de contrôle de qualité et de protection devient difficilement possible, tout comme il devient impossible de savoir si la population logée dans ces ressources n'est pas en perte d'autonomie, ce qui nécessiterait des soins particuliers non disponibles en maison de chambres. Le rapport Deschênes et Gagnon (1998) a clairement identifié les chambreurs comme des « personnes extrêmement fragiles qui ne sont pas détectées par notre système socio-sanitaire ». Ceci est particulièrement préoccupant car « le sort de plusieurs chambreurs solitaires (est) à la merci d'exploitants pour leur logement, leur nourriture et leur prestation d'aide sociale ». Plus loin le rapport explique qu'il s'agit là bien souvent de « personnes affectées de problèmes cognitifs et de confusion mentale (qui) sont d'une vulnérabilité particulièrement aiguë. Or si elles requièrent beaucoup d'attention, de soutien et de soins, elles sont souvent, par elles-mêmes, incapables non seulement d'initiatives appropriées, mais aussi d'exercer leurs droits. Par définition ces personnes sont sans voix ».

Le logement inclusif

La littérature sur les différentes formes d'hébergement/logement fait ressortir l'importance du lieu de résidence sur la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Le logement définit l'espace de marge de manœuvre des personnes usagères des services de santé mentale. Cette marge de manœuvre est directement reliée aux caractéristiques du milieu de vie, à savoir s'il est ou non ouvert à l'autonomie des personnes et dans quelle mesure, s'il est ou non axé sur la réhabilitation des personnes qui y vivent. Nelson et al. (1999) ont bien montré que lorsque le logement est caractérisé par un fonctionnement démocratique, les résidents prennent leur place pour contrôler leur environnement. En ce sens, suivant le type de logement que la personne habite, elle pourra ou non prendre en main sa guérison, le contrôle de sa vie suivant les différentes étapes du processus de *recovery*. Ce processus de rétablissement est intime et personnel (Anthony, 1993), mais il est tout de même possible d'en distinguer les étapes auxquelles sans aucun doute les besoins particuliers en logement sont intimement liés : la première étape consiste à triompher de l'inertie dans laquelle la maladie mentale a pu plonger les personnes, ce qui implique une acceptation de la maladie. Dans un deuxième temps, il s'agit de regagner ce qui était perdu et aller plus loin. Lors de la dernière étape, les personnes cherchent à améliorer leur qualité de vie. Par exemple, les

personnes se trouvant à un stade avancé de leur rétablissement pourront manifester l'envie et le besoin de vivre de façon indépendante et en dehors du système de santé qui peut leur sembler étouffant (Ensing et Young, 1999). Des personnes relativement jeunes ayant un haut niveau d'*empowerment* et vivant de façon indépendante en appartement supervisé peuvent être peu satisfaites de leur conditions de vie alors que des personnes qui sont plus âgées, qui ont été longuement institutionnalisées et dont les aptitudes sociales sont très limitées peuvent être satisfaites de vivre dans un environnement très encadré qui leur apporte satisfaction et sécurité (Nelson et al., 1999). À travers la littérature, il apparaît clairement que le logement constitue à la fois un environnement stimulant la guérison et une réponse aux besoins des usagers (Nelson et al., 1999). Favoriser l'appropriation du pouvoir des personnes tout en les soutenant dans cette réhabilitation sociale s'inscrit dans la capacité du logement à permettre l'équilibre entre la dépendance et l'indépendance des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Ces personnes ne constituent pas une population homogène en terme d'étape de rétablissement (*recovery*). Selon les étapes auxquelles elles sont rendues, le logement peut avoir différentes significations, correspondre à différentes opportunités. En d'autres termes, il peut stimuler le niveau d'autonomie des personnes, mais aussi être la réponse à un besoin d'autonomie (Nelson et al., 1999). Le rapport au logement apparaît donc comme un processus profondément dynamique qui doit être considéré selon les étapes de guérison des personnes.

La problématique de l'habitat pose d'emblée des questions primordiales quant au rapport de l'homme à l'espace et à l'appropriation de l'espace. Dans cette optique d'analyse, trois concepts - être chez soi, pouvoir d'agir, territorialité - constituent un triptyque au centre du processus d'intégration sociale des personnes ayant un problème sévère de santé mentale. Les services de qualité (*best model practice*) en santé mentale quant à l'habitat de la personne ayant des problèmes sévères de santé mentale sont ainsi fondés sur la reconnaissance que celle-ci veut et peut vivre dans un logement qu'elle a elle-même choisie ainsi que le type de support lui apparaissant nécessaire pour s'y maintenir. (Morin, 1994). Cela constitue une manifestation concrète d'un important courant de pensée : le pouvoir d'agir des personnes psychiatriquées constitue désormais le principe général des politiques et pratiques en santé mentale. En Amérique du Nord comme en Europe, ce nouveau paradigme s'impose de plus en plus dans la phase actuelle de la transformation des services de santé mentale. Cette tendance au logement avec soutien dans la communauté représente une illustration manifeste du pouvoir d'agir puisque cela correspond aux aspirations des personnes concernées. Pour cela cependant des assises locales aux services sont nécessaires.

L'empowerment

La réappropriation du pouvoir correspond à un processus lors duquel les individus réussissent à exercer de plus en plus de contrôle sur plusieurs aspects de leur vie. Ces aspects sont tantôt personnels, tantôt sociaux. En ce sens « la réappropriation du pouvoir peut s'exercer à différents niveaux : au niveau de la vie personnelle, dans la vie de tous les

jours et dans la participation à la communauté, au niveau du groupe, où l'empowerment implique le partage de l'expérience et l'influence des groupes sur les efforts personnels, et pour finir, à un niveau social, où l'empowerment implique l'utilisation de ressources et de stratégies afin d'améliorer le contrôle des personnes dans la communauté » (Lord et Hutchison, 1993, traduction libre).

Le logement apparaît comme un domaine privilégié pour favoriser l'appropriation du pouvoir des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Devant le constat que les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants vivant en institution étaient confrontées à des effets dépersonnalisants et aliénants, le système de santé s'est engagé dans un large processus de désinstitutionnalisation pour favoriser l'intégration des patients dans la communauté. C'est ainsi que virent le jour différents programmes de logements devant apporter aux personnes désinstitutionnalisées des solutions nouvelles en matière de logement. Peu d'études ont toutefois analysé le lien entre le logement et l'appropriation du pouvoir, qui se trouve pourtant au centre des politiques de logement. En Ontario, une étude a montré que vivre dans un appartement supervisé était lié à un haut niveau d'*empowerment* alors que vivre en pavillon (Board-and-care homes) était lié à un faible taux d'*empowerment* (Nelson et al, 1999). Une étude antérieure (McCarthy et Nelson, 1993) montre qu'après cinq mois passé dans un programme d'hébergement protégé, les personnes devenaient plus autonomes, avaient de plus grandes habiletés sociales, s'impliquaient dans diverses activités, avaient une meilleure estime de soi. Ces programmes résidentiels, qui semblent avoir des effets positifs sur la vie des personnes en terme d'*empowerment*, sont toutefois assez rares (Mercier, 1989). Il existe d'autres options qui ne sont pas toujours d'une grande efficacité, principalement lorsque celles-ci sont littéralement calquées sur le modèle institutionnel (Ridgway et al., 1994; Mercier, 1989) et continuent d'ignorer les vrais besoins de cette population.

L'action intersectorielle locale

L'exclusion sociale, les dérives ségrégatives se déroulent en effet dans un espace social où circulent les personnes atteintes de troubles mentaux. Conséquemment la cible d'action des politiques sociales et des pratiques d'intervention doit être cet espace social défini comme un ensemble de relations sociales qui constitue subjectivement un milieu de vie (White et al., sous presse). Le logement avec soutien dans la communauté s'inscrit dans cette autre tendance contemporaine : le recentrage du social au niveau local. Le rôle des acteurs locaux devient alors primordial afin de donner des assises locales aux services et ainsi favoriser l'intégration sociale par un chez-soi inséré dans une communauté.. Il s'agit donc d'une action intersectorielle en ce sens qu'elle constitue le moyen le plus efficace vers une finalité donnée soit, en termes généraux, l'amélioration des conditions de vie pouvant avoir un impact négatif sur la santé mentale. L'action intersectorielle est efficace parce que l'objet d'intervention – les conditions de vie – est lui-même intersectoriel et ne répond pas très bien à une intervention provenant d'un seul secteur, comme celui des services en santé mentale. L'objectif de l'action intersectorielle est de modifier les aspects nocifs ou inadéquats de l'environnement social ou d'améliorer celui-ci de façon à

influencer l'état mental de la population touchée. La création et l'aménagement des lieux d'habitation ainsi que les quartiers inclusifs sont des actions en amont des problèmes individuels.

Le réseautage est un des ingrédients primordiaux de l'action intersectorielle locale mais elle exige d'abord et avant tout un certain niveau de confiance mutuelle entre des secteurs de cultures fort différentes. À la base, l'intersectorialité se construit à partir d'une vision large et horizontale des problématiques. Les « caractéristiques personnelles » des acteurs font souvent une différence importante quant à la réussite d'une telle action. Cependant, c'est aussi une question de bonne stratégie et de savoir faire qui eux, s'apprennent. Le projet doit comporter des intérêts et des enjeux pour tous les acteurs sinon il ne suscitera pas l'engagement nécessaire. Il faut donc voir l'action intersectorielle moins comme un exercice de planification et de décision en concertation qu'une pratique de longue durée sur un terrain en construction, une situation exigeant des qualifications et des talents particuliers (White et al., 2000). L'important est d'être capable de travailler aux frontières d'un autre secteur sans vivre un choc de culture, sinon de mettre de l'avant des stratégies d'appropriation sensibles, respectueuses et efficaces. L'action intersectorielle doit s'actualiser dans l'autonomie, sans créer de lien d'autorité avec l'un ou l'autre des secteurs concernés. Cette autonomie est d'une importance primordiale pour empêcher que le projet ne soit récupéré dans une vision sectorielle ce qui pourrait provoquer la démobilisation des acteurs s'ils se sentaient moins concernés ou n'avaient pas de contribution importante à faire. Chacun doit trouver son compte pour rester actif dans la démarche intersectorielle.

L'intersectorialité réfère à une approche en vertu de laquelle des actions menées hors du champ médical (revenu, logement, éducation, formation de la main-d'oeuvre, travail, etc.) peuvent avoir des impacts majeurs et bénéfiques sur la santé des populations. La santé, affirme Renaud (1994), n'est plus seulement une affaire de soins curatifs. En d'autres mots, les soins médicaux ne représentent qu'un des déterminants qui affectent la santé physique mais également la santé mentale. Sur ce propos Blanchet et al. (1990) ajoutent:

« Tout en reconnaissant la nécessité et l'apport indispensable des approches individuelles, il faut viser également à accroître la capacité des collectivités à identifier et à analyser les facteurs qui favorisent ou compromettent la santé mentale de leurs membres ».

Ainsi l'état de santé (Forum National, 1997) est étroitement lié à une foule d'autres facteurs, parmi lesquels la situation socio-économique, le support social et l'environnement. Au-delà d'un certain seuil, les dépenses de santé n'entraînent qu'une très faible amélioration de l'état de santé, et le coût qu'il y a à ne pas investir dans les autres déterminants de la santé augmente. De plus, l'intersectorialité s'entend non seulement entre les programmes de plusieurs ministères mais entre les différentes échelles de gouvernement et entre ces derniers et l'action communautaire, voire le secteur privé. Des économistes (Lomas et Contandriopoulos, 1996) plaident en faveur de politiques intersectorielles, à cause de leur potentiel bénéfique pour la santé.

« Il faut changer, disent-ils, l'organisation et la gestion des organismes publics dont les activités peuvent contribuer à améliorer la santé. Les ministères concernés sont la Santé, les Affaires sociales, l'Environnement, le Logement, le Développement industriel, le Travail et l'Éducation. L'objectif est de s'assurer que l'ensemble des moyens susceptibles d'améliorer la santé de la population soit pris en compte. La coordination des interventions devrait aussi augmenter la probabilité que les ressources libérées dans un domaine spécifique du système des soins ne soient pas transférées systématiquement à un autre domaine du système. »

Références bibliographiques

- Anthony, W. A. 1993. « Recovery from Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, no 4, p. 10-23.
- Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal. 1998. *Hébergement, logement et santé mentale : Perspectives d'avenir*. Recueil de textes du séminaire du 16 avril.
- Bailey, M., et H. Brodaty. 1982. « Life after Hospital : Trials of a Boarding House mother », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 16, no 4, p. 289-292.
- Baker, F. et Douglas, C. 1990. « Housing Environments and Community Adjustment of Severely Mentally Ill Persons », *Community Mental Health Journal*, vol. 26, no 6, p. 497- 505.
- Beatty, L. et Seely, M. 1980. « Characteristics of Operators of Adult Psychiatric Foster Homes », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 31, no 11.
- Blake, R. 1985-1986. « Normalization and Boarding Homes : An Examination of Paradoxes », *Social Work in Health Care*, vol. 11, no 2, p. 75-86.
- Blake, R. 1987. « Boarding Home Residents : New Underclass in Mental Health », *Health and social work*, vol. 12, no 2, p. 85-90.
- Blanch, A. K., Carling, P. J. et P. Ridgway. 1988. « Normal Housing with Specialized Supports : A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community », *Rehabilitation Psychology*, vol. 33, no. 1, p. 47-55.
- Blanchet, L., Laurendeau, M. C. et R. Perreault. 1990. « La promotion de la santé mentale », *Santé et Société*, Collection Promotion de la santé, no. 5.
- Bouchard, C. et M. Dumont. 1988. *Les besoins de la population psychiatrique en famille d'accueil et en pavillon*. Région Lanaudière, Services à la recherche J.T.D. Inc., Montréal, 163 p.
- Boudreault, P. 1990. « La désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles et leur appréciation de la qualité de vie », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 1, no. 2, p. 147-158.
- Carling, P. J. 1993. « Housing and Supports for Persons with Mental Illness : Emerging Approaches to Research and Practice », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no. 5, p. 439-464.

- Carling, P.J. 1994. *Presentation to the First National Conference on Involuntary Interventions : The Call for a National Legal and Medical Response*. Houston, TX. The Center for Community Change through Housing and Support. Institute for Program Development, Trinity College of Vermont, Burlington.
- Carling, P.J. et al.. 1987. *A Rehabilitation Research Review : Housing and Community Intergration for People with Psychiatric Disabilities*, National Rehabilitation Information Center, Washington, D.C. : ATA Institute.
- Carpenter, M. 1994. « Normality is Hard Work. Trade Unions and the Politics of Community Care », London, Lawrence et Wishart.
- Conseil de la santé et du bien-être. 1996. « L'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion », Avis au Ministre de la Santé et des services sociaux, Québec, CSBE, 79 p.
- Cook, J.A., Cohler, B.J., Pickett, S.A. et Beeler, J.A. 1997. « Life-course and Severe Mental Illness : Implications for Caregiving within the Family of Later Life », *Family Relations*, vol. 46, p. 427-436.
- Deschênes, J.-C. et Gagnon, S. 1998. *La mission du curateur public du Québec : ses fondements, sa portée, ses conditions de réussite*. Rapport Remis à monsieur Pierre Gabrièle, curateur public du Québec.
- Dicaire, I. 1995. *Recherche exploratoire sur les résidences privées non-agrées hébergeant des personnes ayant des problèmes de santé mentale*, A.G.I.D.D.-S.M.Q.
- Dorvil, H. 1984. « Les ressources alternatives au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine », *Revue d'administration hospitalière et sociale*, vol. 30, p. 31-41.
- Dorvil, H. 1986a. « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, p. 79-89.
- Dorvil, H. 1986. *Les patients qui activent la porte tournante: Étude clinique et sociodémographique d'une clientèle majeure à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Montréal, Bibliothèque médicale, Hôpital Louis H. Lafontaine.
- Dorvil, H., Renaud, M. et L. Bouchard. 1994. « L'exclusion sociale des personnes handicapées », in F. Dumont, S. Langlois et Martin, Y. (Eds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC. p. 711-738.
- Forum national de la santé. 1997. « *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier* », Rapports de synthèse et documents de référence, vol. 2, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
- Garety, P. 1988. *Housing in Community Care in Practice*, Edited by Lavender, A., Holloway, F., J. Wiley and sons Ltd, p. 143-159.
- Garrigue, P.H. 1962. *La vie familiale des Canadiens-Français*, Presses de l'Université de Montréal.
- Gauthier, A. 1997. *Organisation des services de santé mentale dans la communauté : Enseignements de la recherche évaluative*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Collection études et analyses, no 39.
- Goering, P.J., Durbin, R., Foster, S., Boyles, T., Babiak et Lancee, B. 1992. « Social Networks of Residents in Supportive Housing », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, no 3, p.199-214.
- Goffman, E. 1962. *Asylums*, Chicago, Adline Publishing co.

- Greenberg, J.S., Greenley, J.R. et Benedict, P. 1994. « Contributions of Persons with Serious Mental Illness to their Families », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, p. 475-480.
- Greenberg, J.S., Greenley, J.R. et Brown, R. 1997. « Do Mental Health Services Reduce Distress in Families of People with Serious Mental Illness? », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 21, p. 40-50.
- Harrison et al. 1994. « Residence of incident cohort of psychotic patients after 13 years of follow up », *British Medical Journal*, vol. 308, p. 813-815.
- Hogan, M.F. et Carling, P.J. 1992. « Normal Housing : A Key Element of a Supported Housing Approach for People with Psychiatric Disabilities », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, no 3, p. 215-226.
- Lefley, H.P. 1987. « Aging Parents as Caregivers of Mentally Ill Adult Children: An Emerging Social Problem », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 38, p.1063-1070.
- Lefley, H.P. 1996. « Family Caregiving in Mental Illness », *Family Caregiver Applications Series*, vol.7, SAGE Publications.
- Lefley, H. P. 1997. « The Consumer Recovery Vision. Will it Alleviate Family Burden? », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 67, no 2, 1997, p. 210-219.
- Lightman, E.S. 1992. *A Community of Interests. The Report of the Commission of Inquiry into Unregulated Residential Accommodation*, Publications Ontario, Toronto, Ontario, 340 p.
- Linhorst, D.M. 1991. «The Use of Single Room Occupancy (SRO) Housing as a Residential Alternative for Persons with a Chronic Mental Illness », *Community Mental Health Journal*, vol. 27, no 2, p.135-143.
- Lomas, J. et A.P. Contandriouopoulos. 1996. « Pour une harmonie nouvelle entre le médecin et la santé », dans *Être ou ne pas être en bonne santé*, Montréal, *biologie et déterminants sociaux de la santé*, sous la direction de Evans, R.G., Barer, M.L. et T.R. Marmot, PUM, Montréal, John Libbey Eurotext, Montrouge, Londres, Rome, p. 257-285.
- Longin, Y. 1998. *Des fous et des briques ou comment faire sortir les patients de l'asile*, Rapport de recherche, 29 p.
- Lord, J. et Hutchison, P. 1993. « The Process of Empowerment : Implications for Theory and Practice », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 12, no 1, p. 5-22.
- Lustig, D. et Thomas, K. 1997. « Mental Retardation into Supported Employment », *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, March, p.21-31.
- Marks, N. F. 1998. « Does It Hurt to Care? Caregiving, Work-Family Conflict, and Midlife Well-Being », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 60, Novembre, p. 951-966.
- McCarthy, J. et Nelson, G. 1993. « An Evaluation of Supportive Housing : Qualitative and Quantitative Perspectives », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 12, no 1, p. 157-175.
- Mercier, C. et G.P. Harnois. 1986. « L'hôpital psychiatrique : d'hier à demain », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 31, février, p. 35-43.

- Mercier, C. 1989. « Conditions de vie et lieu de résidence », *Santé mentale*, vol. 14, no 2, p. 158-171.
- Morin, Paul. 1988. « Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no.1, p. 119-124.
- Morin, P. 1994. *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Mousseau-Glasser, M. 1988. *Les responsables de famille d'accueil pour adultes et jeunes adultes : Leurs motivations, leurs perceptions et leurs vécus*, Centre de service sociaux du Montréal Métropolitain.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1989. *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1997a. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 264 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1997b. *Orientations pour la transformation des services de la santé mentale*, Document de consultation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Direction de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 46 p.
- Murphy, H.B.M., Penne, B. et Lucains, D. 1972. « Foster Homes : The New Back Ward ? » *Canada's Mental Health*, supplement. 71, p. 1-17.
- Nelson, G., Brenthall, G. et Walsh-Bowers, R. 1995. Évaluation des appartements supervisés destinés aux bénéficiaires et aux ex-bénéficiaires de services psychiatriques, *Santé mentale du Canada*, vol. 43, no. 2.
- Nelson, G., Brenthall, G. et Walsh-Bowers, R. 1999. « Predictors of the Adaptation of People with Psychiatric Disabilities in Group Homes, Supportive Apartments, and Board-and-Care Homes ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 22, no 4, p. 381-389.
- Newman, S.J. 1994. « The Housing and Neighborhood Conditions of Persons With Severe Mental Illness », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, no 4, p. 338-343.
- Ogilvie, R.J. 1997. « The State of Supported Housing for Mental Health Consumers : A Literature Review », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 21, no 2, p.122-130.
- Owen, C., Rutherford, V., Jones, M., Wright, C., Tennant, C. et Smallman, A. 1996. « Housing Accommodation Preferences of People With Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Services*, vol. 47, no 6, p.628-632.
- Parmentier, C. 1997. *Le logement : Domaine d'intérêt général européen ?*, Séminaire européen « Intérêt général européen et logement », Bruxelles, 13 p.
- Pilon, W., Arsenault, R. et H. Gascon. 1994. « Le passage de l'institution à la communauté et son impact sur la qualité de vie et l'intégration sociale de la personne présentant une déficience intellectuelle », Québec, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, 96 p.
- Potvin, N. et al. 1997. *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 159 p.

- Provencher, H.L. et Mueser, K.T. 1997. « Positive and Negative Symptom Behaviors and Caregiver Burden in the Relatives of Persons with Schizophrenia », *Schizophrenia Research*, vol. 26, p. 71-80.
- Provencher, H.L. et Dorvil, H. sous presse. « Vivre avec la schizophrénie : Perspectives de l'aidant familial », In R. Mayer et H. Dorvil (sous la dir.de), *Nouvelles configurations des problèmes sociaux et l'intervention*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 30 p.
- Provencher, H.L., Fournier, J.P., Perreault, M. et Vézina, J. sous presse. « The Caregiver's Perception of Behavioral Disturbance in Relatives with Schizophrenia : A Stress-coping Approach », *Community Mental Health Journal*.
- Renaud, M. 1994. « Expliquer l'inexpliqué : L'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), p. 15-25.
- Ridgway, P. et Carling, P.J. « *Strategic Planning in Housing and Mental Health* », The Center for Community Change through Housing Support. Monograph Series on Housing and Rehabilitation in Mental Health, University of Vermont, Burlington, 80 p.
- Ridgway, P., Simpson, A., Friedner, D. et Wittman, G.W. 1994. « Home Making and Community Building : Notes on Empowerment and Place », *The Journal of Mental Health Administration*, vol. 21, no 4, p. 407-418.
- Roosens, E. 1979. « *Des fous dans la ville ? Gheel et sa thérapie séculaire* », Paris, Presses de l'Université de France, (Collection Perspectives critiques)
- Rose, S. et Black, B. 1985. *Advocacy an Empowerment*, Routledge and Kegan, Boston.
- Rousseau, J. 1988. *La réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution - Bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 121 p.
- Statistique Canada.. 1969. *Mental Health Statistics*.
- Stengard, E. et Salokangas, R.K.R. 1997. « Well-being of the Caregivers of the Mentally Ill », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 51, p. 159-164.
- Tanzman, B. 1993. « An Overview of Consumers' Preferences for Housing and Support Services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no 5, p. 450- 455.
- The Harp, H. 1990. « Independant Living with Support Services : The Goal and Future for Mental Health Consumers », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 13, no 4, p. 85-89.
- Thériault, L., Jetté, C., Mathieu, R. et Vaillancourt, Y. 1997. « Qualité de vie et logement social avec "support communautaire" à Montréal », *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, vol. 14, no 1, p. 55-68.
- Trainor, J.N, Morell-Bellai, T.L., Ballantyne, R. et Boyd, K.M. 1993. « Housing for People with Mental Illnesses : A Comparison of Models and an Examination of the Growth of Alternative Housing in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, p. 494-500.
- Umbrella (Consortium). 1989. « Housing with Care », London, 6 p.

Young, S.L. et Ensing, D.S. 1999. « Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 22, no 3, p. 219-231.

REPENSER L'ACTION INTERSECTORIELLE

Deena WHITE
Professeure agrégée
Département de sociologie
et Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

Plus qu'un partenariat

En 1997, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) m'a invitée à présider un groupe de travail sur l'intersectorialité, composé de Lyne Jobin, de la Direction de la santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches, Paul Morin, du Collectif de défense des droits de la Montérégie, et Danielle McCann, du CHSLD-CLSC Saint-Laurent, laquelle agissait à titre de représentante du CSMQ¹. Le mandat général du groupe de travail était de préparer un avis pour le ministre de la Santé et des Services sociaux concernant l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale, en ce qui a trait aussi bien à la prévention qu'à l'insertion sociale pour les personnes atteintes de troubles mentaux². L'exposé que je vous propose fait suite à cette démarche de travail et porte sur les principales conclusions qui en découlent.

L'intersectorialité est un concept à la mode, mais qui est interprété de façons multiples. Pour certains, l'action intersectorielle fait référence aux rapports entre les secteurs public, privé et communautaire, tandis que pour d'autres, il s'agit plutôt des secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice, du travail, du logement, de la sécurité du revenu, etc. Pour nous, un secteur est un ensemble d'activités, d'organisations, de connaissances et d'acteurs qui circulent à l'intérieur de frontières reconnues et limitées. Ainsi, l'action intersectorielle qui rejoint les secteurs public et communautaire peut être porteuse des mêmes enjeux que l'action intersectorielle qui rejoint, par exemple, les secteurs de la santé mentale et du logement.

Par contre, l'action intersectorielle est souvent confondue avec des notions comme la concertation et le partenariat. Elle se situe alors dans un continuum qui comprend la concertation interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle. Dans cette optique, l'action intersectorielle n'est qu'une forme plus poussée de ce qu'on développe depuis des années au Québec. Dans notre démarche, nous partons d'une autre perspective où l'action intersectorielle se situe à un niveau donné des déterminants de la santé, le

¹ Claude Larivière, de l'Université de Montréal, a aussi fait partie de l'équipe au début mais a dû nous quitter après quelques mois.

² L'avis en question, intitulé *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*, paraîtra en 2001.

niveau « macro ». Au lieu de se centrer sur l'individu et son héritage génétique, sur les habitudes de vie, sur les réseaux sociaux et même les communautés, l'action intersectorielle s'adresse, dans notre esprit, aux déterminants sociaux, politiques, économiques et culturels de la santé. C'est là où l'intersectorialité prend toute son importance car c'est à ce niveau macrosocial que le cloisonnement sectoriel est établi et maintenu et que des interventions incohérentes et contradictoires risquent d'avoir lieu.

L'action intersectorielle est donc associée, à notre avis, à des problématiques complexes pour lesquelles seule l'intervention en amont sera efficace. Plus les déterminants d'un problème sont circonscrits, plus les interventions pointues sont appropriées (c'est le cas, par exemple, pour une jambe cassée). Mais l'efficacité des interventions pointues est compromise lorsqu'on reconnaît que les déterminants du problème sont plus complexes. Ainsi, la gestion des problèmes cardiaques dépend énormément non seulement du style de vie de la personne, mais aussi du soutien provenant du réseau social – d'où l'importance des interventions qui combinent les dimensions médicale et psychosociale. Dans le cas d'autres maladies, soit certains cancers ou des problèmes du système respiratoire, les déterminants peuvent même dépasser ce niveau microsocial pour comprendre les conditions de travail et celles du milieu de vie. C'est ici que nous commençons à rencontrer les enjeux intersectoriels. Le domaine de la santé et de la sécurité du travail en est un bon exemple et la complexité de ce champ – parfois défini en termes de santé publique et parfois en termes de gestion des ressources humaines ou des relations de travail – est bien connue par ceux et celles qui ont à y intervenir.

Enfin, d'autres problèmes comme les troubles mentaux ont des déterminants qui dépassent même ce niveau « méso » des environnements du travail et des communautés pour inclure ceux du niveau « macro » à savoir la structure et la culture de la société dans son ensemble. Par exemple, la santé mentale est étroitement liée au chômage et à la pauvreté, au moins là où la culture accorde énormément de valeur au travail, à l'autonomie et au succès économique. Mais comment intervenir à ce niveau ? Là où le taux de chômage est très élevé ou là où il n'existe aucun sentiment de stabilité économique, un plus grand nombre de personnes – peut-être à risque pour des raisons génétiques ou de situation de vie – sera effectivement atteint de troubles mentaux. Comment intervenir pour réduire le taux des problèmes de santé mentale dans une telle société ou pour rétablir la santé mentale de ceux et celles qui sont atteints ? C'est à ce niveau macrosocial que l'action intersectorielle est le plus nécessaire et pose aussi le plus grand défi, car il ne fait aucun doute que les intérêts d'un secteur vont à l'encontre des intérêts d'un autre.

Par exemple, même si nous savons bien qu'un emploi rémunéré dans le marché du travail ordinaire contribue de façon significative au rétablissement de la santé mentale d'un grand nombre de personnes atteintes de troubles sévères, combien d'entreprises qui évoluent dans un marché compétitif accepteront d'embaucher des personnes moins productives que d'autres ? Combien de propriétaires de logements dans des quartiers résidentiels accepteront de louer un appartement à une personne qui risque de déranger les voisins durant la nuit ou de leur faire peur par des comportements un peu bizarres ? Combien de gouvernements vont adopter une politique de plein emploi pour des raisons de santé et du bien-être de la population, face aux justifications économiques pour ne pas trop intervenir

dans la gestion du marché du travail ? Au sein d'une culture qui tient l'individu responsable de son propre sort et valorise surtout l'autonomie, combien de gouvernements vont adopter des politiques d'assistance qui sortent les personnes démunies de la grande pauvreté et accorder à ces citoyens le droit à des conditions de vie dignes, sans aucun stigmate ? Voilà les grands défis de l'intersectorialité.

Pour nous, alors, l'action intersectorielle n'est pas strictement une question de concertation entre professionnels et entre organisations, même de secteurs différents, bien que cela joue de façon importante dans le succès de projets intersectoriels. À notre avis, l'action intersectorielle consiste plutôt en politiques et projets mis en œuvre par ou dans des secteurs autres que celui de la santé ou de la santé mentale, des politiques et des projets axés sur des problèmes sociosanitaires ambigus ou laissés de côté à cause de leur grande complexité ou des conflits d'intérêts qu'ils entraînent. L'action intersectorielle est nécessaire dans ces cas afin de viser des résultats tangibles et durables, qui vont au-delà du traitement des symptômes. Pour ce faire, il faut que les interventions soient orientées non seulement sur la personne et son réseau social, mais également sur ses conditions de vie et les déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques de sa situation. Nous proposons donc de repenser l'action intersectorielle en fonction de la nature intersectorielle des problématiques qu'elle traite.

L'appel à l'action intersectorielle

Nous avons dit qu'un « secteur » consiste en un ensemble d'organisations, de connaissances et d'acteurs qui circulent à l'intérieur de frontières reconnues et limitées. Chaque secteur contrôle un domaine d'action, mais ce contrôle a ses limites quant à la capacité d'agir. Des limites qui s'expriment dans les ressources institutionnelles, organisationnelles et professionnelles englobées, les connaissances maîtrisées et les acteurs parrainés. Voilà pourquoi, pour agir en amont des problèmes complexes qui ne peuvent être résolus de façon efficace et durable par des interventions pointues, les acteurs de plus d'un secteur doivent mettre en commun leurs ressources et leurs connaissances. Un seul secteur ne suffit pas puisqu'il atteint les limites de ses propres capacités sans avoir réglé le problème.

Les troubles mentaux représentent le prototype de ce genre d'échec : toutes les interventions médicales les plus sophistiquées ne sont pas en mesure d'assurer la santé mentale aux personnes atteintes (ni aux personnes qui ne sont pas encore atteintes) car la santé mentale dépend non seulement du contrôle des symptômes débilissants, mais aussi d'une insertion saine dans le tissu social. Cela dit, la nécessité de l'action intersectorielle devient plus évidente dans le cas de problèmes complexes qui ne sont assumés par aucun secteur ou lorsqu'on se renvoie la balle d'un secteur à l'autre. Par exemple, dans le cas de l'itinérance et celui des troubles mentaux associés à la toxicomanie, le fait qu'aucun secteur ne dit avoir l'expertise et les ressources appropriées pour s'occuper de ces problèmes contribue à faire en sorte que les personnes concernées deviennent des laissés-pour-compte.

Nous reconnaissons d'emblée le besoin d'action intersectorielle par les résultats mitigés des interventions dans le cas de problèmes qui concernent la qualité du rapport entre la personne, le milieu de vie et l'environnement physique ou social plus large. Ces problèmes reflètent l'énorme complexité de ce rapport, qui fait en sorte qu'aucun secteur n'est en mesure de répondre adéquatement au défi. On reconnaît aussi ce besoin par l'addition continue de services, souvent très innovateurs, au sein d'un secteur cherchant une prise en charge totale d'une « clientèle » donnée. Mais un encadrement de plus en plus large au sein d'un seul secteur entraîne des effets pervers. Ces efforts peuvent créer des enclaves à la marge de la société et ainsi favoriser l'exclusion de cette population vis-à-vis d'autres secteurs de la société - tout comme l'a fait l'asile d'autrefois. En effet, le stigmate lié à la prise en charge totale de certaines clientèles par un seul secteur comme celui de la santé mentale pose un nouveau problème : comment sortir cette population des marges et lui donner accès aux espaces d'inclusion sociale partagés par l'ensemble des citoyens et citoyennes ?

Les objectifs de l'action intersectorielle

À cause des limites de la prise en charge sectorielle ou de l'absence totale d'un secteur parrain, des problématiques complexes risquent de produire ou d'exacerber des situations de marginalisation et d'exclusion sociale. Par la marginalisation et l'exclusion, nous entendons la rupture avec les institutions sociales que sont le marché du travail, la famille et le système d'éducation ou, plus loin encore, avec les institutions de protection et de soutien social comme le système de santé et de services sociaux. Dans certains cas, il ne reste qu'un seul lien, soit celui avec des institutions de contrôle social comme le système judiciaire.

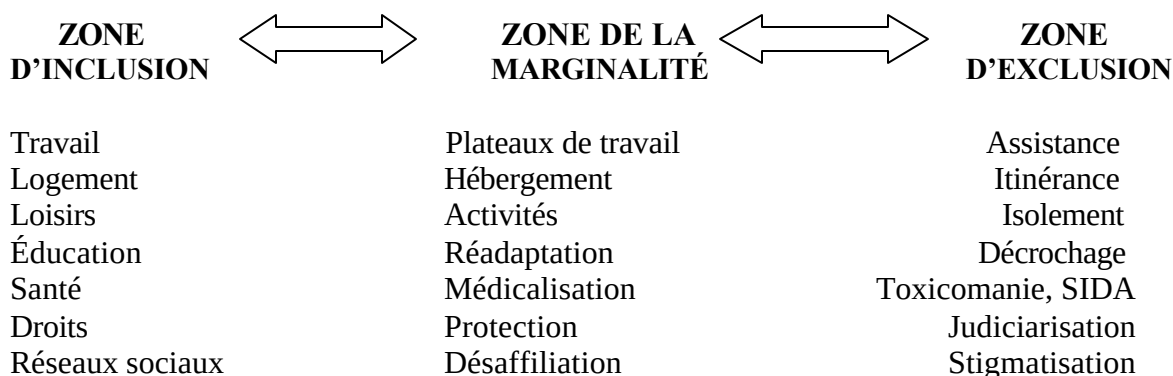
À l'aide du graphique 1 illustrant le parcours vers l'exclusion et vers l'inclusion, nous pouvons envisager un processus en trois étapes, passant d'une zone d'inclusion à une zone de marginalisation et parfois finissant dans la zone d'exclusion où la complexité des problèmes rend l'intervention d'autant plus difficile. Il s'agit d'un parcours caractérisé par la dégradation graduelle du lien social. On part d'une insertion « normale » dans la société, dans la zone d'inclusion où circule la majorité des citoyens et citoyennes (travail, logement, loisirs, éducation), où on jouit des droits civils et sociaux et participe à des réseaux sociaux. Avec l'apparition d'un problème complexe comme un trouble mental, la personne peut être déplacée vers une zone de marginalité caractérisée surtout par des institutions de prise en charge comme la psychiatrie, la réadaptation psychosociale et l'hébergement. Si la prise en charge est presque totale, la personne ne sera pas en mesure d'éviter la rupture avec les réseaux sociaux et les autres institutions de la zone d'inclusion, et cette prise en charge va même favoriser cette rupture.

Une désaffiliation accrue peut éventuellement mener vers la zone d'exclusion. C'est là où s'exacerbent les problèmes (itinérance, toxicomanie, judiciarisation, etc.), et le retour vers l'inclusion devient un défi énorme.

Il est cependant moins difficile d'imaginer un retour vers la zone d'inclusion pour les personnes qui se trouvent temporairement dans la zone de la marginalité si les interventions dans cette dernière zone ne sont pas en rupture avec les institutions de la première. En d'autres mots, comme le graphique 1 l'illustre, le parcours vers l'exclusion est réversible – mais uniquement si on reconnaît la nature intersectorielle de la situation dans laquelle se trouve la personne. Si les troubles mentaux sont perçus dans une optique pointue, comme une maladie tout court, la gravité de la maladie risque de mener à une prise en charge totale par le système de santé mentale. Si les troubles mentaux sont perçus plutôt comme un problème complexe, intersectoriel – un problème mettant en cause le lien avec la famille, oui, mais aussi avec le marché du travail, le marché de l'habitation, le système d'éducation, etc. –, les interventions peuvent chercher à prévenir des ruptures à long terme et à favoriser le retour vers la zone d'inclusion.

Jusqu'à maintenant, la majorité des interventions en santé mentale demeure dans la zone de la marginalité. Au lieu de chercher à maintenir un lien avec le marché du travail, on attend jusqu'à ce que la rupture soit complète pour ensuite tenter de réadapter les personnes, le plus souvent par des programmes distincts. Au lieu de chercher à maintenir un lien avec l'univers de l'habitation sociale et de l'emploi, on va héberger les personnes dans des lieux prévus à cet effet et leur offrir des plateaux de travail protégé. Au lieu de les encourager à participer à des loisirs et à des activités culturelles avec les autres, on organise des activités spécifiquement pour elles. Puisque les interventions se limitent à la zone de la marginalité, les personnes demeurent dans cette zone et risquent de glisser vers l'exclusion si jamais il y a rupture avec les institutions de la marginalité. C'est uniquement par l'action intersectorielle que ce parcours vers la marginalité et l'exclusion peut être renversé ou même arrêté avant de s'installer.

Graphique 1 Le parcours vers l'exclusion et vers l'inclusion



L'action intersectorielle peut et doit se pratiquer dans toutes les zones. Par exemple, dans la zone d'exclusion, les systèmes de contrôle doivent interpeller le système de la santé mentale; dans la zone de la marginalité, le système de santé mentale doit interpeller les institutions d'insertion sociale; et dans la zone d'inclusion, on doit retrouver non seulement une ouverture à l'ensemble des citoyens et citoyennes, mais aussi une pratique préventive à

l'égard des troubles mentaux, car c'est justement au sein de ces institutions d'inclusion que se développent des conditions de vie néfastes pour la santé mentale.

Les stratégies de l'action intersectorielle

Dans cette section, nous présenterons très brièvement quelques exemples de projets intersectoriels dont les actions se situent dans des zones différentes. Par cette présentation, nous voulons démontrer que l'action intersectorielle va bien au-delà de la concertation interorganisationnelle ou du partenariat. Elle se distingue par ses objectifs qui, eux, font appel nécessairement à l'action par ou dans des secteurs divers avec ou sans le concours du secteur de la santé mentale. Un des constats qui ressort de ces projets, et d'autres que nous avons analysés dans le cadre de notre démarche de travail, est le suivant. Presque tous les projets ont leurs origines ailleurs que dans le secteur de la santé mentale, ou même, dans le cas d'un projet de promotion de la santé mentale, ailleurs que dans le secteur de la santé publique. Ces projets ne sont pas décrits ici dans toutes leurs dimensions mais en fonction du cadre présenté précédemment (graphique 1).

Agir dans la zone d'exclusion

L'Équipe itinérance-Outreach : À la suite de l'échec d'un projet de la Ville de Montréal, soit Dernier Recours, pour faire face au problème de l'itinérance, les autorités municipales ont fait appel à la province, et notamment au ministère de la Santé et des Services sociaux. Une table de concertation est alors mise sur pied qui regroupe une cinquantaine d'acteurs dont le ministère de la Sécurité du revenu, des institutions publiques comme la Régie régionale de Montréal-Centre et la RAMQ, la Société d'habitation et de développement de Montréal, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et des représentants d'organismes, de refuges et de centres de jour. Les travaux de cette table ont conduit à un plan conjoint de la Ville de Montréal et du ministère de la Santé et des Services sociaux visant la mise sur pied d'une équipe volante liée au CLSC des Faubourgs (maintenant, CLSC Centre-ville).

L'équipe itinérance agit dans la zone d'exclusion. L'objectif primaire de l'équipe est d'assurer l'accès aux services médicaux et aux services psychiatriques pour les personnes sans abri et ayant besoin de soutien. Pour ce faire, l'équipe circule quotidiennement parmi les organismes communautaires qui accueillent les itinérants. Elle offre des services de première ligne sur place et organise, selon la demande des organismes, des formations sur les troubles mentaux et leur gestion. Si nécessaire, un membre de l'équipe accompagne une personne à l'urgence ou chez un psychiatre consultant de l'équipe, qui va l'accueillir. L'équipe est capable aussi d'intervenir en cas de judiciarisation et peut offrir l'hébergement à court terme grâce à une entente avec un organisme à but non lucratif. Bref, l'équipe itinérance agit en tant que pont entre la zone d'exclusion et la zone de la marginalité en assurant l'accès aux services des institutions d'aide normalement

disponibles pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle tente ainsi de recréer certaines des affiliations rompues.

PECH : Dans la foulée de la désinstitutionnalisation du Centre hospitalier Robert-Giffard dans les années 80, près de 200 personnes se retrouvent de façon régulière incarcérées à l'infirmerie du centre de détention de Québec pour de petits délits uniquement parce que les policiers n'ont pas d'autres choix. Ces individus présentent des problèmes multiples : toxicomanie ou alcoolisme, instabilité résidentielle ou itinérance, problèmes de santé mentale, parfois agressivité. La complexité de leur situation, comprenant souvent une résistance à la prise en charge, rend difficile la prestation de soins et services par le réseau de la santé et des services sociaux. La clientèle ne correspond pas à l'un ou l'autre des « secteurs » d'intervention de ce réseau (les services étant sectorisés en fonction de problèmes distincts) et pose en plus des défis qui dépassent les limites de la capacité d'intervention de tout ce réseau (risque de violence et « résistance » au traitement). Vers le milieu des années 80, le constat de l'impuissance du réseau incite quelques intervenants du milieu de la santé mentale, des organismes communautaires et du CLSC Basse-Ville-Limoilou de Québec à former une table de concertation justice-psychiatrie, mais les projets de cette table finissent par être abandonnés à cause de développements pressants au sein du réseau sociosanitaire durant cette époque.

En 1990-1991, une entente formelle entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique est signée, prévoyant une meilleure coopération entre les agents des deux systèmes. Le projet de la table justice-psychiatrie est alors repris, cette fois-ci par des agents de probation du secteur de la sécurité publique qui font face directement au problème de l'engorgement du centre de détention dû à des arrestations inappropriées mais inévitables. Munie de lettres d'appui du réseau correctionnel, la nouvelle table fait des demandes de subvention, entre autres auprès de la Direction provinciale de la sécurité publique et auprès du CRSSS (aujourd'hui, la Régie régionale de la santé et des services sociaux) de Québec, pour mettre une ressource sur pied. Enfin, c'est le CRSSS qui répond avec une subvention de 1 000 000 \$. Ainsi est né PECH, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, un organisme communautaire émanant de la concertation des secteurs de la justice et sociosanitaire en vue de répondre aux besoins d'une population laissée-pour-compte par chacun de ces secteurs.

Les objectifs primaires de PECH sont de sortir les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale du centre de détention et de prévenir la judiciarisation non appropriée de cette population. Ainsi, comme l'équipe itinérance à Montréal, PECH travaille dans la zone d'exclusion pour mieux encadrer cette population qui se trouve souvent incarcérée – vraisemblablement de façon répétitive et pour des périodes assez courtes chaque fois – et qui ne reçoit ni traitement ni soutien. Cet organisme offre un service d'appel destiné aux policiers aux prises avec une personne ayant des problèmes de santé mentale, aux agents du centre de détention aux prises avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale et aux personnes elles-mêmes. Les intervenants de cet organisme sans but lucratif font du suivi communautaire à court terme et à plus long terme, selon la volonté de la personne, et peuvent fournir des lits à court terme, avec soutien psychosocial, selon le besoin. C'est ainsi qu'ils tentent de sortir de la zone d'exclusion des

personnes laissées-pour-compte et de les amener vers la zone de la marginalité. Cela dit, comme aucun secteur n'est équipé pour prendre entièrement la responsabilité de cette population à cause de la multiplicité des problèmes, au lieu de servir de pont entre la rue et les institutions de prise en charge, PECH développe et fournit lui-même des services qualifiés d'intersectoriels et, ainsi, hautement spécialisés sans être pointus.

Agir dans la zone de la marginalité

L'école Saint-Jean-Baptiste, une école et son quartier en santé : Contrairement aux deux projets déjà décrits, celui-ci fonctionne carrément au sein de la zone de la marginalité, où se trouvent des personnes considérées comme vulnérables à une éventuelle exclusion (décrochage, judiciarisation, etc.). Ce projet, conçu à Saint-Jérôme dans le cadre de Villes et villages en santé, en est un qui marie la prévention, la promotion de la santé mentale et le traitement d'une multiplicité de problèmes qui s'expriment d'emblée à l'école primaire. Lorsqu'en 1996 une recherche, menée par le cégep de Saint-Jérôme en partenariat avec la Direction de la santé publique de la Régie régionale des Laurentides et le CLSC Arthur-Buies, a révélé des problèmes importants chez les jeunes de la ville, incluant entre autres la détresse psychologique, le décrochage, la toxicomanie et même la prostitution, certains leaders de la communauté se sont mobilisés. Au forum « Saint-Jérôme en santé », où étaient annoncés ces résultats, on avait proposé de concentrer les efforts des intervenants autour d'une école et de son quartier bien ciblé, perçu comme un milieu de vie. Le projet *Une école et son quartier en santé* fut le résultat de cette mobilisation initiale des directeurs et directrices des institutions sociales les plus importantes aux niveaux local et régional : la mairie, la commission scolaire, le CLSC, le Centre Jeunesse, le Centre Travail Québec et l'école Saint-Jean-Baptiste.

L'objectif qui mobilise tous les acteurs consiste à prévenir le décrochage scolaire chez une population de jeunes à risque. Cette problématique interpelle les secteurs scolaire, communautaire, municipal, de l'emploi et des services sociaux. Les jeunes qui risquent le plus de décrocher sont ciblés : ceux et celles manifestant des problèmes d'apprentissage, consommant de manière abusive de l'alcool ou des drogues ou exposés à ces comportements dans le milieu familial, ainsi que ceux et celles exposés à la violence ou au rejet familial ou encore signalés à la Direction de la protection de la jeunesse. Tout en visant surtout ces jeunes, afin de traiter les problèmes existants, le projet touche aussi l'environnement social et s'adresse donc à l'ensemble des élèves voulant participer aux activités ainsi qu'à l'ensemble des membres de la communauté dans et autour de l'école. Le projet introduit donc dans le milieu scolaire une multitude d'activités visant parfois des enfants éprouvant des problèmes caractérisés, parfois tous les enfants, leurs familles et les habitants du quartier dans son ensemble. C'est ainsi que *L'école Saint-Jean-Baptiste : une école et son quartier en santé* intervient dans la zone de la marginalité auprès des jeunes qui connaissent déjà des problèmes ou qui risquent d'en connaître, tout en assurant des liens constants avec la zone d'inclusion. En agissant sur les conditions qui favorisent le décrochage, l'isolement, la consommation abusive de drogues et d'alcool, la délinquance,

etc., ce projet tente de tracer la voie vers la participation éventuelle aux espaces d'inclusion dans la société.

Citoyens à part entière : Cet ensemble de projets, également mis au point dans le cadre de Villes et villages en santé, s'adresse à la zone de la marginalité puisque les participants sont des personnes hospitalisées à Robert-Giffard et d'autres usagers des services de l'institution. Afin de mener cette population vers la zone d'inclusion, la Ville de Beauport ouvre les portes aux activités et aux lieux publics, aux espaces communs partagés par tous les citoyens et toutes les citoyennes de Beauport. Malgré les difficultés importantes connues par ces personnes, *Citoyens à part entière* leur permet de contribuer à la vie de la communauté, par exemple en travaillant sur des projets favorisant le bien commun (nettoyage d'un parc pour le rendre plus accueillant pour les enfants, aménagement et entretien du camping municipal, petits travaux dans des logements de personnes âgées, etc.) - travail fortement apprécié par les citoyens et citoyennes – ou en acquérant de l'expérience et de la confiance par une participation « normale » aux réseaux sociaux (ainsi, le simple fait de pouvoir offrir à un ami un billet pour un événement sportif, permet d'établir une relation d'égal à égal, au lieu de se trouver toujours en position de dépendance).

Les participants aux projets de *Citoyens à part entière* ne reçoivent aucune rémunération pour leurs travaux (si ce n'est une récompense de temps en temps) et demeurent étroitement liés aux institutions protectrices de la zone de la marginalité. Les projets arrivent cependant à mettre les personnes en contact et en communication avec d'autres membres de la communauté dans des échanges « donnant-donnant », au sein des espaces de la zone d'inclusion. Ils peuvent y participer avec d'autres groupes bénévoles hautement valorisés et respectés dans la société. C'est ainsi que les projets tentent de rapprocher les personnes de conditions de vie et d'un statut social plus inclusifs.

Agir dans la zone d'inclusion

L'Envol SRT et Habitations nouveaux départs : Ces deux projets sont aussi destinés à une population atteinte de problèmes de santé mentale mais se centrent sur la participation de ces personnes dans des lieux dits « normaux », soit le marché du travail régulier, dans le cas de *L'Envol*, et des logements sociaux prévus pour tous les citoyens et toutes les citoyennes des couches socio-économiquement défavorisées, dans le cas de *Habitations nouveaux départs*. Ainsi, les responsables de ces projets travaillent étroitement avec des employeurs d'entreprises ordinaires et les agents des offices municipaux d'habitation, leur fournissant le soutien nécessaire pour accueillir des personnes qui ne sont pas toujours les bienvenues dans ces lieux. Ils offrent surtout du soutien aux personnes elles-mêmes, à long terme, selon les besoins ponctuels, mais aussi aux employeurs, gestionnaires, collègues de travail, propriétaires et voisins, afin de favoriser la réussite de l'intégration. Il s'agit donc d'ouvrir les portes des institutions d'inclusion, d'une part, et de soutenir l'ensemble des acteurs ainsi intégrés dans la zone d'inclusion, d'autre part. Ce type de projet demeure plutôt rare, même s'il y a quelques expériences au Québec, surtout dans le

domaine de l'intégration au marché du travail. Plusieurs études internationales ont déjà démontré que l'idée que des personnes atteintes de troubles mentaux, même de schizophrénie, ne peuvent pas travailler, n'est qu'un mythe. Emploi Québec commence dans quelques régions à reconnaître cette population comme étant apte au travail⁴ et donc susceptible de bénéficier d'un soutien de leur part *si* le soutien nécessaire du secteur de la santé mentale est présent et *si* les conditions de travail sont adaptées. Il s'agit donc d'un défi intersectoriel qui exige des actions de la part des employeurs, d'Emploi Québec et du secteur de la santé mentale.

Dans le domaine du logement, les expériences semblent être moins nombreuses. Le logement social étant relativement peu développé au Québec, le marché privé domine dans ce secteur et les personnes atteintes de troubles mentaux font souvent face à des préjugés et à des actes de discrimination. En même temps, comme nous l'avons dit, les personnes atteintes des troubles mentaux risquent parfois de déranger ou de faire peur aux autres résidents et risquent aussi de laisser leur logement se détériorer. Tout comme pour les difficultés d'intégration au marché du travail, ces problèmes peuvent être évités ou rapidement réglés si le soutien du secteur de la santé mentale est constant, selon les besoins particuliers et ponctuels des locataires aussi bien que des propriétaires et des voisins. Pourtant, dans les secteurs du marché du travail privé et du logement privé, les défis sont de taille; les conflits d'intérêts y sont très importants. Voilà pourquoi on mise beaucoup sur l'économie sociale et le logement social où l'action intersectorielle peut se développer entre le système de santé mentale et d'autres institutions publiques : Emploi Québec, les OMH, la SHQ, etc. Même si on doit normalement exiger l'accès aux marchés ordinaires pour tous les citoyens et toutes les citoyennes, c'est en fin de compte le rôle de ces derniers de favoriser le maintien dans la zone d'inclusion des citoyens et citoyennes défavorisés ou stigmatisés.

Les conditions facilitant l'action intersectorielle

Par notre approche axée sur les objectifs propres à l'action intersectorielle et sur les processus sociaux favorisés par cette action, nous ne voulons pas nier l'importance des défis qui existent sur le plan des *moyens*. Notre démarche nous a permis de constater certaines tendances par rapport aux conditions facilitantes, au niveau des acteurs aussi bien qu'au niveau des structures. Par exemple, en ce qui concerne les acteurs, il nous semble que la présence d'acteurs «hybrides », ayant une expérience ou des contacts dans plus d'un secteur d'activité, aide énormément à l'action intersectorielle. Le leadership joue aussi pour beaucoup. Selon nous, un style de leadership qui se caractérise par un regard

⁴ Dans le texte, par « apte au travail » en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles mentaux, nous ne faisons pas référence au statut formel dans le cadre des programmes de l'assistance emploi qui peuvent entraîner une pénalité pour les personnes « aptes » qui ne participent pas à de tels programmes. Il s'agit plutôt de la reconnaissance de la capacité de travailler nonobstant la présence d'une maladie mentale et, sur cette base, du droit au même soutien offert aux autres citoyens et citoyennes éprouvant des difficultés avec l'insertion en emploi.

vers l'horizon organisationnel et institutionnel – qui se nourrit donc d'une perspective horizontale et de long terme plutôt que verticale et de court terme – est très prometteur pour l'action intersectorielle. Les personnes en position d'autorité doivent se donner la responsabilité de la favoriser en utilisant leur capital social important.

Cela dit, de tels acteurs seront encouragés par des structures de soutien. Ces structures peuvent être « virtuelles », par exemple des tables de concertation *ad hoc*, ou plus concrètes et durables, comme des ententes interministérielles. Il ne s'agit pas cependant de structures mandatées d'en haut⁵ ou installées « mur à mur », car l'action intersectorielle vise justement des problématiques qui sont de nature intersectorielle. La mise en place par le niveau national de structures formelles risque de créer de nouveaux secteurs qui vont éventuellement se cloisonner et se heurter à leurs propres limites. Pour préserver la capacité d'agir de façon intersectorielle sur les problématiques complexes et intrinsèquement intersectorielles, il faut permettre la création, à tous les niveaux, de niches réservées pour l'innovation ponctuelle et permettant de se démarquer, au besoin, des structures en place. La multiplication de telles niches afin de mieux répondre aux problèmes les plus complexes n'entraîne pas une réforme ou une mise en question des structures existantes car celles-ci répondent, pour la plupart, très adéquatement aux besoins de la majorité de la population qui circule dans la zone d'inclusion. Il s'agit plutôt d'un assouplissement et d'une résistance à vouloir tout « organiser » d'en haut.

Le genre de structure le plus susceptible de favoriser l'action intersectorielle est, selon nous, le réseau social d'acteurs clés de secteurs différents et de niveaux différents. Cette formule permet la mise en oeuvre du capital social. Le capital social fait référence aux ressources de tous les ordres potentiellement disponibles à travers les réseaux sociaux. Il s'agit donc de la construction et de l'entretien méthodique des réseaux sociaux qui lient des acteurs de secteurs différents, mais aussi de niveaux différents (local, régional et national). Nous considérons les réseaux sociaux comme une *construction structurelle*, c'est-à-dire un mariage d'actions et de structures par la mise en relation stratégique de personnes clés. La mobilisation de tels réseaux est à même de créer une culture d'innovation et d'indépendance par rapport aux structures établies qui, elles, sont plus contraignantes que bénéfiques lorsqu'il s'agit d'aborder des problématiques hors normes. C'est un processus informel qui peut et doit être mis en oeuvre au niveau central, parmi les décideurs, aussi bien qu'aux niveaux régional et local, car c'est au niveau central que se déroule la négociation entre les grands secteurs d'intérêts contradictoires.

⁵ En tant qu'exception à cette « règle », le cas de l'Équipe itinérance peut être considéré comme le fruit d'une table de concertation « mandatée d'en haut ». Il faut cependant reconnaître que cette table est d'origine locale (la Ville de Montréal a fait appel au niveau provincial et a demandé la mise sur pied de la table, avec le concours de plusieurs groupes locaux, publics aussi bien que communautaires). La table avait un mandat officiel qui a permis le développement d'une entente formelle : le plan conjoint. Par contre, le plan n'a pas structuré l'action intersectorielle sur le terrain; il s'est limité à la détermination des objectifs et à l'identification d'un organisme responsable pour assurer la coordination.

Conclusion

En guise de conclusion, j'aimerais mettre l'accent sur deux points qui ressortent de cet exposé. Premièrement, il est important de faire la distinction entre la concertation et l'action intersectorielle. Ce n'est pas strictement une question de sémantique. La concertation ou le dialogue autour d'une table, face à face, était en effet une étape préalable à tous les projets que nous avons étudiés dans le cadre de notre démarche. Mais ce dialogue n'était qu'un préambule. L'action intersectorielle commence sur le terrain, une fois un projet mis sur pied, et c'est là où se présente tout un ensemble de défis souvent très différents de ceux qui se posent autour de la table de concertation intersectorielle. La littérature portant sur l'action intersectorielle en tant qu'enjeu lié aux relations interorganisationnelles va souvent demeurer au niveau du dialogue : comment arriver à un consensus limité malgré les intérêts et objectifs différents, comment gérer l'inévitable choc des cultures, etc. Toutes ces questions sont centrales pour l'intersectorialité et se posent souvent sur le terrain aussi bien qu'autour de la table de concertation. Mais elles se posent différemment sur le terrain, une fois le projet en marche. Par ailleurs, au stade du déroulement quotidien d'un projet intersectoriel émergent de nouveaux défis. Il est donc important de quitter le plus rapidement possible la table de concertation pour agir sur le terrain, là où les défis les plus périlleux peuvent éventuellement être relevés de façon efficace et durable⁶.

Deuxièmement, la perspective mise de l'avant ici ne considère pas l'action intersectorielle en termes de problèmes donnés et surtout pas en termes de clientèles données, mais plutôt en termes de zones d'intervention. La notion de « clientèles » est en soi un outil pour sectoriser la population selon les professionnels, les organisations et les savoirs considérés comme aptes à traiter un problème donné. C'est justement en cas d'échec de ce type d'intervention, dû à la complexité des problèmes pouvant toucher une même population, qu'on fait appel à l'action intersectorielle. En d'autres mots, certains problèmes sont de nature intersectorielle et donc ne peuvent être traités efficacement par des interventions sectorielles, mêmes si celles-ci sont additionnées les unes aux autres. En mettant l'accent sur les zones d'intervention, nous attirons l'attention sur des conditions de vie plutôt que sur les personnes. Par ailleurs, nous insistons sur une vision particulière des objectifs de l'action intersectorielle, soit celle de renverser le parcours vers l'exclusion, qui est trop souvent le lot de personnes connaissant des problèmes complexes, problèmes difficilement « traitables » de façon efficace et durable par les systèmes en place et menant souvent à la rupture avec les lieux d'inclusion dans la société. Nous prévoyons en plus que les secteurs d'activités « normales » comme ceux du travail et du logement reconnaissent leur part dans la prévention et la promotion de la santé mentale ainsi que dans l'accueil de tous les citoyens et citoyennes, même ceux et celles « hors normes » et qui ont besoin de soutien.

⁶ Ces défis et les stratégies pour y faire face sont en grande partie l'objet de l'avis du SMQ, *Pour sortir des sentiers battus*, qui paraîtra en 2001.

II EXPÉRIENCES D'ICI

LE HAVRE DE TROIS-RIVIÈRES⁷

Du refuge de nuit au Carrefour d'intégration sociale

Guy GODIN
Agent de programmation et de recherche
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

SYNTHÈSE

La présentation de monsieur Godin permet de mieux connaître le Havre de Trois-Rivières qui offre des services d'urgence et d'insertion sociale à des personnes en situation de rupture sociale. Il situe le contexte de mise en place de la ressource, décrit quelques uns des services offerts par l'organisme et trace un portrait sommaire de la clientèle. Il termine en identifiant les facteurs ayant contribué et ceux ayant entravé la réussite des projets du Havre.

Avec ses quelques 150 000 habitants, la région de Trois-Rivières est située en dehors des grands centres urbains et décroche souvent le titre de capitale nationale du chômage. Le déclin des industries qui faisaient la renommée de la région et l'exode des jeunes entraînent des conséquences importantes sur l'économie de la région.

Le Havre est né de l'initiative d'une équipe formée de personnes issues des milieux des affaires, religieux et sociaux. Au cours des années '80, le directeur de police de la région identifiait des limites à l'intervention policière auprès des personnes en situation de rupture sociale. Il s'est alors associé à d'autres personnes pour fonder en 1987 un refuge dortoir. L'organisme ouvre officiellement ses portes en 1989 ; à ce moment 20 lits sont alors

7. Une description plus détaillée des expériences d'ici est disponible dans un document du Comité de la santé mentale du Québec et intitulé « *Approches intersectorielles en matière de logement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale : Description de cinq projets novateurs* », lequel a été rédigé par Marie-Noëlle Ducharme et collaborateurs, et diffusé en novembre 2000 dans le cadre du colloque.

disponibles. Les gens qui fréquentaient le refuge y étaient amenés par des intervenants sociaux ou par la police et devaient quitter le lendemain matin.

L'année 1994 marque un point tournant dans l'organisation des services du Havre. Après plusieurs représentations auprès de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, l'organisme reçoit, par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), une subvention annuelle récurrente. Cette dernière permet de consolider la ressource. Les admissions au service d'hébergement du Havre ne cessent de croître. Elles sont passées de 200 en 1989 à plus de 600 en 1999. Les dirigeants ont été rapidement confrontés aux limites de l'approche traditionnelle de gîte et couvert. L'analyse des caractéristiques et des besoins de la clientèle a favorisé la mise en place d'une programmation intégrée basée sur le suivi communautaire.

En 1995, la concertation entre des acteurs des secteurs du logement et de la santé mentale⁸ a permis d'obtenir huit unités de logement situés dans des habitations à loyer modique et réservés à la clientèle des trois organismes communautaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale. Le suivi communautaire était alors assumé par l'une de ces trois ressources qui référaient la personne. Les individus, dirigés vers l'office municipal d'habitation, traitent directement avec l'organisme gestionnaire de l'immeuble pour signer le bail. Conformément à la loi, le coût du logement est établi à 25% des revenus de la personne.

En 1997, le Havre fait l'acquisition d'une maison grâce au programme Accès-Logis de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et développe son projet Chez-soi. Il débute les travaux de rénovation en 1998 grâce à une subvention. Ce projet lui permet donc d'offrir huit unités de logement, soit sept chambres et un logement de 3½ pièces. En collaboration avec des ressources du milieu, le Havre participe en 1998 à la mise en place du Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie. Il s'agit d'une corporation à but non lucratif centrée sur le développement de logements sociaux.

Le Havre de Trois-Rivières est un organisme communautaire dont la mission vise la prévention de l'itinérance et favorise la réinsertion sociale des personnes les plus vulnérables et les plus démunies. Actuellement, il est engagé dans l'aménagement d'unités de logements sociaux dans le but de répondre aux besoins des personnes en rupture sociale. L'utilisateur type des services du Havre est un homme âgé entre 30 et 50 ans qui se trouve dans une situation très précaire et dont le réseau social est très pauvre. Il provient de la région de Trois-Rivières ou de la Mauricie, présente des problèmes d'adaptation graves et complexes. Au moment de son admission, il est sans domicile.

Monsieur Godin termine sa présentation en identifiant certains facteurs qui contribuent et d'autres qui entravent la réussite des projets du Havre dont :

- le partage de visions communes avec d'autres organismes communautaires et publics;

8. Il s'agit particulièrement de représentants de la SHQ, de l'OMH de Trois-Rivières, des Habitations populaires Desjardins, du Havre de Trois-Rivières, de la Maison de transition Batiscan et du Centre d'intégration communautaire du Centre hospitalier du Centre de la Mauricie.

- la participation financière de la Régie régionale qui permet une infrastructure de base et assure la présence d'une équipe permanente;
- la diversification des projets pour répondre à la variété des besoins de la clientèle;
- l'idée d'une corporation distincte qui n'appartient pas à une seule ressource, mais qui est au service d'un ensemble d'organismes;
- l'acceptation des projets par la municipalité est parfois difficile parce que les gens croyaient que la mise en place d'une ressource d'hébergement allait créer des ghettos;
- le financement des projets par des programmes gouvernementaux est parfois difficile;
- l'organisme a besoin d'argent supplémentaire pour assurer le suivi communautaire des personnes.

**L'OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE LÉVIS
EN COLLABORATION AVEC LE CLSC
ET LE CHSLD DE LA MRC DESJARDINS**

***Une intervention communautaire préventive
en santé mentale***

Daniel DUSSAULT
Directeur
Office municipal d'habitation de Lévis

Marcel THÉRIAULT
Directeur des programmes
CLSC Desjardins

Élizabeth GRANDJEAN
Office municipal d'habitation de Lévis /
CLSC Desjardins

Résumé

L'intervention communautaire concertée en santé mentale a débuté en avril 1999 avec la collaboration conjointe de l'Office municipal d'habitation de Lévis, du CLSC Desjardins et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

L'intervention communautaire vise essentiellement à rapprocher l'intervenante du milieu de vie des locataires et à parvenir à faire partie de leur quotidien. Cette proximité permet un contact simple, rapide, pro-actif et non menaçant.

Constatant l'absence de personnes significatives, l'absence de sympathie et de compréhension de la part des proches, l'intervenante travaille directement avec la personne et le groupe dont elle fait partie, à la mise en place de conditions favorables à une vie sociale, à l'équilibre émotionnel et à l'estime de soi. Ce mode de pratique fait en sorte de briser l'isolement, de permettre à ces individus d'accéder à une qualité de vie socialement acceptable et individuellement épanouissante.

Présentation à partir d'acétates

Les acétates projetées par les conférenciers au moment de la présentation sont reproduites ci-après.



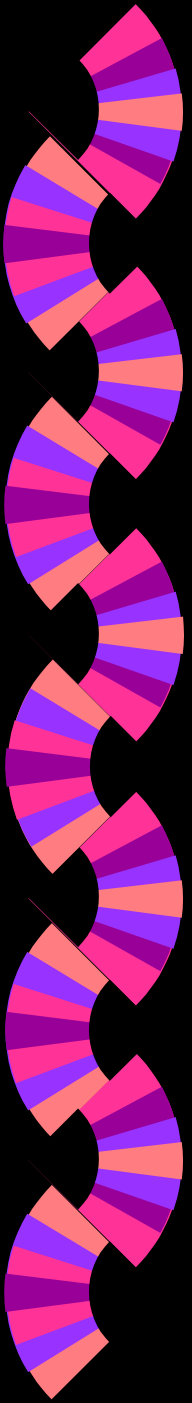
MISSION DE L'OMH LÉVIS

Procurer aux personnes seules et aux familles les plus démunies et défavorisées, et ce sans discrimination, des logements de qualité à prix modique

Gérer avec rigueur et courtoisie la location, l'administration et l'entretien du parc immobilier

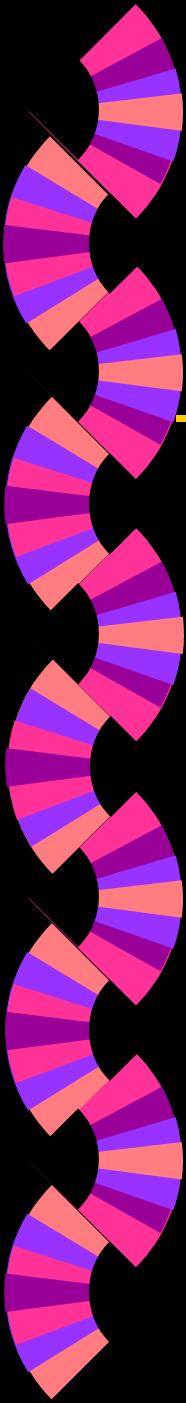
Contribuer à garantir la dignité en accordant respect à l'individu et à son vécu

Travailler en concertation, en complémentarité et en continuité avec le milieu



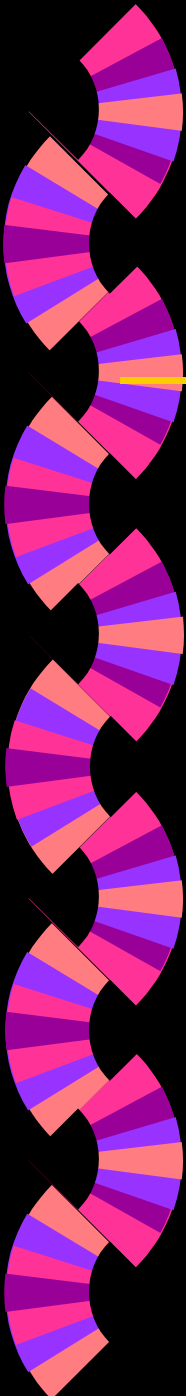
CLIENTÈLE

- **Historique 1970**
- **Liste d'attente 2000**
- **Pauvreté / Clientèle fragilisée**



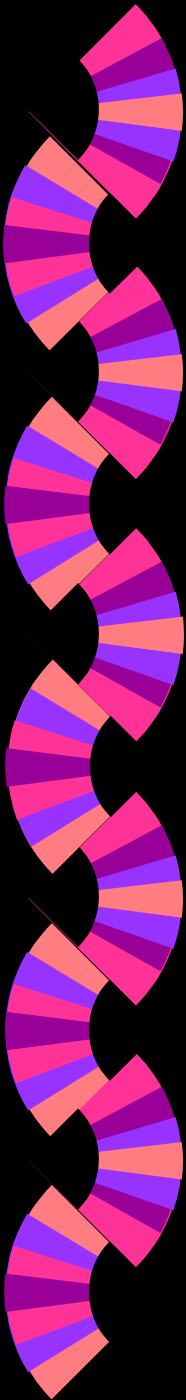
CARREFOUR DE TOUTES LES PROBLÉMATIQUES SOCIALES

- ▶ **ACTEUR INCONTOURNABLE:
PARTENAIRE
COLLABORATEUR IMPLIQUÉ**
- ▶ **PROJETS - RÉALISATIONS
- SERVICES ADAPTÉS**



OMH - PARTENAIRE AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

- ▶ **Ilôt Desjardins**
 - * Hébergement temporaire
 - * Services palliatifs
- ▶ **Intervention communautaire en milieu familial**
- ▶ **Intervention communautaire personnes retraitées**
- ▶ **Cuisine collective**
- ▶ **Projet Jeunesse**
- ▶ **Intervention communautaire concertée en santé mentale**
- ▶ **Ressource d'hébergement résidentiel en santé mentale**

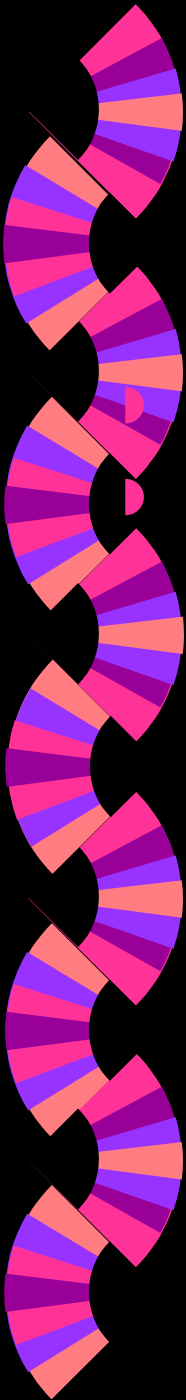


OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE LÉVIS

- **Statut légal**
- **Mission**
- **Parc immobilier**
 - * **Nombre de logements**
 - * **Nombre d'immeubles**
 - * **Catégorie**
- **Ville de Lévis**

***UNE INTERVENTION COMMUNAUTAIRE
CONCERTÉE ET PRÉVENTIVE
EN SANTÉ MENTALE***

**OMH LÉVIS - CLSC DESJARDINS
- RRSSS CHAUDIÈRE-APPALACHES**

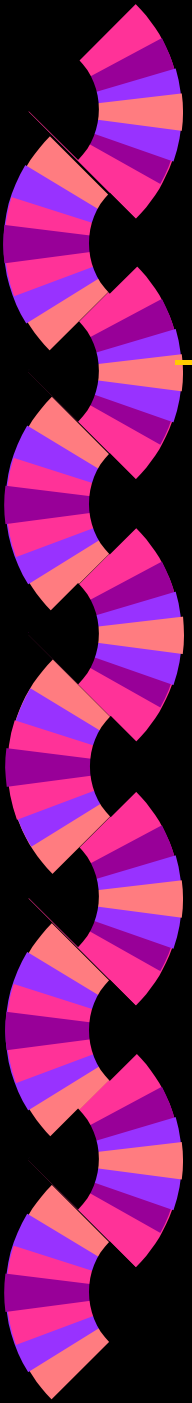


OMH - PARTENAIRE AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

Prêt et aménagement de locaux

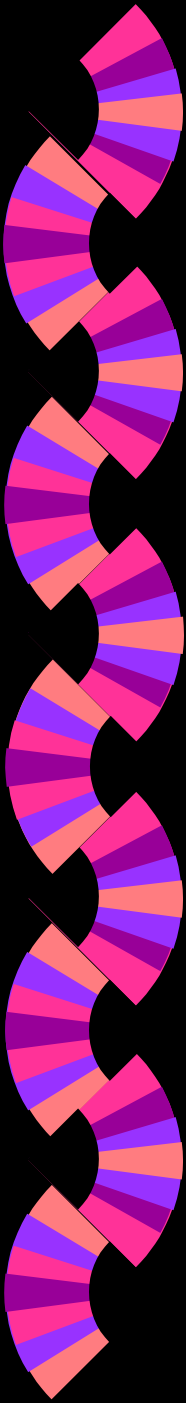
Participation aux tables locales et régionales

- * Table de concertation M.A.D.**
- * Équipe M.R.C. santé mentale**
- * Comité tripartite santé mentale**
- * Comité régional hébergement santé mentale**
- * Comité régional développement social**
- * Comité pour contrer la violence faite aux aînés**
- * Comité guichet unique**
- * Membre du C.A. du comptoir alimentaire Le Grenier**



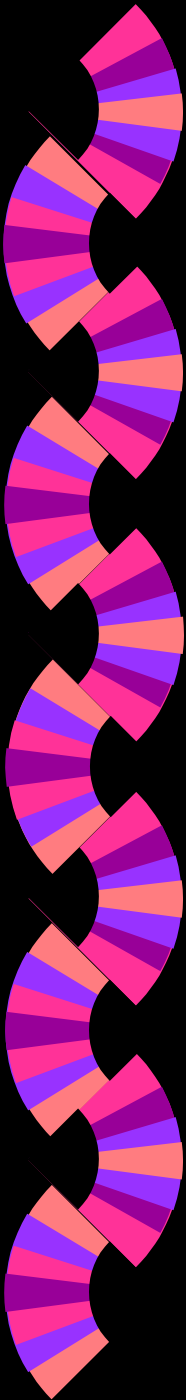
INTERVENTION COMMUNAUTAIRE CONCERTÉE EN SANTÉ MENTALE DANS LES HLM

- ◆ **85/100 adultes**
- ◆ **Moyenne d'âge**
- ◆ **Femmes seules**
- ◆ **Principaux diagnostics**
 - * **Schizophrénie**
 - * **Troubles bipolaires**
 - * **Dépressions majeures**
 - * **Troubles de personnalité**



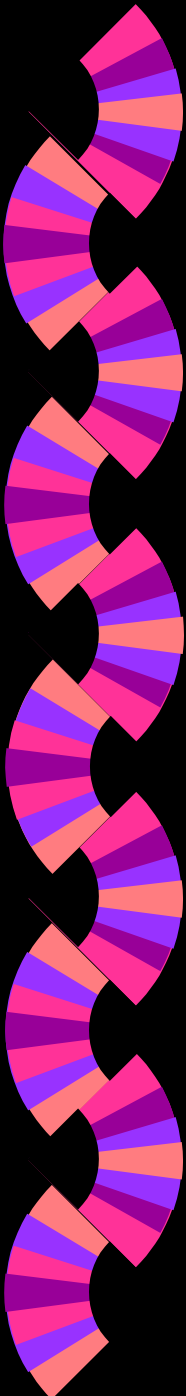
ORGANISMES PARTENAIRES

- **CLSC**
- **RRSSS Chaudière-Appalaches**
- **Centre jeunesse**
- **Sûreté municipale**
- **ACEF**
- **Patro**
- **Service des loisirs**
- **St-Vincent-de-Paul**
- **Centre d'aide et prévention jeunesse**
- **Établissements scolaires**
- **Maison de jour jeunes parents**
- **Maison des jeunes**
- **CEGEP**
- **Municipalité**
- **Association des commerçants**
- **Service social Hôtel-Dieu de Lévis**



ORGANISMES PARTENAIRES (SUITE)

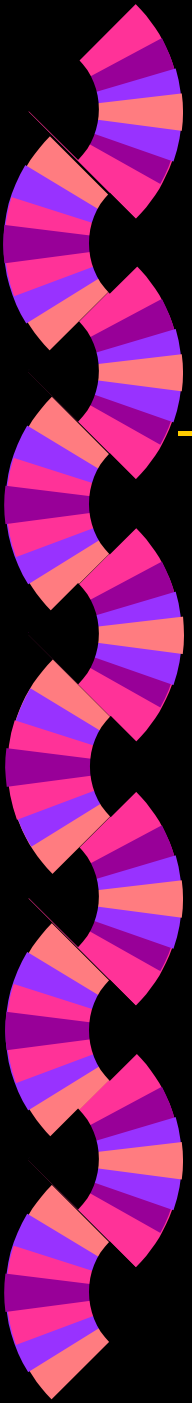
- **Fondation Serge « Pat » Bourque**
- **Cafol**
- **Maison de la famille**
- **Comptoir alimentaire Le Grenier**
- **Quatre-vents (santé mentale)**
- **Contrevent (santé mentale)**
- **ADDS**
- **Centre femme l'Ancrage**
- **Centre de réadaptation l'Estran (D.I.)**
- **Maison des aînés**
- **Comité tripartite santé mentale**
- **Comité régional en développement social**
- **Table maintien à domicile**
- **Emploi-Québec**
- **Coopérative de services Rive-Sud**
- **SERS**



INTERVENTION COMMUNAUTAIRE CONCERTÉE EN SANTÉ MENTALE DANS LES HLM

Problématique

- ▶ **Écarté de son milieu familial**
- ▶ **Peu ou pas de lien avec la communauté**
- ▶ **Isolé**
- ▶ **Absence de personne significative**
- ▶ **Exclu socialement**

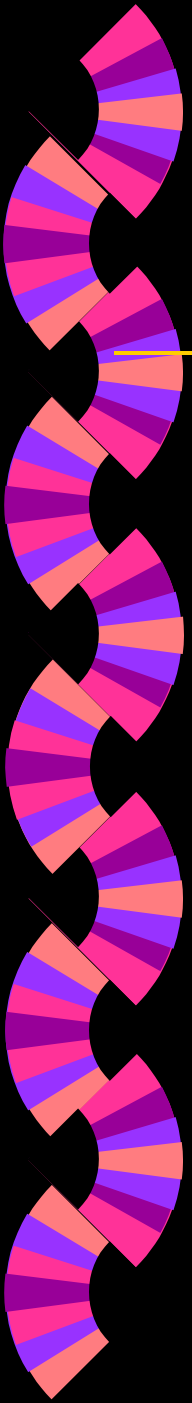


INTERVENTION COMMUNAUTAIRE CONCERTÉE EN SANTÉ MENTALE DANS LES HLM

■ Situations humaines dramatiques

- * Conflits majeurs individu milieu**
- * rejet - intolérance**
- * Qualité de vie en deçà de l'acceptable**
- * Misère humaine et sociale**



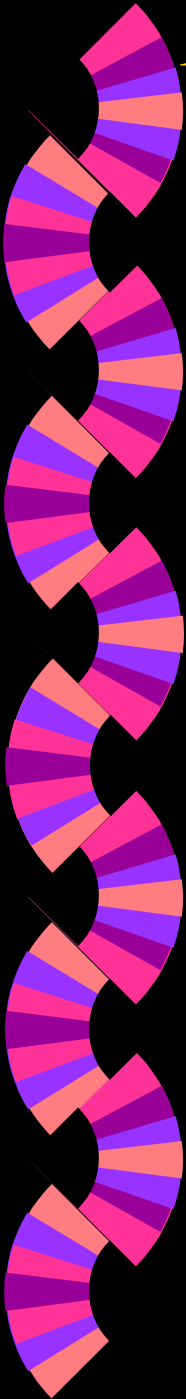


INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

En amont de la 1ère ligne et des problèmes

■ RÔLES

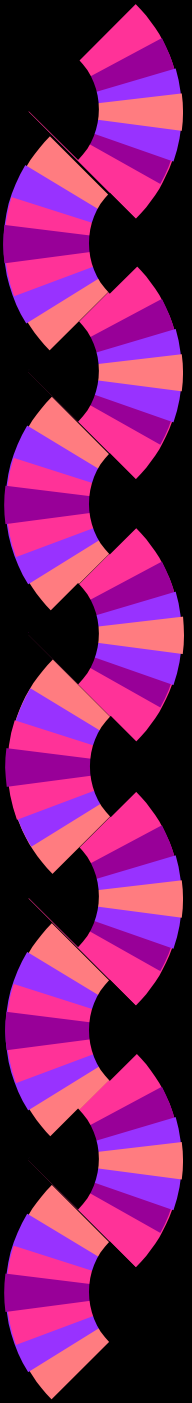
- * fait partie du quotidien**
- * contact simple, rapide et non menaçant**
- * intermédiaire entre les locataires, partenaires et ressources de la communauté**
- * forme et stimule la participation à des groupes, y participe activement et assure un leadership**



INTERVENTIONS/COLLABORATIONS

Avril 1999 à Janvier 2000

Intervenants CLSC / CHSLD Desjardins	98
Locataires	48
Intervenants réseau communautaire	44
Collègues OMH	34
Parents	23
Intervenants réseau santé	8
Intervenants municipal	5
Intervenants éducation	4
Intervenants hospitalier	3
Intervenants justice	1
Total	268

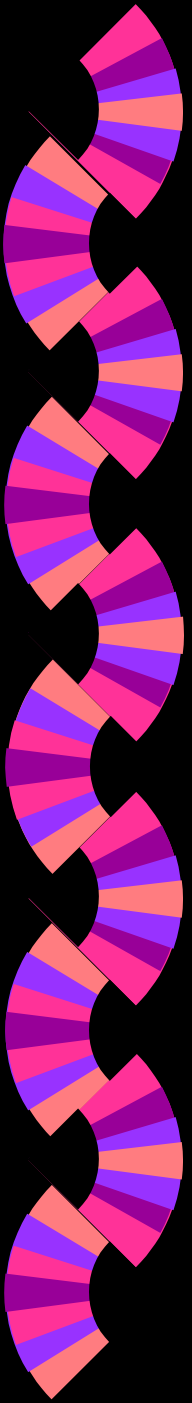


INTERVENANTE COMMUNAUTAIRE

En amont de la 1ère ligne et des problèmes

ACTIVITÉS

- * Interventions de corridor (informelles)**
- * Interventions individuelles (formelles)**
- * Interventions de groupe avec partenaires**
 - + Aqua-Gym**
 - + Club de marche**
 - + Sorties de groupes**
 - + Jardins communautaires**
 - + Cuisines collectives**
 - + Halloween, réveillon de Noël, quilles, etc.**

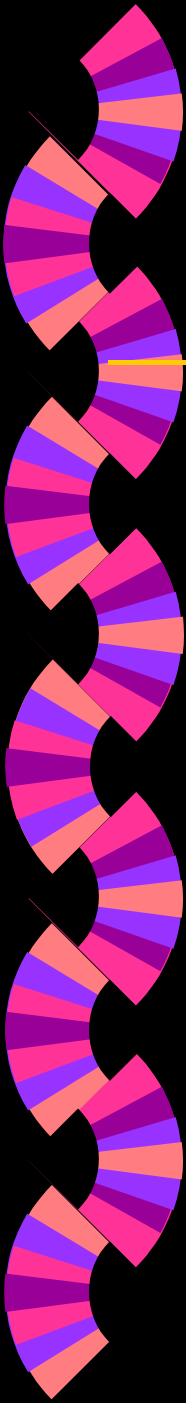


INTERVENANTE COMMUNAUTAIRE

En amont de la 1ère ligne et des problèmes

LES PARTENAIRES

- * CLSC**
- * RRSSS Chaudière-Appalaches**
- * OMH Lévis**
- * Organismes communautaires**
- * Ville de Lévis**
- * ADL**
- * Le Grenier**
- * Le Contrevent**
- * Le Quatre Vents**
- * Groupes de bénévoles**



INTERVENANTE COMMUNAUTAIRE

En amont de la 1ère ligne et des problèmes

- **RATTACHEMENT ADMINISTRATIF ET CLINIQUE**
 - * Employée syndiquée CLSC
 - * Supervision de groupe avec collègues
 - * Participation mensuelle réunion case managers

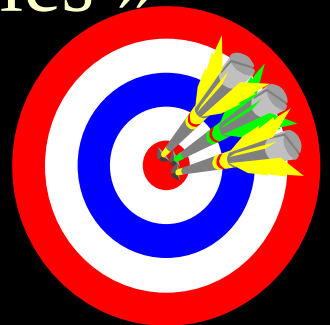
- **CHAMP D 'INTERVENTION**
 - * OMH Lévis

CONCLUSION

« Les personnes visées sont incitées à participer à la vie collective plutôt que de s'isoler dans leurs appartements »

« On mettra l'accent sur les forces de la personnes plutôt que sur des pathologies »

Réf: Réinsertion et maintien en milieu naturel
Éducation permanente, Université de Montréal



CONCLUSION

- « La précarité, l'exclusion et la détresse psychologique font désormais partie du paysage des HLM des villes »
- « Ces actions ont métamorphosé ce milieu »
- « Cette association auparavant inusitée entre logement social et intervention sociale est devenue impérative »
- Réf: Le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal

LA MAISON L'ÉCHELON

Nuances dans l'hébergement et le logement

Pierre DESCHAMPS
Directeur général
Maison l'Échelon, Montréal

Maison l'Échelon inc. existe depuis maintenant 20 ans. Elle a un statut de ressource intermédiaire et reçoit des personnes qui ont des problèmes sévères et persistants de santé mentale. Son financement provient en très grande partie des hôpitaux et de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Nous avons présentement une cinquantaine d'employés à temps plein et une trentaine à temps partiel. Notre budget annuel est d'environ quatre millions de dollars et nous desservons plus de 300 clients en hébergement ainsi que 350 autres clients qui utilisent nos services de centre de jour et notre programme de journal. Notre marque de commerce est notre profond désir de collaborer avec tous les partenaires du réseau, en autant que cela puisse servir au mieux-vivre de notre clientèle. Cette clientèle nous est référée exclusivement par les hôpitaux Louis-H. Lafontaine, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame, Jean-Talon, Hôtel-Dieu, St-Luc et Institut Philippe Pinel.

Les services

Nous avons évidemment des résidences de groupe pouvant recevoir neuf clients. Les résidences ont ceci de particulier, un service d'encadrement est offert par des intervenants 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 52 semaines par année; ce qui revient à dire que nous avons une présence continue de personnel. Nous avons deux résidences de groupe qui sont destinées à des personnes qui ne pourront se diriger vers un milieu moins encadré (personnes moins fonctionnelles) et deux autres résidences qui s'adressent à des personnes pour lesquelles nous avons l'espoir qu'elles transitent vers des milieux qui exigent moins d'encadrement.

Nous opérons un deuxième type de ressources que nous avons appelé l'appartement satellite. Dans la majorité des cas, l'appartement satellite est situé dans le même édifice que la résidence de groupe ou à proximité. Toutefois, le client demeure vraiment en appartement avec plus d'autonomie. Tout en étant libre de ses allées et venues, il bénéficie, s'il le désire, du support d'une personne 24 heures sur 24. Il faut comprendre que le travailleur de la résidence de groupe a également la responsabilité des gens demeurant en appartement satellite. Les clients peuvent également participer aux activités, réunions, repas (à l'occasion) de la résidence de groupe.

La maison de chambres constitue le troisième type de service. Ici, nous offrons une personne ressource (un intervenant) 35 heures par semaine. De plus, les dîners et soupers, sept jours par semaine, sont servis aux clients qui sont au nombre de onze.

Le quatrième service est très certainement celui qui prend le plus de place à la Maison l'Échelon, plus de 150 personnes y ont accès. C'est ce que nous avons nommé les appartements supervisés. Dans un édifice qui peut contenir de vingt à cent appartements, nous prenons entente avec le propriétaire qui nous en réserve vingt. Ces logements sont tous meublés et il s'agit plus la plupart, de studios. De plus, nous occupons à l'intérieur de ce même édifice un appartement plus grand qu'un studio afin d'y aménager le local communautaire.

Pour les vingt résidents des appartements supervisés, nous n'engageons généralement qu'un seul intervenant qui y travaille 35 heures par semaine, du lundi au vendredi. Un soir de travail par semaine est obligatoire. Afin d'avoir un plus grand accès au local communautaire, certains clients en possèdent la clé et peuvent l'ouvrir à d'autres heures que celles où l'intervenant est présent.

Le cinquième et dernier service concernant l'hébergement est celui du suivi communautaire appelé chez nous, appartement relais. L'intervenant rencontre deux fois par mois le client chez lui ou dans un lieu public. Il communique avec le client par téléphone et l'implique dans les sorties avec les personnes résidant en appartements supervisés. Le client peut également, à des heures prédéterminées, se rendre au local communautaire des appartements supervisés.

Il ne faut pas oublier également que le centre de jour peut être un appui important aux personnes qui demeurent en hébergement supervisé.

Le support

Dès le départ, nous avons essayé de trouver notre propre identité d'intervention; non pas qu'il était nécessaire de faire différent, mais tout simplement parce que nous avions nos propres convictions et que surtout, nous travaillions dans un environnement différent. Il n'était donc pas question d'agir sur le même terrain et avec la même philosophie que le personnel des centres hospitaliers, même si nous souhaitions une étroite collaboration. Plus réalistement, l'entrée d'un nouvel acteur dans le système de la santé changeait, en grande partie, l'approche plus traditionaliste. En ajoutant un partenaire, toute la structure devenait différente. L'approche que nous avons développée s'est donc construite à partir de ce que nous vivions avec le client et de la nouvelle relation avec les partenaires.

Je dois vous confier que nous ne sommes pas partis (à tort peut-être) de grandes théories ou de grandes thérapies qui prétendent avoir une bonne partie des solutions; nous n'avons jamais prétendu ou voulu guérir le client. Nous ne voulions pas que le client s'adapte à une méthode de traitement, nous voulions nous approcher de ses besoins. Notre souhait était

davantage de lui simplifier la vie, en l'accompagnant dans certaines de ses phases de la vie, et lui permettre de prendre son rôle de citoyen à part entière.

Objectif

Favoriser l'autonomie de la clientèle par l'accessibilité à un domicile fixe dont la qualité de l'aménagement (espace, ameublement, propreté) et de l'environnement (voisinage, locataires, concierge, proximité des services de transport, de loisirs, financiers et d'organismes communautaires) est comparable ou supérieure aux normes québécoises d'habitation dans un rapport qualité/prix.

Supporter la clientèle dans le maintien de ses habitudes de vie et dans l'amélioration des habiletés d'adaptation aux tâches de la vie quotidienne (entretien ménager, gérance d'un budget, préparation des repas, prise de médication, hygiène personnelle, etc.).

Rendre la clientèle capable de fonctionner et de s'intégrer dans son milieu de vie; de parfaire ses relations interpersonnelles; de respecter des consignes et des règlements.

Faciliter l'intégration à la vie de quartier (épicerie, banque, quincaillerie, etc.) et à long terme à la société et ce, dans tous les domaines.

Initier et promouvoir des activités sociales, culturelles, sportives, éducatives et autres en favorisant l'apprentissage de nouvelles connaissances, en augmentant ses possibilités de socialisation et en lui permettant d'assumer ses responsabilités.

Diminuer les abus, à tous les niveaux, dont peut être victime la clientèle par le biais d'une information adéquate et de références appropriées.

Évidemment, placer le client en situation d'autonomie relative, c'est lui faire confiance, c'est croire en ses possibilités et son pouvoir d'agir, c'est le gratifier, c'est le reconnaître, ce n'est plus l'autonomie "un concept", c'est l'autonomie "la réalité". La vie n'est ni virtuelle ni imaginaire. Toute notre conception de l'aide que nous pouvions apporter doit forcément référer à ce concept d'autodétermination.

Le rôle des travailleurs demeure donc de supporter, d'encourager, de stimuler les clients à faire ou agir plutôt que faire ou agir pour eux. Toutefois, nous devons confronter certaines limites qui nous obligent à plusieurs reprises de colmater des brèches au nom d'un autre concept, la qualité de vie.

Nous devons donc respecter les limites que s'impose un client, le refus de stimuli qui pourrait lui nuire, donc le respect de ce qu'il est, de ce qu'il désire.

L'intervenant ne joue pas le rôle d'expert qui connaît les solutions aux problèmes, il amène le client à développer ses propres solutions et le supporte dans le domaine du possible. Ne

pas se prendre pour un expert face à une personne démunie, voilà où il nous faut être expert.

Les jugements de valeur c'est ce qui nous confronte le plus dans le quotidien. Faire naître son destin et non pas le nôtre, l'assister à réaliser son concept de qualité de vie et non pas le nôtre, refuser la prise en charge et le protectionnisme là où il n'est pas nécessaire.

Les ententes de services

Au début, nous avons essayé de façon honnête de travailler avec les propriétaires privés. Le type d'édifice que nous recherchions (studios meublés) n'étaient pas les mieux entretenus et la clientèle qui y demeurerait laissait quelquefois à désirer. Après un certain temps, nous nous sommes rendus compte qu'il serait difficile à long terme de reconduire nos ententes à la satisfaction des deux groupes. De notre point de vue, le propriétaire n'entretenait pas adéquatement le loyer (réparation douteuse, temps d'attente très long et équipement qui laissait à désirer). Un deuxième élément qui nous apparaissait également problématique était l'attitude peu respectueuse et quelquefois abusive des concierges.

Dès lors, si nous voulions continuer le travail que nous avions entrepris, il fallait se donner un deuxième mandat, celui de propriétaire ou gérant d'édifice, ce qui nous apparaissait comme compatible avec le travail que l'on avait entrepris avec la clientèle.

La première démarche entreprise fut auprès de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). Un édifice de 26 unités (studios spacieux) sera construit en 1986. Un taux hypothécaire privilégié nous permettra d'accueillir nos résidents en leur laissant des loyers à un prix très raisonnable. À la même époque, dans un autre projet avec la SCHL, nous rénovons dans l'est de Montréal une maison qui servira de résidence de groupe, complétée de quatre appartements satellites, encore là à un taux hypothécaire privilégié (programme 56,1).

Ces projets règlent seulement une partie de nos problèmes, il faut d'autres solutions. En 1990, nous apprenons que la Société d'habitation et de développement de Montréal (SHDM) achète des édifices dans le but d'en faire des coopératives ou de les donner en gérance à des organismes pour une clientèle particulière. Nous nous inscrivons dans ces programmes et quelques années plus tard, nous gérons trois édifices de la SHDM : un sur le Plateau Mont-Royal, un dans Montréal Centre-Sud et un autre dans Rosemont. Ce qui totalise environ soixante quinze unités (presque tous des studios). La qualité des logements et des équipements est sous notre responsabilité ainsi que l'embauche du concierge, ce qui change, à notre point de vue, radicalement la qualité des logements. De plus, les ententes cordiales avec la SHDM nous facilitent la création de locaux communautaires à l'intérieur de l'édifice.

Un autre partenaire facilite également l'amélioration de nos services, la Société d'habitation populaire de l'est de Montréal (SHAPEM) dont la vocation est le logement social, et qui

prend entente avec nous. Dans deux des édifices que gère l'organisme, nous réservons dans chacun d'eux, une vingtaine d'appartements. Nous retrouvons des conditions similaires à celles convenues avec la SHDM.

Tout récemment, un autre collaborateur s'est ajouté à la liste, l'Office Municipale d'Habitation (OMH). L'entente est à l'effet que dans un complexe d'une centaine d'appartements, Maison l'Échelon réserve 20 unités, soit des studios et des 2 ½ pièces. Évidemment, les clients qui s'inscrivent dans ce programme doivent continuer à faire partie du programme de Maison l'Échelon sinon, ils doivent quitter leur appartement. Toutefois, l'avantage pour le client, dans une conception d'autodétermination, est le suivant : nous savons que 95% et plus des clients qui veulent demeurer en appartement possèdent peu de biens, principalement au niveau de l'ameublement. Comme nous le savons, l'OMH ne loue pas ses loyers meublés. Il fallait donc trouver une solution si nous voulions donner accès à nos clients à ce type de logement. Voilà donc le plan qui a été élaboré. Maison l'Échelon a meublé tous les appartements en achetant tous les meubles nécessaires (on parle ici de mobilier neuf). Comme les résidents ne payent que 25% de leur revenu à l'Office, soit des loyers de 200 \$ à 210 \$ par mois, un montant supplémentaire de 80 \$ par mois est exigé par l'Échelon afin de défrayer le coût des meubles. Ceci a pour effet qu'après trois ans en loyer, les meubles appartiennent en totalité au client, ce qui lui donne un plus grand choix dans sa recherche pour un logement autonome et indépendant à toute attache.

Nous avons présentement deux groupes d'appartements qui demeurent dans le privé et nous comptons changer la situation au cours de la prochaine année pour l'un d'eux.

Maison l'Échelon n'est pas partie avec une conception fermée du logement et de l'hébergement, nous avons plutôt tenu compte des besoins et nous avons essayé de nous adapter. Nous avons toujours été à l'affût de différents services qui s'offrent dans la communauté, nous avons tout fait pour s'y adapter du moment que cela pouvait servir les clients.

LA RÉSIDENCE DE L'ACADÉMIE

Entre le milieu protégé et le marché privé

Yves GIRARD
Organisateur communautaire
CLSC du Plateau Mont-Royal, Montréal

Résumé

Mise sur pied au tournant des années 80, la Résidence de l'Académie développe sur le Plateau Mont-Royal trois projets de logements sociaux qu'elle destine à des personnes éprouvant des troubles de la santé mentale. En collaboration avec la Fédération des organismes sans but lucratif d'habitation de Montréal, elle met progressivement en place un certain modèle de gestion inspiré à la fois des formules de logement supervisé et du milieu des maisons de chambres privées, adapté au profil de ses locataires et à l'organisation des services dans son environnement. Compte tenu du degré de stabilité de ses locataires et de l'amélioration significative de leurs conditions de vie, l'expérience de la Résidence peut peut-être contribuer à orienter les politiques et les pratiques de logement, de soutien et de réinsertion des personnes éprouvant des troubles de la santé mentale.

TEXTE DE LA CONFÉRENCE

Remerciements

Je voudrais d'abord remercier les organisateurs de m'avoir invité à venir présenter ici l'expérience de La Résidence de l'Académie. Je suis organisateur communautaire au CLSC du Plateau Mont-Royal depuis quinze ans et la Résidence est le dossier sur lequel je travaille depuis le plus longtemps. Je n'y suis plus impliqué avec la même intensité que par le passé et l'occasion qui m'est fournie de préparer cette conférence m'aura permis d'effectuer une sorte de bilan, chose qu'on n'a malheureusement pas souvent l'occasion de faire.

Avertissement

Je souhaiterais d'emblée préciser ce que le titre de ma présentation ne veut pas dire. La Résidence de l'Académie n'est pas et ne sera jamais un passage entre ce que j'appelle ici les milieux protégés (familles d'accueil, foyers de groupe, appartements supervisés et autres) et le logement privé. Ça peut être le cas, ça s'est vu, c'était le résultat de cheminements et de parcours individuels auxquels la Résidence a peut-être contribué et c'est tant mieux. Mais la Résidence ne se présente pas comme une ressource

d'hébergement temporaire, un espace transitoire. Elle offre du logement permanent à des personnes ciblées, certes, qui présentent un profil de santé particulier, mais avec lesquelles elle contracte un bail standard comme le ferait n'importe quel propriétaire, avec les dimensions de pérennité que ça implique. Dans la mesure du possible, elle entretient avec ses locataires les relations que tout bon propriétaire devrait avoir, marquées notamment par le respect de la vie privée, la volonté de maintenir un environnement sain et paisible, etc. Elle intègre toutefois à ses pratiques de gestion certains principes inspirés des formules de milieux protégés ou supervisés, adaptés au spécifique de cette forme de logement. Elle offre donc un certain soutien, une certaine attention à ses locataires, comme ne le ferait pas nécessairement tout propriétaire. C'est en ce sens qu'elle constitue quelque chose entre le privé et les milieux protégés.

Je souhaite aussi dans la même veine préciser que la Résidence de l'Académie ne se percevra jamais comme une alternative aux milieux protégés présentés précédemment, ni même au logement privé. Un organisme comme le nôtre n'a ni les moyens ni les compétences pour encadrer et soutenir les personnes qui vivent généralement en appartement supervisé. On peut le dire parce que c'est un milieu qu'on connaît relativement bien, avec qui on collabore beaucoup, et d'où proviennent plusieurs de nos locataires. Ils y ont principalement acquis l'autonomie qui nous permet de les recevoir chez nous, et ils continuent souvent de bénéficier des services de ces mêmes ressources. De la même façon que la Résidence ne saurait donc se présenter comme une alternative à ce type de milieu, elle ne peut non plus être vue comme une alternative au logement privé pour toutes les personnes qui présentent le même profil. Pour certaines d'entre elles, la Résidence propose quelque chose d'encadré, trop institutionnel, dans la forme. Aussi, si elle peut sans doute inspirer certains projets, la Résidence n'a en aucun cas la prétention d'être un modèle clef en main exportable et généralisable. C'est une formule qui fonctionne plutôt bien que mal, à coups d'essais et d'erreurs, dans un contexte particulier, avec une clientèle particulière. Elle s'inscrit en continuité et en complémentarité avec d'autres types de ressources.

Le Plateau Mont-Royal...

Juste deux mots sur le quartier où je travaille. C'est un ancien quartier populaire, qui est devenu ces dernières années très très populaire. Il y a actuellement une folie sur le marché immobilier qui se répercute inévitablement sur le marché locatif, qui représente encore 80 % du stock de logement, avec les conséquences qu'on peut imaginer pour les ménages à faibles revenus. On assiste aussi à un exode des familles. Le Plateau est de plus en plus un quartier de jeunes adultes, dont le taux de scolarisation dépasse largement la moyenne montréalaise, et dont les revenus sont en train de rattraper la moyenne montréalaise. Il reste toutefois une proportion assez importante d'immeubles à petits logements, qui présentent encore peu d'attraits pour les développeurs, où se concentre une population à très faible revenu, peu scolarisée, souvent très isolée.

La Résidence en bref

La corporation est mise sur pied en 1986 à l'initiative d'un organisateur communautaire du CLSC du Plateau Mont-Royal impliqué dans le réseau des intervenants des quartiers centraux de Montréal préoccupés par la situation des chambreurs. Ces intervenants, regroupés autour de la Table de concertation des maisons de chambres, tentent depuis plusieurs années d'alerter les pouvoirs publics sur la dégradation du stock de maisons de chambres à Montréal et sur la situation des personnes qui y vivent. À l'approche de l'Année internationale des sans-abris, de nouvelles ouvertures dans les programmes de logements sociaux leur permettent d'initier des projets subventionnés de rénovation et de construction de maisons de chambres et d'immeubles à petits appartements. C'est dans ce contexte que la Résidence développe son premier projet, le recyclage d'une ancienne résidence d'une communauté religieuse en 18 studios, qui accueille ses premiers locataires en 1988.

La clientèle de la première maison est assez représentative de celle des chambreurs. Il s'agit très majoritairement d'hommes, dont la moyenne d'âge tourne autour de la cinquantaine. Tous vivent de prestations de la Sécurité du revenu, de la Régie des rentes ou sont pensionnés. Plusieurs ont de sérieux problèmes de consommation d'alcool et les débuts de mois sont souvent assez difficiles. On retrouve aussi quelques personnes plus jeunes et quelques femmes qui se distinguent des autres locataires par le fait qu'ils présentent des troubles de santé mentale sévères. Ces personnes, qui apparaissent plus vulnérables à la culture et aux conditions du marché privé économique, semblent profiter particulièrement des avantages que leur procure un logement à la Résidence. Elles stabilisent leurs fragiles acquis, développent des projets de vie, bref, elles s'appuient sur la sécurité financière et matérielle que leur apportent leurs nouvelles conditions de logement pour améliorer d'autres aspects de leurs conditions de vie.

Aussi, quand les perspectives de développement d'un nouveau projet se présentent, les administrateurs de la corporation décident de cibler de façon plus spécifique cette clientèle dans le recrutement. On profite donc de la possibilité d'effectuer une certaine discrimination positive offerte par le programme de logement pour approcher divers organismes et établissements œuvrant auprès de ces clientèles et les inviter à référer des personnes. Celles-ci doivent présenter des troubles de santé mentale situationnels ou persistants, démontrer leur autonomie, c'est à dire leur capacité à vivre seul en logement, et si besoin est, elles doivent aussi disposer du soutien d'une ressource externe susceptible de les aider à maintenir et à développer cette autonomie.

C'est autour de ces principes au chapitre de la clientèle que la Résidence inaugure son deuxième projet en 1991 et son troisième et dernier en 1995. La corporation compte aujourd'hui 51 unités de logement dans trois immeubles tous situés dans le Plateau Mont-Royal. Les critères de sélection présentés plus tôt s'appliquent désormais à tous les ensembles. Tous les projets de la Résidence ont été réalisés grâce au programme sans but lucratif privé, une subvention annuelle venant couvrir l'écart entre les frais d'exploitation et les revenus de location fixés à environ 25 % du revenu des locataires. À titre indicatif,

le loyer mensuel moyen d'un bénéficiaire de la Sécurité du revenu pour un studio meublé et chauffé s'élèvera à environ 185 \$, la moitié de ce qu'il en coûterait pour un logement semblable dans le privé. Pour des personnes dont les revenus mensuels sont de 500 \$ ou 700 \$, ça représente un avantage substantiel.

La gestion des ensembles...

...est sous la responsabilité d'un conseil d'administration constitué majoritairement de représentants du milieu (résidents, organismes, CLSC) et de représentants des locataires. Dans les premières années, c'est le conseil qui voit seul à l'encadrement du concierge et à la gestion financière, immobilière et sociale des maisons. En 1993, le conseil confie la gestion de ses ensembles à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal. Cette fédération a été mise sur pied au tournant des années 80 par les promoteurs des premiers projets d'OSBL, pour regrouper les corporations, leur donner une force de représentation politique et développer des services communs. Dès son implantation, la FOHM développe une expertise en gestion de logements sociaux destinés à des personnes marginalisées, en signant avec l'Office municipal d'habitation de Montréal un contrat de gestion pour certains ensembles que l'Office destine à cette clientèle. La Résidence de l'Académie deviendra le premier OSBL à confier par contrat l'ensemble de ses opérations à la FOHM. Précisons que les termes financiers du dit contrat se situent à l'intérieur des paramètres budgétaires fixés par la SHQ et que la Résidence ne reçoit aucun autre financement que celui du Programme sans but lucratif privé.

La gestion sociale et la notion de support communautaire...

...sont sans doute ce qui caractérise le plus le spécifique de l'expertise qui s'est développée à la Résidence de l'Académie et plus largement dans le réseau des OSBL d'habitation destinés aux personnes marginalisées. Je vais donc m'y attarder en précisant toutefois que ce que je présenterai ici s'applique à la réalité de la Résidence et n'est pas nécessairement généralisé à l'ensemble des OSBL. Chaque corporation a des principes, des politiques et des façons de faire pour encadrer sa pratique de soutien des locataires adaptés à sa culture, à ses valeurs, à sa clientèle et à l'organisation des services dans son environnement.

Je l'ai dit précédemment, la Résidence recrute comme locataires des personnes qui, par définition, sont fragiles. Elles ont la plupart du temps un très faible réseau social et ont souvent coupé systématiquement les liens avec leur famille. Leur état de santé, bien que généralement stabilisé, reste évidemment fragile, soumis aux changements de saison, aux épreuves et aux échecs, aux changements dans la réponse à la médication ou dans la prise de médicaments, aux irritants dans l'environnement, etc. Si en général, on est en mesure d'identifier assez rapidement les premiers symptômes de désorganisation, on sait rarement d'une fois à l'autre jusqu'où ça peut aller. Et ça va parfois très loin.

Nos immeubles sont donc à l'image de nos locataires; agréables mais aussi très sensibles, très fragiles et pas toujours prévisibles. La corporation doit donc tenter de trouver un équilibre qui tienne compte à la fois de la nécessité de rejoindre les personnes les plus vulnérables et de sa capacité limitée à gérer les situations de crise.

Le processus de sélection des locataires est donc crucial. Les entrevues individuelles de sélection, menées par un membre du conseil et un membre du personnel de la FOHM, visent donc à nous assurer que le requérant satisfait les conditions de base pour l'attribution d'un logement à loyer modique, mais elles nous permettent surtout de bien connaître la personne, ses habitudes de vie, son profil. On n'y aborde que très rarement la maladie en tant que telle, mais on peut, par exemple, demander comment la personne réagit lorsqu'apparaissent des symptômes de désorganisation. L'entrevue pourra aussi nous permettre d'avoir des indications nous guidant dans le choix de l'immeuble et même parfois du logement (il y a une dynamique, une culture propre à chacune des maisons; il y a sur Chambord, par exemple, un certain noyau d'artistes et une vie communautaire plus riche qui ne conviendrait pas à tout le monde. Autre exemple, on essaiera de ne pas loger quelqu'un qui vit la nuit aux étages supérieurs ou au-dessus de quelqu'un qui est plus sensible au bruit. De la même façon, on évitera de loger quelqu'un qui semble avoir des problèmes importants de comportement dans le logement d'une personne qui vient de quitter après avoir déstabilisé la moitié d'une maison). L'entrevue de sélection permet donc d'intervenir un peu et avec des limites certaines sur les milieux que l'on crée. Elle permet aussi d'évaluer, toujours avec des limites, si la personne est assez autonome pour vivre seule en logement. On vérifie aussi si le demandeur dispose d'un suivi quelconque pour l'aider à maintenir et à développer son autonomie. Au besoin et évidemment avec l'aval du demandeur, on contactera l'intervenant pour valider certains éléments et nous assurer de son appui. Il peut arriver parfois qu'une personne soit acceptée à certaines conditions, comme se défaire d'au moins la moitié des huit chats qu'elle n'arrive pas à entretenir. L'entrevue nous permet enfin d'établir l'ordre de priorité des demandeurs sur la liste d'attente. Je précise que les demandeurs ne sont jamais tenus d'accepter immédiatement le logement qui leur est proposé et peuvent choisir de passer leur tour jusqu'à ce qu'un nouveau logement devienne vacant.

Le processus de sélection n'en est pas un de filtrage ou d'écramage des demandeurs. Il est très rare, même exceptionnel, que des demandes soient refusées. Quand c'est le cas, on essaie d'orienter vers d'autres ressources, mieux adaptées, ou disposant de plus d'effectifs. L'idée, je le répète, est d'assurer un certain équilibre et une certaine hétérogénéité, qui tienne compte de l'intérêt de la majorité, de notre responsabilité et des moyens dont on dispose sur place.

Un autre élément clé du support communautaire est la présence d'un concierge résident. Inspiré des maisons de chambres, le principe du concierge résident fait qu'en tout temps la corporation a une antenne dans ses maisons. Une antenne qui se charge de l'entretien certes, mais qui connaît tout le monde par son petit nom, et qui en sait souvent plus sur l'histoire de nos locataires que la plupart des professionnels qui les traitent. C'est une tâche exigeante, qui demande de la disponibilité, un bon équilibre, un bon jugement, de la

discrétion et la capacité de prendre des distances, ce qui n'est pas évident quand on travaille là où l'on vit. C'est souvent par notre concierge (il y en a un seul pour les trois maisons) qu'on saura que tel locataire semble en difficulté, parce qu'il a changé significativement ses habitudes, s'isole ou se néglige. C'est habituellement là qu'entre en ligne de compte l'intervenant communautaire de la FOHM, bien que sa tâche ne se limite pas à ces seules situations.

Avec une disponibilité d'environ une demie journée par semaine, l'intervenant communautaire est celui qui tente de régler les problèmes quand ils se présentent. C'est lui qui référera tel locataire qui souhaite de l'aide pour entretenir son logement vers la ressource d'entretien ménager du quartier. C'est aussi lui qui tentera d'amener deux locataires à se rencontrer pour trouver une solution au litige qui les oppose. C'est lui qui, alerté par la dégradation importante de l'état d'un locataire, contactera la ressource qui le suit pour souvent apprendre que la personne n'a plus de suivi depuis six mois. C'est lui qui tentera de mobiliser les ressources du milieu pour essayer d'éviter la désorganisation totale et l'hospitalisation en urgence de la même personne, souvent sans succès. C'est lui aussi qui aidera les locataires d'une maison à organiser une épiluchette de blé d'inde, un souper de Noël, une sortie au jardin botanique. C'est souvent enfin celui qui devra essayer d'apprendre à ne pas intervenir à la place de ceux qui devraient intervenir mais qui sont plus ou moins disposés à intervenir pour divers motifs qui n'ont rien à voir avec l'éthique professionnelle...

C'est donc un peu ce qui tisse la trame de ce qu'on pourrait appeler le support communautaire à la Résidence. D'autres facteurs viennent, à notre avis, bonifier notre intervention en matière de logement et de réinsertion. J'en livre quelques uns en vrac.

L'intégration anonyme au milieu...

La corporation a toujours développé et inauguré ses projets avec une certaine discrétion, ne clamant pas, sinon par obligation, qu'il s'agissait de logements subventionnés et encore moins de logements subventionnés pour personnes ayant des troubles de santé mentale. Quelques anecdotes pour illustrer. Trois ou quatre semaines après l'entrée dans les logements de la deuxième maison, des employés de la SHQ viennent installer un panneau de 4 par 8 en devanture indiquant en lettres de 6 pouces de haut qu'il s'agit d'un autre projet réalisé dans le cadre de l'entente fédérale provinciale créant 15 unités de logement subventionnées pour personnes seules en difficulté. Le concierge m'appelle dans l'heure pour m'en informer et je l'autorise à enlever immédiatement le panneau en question. Marcel m'informe que lui et les locataires ont déjà procédé... Notre dernier projet est situé dans un secteur particulièrement prisé du Plateau, en plein cœur du quartier et à deux pas de l'avenue Mont-Royal. C'est aussi un magnifique projet au plan architectural. Dès la mise en chantier, des dizaines de personnes viennent demander à qui s'adresser pour acheter ou louer. Nous avons remédié à la situation en installant un panneau indiquant que toutes les unités étaient déjà vendues.

L'aménagement et l'ameublement des logements...

....dans les premiers projets sont fortement inspirés par le modèle des maisons de chambres, même si toutes les unités ont une salle de bain complète. La majorité des organismes sans but lucratif font affaire avec une entreprise d'insertion qui fournit l'ameublement de base à prix compétitif. Chaque unité est dotée d'un lit capitaine, d'une commode, d'une table et de deux chaises. Ça donne quelque chose de très robuste et de durable, mais l'environnement est assez austère. Dans son mémoire de maîtrise déposé en 1993 à la faculté d'aménagement de l'Université de Montréal et portant sur les pratiques d'habitation dans les OSBL, Sonia Coté indique notamment que les femmes n'osent pas recevoir des hommes dans leur logement, parce que la présence du lit au milieu de la seule pièce crée un inconfort certain. Dans son dernier projet, la Résidence arrive à faire intégrer dans les coûts de réalisation l'installation de lits doubles escamotables. Cet équipement, particulièrement apprécié par les locataires, leur permet de maximiser l'espace habitable le jour, de profiter d'un environnement plus joyeux et plus convivial et leur reconnaît le droit à un certain confort pour tout ce qu'on peut faire dans un lit, seul ou avec d'autres....

La concentration ...

...au sein d'un même immeuble de personnes présentant des problématiques similaires pourrait être perçue comme un frein à la réinsertion ou comme quelque chose de contre thérapeutique. Ce sont en tout cas des considérations qu'on avait lors de notre virage au niveau de la clientèle, même qu'on se demandait si on ne créait pas des petites bombes à retardement, où la désorganisation d'un locataire risquait d'avoir un effet domino. D'une part, on doit reconnaître que la clientèle de nos maisons n'est pas si différente de celle de certains immeubles semblables dans le marché privé. D'autre part, à l'usage, on a plutôt tendance à constater qu'il se crée dans nos maisons au pire un certain climat de tolérance et de compréhension dans les situations de tension, et au mieux un esprit d'entraide et une certaine vie communautaire. Là-dessus, je tiens à dire qu'on ne force rien, au sens où on n'initie plus de projets visant à mobiliser les locataires autour d'activités ou d'objectifs communs, bien qu'on puisse les soutenir quand l'initiative vient d'eux, et encore.

Je me souviens, entre autres, du refus du conseil d'administration de soutenir financièrement et autrement l'implantation d'une cuisine collective dans une maison. Nous avons jugé préférable d'orienter les promoteurs vers le regroupement des cuisines collectives du quartier, en estimant qu'il valait mieux tenter de les intégrer aux initiatives du milieu que de les encourager à se refermer sur leur petite communauté.

L'impact pour les locataires...

...d'un projet comme celui de la Résidence de l'Académie a été partiellement évalué dans une étude récente réalisée par des chercheurs du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales de l'UQAM. La recherche, intitulée *Évaluation de l'intervention*

du logement social avec support communautaire, concluait que les répondants (dont une partie était locataire de la Résidence) s'estimaient nettement plus satisfaits de leurs conditions/générales de vie depuis qu'ils avaient leur logement qu'auparavant. Le degré de satisfaction dépassait largement les éléments liés strictement aux conditions financières et matérielles, pour s'étendre à d'autres champs, comme les relations interpersonnelles, les conditions de santé, l'accès aux services.

Une recherche qui évaluerait si le fait de demeurer à la Résidence ou dans un projet similaire a un impact sur le nombre et la durée des hospitalisations ou sur le recours aux services plus lourds, permettrait sans aucun doute de justifier les sommes investies dans de telles initiatives. On peut espérer que ça viendra.

La Résidence de l'Académie n'a pas nécessairement de grosses histoires à succès à raconter. Certains de nos locataires retournent aux études, d'autres s'inscrivent dans des mesures de réinsertion sur le marché du travail, d'autres peuvent même trouver des petits boulots, mais rares sont ceux qui ont amélioré leur situation financière au point de pouvoir quitter pour prendre un vrai logement. En moyenne, le taux de vacances annuel dans nos maisons dépasse rarement 10 % et les départs sont plus souvent qu'autrement liés à un décès, une perte d'autonomie majeure ou à une résiliation de bail suite à une décision de la Régie du logement.

Dans un contexte où le mythe de la réinsertion économique des personnes marginalisées est en voie de devenir une religion, on pourrait prétendre que la Résidence n'a pas une grosse moyenne au bâton. On peut toutefois opposer à cela que le maintien des fragiles acquis de personnes particulièrement vulnérables, l'amélioration générale de leurs conditions de vie et l'accès à un très relatif confort et à une certaine dignité constituent des objectifs socialement tout à fait acceptables, n'en déplaise à ceux qui essaient de nous faire croire que l'accès au marché du travail et l'autonomie financière sont à la portée de tous en ces temps de relance économique.

Avant de terminer...

...je souhaiterais exprimer certaines réflexions partagées, je crois, par les personnes travaillant dans ce secteur ou impliquées bénévolement dans les corporations.

On évoque souvent les initiatives et alternatives développées dans le secteur communautaire comme des réalisations issues des communautés illustrant leur capacité de se prendre en charge et c'est vrai. Je suis assez bien placé pour juger de la vitalité des communautés locales et de leur capacité à développer des approches novatrices. Mais il leur faut des moyens, du soutien et parfois une certaine impulsion. Tant pis si j'ai l'air de prêcher pour ma paroisse, mais il faut notamment maintenir dans les CLSC une pratique forte d'action communautaire, laisser aux intervenants de la latitude, de la disponibilité aux demandes du milieu, de la place à l'expérimentation, à l'intuition, et ne pas les inscrire dans des logiques purement sociosanitaires, des programmations étroites établies dans une

logique technocratique plus pour répondre aux besoins du système qu'à ceux de la population. Je n'ai pas trop de difficulté à dire ici que ce qui s'est développé d'alternatif au niveau du logement pour les personnes marginalisées à Montréal n'est pas le fait du réseau alternatif en santé mentale, ni du FRAPRU, ni du réseau institutionnel en réadaptation. Ça tient en fait en bonne partie à une poignée d'intervenants communautaires, de CLSC, du YMCA, d'un centre d'accueil en toxico et de quelques groupes communautaires qui plus souvent qu'autrement, ont profité de la marge de manœuvre que leur laissait leur employeur.

Dans le même sens, il faut résister à la tentation très forte dans les appareils d'état par les temps qui courent de « plaquer » des programmes normés mur à mur, sans aucune latitude, où le rôle des éventuels promoteurs se limite à celui de maître d'œuvre ou pire de sous-traitant. Il faut plutôt créer des opportunités réelles, laissant place à l'imagination et à la créativité et redonnant aux promoteurs et aux gens de terrain leur rôle d'artisan. S'il faut fixer des balises, qu'on donne à ceux qui devront s'assurer de leur respect la capacité de les adapter au terrain.

Là dessus, je tiens à le dire, nous avons eu la chance, dans la réalisation de nos projets, de travailler avec des chargés de projet à la SHQ exceptionnels.

Il devient à notre avis impératif de voir à l'élargissement de l'accès au logement subventionné pour les personnes marginalisées. L'écart entre l'offre et la demande est tellement grand, les chances pour ces personnes de se voir attribuer un logement à loyer modique tellement minces, qu'on devrait peut-être songer à faire passer l'administration des programmes de la SHQ à Loto Québec... Il est impensable que les personnes les plus fragiles, dont on s'attend à ce qu'elles s'intègrent ou se réintègrent harmonieusement dans la société, n'aient en général accès qu'à ce que le marché privé offre de pire comme conditions de logement. L'atmosphère dans certains immeubles des quartiers centraux n'est pas sans rappeler celui de certaines institutions, la salubrité et le personnel soignant en moins. Si la reconduction de programmes comme celui dont il a été question ici ne sont plus envisageables compte tenu des nouvelles cibles budgétaires de nos gouvernements, on pourrait peut-être au pire envisager de développer et d'accroître l'accessibilité au *supplément au loyer* ou d'étendre des programmes comme *Logirente* à d'autres catégories de personnes. Au-delà des avantages économiques certains, de telles formules permettraient de diversifier l'offre et de laisser le libre choix aux personnes.

Puisqu'on parle de l'argument économique, je me permettrai de dire que le déficit annuel d'une seule de nos maisons est très avantageusement comparable à celui d'un seul lit en psychiatrie. En outre, et on se plaît à le dire à chaque assemblée générale annuelle de nos locataires, le dit déficit est attribuable en majeure partie à l'intérêt sur l'emprunt hypothécaire.

On aurait peut-être enfin avantage à regarder des projets comme le nôtre pour ce qu'ils nous apportent comme point de vue privilégié pour juger des besoins de ces populations, de façon à orienter les politiques et les pratiques de soutien dans la communauté des

personnes vivant en logement privé. Comme gestionnaires de logements sociaux, je ne pense pas que notre responsabilité soit de réclamer plus de ressources de soutien pour nos locataires, mais bien de réclamer plus de mesures de soutien pour toutes les personnes qui éprouvent les difficultés que rencontrent nos locataires, qu'elles vivent ou non dans nos logements. Je demeure persuadé que si on avait réellement réaffecté les économies réalisées par les fermetures de lit dans des mesures de soutien dans la communauté, on serait plus en mesure ici aujourd'hui d'en mesurer les bienfaits.

LE PROGRAMME HOMERUN

Une mesure efficace de soutien en logement privé

Synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal
à partir d'un texte de Marie-Noëlle DUCHARME

SYNTHÈSE

Perspective communautaire en santé mentale (PCSM) est né en 1986 à titre de projet communautaire pour répondre aux besoins des personnes qui éprouvaient des problèmes de santé mentale sévères et persistants dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Les activités de cet organisme sont centrées autour du suivi communautaire. Il gère des programmes d'activités tels que la participation aux activités du projet Ensemble, la production d'un journal et, bien sûr, le programme *Homerun*.

Homerun est un programme de soutien au logement créé en 1991 qui vise spécifiquement à faciliter la recherche de logements convenables et économiques pour les résidents de l'ouest de l'île de Montréal aux prises avec d'importants problèmes de santé mentale. Il se présente comme une mesure concrète pour promouvoir l'autonomie, le bien-être et l'appartenance à la communauté. Le programme est basé sur la conviction qu'avoir un logement où l'on se sent chez-soi et en sécurité est fondamental. *Homerun* a remporté le prix d'excellence de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) en 1992.

Différents éléments entrent dans la composition du programme *Homerun* :

- L'accompagnement peut prendre différentes formes tels que la consultation des petites annonces, la visite de quelques logements, des suggestions au sujet de logements convenables en fonction du budget des personnes. Les premières étapes de l'accompagnement consistent principalement à faire en sorte que les personnes se sentent moins seules devant le déménagement. Le travail d'accompagnement peut aussi englober d'autres aspects à envisager lorsque l'on vit en logement. Comment utiliser efficacement le chauffage, le téléphone et l'électricité ? Où trouver son ameublement ? Comment planifier son déménagement ?

- Le repérage des logements et l'intervention auprès des propriétaires. La tâche de l'intervenante consiste aussi à mieux faire connaître les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale (leurs besoins, leurs caractéristiques) de façon à démythifier la maladie mentale.
- Une banque de logements convenables. *Homerun* tient à jour une banque de logements susceptibles d'intéresser les participants au programme.
- L'aide au déménagement. Cette aide constitue une composante importante du programme. Elle peut comprendre l'accompagnement, le soutien moral, des visites au logement, mais aussi l'aide au déménagement (nettoyage et installation dans le nouveau logement).

Les gens de PCSM identifient quelques conditions nécessaires à la réussite du programme *Homerun*.

- Orientation normalisatrice. Bien qu'il s'adresse d'abord à des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, *Homerun* est un service régulier de courtage en logements.
- Une philosophie d'intervention basée sur l'autonomie. On suppose qu'une intervention réussie repose sur le respect, la qualité d'écoute et sur une bonne connaissance des réalités liées à la maladie mentale et de l'environnement social.
- L'une des responsabilités d'*Homerun* consiste à atténuer les préjugés véhiculés à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale. Avec le temps, les intervenants *Homerun* ont appris à présenter leur service comme une bonne affaire tant pour les propriétaires que pour les locataires.

Ni soutenu par les programmes de santé mentale, ni financé par les municipalités, le programme *Homerun* se retrouve dans une situation incertaine. L'organisme doit se battre pour défendre l'utilité et démontrer qu'il existe un espace pour un tel programme.

III PERSPECTIVES ET QUESTIONNEMENTS

TABLE RONDE ET ÉCHANGES

Pour une meilleure intersectorialité

**Synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal**

Au moment de la table ronde, les participants étaient invités à répondre à trois questions :

- 1) Quelles sont les conditions favorables et les obstacles à l'intersectorialité?
- 2) Quel est le rôle de chacun des acteurs impliqués en vue de favoriser l'intersectorialité?
- 3) Quels moyens doit-on mettre en place pour encourager une meilleure intersectorialité entre le réseau de l'habitation et celui de la santé mentale?

À chaque table était assignée une personne pour animer les discussions et une autre notait les commentaires des participants qui ont d'ailleurs permis l'élaboration de cette synthèse.

Synthèse

Les participants et participantes ont surtout identifié des conditions favorables et des obstacles à l'émergence de l'intersectorialité, ainsi que des moyens à mettre en place pour encourager une meilleure intersectorialité entre le domaine de l'habitation et celui de la santé mentale. Certaines conditions de réussite identifiées par les participants relèvent des autorités politiques. Plusieurs participants ont évoqué la nécessité d'un leadership au plan politique. D'autres croient que la réussite dépend d'une meilleure articulation entre les instances politiques. Pour d'autres, les besoins locaux doivent servir de point de départ à toutes les actions. Dans la perspective d'un meilleur partage des pouvoirs, certains croient que le palier provincial du gouvernement devrait assumer un rôle de sensibilisation, les réseaux devraient adopter des orientations souples et le palier municipal devrait établir ses priorités et indiquer les tendances. Enfin, certains estiment que l'intersectorialité nécessite un support financier accru qui pourrait s'actualiser par le développement d'ententes entre les deux ministères pour la mise en commun de fonds. L'augmentation du financement assurerait aussi la continuité et la stabilité du personnel; deux éléments essentiels à la réussite de projets.

Des personnes ont aussi identifié des conditions de réussite qui relèvent plus des acteurs impliqués dans des actions intersectorielles. On pense par exemple à l'importance de la connaissance mutuelle et du décroisement des deux réseaux. Ainsi, les personnes impliquées doivent apprendre à mieux connaître leur rôle et leur mission respective pour

éventuellement éviter les zones grises. Le respect mutuel des personnes et les compétences des partenaires sont aussi identifiés comme des composantes importantes à la réussite de l'intersectorialité. Des participants soutiennent la nécessité d'une même vision qui sous-tend le partage de valeurs communes comme l'*empowerment* et l'autonomie des individus. D'autres vont plus loin en misant sur l'importance de centrer les interventions sur l'intérêt de la personne en connaissant mieux ses attentes, ses besoins, ses choix et ses préférences en matière de logement et en l'impliquant dans la définition des services. Qu'il s'agisse du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Société d'habitation du Québec, des gestionnaires du logement social ou des organismes communautaires, chacun doit contribuer à l'établissement d'interfaces et au développement de mécanismes de concertation afin de détecter les besoins de la clientèle en santé mentale et y répondre adéquatement. Par ailleurs, des participants croient que les partenaires concernés par un projet doivent être identifiés, invités et stimulés à participer dès sa naissance. Il est aussi nécessaire de s'assurer de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources.

Des participants et participantes identifient la méconnaissance et le manque de communication entre les deux réseaux comme des obstacles à l'intersectorialité. D'autres évoquent le manque d'informations sur la clientèle et ses besoins. La réglementation trop rigide des établissements, la Loi sur les renseignements personnels et l'inadéquation des programmes figurent aussi parmi les facteurs qui entravent la réussite de l'intersectorialité. L'absence ou l'insuffisance d'orientations claires en matière d'intersectorialité dans les établissements représente aussi un obstacle majeur. L'inégalité des ressources humaines et financières disponibles et des intérêts des acteurs impliqués freine aussi l'intersectorialité. Le manque de ressources pour certains offices municipaux d'habitation lors de situations de crise avec la clientèle et l'absence de suivi auprès de ces offices sont aussi abordés par les participants comme des éléments qui gênent l'intersectorialité. Enfin, l'absence d'évaluation préalable au placement d'une personne qui vit un problème de santé mentale dans des habitations à loyer modique empêche ou rend plus difficile l'action intersectorielle.

L'ensemble de ces conditions de réussite et obstacles à l'intersectorialité sont repris de manière synthétique dans le tableau qui suit.

CONDITIONS DE RÉUSSITE	OBSTACLES
• Leadership politique • Partage du pouvoir et meilleure articulation entre les instances politiques • Volonté d'engagement • Disponibilité et accessibilité des ressources • Continuité et stabilité du personnel • Support financier • Connaissance et respect mutuel • Vision et valeurs communes • Centrer les interventions sur l'intérêt de la personne • Impliquer les résidents dans la définition des services • Que les partenaires contribuent à établir et à développer des interfaces et des mécanismes de concertation • Volonté de s'asseoir ensemble • Identifier, inviter et stimuler la présence de tous les partenaires concernés dès la naissance d'un projet	• Méconnaissance des réseaux • Manque de communication entre les deux réseaux • Réglementation • Loi sur les renseignements personnels • Inadéquation des programmes • Insuffisance d'orientations claires dans les établissements • L'inégalité des ressources et de l'intérêt • Insuffisance de suivi • L'absence d'évaluation avant le placement d'une personne dans des habitations à loyer modique

Les moyens à mettre en place pour encourager une meilleure intersectorialité sont nombreux et très diversifiés. Il semble que la diffusion des coordonnées des participants au colloque peut servir de point de départ à d'éventuelles actions intersectorielles. Plusieurs croient en la nécessité d'accroître la fréquence des échanges entre les partenaires. Le colloque a été une belle initiative à laquelle il faut assurer un suivi. Le leadership pourrait être assumé par une structure organisationnelle de liaison ou par les régies régionales. Une structure permanente pourrait assurer le lien entre le logement et la santé mentale. Des participants souhaiteraient que les expériences gagnantes en matière d'intersectorialité soient plus largement diffusées. Des personnes présentes aimeraient bénéficier d'un support dans le but d'amorcer les discussions dans les régions où le dialogue avec les partenaires est plus difficile. Des participants croient qu'il serait intéressant de développer une plate-forme d'échanges entre les ministères ou les partenaires impliqués dans des actions intersectorielles en vue d'arriver à l'élaboration d'un plan d'action commun. Cette plate-forme favoriserait aussi l'adoption d'un langage commun. Certains croient qu'il faut développer une vision horizontale et ainsi nourrir des contacts avec tous les réseaux impliqués dans l'environnement de la personne. Il faudrait également cesser de développer des formules stéréotypées en optant pour la souplesse. Le suivi dans le milieu figure parmi les conditions gagnantes à l'intersectorialité. Des mécanismes doivent être mis en place afin de faciliter l'accès à des intervenants sociaux pour signaler la dégradation de l'état d'une personne par exemple. Le développement de

nouvelles unités de logement par la Société d'habitation du Québec est une solution privilégiée et supportée par de nombreux participants. De façon plus pointue, certains estiment que le développement des organismes sans but lucratif en santé mentale est nécessaire et qu'il faut cesser d'intégrer les personnes avec des problèmes de santé mentale dans les habitations à loyer modique.

Inventorier les ressources en habitation et en santé mentale est aussi perçu comme un moyen pour stimuler l'intersectorialité. Des participants suggèrent que la Société d'habitation du Québec désigne un responsable du dossier « santé mentale » et qu'elle élabore un portrait de l'utilisation des programmes et des ressources résidentielles et ce, pour chaque région administrative du Québec. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Société d'habitation du Québec doivent respectivement faire état dans leur rapport annuel de l'évolution du comité conjoint récemment mis en place. Enfin, des actions doivent être entreprises afin de diminuer la force des préjugés à l'égard des personnes qui vivent un problème de santé mentale.

EXPÉRIENCES D'AILLEURS

Synthèse des conférences

par Josée CHENARD

Agente de recherche

Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

Geoffrey NELSON, Ph.D.
Professor of Psychology
Director of the Program in Community Psychology
Department of Psychology
Wilfrid Laurier University
Waterloo, Ontario

Une approche en logement pour les personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale : Valeurs, recherches et actions

Monsieur Nelson débute sa conférence en soutenant l'importance du logement dans la vie d'un individu. Il affirme que le logement exerce une influence considérable sur la santé. Pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, le logement fournit un endroit sécurisant qui permet aux personnes de s'engager dans un processus de réhabilitation et d'*empowerment*. Il croit qu'il est difficile d'imaginer une réhabilitation sans un bon service d'hébergement et de soutien. Pourtant, les gouvernements fédéral et provincial, en Ontario à tout le moins, abandonnent leur rôle en matière de logement social. Le nombre d'itinérants et de personnes vivant en marge de la société, incluant des gens présentant des problèmes graves de santé mentale, ne cesse de croître, et ce, partout dans le pays. Vous n'avez qu'à marcher dans la rue ou à lire tous les rapports des grandes villes canadiennes pour constater qu'il s'agit là d'un problème sérieux. Monsieur Nelson réfère à un article rédigé par Robert Drake et Michael Wallach intitulé *L'itinérance et la maladie mentale : Une histoire d'échec* pour décrire sa vision de la situation: « L'itinérance reflète nos valeurs sociales. Les personnes ayant des problèmes psychiatriques sont généralement démunies et désavantagées, et un logement sûr et décent est bien souvent en deçà de leurs moyens. L'accès à un hébergement abordable et au soutien approprié pour les gens ayant une déficience peut facilement modifier la structure de la nation la mieux nantie sur Terre. La désinstitutionnalisation est possible seulement si le contexte offre de l'hébergement abordable et du soutien. » [trad. Libre]

Dans sa conférence, Monsieur Nelson fait une mise à jour sommaire de la littérature dans le domaine du logement des « consumer/survivors » depuis la publication de l'article de Nelson et Smith Fowler (1987). Il présente un aperçu global de la documentation et nous propose une définition pour souligner les caractéristiques des trois approches conceptuelles sur le logement

à savoir : « custodial housing », « supportive housing » et « supported housing ». Il décrit ensuite quelques projets de recherche sur les effets de ces modèles pour ensuite présenter les résultats d'études qui ont examiné les impacts de ces trois approches dans la vie des résidents. En guise de conclusion, il questionne les valeurs et la recherche dans le domaine de l'hébergement dans le but de formuler quelques recommandations pour les politiques futures, la recherche et la pratique.

Dans l'approche institutionnelle, « custodial housing », le personnel joue le rôle d'un pourvoyeur de soins plutôt que celui d'un agent de réhabilitation. La clientèle est vue comme un patient et la nature des soins tend souvent vers la dépendance. Les résidents affirment qu'ils ont peu de contrôle sur leur logement, sur leurs compagnons de chambre, sur le soutien offert et sur la prise de décisions quotidiennes. Ils sont aussi soumis à un certain nombre de règles et de règlements. Il semble que les recherches récentes sur ce type d'hébergement sont peu nombreuses. Celles auxquelles réfèrent Monsieur Nelson ont été, pour la plupart, résumées dans un article rédigé en 1999. La première recherche effectuée au cours des douze dernières années a été réalisée par Segal et Kotler en 1993 et portait sur des résidents de centres de soins suivis pendant une dizaine d'années. Au total, 393 personnes âgées entre 18 et 65 ans constituaient l'échantillon initial. Tous les participants présentaient des problèmes graves de santé mentale et résidaient dans un centre de soins en Californie en 1973. Dix ans plus tard, les chercheurs ont recueilli des informations auprès de 253 de ces personnes et plus de la moitié vivaient encore dans une institution. Les résultats ont démontré que les institutions favorisaient la dépendance, étaient peu enclines à développer l'*empowerment* des individus. Elles ont tendance à isoler les personnes et à mettre très peu d'emphasis sur leur intégration dans la communauté. De plus, il n'y a aucune preuve que ce genre d'hébergement offre une qualité de vie désirable pour les résidents. Monsieur Nelson ne critique pas les gens qui offrent ou administrent les soins dans ces établissements. Il questionne plutôt la pertinence de l'approche privilégiée d'un point de vue politique.

Dans le deuxième modèle, « supportive housing », les personnes (entre six et huit) vivent dans des résidences d'accueil qui sont habituellement administrées par des organismes sans but lucratif ou des ressources spécialisées en santé mentale. Des agents de réhabilitation travaillent dans ces organismes et la clientèle est souvent perçue comme des résidents. La nature des soins met l'emphasis sur l'indépendance et la réhabilitation. Les personnes ont ici plus de contrôle sur le logement, sur les compagnons de chambre et les décisions quotidiennes.

Monsieur Nelson reconnaît l'existence de plusieurs recherches sur ce sujet, mais réfère surtout à celle réalisée par Fairweather « The Lodge Program » en 1969. Le « supportive housing » est basé sur le principe d'un processus. Ainsi, plus les besoins du résident sont importants, plus le niveau de soutien est élevé. L'individu passe donc de l'hôpital à une maison de transition pour ensuite occuper un appartement supervisé et un logement indépendant. Le problème réside dans l'insuffisance des logements et dans la difficulté pour les personnes de déménager. On ne parle pas ici d'hébergement continu. On met plutôt l'emphasis sur le progrès de la personne qui est récompensée par le déménagement dans un endroit qui correspond au niveau d'autonomie qui est atteint. Ce n'est pas nécessairement la récompense

idéale surtout quand la personne a développé un réseau social. Enfin, les personnes vivent souvent des insatisfactions au cours de ce processus en raison notamment de la pénurie de logements.

Le modèle « supported housing », ou de logement avec soutien communautaire, a vu le jour au cours des dix dernières années. C'est l'américain Paul J. Carling qui a véritablement fait une différence dans notre façon de concevoir le logement en mettant l'accent sur l'intégration des personnes dans la communauté. Dans cette approche, le personnel de soutien est mince et les résidents sont des locataires ou des citoyens avec des droits. Le soutien est flexible et principalement contrôlé par le client.

Un grand nombre de recherches ont été effectuées sur ce sujet dont « Housing Preference Studies » où les répondants devaient indiquer leurs préférences en matière de logement. Une étude réalisée en 1993 par Tanzman démontre que la plupart des personnes souhaitent vivre dans des logements indépendants et ne veulent pas vivre avec des gens ayant des problèmes de santé mentale. Il semble que les conditions économiques dans lesquelles ces personnes vivent ne leur permettent pas d'assouvir leurs préférences pour les appartements ou les propriétés privées. La plupart désirent également vivre avec un ami ou un-e conjoint-e et souhaite bénéficier d'un soutien externe 24 heures par jour. Ils souhaitent habiter un logement sûr et sécuritaire, avoir accès à un groupe de soutien et être autonome.

Monsieur Nelson émet ses critiques par rapport à ce troisième modèle. Il précise que des recherches ont démontré que les résidents éprouvent des problèmes de solitude et d'isolement. De plus, les preuves qui témoignent de l'intégration des résidents dans la communauté avec l'aide de groupe de soutien informel, de la formation ou du travail sont peu nombreuses. Des auteurs soutiennent que le logement avec soutien communautaire ne convient pas à toutes les personnes.

Dans l'ensemble, seulement quelques recherches comparent les différents types de logement. Dans une étude réalisée en 1997 dans le sud de l'Ontario, Monsieur Nelson et ses collègues ont rencontré 107 personnes à deux reprises, soit immédiatement après leur entrée dans l'une ou l'autre de ces résidences et un an plus tard. Ils ont remarqué une augmentation du niveau d'indépendance chez les individus qui habitaient des résidences d'accueil ou des logements sociaux avec soutien communautaire et non chez ceux qui habitaient dans des institutions. Le sentiment d'accomplissement personnel était plus présent chez les personnes des deux catégories précédentes. En ce qui concerne l'intégration dans la communauté et la qualité de vie, les chercheurs n'ont remarqué aucune différence significative entre les individus. Les résultats démontrent que l'autonomie des résidents est directement liée au réseau social des personnes et à leur possibilité d'exercer un certain contrôle sur leur vie quotidienne.

Dans sa conclusion, Monsieur Nelson affirme la nécessité d'un changement en matière de politiques sociales. Les logements avec soutien communautaire, guidés par le principe de choix et de gradation de logement et de soutien, peuvent combler un besoin dans une approche de réhabilitation à court terme, particulièrement pour ceux et celles qui présentent

de graves ou de multiples besoins. Enfin, il croit que ces personnes doivent être impliquées dans la planification des politiques sociales en matière de logement.

Dans la pratique quotidienne, la vigilance des intervenants dans le processus d'aide aux personnes présentant un grave problème de santé mentale est de rigueur afin de promouvoir l'intégration dans la communauté et de contrer l'isolement social. De l'avis de monsieur Nelson, des changements au niveau de la formation des intervenants et des organisations sont nécessaires pour les organismes en santé mentale afin de permettre le développement d'une philosophie plus adaptée aux besoins des personnes. Le personnel en santé mentale se doit de créer des partenariats entre les pourvoyeurs de soins et les personnes présentant un grave problème de santé mentale.

Les recherches futures doivent se concentrer sur l'étude des résidences d'accueil et les logements avec soutien communautaire en misant sur l'étude des aspects psychosociaux et la qualité de vie. La recherche et l'évaluation doivent être intégrées à l'implantation des logements de soutien afin d'améliorer l'hébergement et la qualité de vie des personnes ayant un grave problème de santé mentale. De plus, monsieur Nelson croit que des recherches participatives devraient être privilégiées afin d'impliquer les personnes présentant un grave problème de santé mentale, les pourvoyeurs d'hébergement, le personnel de soutien et tous les autres acteurs concernés par la recherche sociale et l'hébergement en santé mentale.

Arleen PARÉ
Director of Mental Health Housing
Vancouver/Richmond Health Board

***La santé et le logement :
Le modèle de partenariat mis en place à Vancouver***

Madame Paré débute sa présentation en affirmant que l'hébergement est une priorité pour la clientèle en santé mentale et leur famille. Sans un hébergement sécuritaire, abordable et adéquat, la réhabilitation de la clientèle est très difficile, pour certaines personnes même impossible. En Colombie-Britannique, tous les paliers gouvernementaux reconnaissent l'importance de ce principe. Cependant, cela ne signifie pas que les fonds nécessaires sont toujours disponibles. Les intervenants travaillent, comme plusieurs, avec des contraintes monétaires importantes et créent constamment des nouvelles façons de faire et des modèles efficaces afin d'offrir un plus grand nombre de logements dans la communauté.

Concrètement, cela signifie qu'ils travaillent continuellement dans une forme ou une autre de partenariat, ce qui n'est ni une façon nouvelle de faire, ni une façon exclusive à Vancouver. On constate toutefois une transformation des modèles de partenariat entre les secteurs de la santé et de l'hébergement. L'évolution des besoins et des désirs de la clientèle oblige le développement de nouveaux modèles d'hébergement. Madame Paré croit que plus nous développons de nouveaux modèles en matière d'hébergement, plus le partenariat devient complexe. Elle estime que les nouveaux partenariats sont généralement plus efficaces ce qui permet d'offrir des modèles d'hébergement plus diversifiés pour répondre aux besoins variés de la clientèle.

Madame Paré attire notre attention sur la façon dont les partenariats entre les secteurs de la santé mentale et de l'hébergement ont évolué à Vancouver. Ces changements, bien sûr, couvrent les philosophies des soins de santé et des services, la demande de la clientèle, l'environnement matériel et les débouchés, le support gouvernemental et la législation. Elle décrit brièvement les différents types d'hébergement disponibles à Vancouver pour les personnes vivant un problème de santé mentale pour éventuellement mieux comprendre les partenariats dans cette région. Elle présente également les organismes impliqués dans l'offre de logements à Vancouver.

Certains types d'hébergement sont plus vieux et d'autres ont été développés plus récemment. Même s'ils sont plus vieux, ces modèles existent encore aujourd'hui au sein du système d'hébergement de Vancouver. Cependant, il semble que les disponibilités réelles sont rarement immédiates. Vancouver a une liste d'attente très longue pour tous les types d'hébergement en santé mentale.

Madame Paré divise les types d'hébergement en santé mentale de Vancouver en trois principales catégories : « Residential Care », « Supported Independent Housing » et

« Emergency Housing ». Vancouver compte 320 lits dans 33 résidences de soins autorisées. Des intervenants travaillent 24 heures par jour dans ces résidences, administrent la médication, fournissent des soins professionnels et préparent les repas. Ces résidences accueillent entre six et vingt personnes qui partagent les salles de bain et parfois les chambres à coucher. Même si le « Residential Care » propose des approches qui visent la réinsertion psychosociale, c'est le type d'hébergement qui favorise le moins l'autonomie des personnes. Elle souligne que la grande partie des fonds publics est consacrée à ce type d'hébergement.

Le deuxième modèle, le « Supported Housing », inclut des édifices de logements pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale, des appartements dispersés sur l'ensemble du territoire avec un supplément pour le loyer et du personnel de soutien disponible. Vancouver compte actuellement un peu moins de 1 000 unités de logements sociaux.

Il y a deux refuges (Emergency Housing) subventionnés à Vancouver. « Lookout » est un refuge qui peut accueillir 42 personnes, alors que « Triage » peut en accueillir 28. Le premier est en voie d'ouvrir un troisième refuge situé dans le centre-ville de Vancouver (Downtown Eastside) qui représente le quartier où l'on retrouve le plus de pauvreté et de problèmes de toxicomanie. Plusieurs personnes qui vivent un problème de santé mentale déménagent dans ce quartier compte tenu du prix plus abordable des maisons de chambres.

Actuellement, deux ministères provinciaux⁹ sont impliqués dans le secteur de l'hébergement en santé mentale. Généralement, le ministère de la Santé voit au fonctionnement des programmes et fournit les capitaux pour les institutions. Il semble qu'il limite son intervention aux centres dont les préoccupations tournent autour du concept de soins plutôt que celui de l'hébergement.

« BC Housing » est l'administrateur et le pourvoyeur provincial en matière de logements sociaux. Il développe et administre ses propres édifices de logements sociaux pour les personnes âgées, les familles à faibles revenus et les personnes présentant des déficiences. Il est aussi responsable de l'attribution des unités de logement social. Contrairement au ministère de la Santé, « BC Housing » est devenu plus flexible dans l'application de ses critères ce qui a permis le développement de projets plus créatifs et plus appropriés en matière d'hébergement dans le champ de la santé mentale à Vancouver.

Le Département de Santé Vancouver/Richmond est aussi impliqué dans l'hébergement régional. Madame Paré est la directrice de la division « santé mentale » qui possède son propre service d'hébergement. Cette division est responsable de l'hébergement régional en santé mentale, incluant la planification, le développement, l'administration, l'évaluation et la gestion des contrats. La Ville de Vancouver est également impliquée dans l'hébergement.

9. Il s'agit du ministère de la Santé et du ministère du Développement social et de la Sécurité économique. Madame Paré affirme toutefois que le ministère pour l'égalité des femmes absorbe les dépenses opérationnelles de l'organisme « Peggy's Place ».

Souvent, elle baissera le prix d'un terrain permettant ainsi la construction d'un projet d'hébergement. Il semble que le conseil municipal soit d'un grand soutien pour les initiatives d'hébergement en santé mentale. Enfin, plusieurs organismes à but non lucratif en hébergement social et en santé mentale, ainsi que de nombreux organismes privés pourvoyeurs de services dans ce champ d'activités forment l'autre partie du système d'hébergement en santé mentale de la région.

Histoire des partenariats à Vancouver

Dans les années '60, plusieurs patients ont été transférés des grands hôpitaux provinciaux à la communauté. À Vancouver, les logements qui les accueillait ne représentaient pas l'idéal, mais offraient relativement plus d'indépendance et de normalisation que les grandes institutions. Ce n'est qu'au cours des années '80 que la division de la santé mentale pour adultes du ministère de la Santé a défini des normes et des critères pour les logements. Dans les années '90, ce ministère obligeait la signature d'un contrat qui déterminait les services devant être offerts afin de recevoir les budgets. Cette pratique a formalisé les partenariats entre le ministère de la Santé et les pourvoyeurs de soins et a amélioré les normes et les conditions de vie des résidents.

À la fin des années '80, Vancouver a vécu un « boom » immobilier et de nombreux propriétaires de résidences en santé mentale ont vendu leurs propriétés pour réaliser de gros profits. Ces bouleversements ont été désastreux puisque les résidents devaient être déplacés et il n'y avait pas de nouvelles résidences. Cette situation a forcé la création d'une agence à but non lucratif, « Katherine Sanford Housing Society ».

En 1992, le ministère de la Santé a libéré des fonds afin de créer un nouveau programme en hébergement dans le secteur de la santé mentale. Le programme « Supported Independent Living Program » (SIL) octroie aux personnes un supplément au loyer et paye le personnel de soutien. Les intervenants du programme SIL proviennent d'organismes à but non lucratif qui aident les gens à se trouver et à conserver leur appartement. Le supplément au loyer est administré par « BC Housing » et le budget intégral provient du ministère de la Santé. L'autorité régionale en santé mentale est responsable de l'administration et de la coordination locale du programme.

Pour répondre aux besoins de la clientèle, le Département de santé mentale de Vancouver a voulu développer des logements supervisés avec un service de cafétéria à l'intérieur de l'immeuble pour ceux et celles qui n'avaient pas l'intérêt ou la capacité de cuisiner. Le ministère de la Santé a refusé de financer ce projet en prétextant qu'il n'y avait pas de « soins » offerts dans ce projet, mais seulement de l'hébergement. Le Département de Santé mentale a créé un comité consultatif pour discuter et concevoir le projet. Après deux ans, le « BC Housing » a finalement accepté de financer le projet dans le but de mieux répondre aux besoins d'hébergement dans la communauté. Le projet « Enhanced Supported Apt. Project » accueille maintenant 18 résidents.

Madame Paré présente quelques expériences actuellement en cours à Vancouver qui illustrent de nouveaux partenariats.

« 40 E. Hastings Project »

Ce projet est un programme dans lequel sont impliqués trois organismes : « Main Housing Society », « Hastings Housing Society » et « Triage ». Ce dernier offre un service d'hébergement d'urgence et d'autres services connexes aux personnes ayant un problème de santé mentale. Il a été approché par les deux autres ressources pour travailler ensemble afin d'améliorer les services que chacun ne pouvaient individuellement offrir. « Main » et « Hastings » avaient un édifice et « Triage » avait une longue liste d'attente. Dans leur entente, « Main » et « Hastings » offrent 21 de leurs 84 unités de logement à « Triage » qui a présenté une demande de fonds pour embaucher du personnel de soutien supplémentaire. Elle a été acceptée par le Département de Santé parce que le projet permettait, entre autres, de réduire la liste d'attente centralisée et que cela offrait de nouveaux appartements pour la clientèle sans l'investissement de fonds pour le service d'hébergement proprement dit.

« 27 W. Pender Street Project »

Ce projet est un édifice de 98 unités de logement construit par la « Vancouver Native Housing Society ». Ce projet implique la collaboration du Département de Santé, la « Vancouver Native Housing Society » et l'organisme « Triage », en collaboration avec « Main » et « Hastings ». Dans ce projet, la « Vancouver Native Housing Society » offre 35 unités de logement à des personnes ayant un problème de santé mentale, à des personnes atteintes du VIH/SIDA et des toxicomanes. L'organisme « Triage », avec l'aide financière du Département de Santé, a engagé un intervenant présent sept jours par semaine qui supervise et administre le projet.

« Seymour Place »

Ce projet implique des intervenants de six organismes différents qui ont tous participé à sa mise en place de la ressource.

Conclusion

Les pratiques actuelles à Vancouver misent sur le développement du logement social avec soutien communautaire afin de se conformer le plus possible au « Best Practices in Housing Report » publié en janvier 2000 qui recommandait la création de logements sociaux. Les autorités continuent à se battre pour améliorer l'accès à des ressources d'hébergement en santé mentale. Madame Paré affirme que l'augmentation du nombre d'unités de logements sociaux dans des immeubles déjà existants permettra de maximiser les fonds disponibles et ainsi améliorer l'accès et la disponibilité du logement. La concentration des énergies sur les préférences et les besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale ne pourra qu'améliorer la situation de l'hébergement pour ces personnes.

Brandon LITTLE
Manager, Residential Services
Mental Health Services - Rehabilitation
Saskatoon District Health

***Le partenariat :
Une perspective novatrice en provenance des Prairies***

La Saskatchewan compte approximativement un million de personnes dispersées sur un grand territoire géographique. On compte six centres urbains dont Saskatoon et Regina, alors que le reste du pays est en milieu rural. L'offre de services dans ces régions rurales représente un défi continu. Les gens venant de ces régions plus éloignées s'imaginent souvent que les services sont plus susceptibles de répondre à leurs besoins dans des villes comme Saskatoon et Regina. Malheureusement, comme partout ailleurs, ces centres urbains sont parfois dans l'incapacité de répondre adéquatement à leurs besoins en raison d'importantes listes d'attentes et des nombreuses situations d'urgence.

Il y a environ sept ans, le Département de Santé central qui administrait tous les services de santé de la Saskatchewan a été découpé en 32 districts. Saskatoon est devenu un des districts les plus importants et pourtant il ne dessert que 225 000 habitants, incluant une petite région rurale en bordure de la ville. Le district compte actuellement trois hôpitaux, deux centres d'urgence en santé mentale ayant un potentiel de 59 lits auxquels s'ajoutent un centre avec cinq lits pour les jeunes et des unités pour les situations critiques. Les autres services d'hébergement sont offerts soit par des sous-traitants ou par des centres administrés pour le ministère de la Santé.

Une coalition pour l'hébergement offre aussi des services à 75 patients en santé mentale. Le YWCA représente aussi un acteur important qui rend disponible 20 lits pour des situations d'urgence et 20 lits en hébergement prolongé à des femmes du territoire. Le foyer de l'Armée du Salut, qui limite ses services aux hommes, est aussi un partenaire important. Même si les places ne sont pas réservées à des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, la maison de transition « Capri Place » offre aussi des services d'hébergement. Enfin, de nombreuses résidences qui offrent des services aux personnes âgées, aux personnes présentant un handicap physique procurent aussi des services à la clientèle en santé mentale. On dénombre environ 64 maisons privées à Saskatoon pour environ 533 unités de logement. Ce portrait des ressources existantes permet de croire qu'il y a suffisamment de ressources sur le territoire. La principale difficulté réside dans le fait que les ressources disponibles ne sont pas celles qui sont les plus susceptibles de répondre aux besoins et ne sont pas nécessairement placées au bon endroit. Les intervenants travaillent actuellement à effectuer des changements.

Pendant près de 7 ans, monsieur Little a occupé le poste de directeur exécutif de la Coalition d'hébergement à Saskatoon. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif, fondé en 1983, dont

la mission consiste à fournir des services d'hébergement et des services de soutien aux personnes présentant un problème de santé mentale. Cet organisme est né du partenariat entre le CMHC et le Département de Santé en achetant un édifice à appartements dont les 26 unités étaient réservées à des personnes en santé mentale. En 1987, un autre organisme à but non lucratif s'est joint à la Coalition qui est devenue responsable de deux autres maisons d'hébergement. Finalement, en 1991, des fonds ont été libérés afin d'offrir des services aux personnes dans des résidences administrées par la Coalition.

En 1994, la Coalition libère des fonds pour faire une analyse des besoins de la clientèle en matière d'hébergement. Les résultats ont démontré que les patients souhaitaient vivre en appartement. Au total, 26 unités de logement avec soutien communautaire ont été mises en place. Très intéressés par ce type d'hébergement, les personnes devaient inscrire leur nom sur la liste d'attente et pouvaient espérer obtenir un logement subventionné après deux ans. Grâce à la vente d'un de ces immeubles et l'obtention de subventions, la Coalition a pu répondre à un plus grand nombre de demandes en faisant l'acquisition d'un édifice à appartements pour développer un programme de logements sociaux avec soutien communautaire. Pour y arriver, la Coalition a dû surmonter d'importants défis. Elle devait vendre l'idée qu'il s'agissait d'un besoin identifié par la clientèle. En vendant un de ses immeubles, les psychiatres avaient l'impression de perdre une ressource pour référer leurs clients. Là encore, la Coalition devait démontrer que le projet allait permettre de répondre à un plus grand nombre de besoins avec les mêmes budgets. Elle a finalement réussi à convaincre le district et à obtenir l'aide nécessaire pour l'achat du nouvel édifice.

Le financement de l'organisme a représenté le second défi. La Coalition a dû se rendre à l'évidence que les politiques financières des gouvernements, des Départements de Santé et des banques ne reconnaissent pas la nature particulière des organisations à but non lucratif. Par ailleurs, certains croyaient qu'un tel projet allait créer des ghettos et ainsi marginaliser davantage la clientèle en santé mentale. La Coalition a dû démontrer que la clientèle préférerait vivre dans un tel environnement qui leur permettait de participer à des activités sociales et des loisirs tout en sachant qu'ils pouvaient obtenir du soutien de la part des voisins qui, non seulement comprenaient la situation, mais pouvaient leur venir en aide. En même temps, la Coalition devait traiter avec la communauté. Les gens réagissaient un peu tous de la même façon en disant « pas dans ma cour ».

Pour tenter de faire accepter son projet, la Coalition a élaboré une liste de tous les partenaires¹⁰ potentiels et organisé une table de concertation. Les partenaires n'ont pas tous accepté de se joindre à la table pour participer au développement des services ; ces derniers s'opposant aux changements dans l'organisation des services.

10. Voici la liste des partenaires ayant accepté de participer à la table de concertation : le district de la Santé de Saskatoon, les psychiatres, les CBO et NGO, la Corporation d'hébergement de Saskatoon, la Ville de Saskatoon, le Département de santé, les institutions financières, un groupe important de patients et leur famille, ainsi que des groupes de soutien et enfin la Corporation canadienne d'hypothèque et d'hébergement.

De l'avis de monsieur Little, différentes stratégies peuvent être privilégiées pour faciliter la réalisation d'un tel projet :

- utiliser et référer à des recherches scientifiques qui soutiennent nos propos;
- définir clairement ce que l'on veut faire et pourquoi on veut le faire;
- mettre à contribution des acteurs qui défendent le projet;
- dire aux bailleurs de fonds ce qu'ils souhaitent entendre tout en étant honnête (dire ce que le projet va changer, mais ce qu'il ne fera pas);
- déterminer avec les partenaires la responsabilité de chacun;
- éduquer la communauté pour diminuer les résistances.

Après trois ans de discussion, la Coalition a finalement pu acquérir l'immeuble de 18 unités de logement, répondre aux besoins de 23 autres personnes et ainsi éliminer sa liste d'attente. Comme prévu, la fermeture de la maison de groupe n'a eu aucun impact ni chez la clientèle, ni dans la communauté. Le taux d'occupation est stable et toutes les personnes semblent apprécier leur logement.

Monsieur Little termine sa présentation en décrivant quelques exemples récents de partenariat à Saskatoon. Le projet « Concurrent Disorders » vise le développement d'un programme d'hébergement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie. Il repose donc sur la concertation de plusieurs acteurs et s'inspire d'un programme similaire implanté à Regina depuis maintenant sept ans et qui offre des appartements avec le soutien d'intervenants disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ce programme est reconnu comme un des meilleurs programmes d'hébergement en santé mentale de la Saskatchewan.

Le projet « Saskatoon Housing Initiative Partnership (SHIP) »¹¹ est un nouveau programme créé pour développer des moyens qui facilitent l'acquisition de propriétés. Même si le gouvernement a octroyé des fonds, le groupe est indépendant du réseau public. Il travaille en collaboration avec les institutions financières afin de créer un bassin d'emprunts et ainsi réduire les risques encourus par les bailleurs de fonds qui prêtent à des organisations offrant des services d'hébergement abordables. Cet organisme travaille également à développer un projet afin de permettre à la communauté d'investir dans des projets de logements sociaux.

11. Cet organisme est formé de représentants de plusieurs organismes dont : Association immobilière, Association d'édifices, Ville de Saskatoon, banques, Credit Union, compagnie de trust, soins de santé, Tribal Council, hébergement sans but lucratif, firme de lois, femmes entrepreneurs, maire.

**PÉRIODE DE QUESTIONS
SUITE AUX PRÉSENTATIONS
DES EXPÉRIENCES D'AILLEURS**

**Synthèse préparée par
Josée CHENARD
Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal**

SYNTHÈSE

Première question

Les trois conférenciers ont beaucoup parlé du supplément au loyer. Est-ce que ce programme de supplément au loyer est utilisé comme une panacée parce qu'il n'y a plus de construction de nouvelles unités de logement ? Quelle est la réaction des propriétaires privés lorsque ces suppléments au loyer sont utilisés ? Est-ce que le supplément au loyer est utilisé en collaboration avec des organismes communautaires ?

Réponse :

Selon monsieur Nelson, aucune recherche n'a étudié la réaction de la population face au programme de supplément au loyer. On retrouve généralement le niveau d'opposition auquel réfère monsieur Little « pas dans ma cour » lorsqu'il s'agit d'intégrer les personnes vivant un problème de santé mentale dans la communauté. Lorsque des logements sociaux se sont créés à Toronto, la communauté a eu peur de leur impact potentiel sur la vie communautaire. Selon lui, nous devons prendre en considération les craintes de la population. Il constate que les gens sont surtout préoccupés par la perte de valeur potentielle de leur propriété (sauf si les personnes qui vivent un problème de santé mentale sont regroupées dans des logements plus modiques). Les gens entretiennent également un préjugé face à une violence hypothétique venant des personnes qui vivent un problème de santé mentale. À son avis, toutes ces craintes disparaîtront avec le temps et l'expérience. Par contre, son expérience lui démontre qu'il est plus facile pour la population d'accepter un groupe restreint d'individus qu'une résidence plus imposante.

Il avoue ne pas connaître la situation des différents programmes sociaux aux États-Unis, mais il sait que le programme de supplément au loyer est une alternative qui mérite d'être poursuivie. Il sait qu'au Canada des tentatives de ce genre ont déjà été faites particulièrement en Colombie-Britannique. Il croit que ce genre de programme a beaucoup de possibilités car il jumelle une « normalité » de logement à une habitation d'encadrement.

Deuxième question

Nous développons présentement avec la Société d'habitation du Québec un projet de logements sociaux pour les familles, jumelés à des unités réservées à des personnes vivant un problème de santé mentale. Doit-on regrouper ces deux clientèles ou non ? Deux des conférenciers ont exprimé des opinions partagées.

Réponse :

Madame Paré croit que cela dépend du nombre d'unités et du degré de support disponible. Les projets destinés à une clientèle mixte présentent des difficultés potentielles. Dans certains programmes, les difficultés ont été éliminées grâce à la mise en place d'un service de santé avec une infirmière psychiatrique sur place. Certaines clientèles vivront bien ensemble, d'autres non, tout est question du support disponible.

Monsieur Little croit que le succès réside dans la possibilité pour les usagers de faire des choix et ce, que l'on parle du logement ou du travail.

Monsieur Nelson partage ce point de vue. Il croit que les clients devraient avoir la possibilité d'exprimer leurs préférences. Il considère qu'il y a un paradoxe entre les résidences et les logements individuels. Ainsi, les premières offrent plus d'encadrement et de soutien et les deuxièmes, plus de liberté et de contrôle personnel. Face aux différents programmes qui offrent logement et soutien, il se demande si l'on doit obligatoirement offrir le soutien sur place. À son avis, le soutien pourrait être obtenu de la même façon que nous l'obtenons tous, soit par notre réseau sociocommunautaire. Le logement est une des composantes d'un système social. Il mentionne qu'un réseau se développe avec la famille, le travail, les loisirs, etc. Ainsi, il croit qu'un plus grand nombre de programmes d'éducation, de formation et d'insertion sur le marché du travail devraient être mis en place. Par ailleurs, pour de multiples raisons (manque d'estime personnelle et/ou de courage) certaines personnes sortent difficilement à l'extérieur pour aller chercher le soutien nécessaire. Certains programmes devraient donc offrir le logement, la formation, les loisirs et le travail.

Monsieur Nelson cite l'exemple d'un programme de support à l'emploi développé dans le New Hampshire. Ce programme aide les personnes à trouver et conserver le travail qui répond à leurs besoins. Le logement est une dimension importante, mais une fois que la personne a trouvé un logement, il faut l'aider à obtenir davantage car elle est souvent prête à le faire.

Troisième question

Au Québec on tend à valoriser une approche à court terme sous prétexte de ne pas favoriser la dépendance des personnes aux services. Vous semblez favorable à une approche basée sur le long terme. Quels arguments utilisez-vous pour favoriser le logement à long terme ? Sur quoi mettez-vous l'accent ?

Réponse :

Selon madame Paré, l'approche à long terme dépend de l'état de santé de la population desservie. Elle croit que le logement à long terme est approprié pour les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale sévères et persistants parce qu'elles vivent des problèmes chroniques et qu'elles sont socialement isolées. Une telle approche ne serait pas appropriée pour des personnes toxicomanes parce que le problème de toxicomanie n'est pas un problème permanent et qu'une fois qu'il est résolu, la personne peut réintégrer la société.

Monsieur Nelson croit que des personnes vont profiter du programme de logement à long terme tout au long de leur vie et que ces logements deviendront leur chez-soi. Pour d'autres personnes, le programme de support au logement sera une façon d'aller chercher la stabilité et le support additionnel pour se prendre en main et aller de l'avant.

Quatrième question

Les bailleurs de fonds encouragent-ils les programmes de logement à long terme ou favorisent-ils plus les programmes de support à court terme ou intermédiaires ?

Réponse :

Même si le financement des logements sociaux est en grande difficulté depuis les dernières années en Ontario, monsieur Nelson affirme que l'idée de la permanence du soutien au logement est présente en Ontario depuis déjà 10 ou 15 ans. Selon lui, la difficulté ontarienne provient des changements survenus après les élections de 1995. De 1985 à 1994, le partenariat entre le ministère de la Santé et celui du Logement a favorisé la construction massive de logements. Le nouveau gouvernement a tout arrêté et ce n'est que récemment que celui-ci tente de réparer les pots cassés.

Madame Paré soutient la thèse de monsieur Nelson et ajoute que les lignes directrices de certains programmes, en Colombie-Britannique par exemple, favorisent le rétablissement des personnes leur permettant ainsi de poursuivre leur chemin. Selon elle, il est impossible de penser à cesser la construction de logements. Elle se demande où ces personnes iraient autrement.

Cinquième question

Au Québec, nous avons le problème inverse. Vous avez un service de santé et vous cherchez des logements. Ici nous avons des logements qui accueillent des personnes qui vivent un problème de santé mentale, mais nous ne possédons pas les services nécessaires afin de bien gérer ces gens. Comment peut-on faire pour se rejoindre ?

Réponse :

Madame Paré mentionne qu'elle ne peut certainement pas aider à régler les problèmes du système de santé québécois, mais elle tient à faire tout de même un commentaire. Elle rappelle qu'à Vancouver, ils utilisent de plus en plus le réseau social des individus leur permettant ainsi de faire partie de la solution. Elle croit qu'il est plus efficace de mobiliser le réseau social des personnes plutôt que de recourir aux moyens financiers substantiels ou aux ressources professionnelles.

Monsieur Nelson ajoute que l'Ontario vit ces deux problèmes sociaux : le manque de logements et le manque de support. Une partie du problème se trouve au niveau des moyens financiers qui sont maintenus dans les coffres des grandes institutions. Certains essaient de transférer l'argent dans la communauté. Il arrive que celui-ci sorte des coffres des institutions, mais ne soit pas investi dans la communauté. Par contre, il arrive que cela fonctionne. Il donne l'exemple du Vermont où des comités locaux en santé mentale décident où l'argent sera investi. Cela permet d'avoir une multitude de programmes de soutien. Il croit qu'au Québec, il serait possible de faire la même chose afin que le soutien se retrouve dans la communauté.

Sixième question

Comment arrive-t-on à une totale concertation entre les différents intervenants d'une communauté ?

Réponse :

Monsieur Little considère que la ville de Saskatoon est particulièrement choyée dans la stabilité des services sociaux offerts. Il croit qu'ils ont la capacité de mettre à terme leur travail et suffisamment de confiance mutuelle pour laisser de côté les personnalités individuelles et mettre l'importance sur le service offert, peu importe qui l'offre. Ils ont la chance de ne pas avoir de « gros ego » qui voudraient contrôler et/ou tout protéger. La réponse se trouve peut être dans la formation.

Septième question

De quelle façon passe-t-on d'une attitude de « pas dans ma cour » à une acceptation de la part de la communauté ?

Réponse :

Monsieur Nelson mentionne qu'une coalition torontoise d'organismes offrant du logement social a travaillé sur un important dossier comportant du matériel, des idées et des stratégies afin d'améliorer le travail avec la communauté. Dans cette perspective, des chercheurs ont

réalisé une recherche visant à comparer les valeurs foncières des propriétés de deux différents quartiers dont l'un incluait plusieurs résidences et logements sociaux. La population a été informée des résultats qui ne démontraient aucune corrélation entre la présence de logements sociaux et l'évaluation foncière des propriétés dans un quartier donné. La présence dans la communauté est aussi un moyen privilégié pour améliorer les relations avec la communauté de façon à y trouver des appuis.

CONFÉRENCES DE CLÔTURE

Synthèse préparée par
Josée CHENARD

Agente de recherche
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention / Centre FCAR
Université de Montréal

René DIONNE
Vice-président aux relations
avec la clientèle et les partenaires
Société d'habitation du Québec

La conférence de monsieur Dionne trace un bref rappel des implications de la Société d'habitation du Québec (SHQ) au plan du partenariat. Les premières discussions sur un éventuel partenariat visant à faciliter la réintégration sociale remontent à 1982-1983. C'est en 1987, année internationale du logement des sans-abri, que la SHQ initie en collaboration avec d'autres organismes des projets d'habitation destinés à des clientèles ayant des besoins spéciaux dont des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces projets ont été réalisés en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui assumait le support communautaire. Sur les 3 000 unités de logement réalisées dans le cadre de ce programme fédéral-provincial, près de la moitié visait des clientèles vivant des problèmes multiples, entre autres de santé mentale. Dans les années qui ont suivi, différentes interventions ont été initiées auprès des chambreurs en difficulté et requérant du soutien. On pense entre autres, aux actions de la Fédération des organismes sans but lucratif d'habitation de Montréal (FOHM) et de la Société Action Chambreurs de Québec.

L'appel au partenariat a été reprise en 1989 par le MSSS dans son document d'orientation « Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec ». Le logement est alors identifié comme un élément-clé de l'intervention auprès des sans-abri. La notion de partenariat refait surface dans *La politique de la santé et du bien-être* publiée en 1992. Dès lors, on croit que les conditions de logement et l'offre de logements sociaux et de chambres sont au centre de la qualité de vie et de la santé physique et mentale des individus. En 1997, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) identifie clairement l'importance du logement dans le passage vers la prise en charge et la réinsertion sociale : « Avoir une adresse, c'est acquérir une identité sociale, c'est prendre part à l'aventure humaine ». Le logement est interpellé dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998). On suggère que le MSSS négocie des ententes avec la SHQ, afin de garantir aux personnes vivant un problème de santé mentale l'accès équitable à des logements subventionnés. Dans cette perspective, la SHQ a formulé, à l'intérieur de son plan stratégique, un objectif visant l'accès à un logement adapté pour les ménages vivant des problèmes particuliers. Une partie de la

réponse à ces besoins est venue du troisième volet du programme AccèsLogis où un sous-volet a été réservé aux clientèles ayant des besoins spéciaux. À ce jour, ce programme a permis la réalisation de 43 projets qui représentent près de 470 unités de logements communautaires.

Dans son discours, monsieur Dionne suggère quelques pistes de travail.

- L'importance du support communautaire en lien avec le logement : s'appuyant sur les résultats d'une étude portant sur la gestion sociale des maisons de chambres à Montréal, la SHQ souhaite faire avancer la réflexion et le débat sur les modèles en matière de support communautaire. La SHQ reconnaît que des ressources supplémentaires sont nécessaires et que les sommes requises ne peuvent pas provenir uniquement du réseau de l'habitation.
- La relance des travaux et des discussions avec le MSSS : la mise en place d'un comité conjoint SHQ/MSSS laisse espérer des avancées dans plusieurs dossiers dont ceux liés à la santé mentale et à l'itinérance. La SHQ participe également à un comité qui se questionne sur les orientations à donner au volet III du programme AccèsLogis et sur la place du support communautaire.
- Le dossier des fonds fédéraux destinés aux sans-abri : la SHQ est aussi préoccupée par la question de l'itinérance. L'annonce des fonds fédéraux pour combattre ce phénomène et la conclusion d'une entente éventuelle quant aux partages des responsabilités dans le cadre du programme « Initiatives de partenariat en action communautaire » (IPAC) offriront sans doute une opportunité de partenariat allant dans le sens espéré. Dans ce dossier, la SHQ s'attend à être impliquée avec le MSSS et le milieu communautaire dans l'analyse et l'allocation des sommes dévolues au Québec (56,7 millions \$) et souhaite que le message d'intersectorialité amorcé par ce colloque réponde à ces attentes.

En terminant, monsieur Dionne pense que cette première invitation ouvrira la porte à de nouvelles avenues en matière de partenariat. Il remercie les membres du comité organisateur qui ont contribué à la réussite du colloque. Il tient également à féliciter tous les organismes du milieu qui offrent des services de support communautaire et de logement aux citoyens et citoyennes les plus fragiles.

Lucie LEDUC**Directrice de la jeunesse, des personnes
toxicomanes et de la santé mentale****Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Dans sa conférence de clôture, madame Leduc affirme que le logement conditionne l'ensemble des autres aspects de la vie des hommes et des femmes. Le défi qui est posé est donc de faire en sorte que le logement soit accessible aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Elle précise toutefois que la réalisation de ce défi est possible dans la mesure où il se situe dans une démarche de partenariat.

Dans sa présentation, elle a d'abord identifié quelques éléments contextuels présents dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le secteur de la santé mentale. Ces éléments sont importants dans la mesure où ils peuvent influencer le développement des services de soutien au logement autonome.

- Une orientation incontournable vers des services dans les milieux de vie des personnes : à cet égard, madame Leduc précise que lorsqu'elle a été rendue publique en 1989, la *Politique de santé mentale* innovait en proposant la recherche de solutions près des milieux de vie des personnes. Il faut donc être vigilant dans les interventions afin que les projets de services résidentiels fassent partie intégrante des milieux de vie des personnes présentant des problèmes graves de santé mentale.
- Les résultats d'une démarche d'appui à la transformation des services de santé mentale : madame Leduc rappelle qu'en novembre 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied un groupe d'appui dont le premier mandat était de faire le point sur l'état d'avancement des travaux de transformation des services de santé mentale. L'un des principaux constats mis en évidence par le groupe d'appui et qui a fait consensus au forum national sur la santé mentale en septembre dernier est la nécessité de développer des services de soutien aux personnes ayant des problèmes graves de santé mentale afin de leur permettre de vivre en société. Les membres du groupe d'appui ont proposé des avenues de travail sur lesquelles les participants au forum ont échangé et ont fait consensus : 1) préciser des balises de développement d'une gamme de services résidentiels; 2) accentuer les actions intersectorielles; et 3) consolider en priorité les services de soutien au logement.
- Des services résidentiels en pleine évolution : les services résidentiels à rendre disponibles sont en pleine évolution. Nous sommes passés de l'hébergement dans les centres hospitaliers psychiatriques à des ressources dans la communauté relevant de ces établissements. Avoir un chez-soi dans la communauté est un droit pour ces personnes. Le développement de lieux de vie autonome doit donc être une priorité et en ce sens accentué.

Madame Leduc a aussi voulu communiquer ses impressions sur les conditions à réunir pour que les modèles d'organisation en matière de logement et les partenariats qu'ils requièrent collent à la réalité. La première condition concerne l'engagement politique. Madame Leduc affirme qu'il y a lieu de formaliser les collaborations entre les différents ministères afin de permettre une intégration des politiques sociales tout en reconnaissant la nécessité des initiatives locales. Elle nous rappelle ainsi que madame Marois, ex-ministre de la Santé et des Services sociaux s'est engagée lors de la clôture du forum sur la santé mentale à accentuer les démarches auprès de ses collègues ministres afin de procéder à une meilleure intégration des politiques sociales.

Madame Leduc évoque aussi une meilleure reconnaissance des rôles des acteurs impliqués comme condition à la réussite des modèles d'organisation en matière de logement. Elle réitère ainsi la mission du réseau de la santé et des services sociaux qui vise essentiellement à rendre disponible une gamme de services et à soutenir les personnes en fonction de leurs besoins et de leurs capacités. Le réseau souhaite ainsi assumer ce rôle de soutien en complémentarité avec les autres organismes mandatés pour développer notamment des lieux de vie adéquats et accessibles. Enfin, l'accroissement du financement est identifié comme étant la troisième condition de réussite. Elle rappelle ainsi que le MSSS vient d'injecter huit millions de dollars récurrents dans le secteur de la santé mentale pour réduire les écarts dans les moyens disponibles pour offrir des services et mieux répondre aux besoins. Les régies régionales sont invitées à assurer le financement des services sur leur territoire en consolidant de façon prioritaire les services de base offerts dans la communauté dont ceux qui visent le soutien au logement.

Pour assurer la qualité des services qui seront mis en place, madame Leduc croit qu'il est nécessaire de développer des critères de qualité et l'évaluation, de faire connaître et diffuser les expériences qui fonctionnent et de s'associer avec les principaux intéressés, soit les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale, et leur permettre de prendre la place qui leur revient dans la définition et l'organisation des services qui leurs sont destinés.

CONCLUSION

En organisant un colloque provincial sur le logement et les services de soutien en santé mentale, les membres du comité organisateur désiraient, avant toutes choses, que les décideurs, les gestionnaires et les intervenants des deux grands réseaux interpellés, l'habitation et la santé, amorcent un dialogue, un rapprochement, qu'ils apprennent à se connaître et à reconnaître leurs expertises spécifiques, qu'ils prennent conscience des réalités de l'autre et qu'ils partagent sur leur limites respectives, tout cela dans le but de développer et d'augmenter la collaboration entre les deux réseaux afin de rendre disponible plus de logements sociaux avec des services de soutien pour répondre aux besoins actuels des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale.

Ce colloque voulait aussi faire connaître la richesse, l'originalité et la grande diversité des expériences qui existent déjà entre les deux réseaux. Même s'ils sont encore trop peu nombreux, les projets qui ont fait l'objet d'une brève présentation dans le présent document sont porteurs d'espoirs et démontrent tout le potentiel qui peut se déployer lorsque deux réseaux décident de se mettre ensemble pour améliorer l'accès à un logement décent et à prix abordable pour les gens aux prises avec des problèmes graves de santé mentale. Il n'y a pas un modèle unique mais plutôt une multitude de modèles adaptés à un contexte, à une région et qui répondent à des besoins spécifiques. Ce faisant, cet événement provincial voulait susciter chez les participants et participantes, le désir d'amorcer le dialogue entre les deux réseaux, véritable préalable à une intervention intersectorielle sur le terrain. Les personnes participantes ont d'ailleurs identifié des conditions nécessaires à l'action intersectorielle en matière de logement : des projets communs qui répondent aux différents besoins des deux réseaux, le développement d'une confiance réciproque par l'action et la création de lieux et d'espaces pour l'innovation afin de dépasser les limites de chacun des secteurs, le désir de faire ensemble, etc.

En lisant ces actes, on peut se rendre facilement compte que les objectifs des organisateurs ont été pleinement atteints car si l'accès au logement est reconnu comme un droit fondamental pour les personnes aux prises avec un problème graves de santé mentale et un moyen de sortir de l'exclusion et de la marginalisation, on se rend compte aussi facilement que cette mesure n'est pas réalisable si chacun demeure cloisonné dans son secteur d'activités. Ainsi, le secteur de la santé et des services sociaux ne peut plus continuer à développer de l'hébergement public pour des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale qui peuvent et désirent vivre hors de l'institution psychiatrique et de ses ressources ; et le secteur du logement social ne peut plus ignorer les besoins de ces personnes qui sont des membres à part entière de leurs communautés et qui désirent participer pleinement à la vie communautaire.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et celui des Affaires municipales, en supportant la réalisation d'un tel colloque désirent rappeler leur engagement à responsabiliser

les communautés locales à l'égard de leur population qui éprouve des problèmes de santé, mais surtout à favoriser et encourager la recherche de solutions le plus près possible du milieu naturel où vivent les personnes. Ce colloque se doit d'être une sorte de bougie d'allumage afin que dans chacune des régions du Québec, dans chacune des communautés s'engage un dialogue entre la santé et l'habitation afin de répondre ensemble et le plus adéquatement possible aux besoins des personnes d'avoir un réel chez-soi où ils recevront les services nécessaires pour exercer, adéquatement et en fonction de leurs capacités, leurs responsabilités de citoyen et de citoyenne. Les actes du colloque constituent un outil pour favoriser à la grandeur du Québec une démarche qui permettra de bâtir ensemble une véritable action intersectorielle en matière de logement.

ANNEXES

PRÉSENTATION DES EXPÉRIENCES D'AILLEURS

Geoffrey NELSON, Ph.D.
Professor of Psychology
Director of the Program in Community Psychology
Department of Psychology
Wilfrid Laurier University
Waterloo, Ontario

HOUSING FOR PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS : VALUES, RESEARCH, AND ACTION

Résumé

Ce travail présente une mise à jour de la recension des écrits dans le domaine du logement des consumer/survivors depuis la publication de l'article de Nelson et Smith Fowler (1987). En premier lieu, nous présentons un aperçu global de la documentation et nous proposons une définition pour souligner les caractéristiques importantes de trois approches conceptuelles sur le logement: a) custodial b) supportive et c) supported.. Deuxièmement, nous examinons les projets de recherche qui traitent de la relation entre les caractéristiques du logement et les résultats pour l'adaptation des résidents (ex., prise en charge). Par la suite, nous présentons les résultats des études qui ont examiné les impacts de ces trois approches au logement dans la vie des résidents. En guise de conclusion, nous nous interrogeons de façon critique sur les valeurs et la recherche dans le domaine des approches différentes au logement, afin de faire des recommandations pour de futures politiques, la planification, la pratique et la recherche.

Présentation à partir d'acétates

Les acétates projetées par le conférencier au moment de la présentation sont reproduites ci-après.

Housing Approaches for People with Serious Mental Illness: Values, Research, and Action

**Geoffrey Nelson
Community Psychology Program
Wilfrid Laurier University
November 16, 2000**

**Presentation at the Conference entitled “Le logement
de soutien en santé mentale: une solution partagée”**

The Critical Importance of Housing

- **Housing as a determinant of health**
- **Housing as a secure space for embarking on a process of personal empowerment and recovery**
- **Federal and provincial governments abdicating their role in social housing**
- **Increasing homelessness among marginalized people, including people with serious mental illness, across the country**

Homelessness and Mental Illness: A Story of Failure

- **“Homelessness reflects our societal values. People with psychiatric disabilities are generally poor and disadvantaged, and safe and decent housing is often beyond their means. Access to affordable housing and appropriate supports for people with disabilities might easily undergird the social structure of the wealthiest nation on earth; indeed, deinstitutionalization could make sense only in the context of providing affordable housing and supports.” (Robert Drake and Michael Wallach, 1999)**

Values, Research, and Action

- **Values tell us what “should be”**
- **Research tells us what “is”**
- **Action follows from values and research**

Three Approaches to Housing: From Institutions to Housing to Homes

- **Custodial - Institutions in the Community**
- **Supportive - Residential Continuum**
- **Supported - Permanent Homes**

Custodial Housing

Values/Qualities

Underlying values

Typical settings

Orientation of provider

Role of staff

Role of consumer

Nature of support

**Potential for
empowerment**

Custodial Housing

Custodial care

**Board-and-care homes,
foster families**

Profit

Care provider

Patient

**Care services, dependency
orientation**

**Little control over
housing, living
companions, support, or
daily decision-making**

10 Year Follow-up Study of Residents of Sheltered Care (Segal & Kotler, 1993)

- Original sample consisted of 393 people, ages 18-65, all with serious mental illness, residing in sheltered care settings in California in 1973
- Collected follow-up data on 253 of original sample, more than half of whom still lived in sheltered care settings
- Sheltered care residence was associated with a reduction in independent social functioning and an increase in *assisted* social functioning, in spite of reductions in physical and psychiatric symptoms

Critique of Custodial Housing

- Segregated settings, little emphasis on community integration
- Foster dependency, little emphasis on resident control or empowerment
- No evidence that such housing promotes desirable quality of life for residents

Supportive Housing

Values/Qualities

Underlying values

Typical settings

Orientation of provider

Role of staff

Role of consumer

Nature of support

**Potential for
empowerment**

Supportive Housing

Rehabilitation

**Group homes, clustered
apartments**

Non-profit

Rehabilitation agent

Resident/service recipient

**Rehabilitation oriented
towards independence**

**Some control over
housing, living
companions, support, or
daily decision-making**

The Lodge Program ***(Fairweather et al., 1969)***

- **Developed a Lodge Program for people discharged from hospital**
- **Functioned as a family, operated a business (janitorial service, yardwork)**
- **Randomized controlled evaluation compared residents of Lodge with those experiencing typical discharge at 6, 12, 18, 24, 30, 34, and 40 months**
- **Lodge residents spent more time in the community and more time working than comparison group; no differences in symptoms or community adjustment were found**

Supported Housing

Values / Qualities

Underlying values

Typical settings

Orientation of provider

Role of staff

Role of consumer

Nature of support

Potential for empowerment

Supported Housing

Empowerment and community integration

Cooperatives, apartments

Non-profit

Facilitator / enabler

Tenant / citizen with rights / partner

Housing and support “de-linked”; support flexible and controlled by consumer

Considerable control over housing, living companions, support, or daily decision-making

Consumer Housing Preference Studies - Summary of Findings ***(Tanzman, 1993)***

- Most people want independent housing, integrated with people without disabilities (do not want to live with other people with psychiatric disabilities)
- Most people prefer apartments or home ownership
- Most people identify lack of income as the biggest barrier to meeting housing needs
- Most people want to live with a friend or romantic partner
- Most people want support available on a 24-hour basis, but not *live-in* support

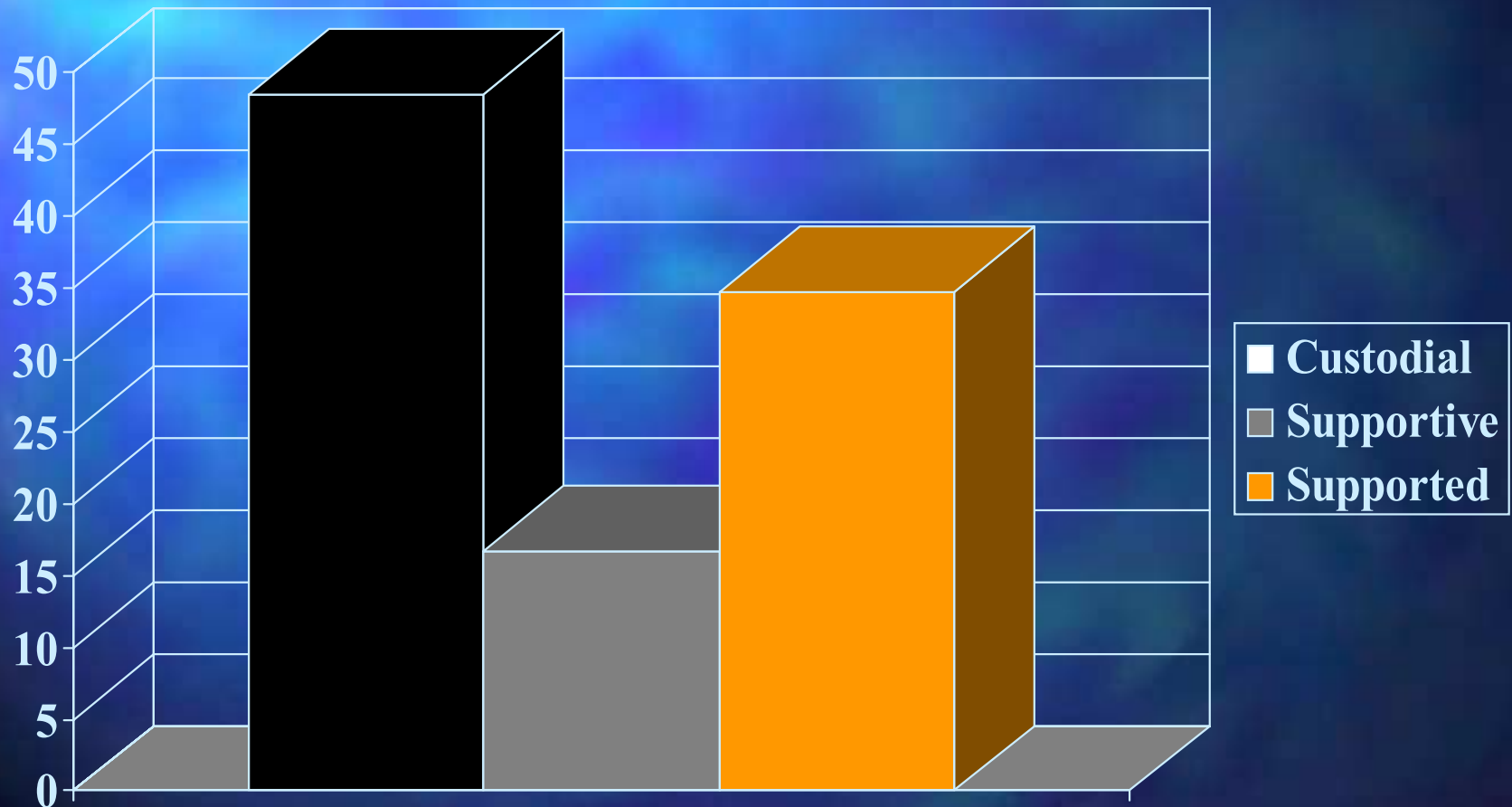
Supported Housing for People Who are Homeless and Mentally Ill (Hurlburt et al., 1996)

- **Housing and Urban Development Section 8 Program - rent supplements**
- **Controlled randomized design with 2 factors (Section 8 certificate vs. no certificate; Comprehensive case management vs. traditional case management) yielding 4 conditions; followed up for 2 years**
- **There was a main effect for the Section 8 program, but not type of case management, on the achievement of stable, independent housing; other psychosocial outcomes were not examined**

Critique of Supported Housing

- Problems of isolation and loneliness reported
- Little evidence that residents of supported housing become integrated into the community through informal support systems, education, or work
- May not work effectively for people with severe and/or multiple disabilities

Percentages of Different Types of Housing Available for People with Serious Mental Illness in Waterloo Region, Ontario (Walker, 2000)



Comparative Study of Board-and-Care Homes, Group Homes, and Supportive Apartments (Nelson et al., 1997)

- **107 people interviewed shortly after entry into these settings and one year later**
- **Examined both processes (housing and support qualities) and outcomes**

Processes

- **Proportion of income to rent - $BCH > GH > SA$**
- **Know neighbours - $SA > GH + SA$**
- **Own room - $SA + GH > BCH$**
- **Resident control - $SA > GH > BCH$**
- **Social support - $BCH + GH > SA$**
- **Problems with living companions, lack of privacy, and restrictive rules**

Outcomes

- Increased independent functioning, as rated by staff, over time for residents of SA and GH, but not BCH
- Greater proportion of positive personal changes mentioned at 1-year interview for residents of SA (62%) and GH (75%) than for residents of BCH (36%)
- No differences between groups found on measures of community integration and subjective quality of life
- Importance of resident control and small number of living companions for independent functioning

Comparative Study of Group Homes and Supported Apartments (Goldfinger et al., 1999)

- **118 homeless people with serious mental illness in Boston were randomly assigned to group homes or independent apartments**
- **91 people were screened out of the study because they were deemed to dangerous to self or others**
- **Participants in both groups received weekly visits from case managers and were followed up for 18 months**

Outcomes

- **76 % were housed at 18 months with no differences between the 2 groups**
- **No significant differences in days homeless for white participants in group homes (mean = 48) and apartments (mean = 36)**
- **Black and Hispanic participants in apartments (mean = 107) spent significantly more days homeless than those in group homes (mean = 51)**

Comparative Study of Linear Residential Continuum Model and Supported Apartments (Tsemberis & Eisenberg, 2000)

- Studied housing outcomes for 241 homeless people with serious mental illness in New York City who used the Pathways to Housing supported housing program from 1993 to 1997
- Utilized a comparison group of 1600 homeless people with serious mental illness who used the linear residential treatment approach during the same time period
- Those in Pathways were significantly more likely to have a diagnosis of schizophrenia and to have a substance abuse problem than those in the comparison group

Pathways to Housing

- “founded on the belief that housing is a basic human right for all individuals, regardless of disability, the program provides clients with housing first - before other services are offered. All clients are offered immediate access to permanent independent apartments of their own”
- Modified ACT approach to support - “Unlike the traditional ACT model, the Pathways supported housing program allows clients to determine the type and intensity of services or refuse them entirely”
- “Practice of radical acceptance of the consumer’s point of view”
- Half of staff are consumers

Linear Residential Treatment Model

- **Step 1 - outreach workers engage homeless people and encourage them to accept a referral to a shelter or drop-in**
- **Step 2 - develop clients' housing readiness so that they meet eligibility criteria of housing providers (e.g., adherence to treatment, sobriety)**
- **Step 3 - placement in housing from residential continuum in which intensity of on-site support is matched with client needs (most are group settings)**

Outcomes

- **88 % of those in Pathways and 47 % of those in the comparison group were continuously housed during the 5 year study period**
- **Being older and having a mood disorder increased tenure in housing, while being white and having a dual diagnosis decreased housing tenure**

Conclusions and Future Directions: Policy and Planning

- Custodial housing should be phased out as a social policy
- Supportive housing, guided by the principles of choice and de-linking housing and support, can fill a need as a short-term rehabilitation approach, particularly for people with severe problems and multiple needs
- Supported housing represents the best policy option for permanent homes
- There should be maximal participation of people with serious mental illness in policy and planning to ensure that they have a strong voice regarding their preferences for housing

Conclusions and Future Directions: Practice

- **Support staff must be vigilant in helping people with serious mental illness to access employment, education, and leisure and to develop their networks of support, so as to promote community integration and prevent social isolation**
- **Organizational change and staff training are required for mental health agencies to shift towards a philosophy of supported housing**
- **Mental health staff must create partnerships involving housing providers and people with serious mental illness**

Conclusions and Future Directions: Research and Evaluation

- **Future research should concentrate on supported housing and supportive apartments, with a particular emphasis on psychosocial and quality of life outcomes**
- **Research and evaluation should be built into the development of supported housing, so that evaluation can be used by stakeholders to improve the housing and quality of life of people with serious mental illness**
- **Participatory action research should be used to involve people with serious mental illness, housing providers, support staff, and other stakeholders in the design and implementation of the research**

**For further information
contact**

**Geoffrey Nelson
Department of Psychology
Wilfrid Laurier University
Waterloo, ON N2L 3C5
gnelson@wlu.ca**

Arleen PARÉ
Director of Mental Health Housing
Vancouver/Richmond Health Board

PARTNERSHIPS IN MENTAL HEALTH AND HOUSING

Introduction

I want to thank the organizers of this important conference, for inviting me to speak about the mental health housing system in Vancouver. It's exciting to see so many people here concerned about this topic.

As we know, housing is the number one priority for mental health consumers and their families. Without safe, affordable, and adequate housing, recovery for consumers is much more difficult, in some cases impossible. In BC, at all levels of government, the importance of this basic need is recognized. This is not to say, of course, that appropriate funding always follows. We operate, like most, within serious funding constraints, and must constantly create more efficient ways and models to maximize mental health housing within the Vancouver community.

Which means that we always work in some form of partnership. This is neither a new way of operating, nor exclusive to Vancouver. But the models of health/housing partnerships have been evolving. As well, consumer needs and preferences have been evolving, leading us to develop more models of supported independent housing. An interesting dimension of these parallel evolutions, is that as we develop more and different models of more independent housing, our partnerships seem to be increasingly complex. Or it may simply be that we are in the early phases of the newest partnership models, and the beginnings always seems more complicated.

We seem to be working farther into the social housing community, and with a greater numbers of players. The current result is that we are having to pay greater attention to process issues related to these newer partnerships.

As well, the newer partnerships are in general more cost effective, which leads to the most important result: that we are able to offer more, and a greater variety of housing options for mental health consumers who need a range of housing to meet their varied needs.

I would like to take a slightly historical approach to this topic, partly because I want to draw attention to how mental health/housing partnerships in Vancouver have evolved over time, in response to changing conditions. The conditions, of course, include philosophies of health care and service; consumer demand; material and market environments; government support and regulation to name just a few.

Background

First, though I want you to bear with me for 5 minutes while I give you some background that I think is important for understanding Vancouver's partnerships. I will briefly describe the kinds of housing available in Vancouver for individuals with a mental illness.

Then I will briefly outline the various kinds of organizations involved in mental health housing provision.

First the kinds of housing. Some kinds are more associated with the past, and some have been developed more recently, but they are all still available. And when I say available, I only mean that they exist within Vancouver's housing system; actual move-in availability is rarely immediate. We have long waiting-lists for all forms of mental health housing.

Vancouver's mental health housing is divided broadly into three categories: Residential Care; Supported Independent Housing; and Emergency Housing. We have 320 Residential Care beds in 33 licensed care homes. These homes have 24 hour on-site staffing, medication administration, professional care and the provision of meals. They house 6 to 20 individuals, who share bathrooms and sometimes bedrooms. This is the least independent form of mental health housing, though we expect psychosocial rehabilitation approaches to service provision in these homes. Some homes are very specialized, with shared program funding. Berman House is a dual diagnosis recovery home, for men with a mental illness and addictions. Another specialized home, Peggy's Place, for women with a mental illness with a history of abuse receives funding 50/50 from the Ministry of Health and from the Ministry of Women's Equality. These are among the more recent partnerships in residential care programs.

The second broad category, Supported Housing includes: mental health only apartment buildings with some support staff; scattered market apartments with rent supplements and outreach support staff (such as the Supported Independent Living Program-- known commonly as the SIL Program); Supported Hotels (such as the Portland Hotel); and the recent Enhanced Supported Apartment Program, with a cafeteria meal program. In total, we currently have just under 1000 Supported Housing units in Vancouver.

While the greatest number of housing units is in the Supported Housing category, the greatest amount of funding is tied up in Residential Care. We have 75% of our housing operational dollars going into 25% of the housing program. This is another area we are trying to adjust and improve in Vancouver.

There are 2 mental health funded Emergency Shelters in Vancouver: Lookout, with 42 emergency beds and Triage, with 28 emergency beds. Lookout is about to build a third Shelter, which will be situated outside Vancouver's Downtown Eastside, which is the neighbourhood with the greatest poverty and addictions problems in the city. Many people with a mental illness move into this neighbourhood, because the SRO (Single Room Only) Hotels are affordable on income assistance. But it can be an unsafe neighbourhood for some

individuals with a mental illness, and many would prefer to receive their Emergency Shelter, when and if they need it, outside the DTES.

Now for two minutes on the organizations involved in providing mental health housing in Vancouver.

Two provincial Ministries: the Ministry of Health and the Ministry of Social Development and Economic Security (which is responsible for BC Housing, the provincial social housing body) are the main ministries involved in this field. But in the case of Peggy's Place, as I mentioned, the Ministry of Women's Equality shares operational expenses.

The Ministry of Health generally provides the funds for program operations, but also provides the capital funding for Residential Care Homes. It will not, however, provide any capital funding to anything but Residential Care Homes. It limits its capital funding to housing projects in which 'care' is the operative word, not housing.

BC Housing, which is our provincial social housing provider and administrator,-- and I should say here that BC and Quebec are the only two provinces which have provincial housing agencies -- develops and directly manages its own social housing buildings for seniors, low income families, and people with disabilities. It is also responsible for allocating social housing units awards and assisting with project development for non-profit social housing agencies.

It also has had limitations about the kind of housing it will fund, which has been only housing with no care attached to it. However, unlike Health, BC Housing has become more flexible about its funding criteria, and this has permitted more creative, and more suitable, mental health housing projects in Vancouver.

Another organization involved is the Vancouver/Richmond Health Board, the regional health authority. The health board includes a mental health division, Vancouver Community Mental Health Services, with its own housing department, of which I am the current Director. We are responsible for the regional mental health housing which I have just described, including its planning, development, administration, evaluation and contract management. We do all of this in partnership with the other players in the housing field.

The City of Vancouver is also involved. Often the City will write down the price of city land needed, in the form of a land lease, to build a housing project, and the Vancouver City Council has been extremely supportive of mental health housing initiatives in the city.

A variety of non-profit social housing agencies, non-profit mental health agencies, and private mental health service providers form other parts of the mental health housing system. As well, we have one non-profit agency, called the Katherine Sanford Housing Society, which in a very specialized and skilled way, provides only the housing portion of mental health housing projects.

History of Vancouver's partnerships

Now back on to the history. As we all remember, in the 1960's many patients were discharged on new medications from large provincial mental health institutions into the community. In Vancouver, the boarding-home style housing they most often moved into was not ideal, but it was slightly more independent, and normalized, than the wards in the institutions. In Vancouver, this form of mental health housing continued through the 70's, without much change, or scrutiny. Though it was not always ideal, this type of housing was a rudimentary form of partnership between provincial health funding, a licensing body and private care providers.

In the 1980's, the Adult Mental Health Division of the Ministry of Health, established a set of provincial Guidelines and Standards for these licensed Residential Care Homes. In the 90's, these homes were expected to sign written contracts with the Ministry of Health, which set out service expectations for received funding, and which formalized the partnerships between the Ministry of Health and the service providers. Conditions and standards began to improve for the residents of these homes.

In the late 80's, Vancouver experienced a real estate boom. Several private mental health residential home managers sold their mental home to realize considerable profits. At the time, this development was disastrous; residents were displaced, and new residential housing had to be created. We were forced to establish a non-profit housing society in 1989, which I mentioned earlier, called the Katherine Sanford Housing Society, in order to protect the stability of our Residential Housing stock.

After 1990, almost all new licensed residential Homes were purpose-built by the KSHS, which undertook the development, ownership and property management of these smaller (6 bed) Residential Care Homes. A three-way partnership and contractual agreement for care, was established between the KSHS, the health authority, and a private professional who agreed to deliver a care program in the home.

At the same time, 2 non-profit mental health societies, the Coast Foundation and the Mental Patients Association, were developing several apartment blocks in Vancouver for mental health consumers. These apartments were first built with capital funding from the old federal CMHC program and then with funding from the provincial BC Housing. This was the first Supported Housing in the city. There are now 13 such apt buildings in Vancouver. The Ministry of Health, in partnership with these mental health societies, funds apartment building support workers to help the apartment tenants with any of a range of daily activities.

In 1992, the Ministry of Health established and funded a new mental health housing program, which was named the Supported Independent Living Program-- the SIL Program. This program has 2 funding components: rent supplements for mental health consumers, in recognition that the basic income assistance shelter payment, was not sufficient for consumers to be able afford an adequate apt; and, funding for outreach support staff.

The program staff are provided by non-profit agencies, who help people find and maintain their apts. The rent supplement is administered by BC Housing and the entire budget comes from the Ministry of Health. The regional health authority (in this case -- me) is responsible for administering and coordinating the local SIL Program.

The SIL Program is very popular, flexible, and easily tailored to meet individual consumer needs. However, it generally relies on the private market for the rental apartments.

In the mid-nineties, the Vancouver mental health housing dept identified a gap in the range of housing we then offered. This gap existed between Residential Care, with almost everything provided, and Supported Housing. Some individuals who wished to live more independently, and who had applied for the SIL Program, for example, were not able, or not interested in cooking for themselves. It was not likely they would be able to live very successfully in Supported Housing. We needed an apt. building with a cafeteria. Health refused to capital fund the project, because there was not sufficient 'care' involved. BC Housing refused to fund it, as there was too much 'care' involved. For 2 years we discussed the project, created and met as a Project Design Steering Committee, and applied for funding from both bodies. Finally, BC Housing, in a concerted effort to be more responsive to community housing needs, agreed to capital fund the project. We, local regional mental health housing, put together program funding mainly from the closure of one of the Residential Care Homes.

The Enhanced Supported Apt. Project opened this summer and now houses 18 tenants. A three-way partnership contract exists between the KSHS, that built the building, the non-profit service provider, and the VRHB. BC Housing has an agreement with the KSHS for building maintenance and building operations.

New partnerships

While all of the above partnerships were complicated enough, the new series of mental health/housing partnerships seem more so. This is partly because we are working outside the strictly mental health environment, and partly because we are trying to satisfy not only the needs of mental health consumers, but also the needs of the social housing projects, tenants and agencies. There are fine balances to be struck. In general, the social housing community in Vancouver does not know much about mental health and we do not know very much about the social housing agencies.

Again, however, they have evolved out of a complex weave of needs. In the late 90's, the City of Vancouver and BC Housing drew up a Memorandum of Understanding which describes their mutual agreement that no new social housing projects would be permitted to proceed without the approval of both organizations, the City and BC Housing. Originally, it had been the role of BC Housing to approve social housing project in all parts of BC, including Vancouver, but the City's role often as provider of land through city owned land leases, which reduced the costs of housing projects in the City, was very important. As well,

the City's Housing Centre and Social Planning Depts. had compiled plans and reports which specified where, and which kind of housing projects would be preferred by the City.

The MoU originally grew out of informal meetings and discussions, as most worthwhile things do, between City and BC Housing staff. Therefore, when several hundred housing units were awarded in Vancouver about 1 -2 years ago, under the Lower Income Urban Singles Project -- known commonly as the LIUS Project -- both the City and BC Housing had been involved in the award selections. This LIUS Project developed out of recognition that the traditional housing stock of the City's poor -- the SRO's in Vancouver's DTES, was being eroded and needed some form of replacement. Many small sized apts in large apt buildings, therefore, were recently built by various non-profit housing providers in the DTES through this BC Housing allotment. So far so good. But they forgot that a large number of those lower income urban singles are people with health disabilities, especially mental illness.

The Vancouver Health Board was not a party to the Memorandum of Understanding and so had no part in these new apt. units. As buildings were nearing completion, various housing providers, the new owners of these large building realized they would be housing tenants who might need some supportive health staffing (not just building maintenance staff) in the building project to assist tenants who had more complex needs. And these were the tenants in the DTES.

At approximately the same time, mental health societies who had recently submitted proposals to BC Housing for unit allocations, had received virtually no unit awards. Therefore, mental health and some of the LIUS housing societies, began to form new partnerships to maximize both housing for mental health consumers and staffing for the new buildings. Some of the partnerships are broader than mental health and include staffing for tenants with other disabilities, such as HIV/Aids and addictions.

I should mention that recently the Vancouver Health Board Housing Dept., including MH Housing, has been included in the Memorandum of Understanding between the City and BC Housing, and is now a party to new housing unit allocation selections in the City. We now sit as part of a Joint Housing Committee that meets on a regular basis to discuss housing issues we have in common.

In order to give you a flavour of the new partnerships, I will outline the four we now have in place. They are all very new and still in process.

40 E. Hastings project

The first is the 40 E. Hastings Project. This project involves the Main and Hastings Housing Society and Triage, a MH Society. Initially, Triage, which provides emergency and other basic services to people with a mental illness in the DTES, approached Main and Hastings.

They agreed to work together to improve the service that either could offer on its own. Main and Hastings had a building opening in August, and Triage had a long list of mh consumers for its supported apt., which it could not accomodate. The idea was, and now is, for Main and Hastings to dedicate 21 out of its 84 building apts (25% Of its units) for Triage's use for its mh housing waiting list. Triage had applied to us for mental health support staff funding. We agreed, as it ultimately reduces our centralized housing waiting list, and provides new apts for mh consumers, without us having to provide the housing funding at all. Triage has hired one full-time staff, who provides service to the 21 identified mh consumers. This staff will be able to work with the mh tenants one to one on various daily living needs and skills, or he can work in groups on leisure activities.

The difficulty is that, in this mixed population building, it is not yet clear how this arrangement will work out. Will the MH worker need to assist too many 'other' tenant? This was a sticky point in the initial discussions, and we have agreed to try to be flexible, but it remains a possible difficult issue. As well, will the mh tenants stand out, or be considered too special because of the support they will receive? Tenant selection, and tenant eviction are also problematic. We have agreed to joint housing agency and Triage tenant selection, and in this project we have had no disagreements to date, but this could become difficult at some point.

So far this project is working well, largely due to the very diplomatic ways of the Triage management and staff.

27 W. Pender Street project

Another LIUS partnership project is the 27 W. Pender Street project. This is a 98 unit apt building built by the Vancouver Native Housing Society. The partnership in this building, which just opened November 1st, just 2 weeks ago, is between the Vancouver Health Board, the Vanc. Native Housing Society and the MH service provider, which in this case, as with Main and Hastings, is the Triage Society.

The agreement is for the Vanc. Native Housing Society to provide 35 units to be dedicated to a mix of three health populations, mental illness, HIV/Aids, and addictions, which can, of course present in combination. Triage, with funding from the Health Board, has hired a 7 day a week support worker and supervises and administers the support aspect of this large housing project. Again, the mental health care worker may also need to attend to problems of the other 63 tenants, which will be next to impossible, but we are hoping that the other tenants in the building will be largely more independent. In this project there have been some initial difficulties regarding eligibility and acceptance criteria, but with a series of problem solving meetings, we think the problems are mainly sorted out. Again, the Triage support worker is excellent, and the Triage administrative staff have been very helpful in smoothing out the initial growing pains.

In both cases, three-way Letters of Agreement have been signed that describe the obligations of all 3 parties. A funding contract between the Health Board and Triage has also been signed for both housing projects.

Seymour Place

A third LIUS project is Seymour Place. This project has the longest history of working partnership, although it only opened in August this year. The project involves a six way agreement between the Affordable Housing Society; Coast Foundation, the mh society which is responsible for a full-time support staff for 30 dedicated mh apts, as well as for the MH Drop-in Centre on the ground floor of this building; McLaren Aids Society, who are responsible for support for 15 units for HIV/Aids tenants; BC Housing; the Health Board; and the City. The Drop-in Centre provides meals and houses work and leisure programs that are available to the neighbourhood.

This project is different from the first two I described, in that the parties involved participated together from the beginning to make this project happen.

Veteran's Manor

About a year ago, the Board of the Veteran's Memorial Manor, a 134 unit building built in 1986 in the DTES for war veterans, approached the health board to discuss a partnership to help them keep their units filled with people who needed their kind of housing. Their tenant population had been old men (veterans) sometimes with alcohol problems. We had a number of older men with a variety of mental health problems, and sometimes with alcohol problems, who were living in SRO's, and were in need of better housing. We agreed to provide a half-time support worker for 15 dedicated mental health units in the Veteran's Manor building. As yet the units are not completely filled with new mental health tenants, and this will only happen over time.

We also made arrangements for an emergency hospice bed for community health patients. We have established a Steering Committee of everyone involved to oversee the process the evolution, and the evaluation of this project.

Conclusion

In Vancouver, we are trying to develop more supported independent housing, moving some of our housing funding from residential care to supported housing models, in an effort to conform more closely with the Best Practices in Housing Report that was issued in January, 2000. This report clearly recommends increasing supported housing options, and creating

more specialized programs, such as Berman House and Peggy's Place, in the Residential component of mental health housing services.

We continue to struggle with improving access to housing and increasing mental health housing availability. If we can increase the number of supported housing units in new buildings that already exist in the community, and that are already rent supplemented, as these recent partnerships are, then we can maximize available dollars, improving both access and availability.

The jury is out. We have yet to complete project evaluations. But, as with all housing projects, opportunities don't appear twice, and these are the opportunities available in Vancouver now. In this decade, we expect to see more housing partnerships, and a shift to more supported housing. And if we're paying attention to what mental health consumers want, that's got to be seen as progress.

Brandon LITTLE
Manager, Residential Services
Mental Health Service - Rehabilitation
Saskatoon District Health

PARTNERSHIPS IN MENTAL HEALTH

Présentation à partir d'acétates

Les acétates projetées par le conférencier au moment de la présentation sont reproduites ci-après.

Partnerships in Mental Health

Brandon Little

Manager - Residential Services

Mental Health Service - Rehab

Saskatoon District Health

Outline

- ✧ Environment: Provincial and Local
- ✧ Specific Project
- ✧ Challenges and Strategies
- ✧ Process and Results
- ✧ Future Opportunities

Context

❧ Saskatchewan:

- Population of approximately 1 million.
- Very large geographic area.
- Two relatively large urban centres (Saskatoon & Regina).
- Three-four small urban centres.
- Many small rural centres.

Context (continued.)

❧ Saskatoon Health District:

- Serves approximately 225,000 people.
- One of 32 health districts.
- Responsibility for all health-care services within the District boundary.
- Agreement for cooperative service delivery with three small outlying Districts.

Context (continued.)

❧ Saskatoon Health District:

- 3 hospitals, 2 acute MH units, potentially 59 beds.
- Directly provides very limited residential services (Youth and Acute).
- Contracts or administers most services.

Housing & Adult Mental Health

- ✿ Approved Mental Health Homes (private)
- ✿ Saskatoon Housing Coalition, Inc.
- ✿ YWCA
- ✿ Salvation Army Men's Hostel
- ✿ Capri Place (Converted Hotel - Room and Board)
- ✿ Personal Care Homes (private)
- ✿ Acute Care

Saskatoon Housing Coalition, Inc.

- ✿ Non-profit corporation, since 1983.
- ✿ Mission: To provide residential accommodation and support services for L.T.M.I.
- ✿ Started with one apartment block (26 units)
- ✿ Added two group homes in 1987 (5 bed each)
- ✿ Added “Outreach” component in 1991

Identified Need

☞ More Supportive Apartments

- Client identified need
- 2 Year waiting list
- Serve more clients
- Minimal additional cost

Plan

- ✿ Close one of the group homes.
- ✿ Purchase an existing apartment block.
- ✿ Develop as a Supportive Apartment Program (Supported Independent Living Program).
- ✿ Retain all existing funding.

Challenges

- ✂ Identify client needs
- ✂ Change
- ✂ Loss (or perceived loss)
- ✂ Policies
- ✂ Resources and Financing
- ✂ Stigma
- ✂ Attitudes: Paternalism, Turf protection, “Ownership”

Potential Partners

- ✿ Saskatoon District Health & Psychiatrists
- ✿ CBO's (NGO's)
- ✿ Saskatchewan Housing Corporation
- ✿ City of Saskatoon
- ✿ Department of Health
- ✿ Financial Institutions
- ✿ Consumers and Families
- ✿ CMHC

Strategies

- ✧ Research
- ✧ Vision
- ✧ Advocacy
- ✧ Honesty
- ✧ Shared Cost, Risk & Glory
- ✧ Community Support

Outcome

- ✿ Acquired 18-unit building
- ✿ Renovated and staffed
- ✿ No impact from closure of group home
- ✿ Very limited concern from community
- ✿ Excellent P.R. opportunity for funders and sponsors (and organization)
- ✿ Clients extremely pleased.

Future Directions:

- ✿ New opportunities - what's “hot”?
- ✿ Health Promotion and Prevention - research?
- ✿ Homelessness - Resources?
- ✿ Learning from Others
 - United Kingdom and U.S.A.

Examples

- ✧ Concurrent Disorders
- ✧ Saskatoon Housing Initiative Partnership (SHIP)

Concurrent Disorders

- ❧ Residential program for individuals with a mental illness and substance abuse disorder
- ❧ Similar to a program in Regina which has been operating for approximately 7 years
- ❧ Provided in an apartment-type facility, with 24/7 staffing
- ❧ Best Practice

SHIP

❧ Saskatoon Housing Initiative Partnership

- Established to develop means to facilitate home ownership
- Specific target group
- NOT reliant on on-going government grants
- Develop a “Mortgage Pool” in cooperation with financial institutions, to reduce risk.
- Able to utilize investment to develop capacity.

SHIP

- ✿ New approach to addressing housing challenges.
- ✿ Real partnership between a disparate group.
- ✿ All have an interest in the issue.
- ✿ All can see benefit in developing solutions.
- ✿ All willing to work together and overcome obstacles.

SHIP: Membership

- ✂ Building Association
- ✂ Real Estate Association
- ✂ City of Saskatoon
- ✂ Banks
- ✂ Credit Union
- ✂ Trust Company
- ✂ Health Care
- ✂ Tribal Council
- ✂ Non-Profit Housing
- ✂ Law Firm
- ✂ Women Entrepreneurs
- ✂ Mayor

Transitional Funding

✿ Lessons from British Columbia

- Facilitate change
- Recognize the reality of service provision

LISTE DES ORGANISMES PARTICIPANTS

Action Habitation du Québec
Association canadienne en habitation et rénovation urbaine (ACHRU)
Association canadienne pour la santé mentale (filiale de Montréal)
Association des CLSC et CHSLD du Québec
Association des groupes de ressources techniques du Québec (AGRTQ)
Association des groupes d'intervention en défense de droits
Association des Offices municipaux d'habitation de Québec (AOMHQ)
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)
CAFGRAF
Centre de formation et de perfectionnement des offices municipaux d'habitation (CFPO)
Centre du Florès
C.H. de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue
C.H. et d'hébergement de Rivière-du-Loup
C.H. Pierre-Janet
C.H. régional de Rimouski
C.H. Robert-Giffard
CHUM – Hôpital Notre-Dame
CLSC Desjardins
CLSC Haute-Ville des Rivières
CLSC La Guadeloupe
CLSC Mer et Montagnes
CLSC Plateau Mont-Royal
CLSC-CHSLD Basse-ville-Limoilou-Vanier
CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny
CLSC-CHSLD du Marigot
Collectif de défense des droits de la Montérégie
Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)
Corporation des propriétaires immobiliers du Québec Inc. (CORPIQ)
Diogène
Fédération des OSBL en habitation de Montréal (FOHM)
Fédération régionale des OSBL en habitation de Québec/Chaudière-Appalaches
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
Fédération des locataires d'habitation à loyer modique du Québec (FLHLMQ)
Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)
Groupe de Ressources Techniques
Habitation de la Visitation
Habitation Les II Volets inc.
Hôpital Douglas – Centre de recherche
Hôpital Louis-H. Lafontaine

L'Accolade Châteauguay
La Maison des 4 saisons du Témiscamingue
La Maison l'Échelon
La Résidence de l'Académie
La Ruche Aire Ouverte
L'Athénée
Le Hâvre de Trois-Rivières
L'Envolée de Sainte-Agathe
Le Pont de Rouyn-Noranda
Le RACOR en santé mentale
Le Rappel de Saint-Georges de Beauce
Les habitations Métatransfert
Les Résidences Bonaventure
Maison Eugénie Bernier
Maison Réalité Inc.
Maison Saint-Dominique
Maison Saint-Georges
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Office municipal d'habitation (OMH) d'Alma
OMH de Châteauguay
OMH de Chicoutimi
OMH de Drummondville
OMH de Gatineau-Hull
OMH de Granby
OMH de Laval
OMH de Lévis
OMH de Montréal
OMH de Québec
OMH de Saint-Hyacinthe
OMH de Sherbrooke
OMH de Trois-Rivières
OMH de Verdun
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
Programme d'encadrement communautaire et hébergement (PECH)
Programme Homerun
Propulsion Lanaudière
Projet H2O
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale - Québec (RRASMQ)
Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) du Bas Saint-Laurent
RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue
RRSSS de Laval
RRSSS de la Mauricie-Centre du Québec
RRSSS de la Montérégie
RRSSS de Lanaudière

RRSSS de Montréal-Centre
RRSSS de Québec
RRSSS des Laurentides
RRSSS du Saguenay-Lac Saint-Jean
Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
Réseau québécois des OSBL d'habitation
Service Accroche-toit
Société Action chambreurs de Québec
Société d'habitation du Québec
Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL)
Université de Montréal – École de service social
Université du Québec à Montréal – École de travail social
Université Laval – Faculté des sciences infirmières et École de service social
Un toit en réserve du Québec
Ville de Montréal – Service de l'habitation
YWCA

