

363.5974
C7145h
2004

L'habitation comme déterminant social de la santé mentale



Sous la direction de
Alain Beaulieu et Henri Dorvil



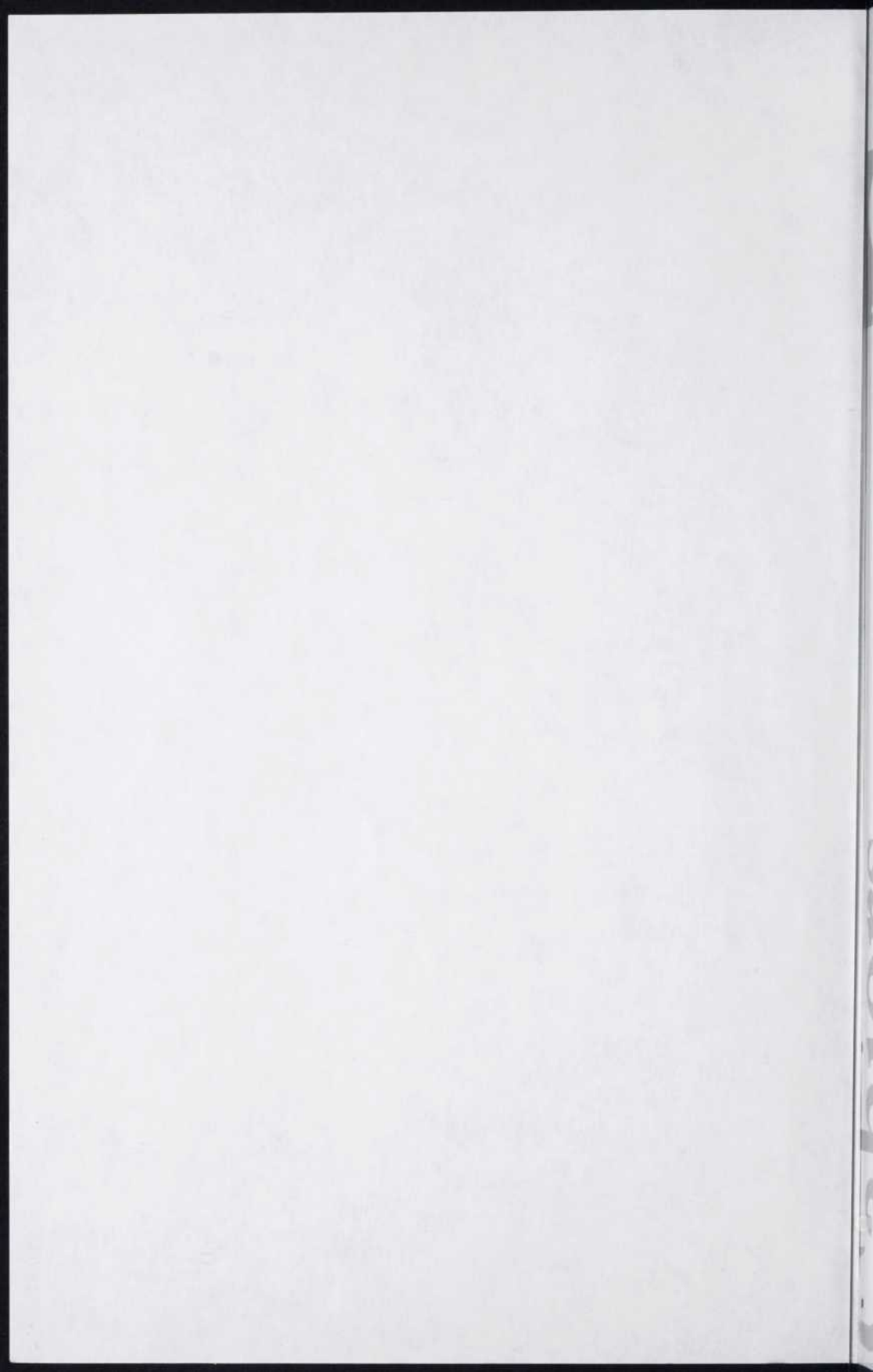
Acfas

Cahiers
scientifiques

99

Fondée en 1923, l'**Association francophone pour le savoir** a pour mission de promouvoir l'activité scientifique, de stimuler la recherche et de diffuser le savoir. L'Acfas est un réseau de 6 000 membres coopérant avec des dizaines de partenaires des milieux universitaire, collégial, public, parapublic ou industriel. Elle contribue à la vitalité du milieu scientifique avec, notamment, son congrès annuel, sa revue de vulgarisation scientifique, *Découvrir*, ses prix de la recherche et la publication des *Cahiers scientifiques*. Publié depuis 1979, la collection des *Cahiers scientifiques* de l'Acfas est constituée principalement d'actes de colloques ou de monographies.





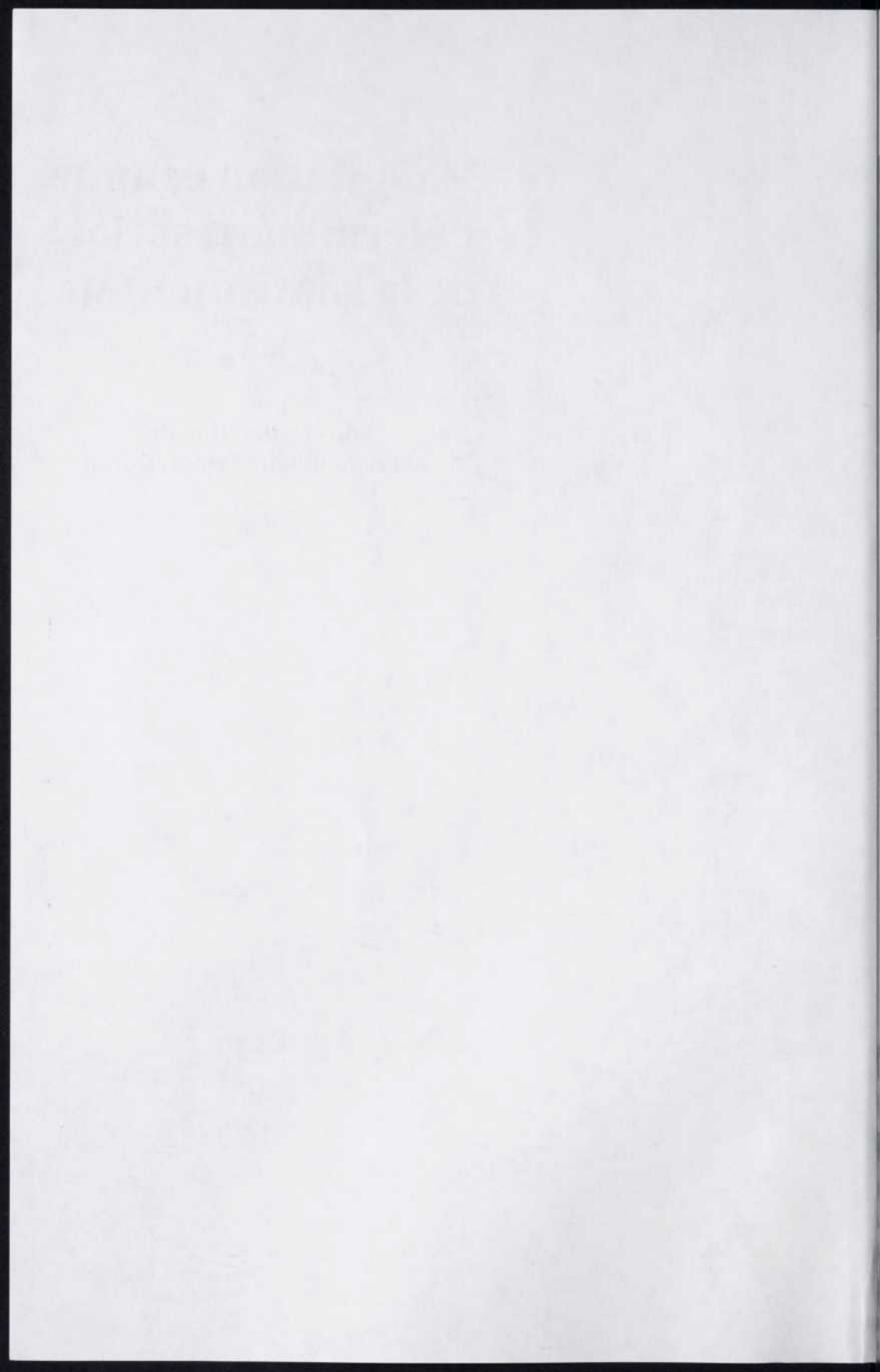
99

**L'habitation comme
déterminant social
de la santé mentale**

Sous la direction de
Alain Beaulieu et Henri Dorvil

**Cahiers
scientifiques**





99

Cahiers
scientifiques

L'habitation comme déterminant social de la santé mentale

Sous la direction de
Alain Beaulieu et Henri Dorvil

Groupe de recherche sur
les aspects sociaux de la santé et
de la prévention (GRASP)

Actes du colloque
*Le logement comme
déterminant social de la santé
pour les personnes usagères des
services de santé mentale,*

présenté dans le cadre du
70^e Congrès de l'Acfas,
à l'Université Laval,
le 15 et 16 mai 2002



Catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Vedette principale au titre :

L'habitation comme déterminant social de la santé mentale : actes du colloque tenu les 15 et 16 mai 2002 à l'Université Laval dans le cadre du 70^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir-Acfas.

(Cahiers scientifiques de l'Acfas; 99)

Comprend des réf. bibliogr.

Publ. en collab. avec : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)

ISBN 2-89245-124-8

1. Malades mentaux – Logement – Congrès. 2. Malades mentaux – Intégration – Québec (Province) – Congrès. 3. Logement et santé – Congrès. 4. Logement social – Congrès. 5. Malades mentaux – Logement – Québec (Province) – Congrès. I. Beaulieu, Alain, 1970- . II. Dorvil, Henri. III. Association francophone pour le savoir-Acfas. IV. Université de Montréal. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention. V. Collection : Cahiers de l'ACFAS; 99.

HV3004.H28 2004

363.5974

C2003-942095-7

Révision linguistique : Hélène Larue

Illustration de la page couverture : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Conception de la page couverture : Nathalie Proulx

Conception des pages intérieures : Jocelyne Thibault

Distributeur : Fides

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004

Association francophone pour le savoir-Acfas

425, rue De La Gauchetière Est

Montréal (Québec)

H2L 2M7

Téléphone : (514) 849-0045

Courriel : acfas@acfas.ca

www.acfas.ca

363.5974
C7145h
2004

GRASP

Le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) est un centre de recherche multidisciplinaire rattaché à l'Université de Montréal. Il regroupe une collectivité de chercheurs, de professionnels de la recherche et d'étudiants aux cycles supérieurs intéressés par l'analyse des enjeux sociaux dans les domaines de la santé et du bien-être. Tous partagent un intérêt commun et une préoccupation pour les questions de santé des populations, une approche et une vision globale communes des aspects sociaux de la santé et de la prévention. Aussi, plusieurs des recherches menées au GRASP se font conjointement entre chercheurs de disciplines différentes pour accroître les perspectives de compréhension.

Constitué depuis 1984, le GRASP se singularise par son approche sociale de la santé, s'intéressant aux facteurs sociaux dans l'analyse des problèmes de santé et de bien-être. La santé y est considérée comme une résultante d'un ensemble de conditions et facteurs relevant de l'environnement social, économique, culturel et politique autant que du patrimoine biologique et génétique, du système de traitement des maladies et de l'environnement physique. Par cette approche originale, le GRASP a été un précurseur et il demeure un leader de cette perspective préventive et compréhensive.

GRASP-Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7

Nous tenons à remercier vivement de leur collaboration à la réalisation de cet ouvrage :

- Le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui ont subventionné l'organisation du colloque ainsi qu'une partie de la publication des actes;
- L'Association francophone pour le savoir-Acfas, qui a accueilli le colloque à l'occasion de son 70^e Congrès tenu en mai 2002 à l'Université Laval et qui a contribué à la venue d'un conférencier français;
- Christiane L'abbée (GRASP), qui a réalisé la mise en page des textes;
- Jody Freeman, qui a effectué la traduction de certaines présentations.



TABLE DES MATIÈRES

Liste des auteurs	1
Introduction	
L'habitation et la santé mentale <i>Henri Dorvil</i>	3
Présentation	
<i>Alain Beaulieu et Henri Dorvil</i>	7
Politiques du logement social	
Les programmes de santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux <i>Denis Chabot</i>	13
L'évolution des liens entre le logement et l'insertion sociale à travers 40 ans de documents ministériels au Québec <i>Céline Mercier</i>	19
L'évolution des interventions de la Société d'habitation du Québec auprès de clientèles aux prises avec des troubles mentaux et à problématiques multiples <i>Claude Roy</i>	27
Le logement des personnes atteintes de troubles mentaux en Ontario : analyse critique et perspectives d'avenir <i>John Trainor</i>	37
L'intégration sociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés : l'expérience de New York <i>Sam Tsemberis</i>	55
Organisation des services de santé mentale : hébergement et logement social	
Table ronde réunissant :	
<i>Sonia Côté, Luc Lalonde, Natalie McCormac Daniel Dussault et Michel Laroche</i>	63

Aspects théoriques de l'habitation

Le partenariat entre les résidences d'accueil et le réseau de la santé et des services sociaux <i>Myra Piat</i>	73
---	----

Le zonage et la santé mentale <i>Paul Morin</i>	81
--	----

Étude repère sur la stabilité résidentielle des personnes aux prises avec des troubles mentaux à Toronto : une approche participative en vue d'identifier les pratiques exemplaires en matière d'hébergement <i>John Sylvestre, John Trainor, Melanie Ollenber, Melonie Hopkins, Nadia Ramsundar et Peter Ilves</i>	101
---	-----

L'expérience existentielle de l'habiter <i>Alain Beaulieu</i>	113
--	-----

La perte de son logement et le maintien de soi <i>Jean-François Laé</i>	125
--	-----

Mot de la fin

<i>Hélène Provencher</i>	135
--------------------------------	-----

LISTE DES AUTEURS

BEAULIEU, Alain

GRASP/Centre-FCAR de l'Université de Montréal

CHABOT, Denis

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

CÔTÉ, Sonia

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

DORVIL, Henri

École de travail social de l'Université du Québec à Montréal

DUSSAULT, Daniel

Office municipal de l'habitation de Lévis

LAÉ, Jean-François

Université Paris 8

LALONDE, Luc

Fédération des OSBL en habitation de Montréal

LAROCHE, Michel

CLSC Desjardins à Lévis

MCCORMAC, Natalie

GRASP/Centre-FCAR (division Ontario) de l'Université de Montréal

MERCIER, Céline

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas à Montréal

MORIN, Paul

Collectif de défense des droits de la Montérégie

PIAT, Myra

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas à Montréal

PROVENCHER, Hélène

Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

ROY, Claude

Société d'habitation du Québec

SYLVESTRE, John

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto

TRAINOR, John

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto

TSEMBERIS, Sam

Pathways to Housing, New York



INTRODUCTION

L'HABITATION ET LA SANTÉ MENTALE

Henri Dorvil

En 2002, dans le cadre du 70^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir-Acfas, nous avons tenu un colloque les 15 et 16 mai, à l'Université Laval à Québec, sous la thématique *Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*. À certaines séances, la participation a atteint 72 personnes. Cela signifie bien que le colloque répondait à un besoin au sein du monde de l'habitation, cette porte d'entrée dans la citoyenneté des patients psychiatriques désinstitutionnalisés.

Avoir une maison, un chez-soi, représente le point de départ de la vie en société. C'est une fenêtre ouverte sur le monde qui nous entoure, l'outil par excellence de la participation sociale, notre nid d'intimité. C'est là que nous reprenons nos forces physiques, psychiques. Nous en sommes tous et toutes convaincus.

En 2002, s'est tenu aussi, à Ottawa, le colloque annuel du Canadian Housing and Renewal Association (CHRA). Un conférencier d'Afrique du Sud, M. Maurice Makhathini du Rooftops International, nous a démontré comment le logement et le zonage de l'habitat avaient été utilisés dans son pays pour limiter les contacts entre les races : chaque quartier peint de telle couleur était réservé à tel groupe humain, par exemple. Or nous avons utilisé ici, durant plusieurs siècles, ce même apartheid, cette mise en quarantaine à l'égard de nos concitoyens atteints de troubles mentaux graves ou moins graves.

En Amérique du Nord comme en Europe, dans les pays émergents comme dans les pays du tiers monde, le droit à un toit a toujours fait l'objet d'un combat intense de tous les jours. L'État québécois répond à ce mouvement social, mais sa réaction est encore fragile, timide à l'égard de ce nouveau modèle de développement solidaire et démocratique (Vaillancourt, 2001) qui encadrerait le logement social ainsi que d'autres domaines de politiques sociales malmenés récemment par la lutte au déficit.

Si au Canada et aux États-Unis, le logement social occupe seulement 5 p. 100 du marché (Fuller-Thomson, Hulchanski et Hwang, 2000),

aux Pays-Bas, il en occupe 40 p. 100. Dans ce dernier pays, le logement est attribué non en fonction du revenu ou du degré de richesse, mais en tenant compte du besoin, y compris l'état de santé de l'individu. Sur le plan socioéconomique, il existe aussi en France (Bonvalet et Gotman, 1993) une politique de vente de logements sociaux à leurs occupants, une certaine démocratisation de l'accès à la propriété semblable à la pratique des *council houses* en Grande-Bretagne, rejoignant ainsi les desiderata d'un groupe important de gagne-petit et d'une frange appréciable de populations marginalisées. Plusieurs pays de la Communauté économique européenne, particulièrement la Grande-Bretagne, disposent d'un *housing benefit* permettant de combler le fossé entre la capacité de payer et le besoin d'un logement de qualité. Cette politique sous-tend que le logement est un déterminant social de la santé, c'est-à-dire un élément dépassant largement le système de soins (Marmor, Barer et Evans, 1996), la santé étant comprise dans le sens que lui donne l'OMS : *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité*. Le courant des déterminants sociaux de la santé postule que des actions menées hors du champ médical (relativement au revenu, au logement, aux études, à la formation de la main-d'œuvre, au travail, etc.) peuvent avoir des effets bénéfiques majeurs sur la santé des populations. Si cette assertion est vraie pour les gens dits normaux, elle devrait l'être autant, sinon plus, pour les gens dont la santé est hypothéquée par des troubles mentaux. C'est principalement en raison de ces motifs que le logement constitue un terrain de lutte pour ce qui est en fin de compte le droit à la vie (Dorvil et autres, 2001, 2002).

Quelle personne ne se souvient pas de l'instant merveilleux où elle a apposé pour la première fois sa signature au bas d'un bail ? Entrée dans la vie adulte, indépendance vis-à-vis des parents tuteurs, soif de liberté, affirmation de l'identité, bien des sentiments s'expriment lorsqu'on décide de marquer un territoire. Le logement comme monde vécu, selon Bachelard (1957), est le symbole de la relation entre un lieu de vie sociale et une identité, un monde qui offre de la sécurité et où s'établit une relation entre cet endroit central et l'identité de la personne.

Pourtant, il n'en est pas toujours de même pour les personnes ayant des troubles mentaux. Tout d'abord, dans leur cas, cette prise de possession du territoire s'est faite tardivement ou ne s'est pas faite du tout. Ensuite, l'expérience de l'habiter, l'espace, rend visible la négativité de la place sociale pour ces êtres qui ont surtout l'indignité, la souffrance comme projet de vie. Une auteure (Carreteiro, 1993) soutient que, d'une part, plus les personnes sont défavorisées, plus leurs conditions

concrètes d'existence deviendront contraignantes, et que, d'autre part, plus d'autres dimensions s'ajouteront à celle de l'espace, plus les personnes porteront continuellement en elles des marques d'un lieu social vécu comme négatif. Le fait d'être pauvres et marginalisés peut toutefois représenter une barrière à la qualité et à la quantité de soutien que peuvent recevoir des habitants. Souvent, ces personnes sont coupées d'autres liens potentiels comme l'éducation, le travail. Elles peuvent devenir littéralement prisonnières de leur espace, d'un espace ghettoisé. Comme l'écrit si bien Hoggart (1970), ces groupes sociaux peuvent prendre conscience de leur identité non pas à partir de ce qu'ils possèdent, mais par ce dont ils ont été privés. L'identité aliénée n'est qu'une illusion d'identité (Lipiansky et autres, 1999), car elle entraîne le repli sur soi, la marginalité, la non-perception des contradictions et des rapports de pouvoir. D'où le caractère impératif de *l'empowerment*.

Il ne s'agit alors guère d'un problème dérivant strictement d'un déficit de capital humain inhérent à des coordonnées cliniques comme la gravité des symptômes, par exemple, mais d'un capital social défini comme les ressources potentiellement rendues accessibles par la participation à des réseaux sociaux (Lévesque et White, 2002), ressources on ne peut plus précieuses pour la quête de la citoyenneté dans le cadre d'une réinsertion sociale réussie. Ainsi, sur le plan sociopolitique, il existe en France une situation où patronat et pouvoirs publics ont depuis un siècle milité et agi en faveur de l'accession à la propriété populaire, pavillonnaire notamment, et où cette dernière est porteuse idéologiquement d'un sens spécifique d'intégration sociale (Bonvalet et Gotman, 1993). Dans cette trajectoire, les personnes ayant des troubles mentaux ou tout autre groupe défavorisé apparenté se retrouvent dans un espace moins négatif, un genre de purgatoire en attente de l'accession à la propriété associée à une ambition sociale légitime de posséder sa *petite maison dans la prairie*, de se retrouver dans ses meubles. Satisfaction du besoin d'appropriation de l'espace, manifestation de la stabilité sociale.

Références bibliographiques

- Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*, Paris, PUF.
- Bonvalet, C., et A. Gotman (éd.) (1993). *Le logement, une affaire de famille*, Paris, L'Harmattan, 167 p.
- Canadian Housing and Renewal Association. *Housing Futures, 34th annual Congress of the Canadian Housing and Renewal Association*,

Fairmount Château Laurier, Ottawa, 3-6 avril 2002, p. 7.

- Carretero, T.C. (1993). *Exclusion sociale et construction de l'identité - Les exclus en milieu « défavorisés » au Brésil et en France*, Paris, L'Harmattan, 270 p.
- Dorvil, H., P. Morin, A. Beaulieu et D. Robert (2002). « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales », *Déviance et société*, vol. 26, n° 4, p. 497-515.
- Dorvil, H., P. Morin et D. Robert (2001). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles*, rapport de recherche déposé au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).
- Fuller-Thompson, E., D. Hulchanski et S. Hwang (2000). « Housing and Health Relationship : What Do We Know ? », *Environmental Health*, vol. 15, nos 1-2, p. 109-133.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit.
- Lévesque, M., et D. White (2002). « Capital social, capital humain et sortie de l'aide sociale pour des prestataires de longue durée », *Cahiers canadiens de sociologie*, vol. 26, n° 2, p. 167-192.
- Lipiansky, M., I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez (1999). « Introduction à la problématique de l'identité » dans Camilleri, C., J. Kasterstejn, E. M. Lipianski, H. Malenska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez, *Stratégies identitaires*, Paris, PUF, p. 7-26 (Collection Psychologie d'aujourd'hui).
- Marmor, T., M. L. Barer et R. G. Evans (1996). « Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques » dans Evans, R. G., M. L. Barer et T. R. Marmor (dir.), *Être ou ne pas être en santé*, Montréal, PUM et John Libbey Eurotext, p. 223-236.
- Vaillancourt, Y. (2001). « Logement public : enjeux et perspectives », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1, p. 1-7.

PRÉSENTATION

Alain Beaulieu et Henri Dorvil

Le logement conditionne l'ensemble des aspects de la vie des femmes et des hommes. Il est à compter parmi les plus importants déterminants sociaux de la santé chez l'être humain (World Health Organization-WHO, 2001; Forum national de la santé, 1996; Charte d'Ottawa, 1986). Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, le logement est l'élément central de l'exercice du maintien des personnes dans la vie en société (MSSS, 1998). Avoir un lieu de résidence contribue de manière essentielle à renforcer le sentiment d'identité sociale (Dorvil et autres, 1997). L'habitation se trouve ainsi directement impliquée dans le développement de la citoyenneté. De même, avoir un logement à soi constitue le point de départ de l'organisation de la vie en société en étant une condition préalable à l'exercice de la citoyenneté et à l'acquisition de droits fondamentaux : santé, éducation, travail, revenu minimum, fournitures de base telles que l'eau, l'électricité, etc. (Lamarque, 1996; Parmentier, 1997). Le logement joue donc un rôle fondamental dans la survie des humains de même que dans la sécurité de la société et sa cohésion.

La croissance constante du produit intérieur brut (PIB) dans des pays riches comme le Canada s'accompagne d'une diminution constante de la part de cette richesse réservée au logement, notamment pour les plus défavorisés. Des populations marginalisées, telles les personnes classées malades mentales, consacrent parfois jusqu'à 45 p. 100 de leur revenu au logement quand elles veulent sortir du cadre de l'hébergement traditionnel. C'est le cas de 800 000 ménages au Canada, dont 275 000 au Québec qui, selon Papineau (2000), prennent plus de la moitié de leur revenu pour se loger, ce qui les oblige à réduire des dépenses essentielles comme l'alimentation, les médicaments et les vêtements. Une meilleure compréhension du logement comme déterminant social de la santé chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves et vivant en communauté non seulement favoriserait une meilleure répartition des richesses allouées à l'habitation, mais contribuerait également à déjouer la logique du *revolving door syndrome* (cycle des réhospitalisations).

La désinstitutionnalisation des systèmes de soins psychiatriques a contribué à transformer de manière radicale les modèles traditionnels d'habitation pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Ainsi, le modèle de l'asile psychiatrique, constant dans le temps, laisse place à un ensemble de ressources aux orientations variables suivant le degré d'autonomie reconnu à leur clientèle : résidence d'accueil, foyer de groupe, coopérative d'habitation, appartement supervisé, logement social avec soutien communautaire, etc. Au cours des trois dernières décennies, il s'est ainsi développé toute une variété de types d'hébergement et de logement. D'une manière générale, l'habitation conçue comme un hébergement offre une grande sécurité aux résidants tout en présentant un mince degré d'autonomie. En revanche, l'habitation entendue au sens d'un logement offre une grande liberté aux locataires, mais ceux-ci doivent tout de même gérer un risque d'isolement.

Le colloque a permis d'apporter de nouvelles réponses aux questions suivantes : En quoi le fait d'avoir un chez-soi constitue-t-il un facteur d'intégration sociale ? Quelle distinction peut-on établir entre l'habitat, le chez-soi, l'hébergement et le logement ? Quelles sont les tendances qui se profilent à l'horizon en matière de logement pour les personnes usagères des services de santé mentale ? En quoi sont-elles novatrices ou se distinguent-elles des anciens programmes ? De quelle manière les programmes sociaux destinés aux ex-patients psychiatriques contribuent-ils à définir plus positivement les notions d'intégration et de normalisation ? Quelles sont les conceptions de l'*empowerment*, du capital humain et du capital social qui sont mises en œuvre dans un contexte de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques ? En quoi les projets des organismes communautaires les plus novateurs en matière de logement et de travail pour les personnes classées malades mentales s'accordent-ils avec les politiques nationales et provinciales (ministère de la Santé et des Services Sociaux, ministère du Travail, Société d'habitation du Québec, etc.), avec les plus récentes recherches théoriques dans le domaine de la santé, de même qu'avec les recommandations émanant des instances internationales (Organisation mondiale de la santé, Organisation des Nations-Unies, etc.) ?

Politiques du logement social

Dans le premier bloc de conférences, intitulé *Politiques du logement social*, nos invités soulignent l'importance du logement pour les ex-patients psychiatriques, ils présentent les différents programmes destinés à la clientèle usagère des services de santé mentale, et enfin, ils traitent des modes de financement du logement social aux États-Unis, en France et au Canada.

Denis Chabot retrace l'historique des politiques de services en santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux du

Québec. Il expose également l'état actuel du dossier du logement social au Ministère en mentionnant les objectifs à atteindre et les avancées qui ont été réalisées.

En référence au *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998), Céline Mercier rappelle que les personnes atteintes de troubles mentaux graves préfèrent vivre dans des milieux de vie autonome, qu'une variété de ressources résidentielles doivent être mises à leur disposition et que des actions intersectorielles doivent être menées pour soutenir l'accès au logement. En fait, depuis la Politique de santé mentale du Québec (1989) jusqu'aux actions prioritaires issues du Forum de septembre 2001 (MSSS, 2002), tous les documents ministériels ont souligné l'importance du logement pour l'organisation des services en santé mentale. Céline Mercier suggère que cette importance se fonde cependant sur des considérations et des éléments contextuels différents d'un document à un autre, et que ces textes expriment une position changeante et ambiguë d'une société quant à la place des personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Claude Roy présente les préoccupations de la Société d'habitation du Québec (SHQ) à l'égard des clientèles requérant un soutien social pour se loger, en insistant sur la situation des personnes utilisatrices des services de santé mentale. Il souligne que l'année 1987 (Année internationale du logement des sans-abri) a marqué un virage dans les programmes et les interventions en habitation sociale. Quels ont été les efforts consacrés à ce dossier, depuis cette date ? Quelles ont été les tentatives de rapprochement entre le secteur de l'habitation sociale et celui de la santé et des services sociaux ? Comment ont évolué les politiques et programmes respectifs ? Où en sommes-nous maintenant dans nos efforts d'articulation entre ces deux secteurs ? Que vivent nos gestionnaires de logements sociaux ? Quel message recevons-nous de nos partenaires et quelle conclusion doit-on en retenir pour orienter nos interventions à venir ? Quels sont les modèles de collaboration qui doivent nous guider ? En conclusion, qui bénéficie le plus d'une meilleure harmonisation des interventions en logement et en santé mentale ? Soulignons que M. Roy a reçu, en 1997, le prix de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) pour sa contribution au domaine du logement social. Il a obtenu aussi, en 2002, le prix international de l'Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine (ACHRU) et le prix international John D. Lange de la National Association of Housing and Redevelopment Officials (NAHRO) aux États-Unis.

John Trainor aborde ensuite la question du logement social en Ontario. Il rappelle que dans cette province, la clientèle des services de santé mentale bénéficie d'un ensemble disparate de programmes de logement datant de diverses époques et fonctionnant selon des approches et des modèles administratifs très différents. Il analyse les programmes offerts et expose les différentes orientations philosophiques ainsi que les hypothèses de départ qui les ont inspirés. Il souligne la persistance des modèles d'hébergement supervisé (*custodial models*), qui vont à l'encontre de la réadaptation des usagers, au mépris des meilleures pratiques, et qui sont mis de l'avant par les groupes de pression du secteur privé à but lucratif. Il propose enfin une stratégie pour un changement positif.

Sam Tsemberis nous parle quant à lui des défis auxquels fait face l'organisme Pathways to Housing, qui offre un service d'habitation pour les clientèles marginalisées de la ville de New York, y compris de nombreux usagers et usagères des services de santé mentale.

Organisation des services de santé mentale : hébergement et logement social

La deuxième sous-session du colloque a une orientation pratique. On y présente l'état de la situation du logement social et communautaire destiné aux personnes usagères des services de santé mentale. Dans le cadre d'une table ronde, des conférenciers et conférencières font le point sur les réussites et les lacunes des services offerts dans les régions de Montréal, Kitchener, London et Québec. Les personnes participantes sont Sonia Côté, Luc Lalonde, Natalie McCormac, Daniel Dussault et Michel Laroche.

Aspects théoriques de l'habitation

Finalement, la troisième sous-session forme un bloc d'orientation plus théorique où sont exposées des positions faisant appel aussi bien à la phénoménologie et à la sociologie de la santé qu'aux notions les plus novatrices de la littérature scientifique. Ces communications jettent un éclairage nouveau sur la situation en matière d'habitation des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et effectuant un retour dans la communauté.

Myra Piat remarque que, malgré la multitude d'études et de discours antérieurs portant sur le partenariat dans le domaine de la santé mentale au Québec, aucune recherche n'avait encore abordé la question du partenariat entre les responsables de résidences d'accueil pour les

personnes atteintes de troubles mentaux graves et le réseau de la santé et des services sociaux. C'est précisément le thème d'une recherche qu'elle a menée entre 1999 et 2002. Quel genre de partenariat lie les responsables des résidences d'accueil à l'ensemble du réseau ? En fait, un partenariat existe-t-il vraiment entre eux ? Une étude qualitative auprès des intervenants du milieu et des responsables de résidences d'accueil a permis d'identifier deux modèles - le partenariat embryonnaire et le faux-semblant de partenariat -, qui sont présentés ici tels qu'expérimentés par les responsables.

Dans sa conférence, Paul Morin nous décrit pour sa part l'importance du zonage, considéré à la fois comme mécanisme de division des sols et de ségrégation des populations, dans la reconfiguration des services d'hébergement et dans la reproduction de rapports sociaux fondés sur une distance vis-à-vis de la folie. En d'autres termes, il nous démontre que le contrôle de l'espace permet de contrôler les actions humaines. Le zonage comme technique de contrôle du territoire est ainsi devenu, selon lui, l'instrument privilégié d'exclusion des populations marginalisées, aux États-Unis comme au Canada.

Avec John Sylvestre, nous constatons qu'au cours des deux dernières décennies, les résultats de certaines recherches menées dans la région de Toronto ont souligné l'efficacité de diverses pratiques d'hébergement et de soutien pour permettre aux individus souffrant de troubles mentaux graves de continuer à se loger et d'atteindre ainsi leurs objectifs de vie. Malheureusement, plusieurs organismes spécialisés en hébergement ainsi que leurs partenaires n'ont pu capitaliser entièrement sur cette évidence fondamentale. De plus, les fournisseurs d'hébergement n'ont eu que peu d'occasions de s'informer sur les pratiques implantées par d'autres organismes. Ce texte décrit une étude repère unique en matière d'hébergement, réalisée en collaboration avec les fournisseurs d'hébergement de Toronto. L'étude indique les stratégies pratiques qu'une variété de fournisseurs d'hébergement offrant divers types d'approches résidentielles peuvent adopter.

Alain Beaulieu adopte de son côté un point de vue phénoménologique pour analyser la question de l'habitation. La phénoménologie est l'une des cinq approches permettant d'étudier la signification de l'habitation. La particularité de l'expérience existentielle de l'habiter consiste à considérer l'espace habitationnel comme un lieu de séjour qui ne se laisse plus saisir selon une perspective géométrique ou physique. L'auteur montre de quelle manière les conceptions de l'habiter

développées par Heidegger, Bachelard et Erwin Strauss ajoutent une nouvelle dimension au processus du rétablissement (*recovery*). Les récits de quelques personnes rencontrées dans différentes régions du Québec et ayant connu de telles expériences existentielles de l'habiter viennent illustrer les propos.

Jean-François Laé montre finalement à quel point la perte du logement agit sur la santé mentale et la capacité de « s'habiter soi-même ». A contrario, l'auteur indique que pour habiter au sens fort un logement, il est nécessaire « d'habiter son intimité ». Cela engage une réflexion sur ce qu'est l'intimité, le privé, le for intérieur.

Références bibliographiques

- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986). *Établir une politique publique de santé*, Ottawa, conférence internationale pour la promotion de la santé - Vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre.
- Dorvil, H., H. A. Guttman, N. Ricard et A. Villeneuve avec la collaboration de J. Alary, F. Beauregard, L. Blanchet, C. Cardinal, C. Leclerc, D. McCann et C. Mercier (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale - Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)/MSSS, 264 p.
- Forum national sur la santé (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, rapports de synthèse et documents de référence, vol. 11, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
- Lamarque, G. (1996). *L'exclusion*, Paris, PUF, 127 p. (Collection Que sais-je?).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 43 p.
- Papineau, J. (2000). « Crise du logement social. Goulot d'étranglement », *La Gazette des Femmes*, vol. 22, n° 2, juillet-août, p. 26-29.
- Parmentier, C. (1997). *Le logement : domaine d'intérêt général européen ? Séminaire européen « Intérêt général européen et logement »*, Bruxelles, 11-12 décembre, 13 p.
- World Health Organization-WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health : New Understanding, New Hope*.

POLITIQUES DU LOGEMENT SOCIAL

LES PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Denis Chabot

La transformation des services en santé mentale remonte à la politique de santé mentale déposée en 1989 (MSSS, 1989), qui a posé les premiers jalons de la réforme que l'on connaît aujourd'hui. L'un des principaux objectifs de la politique était de favoriser l'accessibilité aux services dans la communauté. Concrètement, cela revenait à renverser l'ancienne pyramide des services : transporter les 60 p. 100 du budget dévolus à l'hospitalisation dans la communauté.

En 1997, nous avons fait un bilan de la politique d'implantation, ce qui a entraîné un repositionnement du plan de transformation au profit de huit mesures à développer pour les prochaines années. Ces mesures ont trait aux services de crise, au soutien aux besoins de subsistance, à l'hospitalisation, à l'entraide et au soutien aux familles et aux proches, au loisir, à l'éducation, au développement d'habiletés personnelles ainsi qu'à l'intégration à l'emploi. Sans que la question du logement soit directement posée, elle faisait alors implicitement partie des préoccupations gouvernementales.

Par suite de la politique de 1997 (MSSS, 1997), nous avons réuni un groupe d'experts provenant de différents horizons : psychiatrie, recherche universitaire, recherche communautaire, etc. Ce groupe avait comme mandat d'appuyer, d'accompagner la transformation en vue de mieux positionner certains dossiers relatifs aux huit mesures à prioriser. Un de ses premiers travaux a consisté à faire une tournée des régions du Québec, pour mieux apprécier l'état d'avancement des travaux en fonction des mesures mentionnées. Un forum de discussion a été organisé en septembre 2000, lequel a entraîné à son tour un repositionnement en fonction des cibles prioritaires. Notons que la notion de pouvoir a alors été admise comme principe de base à mettre de l'avant pour que réussisse la fameuse réforme. C'est le principe premier qui a animé les travaux du groupe d'appui.

L'un des éléments sur lequel mise le MSSS est l'implantation de réseaux locaux de services. Le réseau local s'inspire d'un concept semblable à celui de la structure de supports dans la communauté, que l'on trouve en Ontario et qui a été développé en partenariat avec l'Association canadienne de santé mentale. On observe actuellement des expériences intéressantes dans plusieurs régions du Québec. L'un des déterminants de base du réseau local est bien sûr son positionnement en réseau sur une base locale, ce qui consiste à mettre ensemble les acteurs du réseau de la santé mentale. La notion de réseau local est axée sur un respect des spécificités. Il faut dire que dans le groupe d'experts chargé d'étudier les cibles prioritaires, on compte des intervenants du secteur communautaire, des psychiatres, des membres des CLSC, etc. On a assisté ensuite à un important travail de négociation autour de la notion de réseau local. Je crois que l'on avait au sein du groupe tout le spectre des différents intérêts que l'on trouve aussi dans le réseau de services.

Ce dont il était surtout question dans les discussions, c'est du fait que l'on parle non pas d'intégration verticale, soit d'un regroupement de coordinations uniques, mais plutôt d'un regroupement d'organisations interdépendantes, donc d'intégration horizontale. Dans le deuxième cas, chacun des partenaires peut participer au processus d'intégration en tenant compte de sa réalité, en apportant la vision particulière de sa situation, en respectant les solutions de l'utilisateur, etc. Nous avons insisté pour que deux personnes représentant les utilisateurs de services participent à ces travaux. Nous avons demandé aussi qu'il y ait deux finalités sur le plan du réseau local : une concertation fonctionnelle dans le sens d'un arrimage entre les partenaires, puis une concertation clinique. Nous avons enfin réclamé que les personnes utilisatrices de services soient associées aux travaux de concertation fonctionnelle desquels devrait émerger la notion de réseau local.

Il faut rendre accessibles une foule de services pour réussir l'intégration des personnes (services de proximité, de crise, de soutien communautaire, de travail, de logement, médicaux, etc.). Une personne aux prises avec des troubles mentaux ne devrait pas avoir à se mouvoir dans la diversité de services, mais plutôt être sagement accompagnée dans sa démarche. Nous avons aussi constaté la présence de disparités régionales. Ainsi, dans certaines régions, les rapports entre groupes communautaires et institutionnels sont plus conflictuels. Il faut le plus possible se rassembler autour d'un objectif commun, soit celui de favoriser l'appropriation du pouvoir de la personne sur son environnement social et sur les services dont elle peut avoir besoin pour réussir son intégration.

Il est nécessaire de réaliser un arrimage au sein des services de proximité pour favoriser les clientèles ayant des problématiques multiples et qui transitent dans le système psychiatrie-justice. Le réseau local doit aussi offrir des services spécialisés et développer des liens entre urgence hospitalière, services médicaux, hospitalisation, hébergement spécialisé, services médicaux légaux, services offerts dans les hôpitaux de jour, traitement psychiatrique spécialisé, etc.

L'idée fondamentale consiste à amener les acteurs à se rassembler, puis à se donner une vision commune de la réalité du réseau local. Il y a eu beaucoup de discussions au sujet de la coordination du groupe d'appui. Nous soutenons que chaque réseau local de services intégrés devrait se doter à cette fin d'une entité désignée afin de garantir une cohérence au processus d'intégration. Cette entité responsable devrait se confondre avec le territoire local qu'elle couvre.

Or, au Québec, généralement, les territoires des CLSC servent de référence. Ils recoupent aussi les territoires des MRC. Dans cette logique, compte tenu de la mission inscrite dans la loi, le CLSC, étant donné son expertise et sa connaissance des milieux, doit être reconnu comme le pivot pour ce qui touche la fonction de coordination et de concertation. On ne souhaite établir aucun rapport de force, mais il nous semble que le CLSC doive jouer un rôle central pour réunir les acteurs et faire en sorte que cette entité soit visible.

Voilà plus de dix ans que l'on essaie de mettre en œuvre un réseau où les acteurs puissent librement travailler ensemble. Mais il y a toute une logique d'implantation qui repose sur une analyse du milieu. Il faut tenir compte des forces en présence. En précisant le rôle des régies régionales, on clarifie aussi le rôle des entités locales, c'est-à-dire la façon dont on doit essayer d'organiser le réseau de services. La constitution du réseau local doit donc être axée non pas sur une recette à appliquer, mais sur des mesures à prendre pour le bénéfice des personnes et des proches. Il faut aider les personnes à mieux se positionner dans le réseau.

Dans un document qui sera bientôt déposé, nous préciserons quelles mesures de soutien requiert la communauté. Lorsqu'on parle de suivi communautaire, on insiste en général sur le soutien. Nous n'avons pas voulu affirmer que le PACTs (Programs of assertive community treatment) est meilleur qu'un autre type de suivi. Nous ne préconisons pas l'un ou l'autre. Nous avons simplement voulu faire un tour d'horizon des formules utilisées.

Dans l'ensemble du Québec, on retrouve déjà beaucoup d'expériences sur le plan tant historique que pratique. Le suivi intensif en équipe a certes été le plus valorisé comme type de modèle d'organisation. Mais certaines expériences et traditions seront probablement modifiées. Qu'il s'agisse de soutien semi-intensif, ou *case management*, ou de suivi communautaire, il faudra trouver une formule qui regroupe, qui intègre. Ces deux types de suivi se distinguent ainsi : dans le suivi intensif ou semi-intensif en équipe et intégré, le psychiatre fait souvent partie de l'équipe intégrante; dans le soutien semi-intensif, le suivi type par un intervenant est plus significatif pour la personne et pour son réseau de support. Les expériences avec ce dernier modèle sont assez révélatrices. Un membre d'un groupe communautaire rappelait que sur l'île de Montréal, on préconise ce type de pratique depuis le début des années 1970. On note ainsi l'expérience de *case management*, utilisée, par exemple, à l'Hôpital Maria depuis 1985. L'efficacité de tous ces modèles reste à évaluer. Nous tenons à ne pas dissocier la question du logement du reste. D'ailleurs, dans le document en préparation, nous introduirons une étude sur le changement de paradigme en santé mentale relativement à tous les traitements en communauté, et en particulier sur le plan du logement. Jusqu'à maintenant, il a davantage été question de soutien dans la communauté que de suivi dans la communauté. Il faut pourtant rendre le suivi dans la communauté et dans l'environnement social plus accessible. La personne doit pouvoir choisir ce qui lui convient, et les intervenants doivent travailler dans l'environnement immédiat de la personne. Nous sommes passés d'un paradigme plus traditionnel, qu'il soit médical ou institutionnel, vers un traitement dans la communauté, vers une meilleure réadaptation, une plus grande appropriation du pouvoir, une intégration communautaire plus favorable, en laissant une plus grande place à la personne dans le choix du plan d'intervention. Tout cela a des conséquences importantes sur le rôle des professionnels et sur la dépendance à leur égard.

Si l'on favorise l'intégration dans la communauté et que l'on y offre de bons services professionnels, on assure un meilleur traitement et on facilite la réadaptation. La source de détermination des services, c'est le communautaire. Au centre de ce changement de paradigme, on valorise le *regard sur la personne dans sa globalité*, et on défend la *reconnaissance des forces et du potentiel de développement et de rétablissement*. C'est exactement la philosophie qu'on veut implanter, et ce, tant dans le réseau local que dans la communauté.

Références bibliographiques

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Direction de la planification et de l'évaluation, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Surmonter un problème de santé mentale au travail, Guide à l'intention des gestionnaires*, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Direction générale des services à la population, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Transformation des services de santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Direction générale des services à la population, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Direction générale des services à la population, Québec, Gouvernement du Québec.



L'ÉVOLUTION DES LIENS ENTRE LE LOGEMENT ET L'INSERTION SOCIALE À TRAVERS 40 ANS DE DOCUMENTS MINISTÉRIELS AU QUÉBEC

Céline Mercier

Je propose ici une hypothèse que j'ai développée en réfléchissant sur le thème qui m'avait été proposé, soit l'importance du logement dans l'organisation des services de santé mentale. Je me suis dit que si l'on relevait la façon dont on appréhende les questions de logement dans les politiques, les rapports et les plans d'action reliés à la santé mentale, et ce, dès les années 60 à l'année 2000, on apprendrait quelque chose sur la place qu'un ministère de la Santé et des Services sociaux, et peut-être bien une société, ont réservée aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. J'ai donc repris les textes et, pour chacun d'eux, j'ai analysé comment on concevait la question du logement et l'importance qu'on lui donnait. Mon hypothèse est que l'on peut relever trois approches relativement distinctes. Je démontrerai comment on est partis d'une conception du logement comme réponse à un besoin d'hébergement, pour associer ensuite le logement à des services résidentiels ou de réadaptation, et pour le considérer finalement comme un droit et un moyen d'accès à une citoyenneté pleine et entière.

Je procéderai par périodes, structurées autour de textes et de mouvements significatifs. Pour chacune, je proposerai un thème central, mais aussi des tensions et des questionnements qui lui sont propres.

Les années 60 : le retour en milieu naturel et l'hébergement

En 1962, le rapport Bédard-Lazure marque le début de la transformation des services en santé mentale et la sortie du milieu asilaire. On y préconise le développement de pavillons et de familles d'accueil pour prendre le relais, dans des conditions plus humaines, de la fonction asilaire de l'hôpital psychiatrique. Il s'agit d'accueillir et de prendre en charge dans leur milieu les personnes qui ont des troubles mentaux graves. À cette période, la société semble définir son rôle davantage en termes de protection que d'insertion.

La tension principale d'alors, du moins celle qui a été la mieux documentée, est celle qui se développe entre le nécessaire accueil des

« communautés », un principe de base de la désinstitutionnalisation, et l'opposition de ces mêmes milieux. Ce phénomène d'opposition se manifeste en contexte rural aussi bien qu'en milieu urbain (Dorvil, 1988; Morin, 1988). On observe aussi deux retombées négatives imprévues. La première concerne la reproduction d'unités de soins dans la communauté, la reconstitution de « salles arrière » telles que décrites par Murphy (1972), où les personnes sont laissées à elles-mêmes dans des pavillons ou des sous-sols de banlieue. Plus couramment, les responsables de pavillons et de familles d'accueil ont tendance à adopter les mêmes routines qu'en institution pour ce qui concerne l'hygiène, les repas, les activités, le tout se faisant en groupe et suivant un horaire régulier. La principale conséquence négative de ce retour en milieu naturel fut l'itinérance vécue par les personnes en cause, qui échappèrent progressivement aux structures d'accueil. Pour les familles qui avaient à prendre le relais de l'asile, le fardeau fut très lourd. Souvent, elles firent face à la désinstitutionnalisation dans l'isolement. Malgré un nombre inconnu de réinsertions sans doute plutôt réussies, on peut dire que, dans les conditions décrites plus haut, l'insertion fut minimale durant cette période.

Les années 70 et 80 : la réadaptation et les services résidentiels

Au milieu des années 70, la réadaptation en vue de la réinsertion devient le leitmotiv. Cette réadaptation vise à développer des habiletés pour maintenir ou améliorer le niveau d'autonomie de la personne. En lien avec le logement, on cible l'apprentissage des habiletés de la vie quotidienne. Par exemple, on met sur pied dans les hôpitaux psychiatriques des « unités de sortie », où l'on reconstitue un environnement de type logement avec cuisine, salon et chambres afin que les personnes y apprennent à effectuer les tâches quotidiennes : hygiène personnelle, entretien, ménage, courses, cuisine. Suivant cette approche, le choix d'un milieu résidentiel est lié à un degré de capacités, lequel peut être amélioré à la suite d'un processus d'apprentissage et de développement d'habiletés. En corollaire, on doit pouvoir offrir un continuum d'options résidentielles plus ou moins structurées. Ce continuum est défini suivant l'intensité de l'encadrement, lequel correspond au fonctionnement de la personne, à son niveau d'autonomie : pavillon, famille d'accueil, maison de transition, foyer de groupe, appartement supervisé, appartement satellite, et finalement, logement autonome. L'idée centrale, à ce moment, est d'offrir aux gens le milieu de vie le moins restrictif possible compte tenu de leurs habiletés. Le problème, c'est d'ajuster l'offre de services (le développement des ressources résidentielles) aux besoins de la clientèle de façon qu'elle dispose du meilleur logement possible.

La Politique de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1989) se fait l'écho de cette approche. On y recommande « l'accès à une gamme de services dans le milieu de vie des personnes ». La question du logement est abordée en lien avec « les habiletés de la vie quotidienne ». On propose aussi, comme « autres voies », « la mise en place de logements adaptés [...] et l'amélioration des conditions d'hébergement dans le réseau » (Gouvernement du Québec, 1989, p. 44). Avec cette recommandation de « mise en place de logements adaptés », c'est la première fois que l'on voit le mot « logement » dans un document ministériel. On est en 1989 et, à partir de là, les choses vont évoluer rapidement, en particulier sous l'impulsion du courant des ressources alternatives et du mouvement communautaire.

Les années 80 et 90 : le mouvement communautaire et le soutien au logement autonome

Les organismes communautaires en santé mentale (les ressources alternatives) ont été les premiers à développer le soutien au logement autonome : le projet Suivi communautaire, dans l'ouest de Montréal, en est un exemple. Au centre-ville, la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) offre aux personnes avec des troubles mentaux graves, ainsi qu'à d'autres groupes en situation de précarité ou de vulnérabilité, un accès au logement social, assorti d'un encadrement.

On en arrive ainsi à la juxtaposition de deux filières parallèles avec des points d'entrée opposés : d'un côté, le réseau public, où l'on effectue un placement ou fait une recommandation en fonction d'une gamme de services résidentiels affiliés (les ressources intermédiaires et les ressources de type familial); de l'autre, le réseau communautaire, où le processus est initié à partir de l'insertion dans une ressource alternative où l'on privilégie une orientation suivant les choix de la personne et le marché régulier ou subventionné du logement. On observe ainsi une tension entre deux approches : l'approche communautaire et l'approche professionnelle.

Les années 2000 : l'accès au logement autonome

En 1997, dans les *Orientations du Ministère visant à transformer les services de santé mentale* (MSSS, 1997), on met l'accent sur le fait que c'est la personne qui doit effectuer ses choix et l'on préconise l'accès à une diversité de ressources pour répondre à ces choix (et non plus à des besoins). Dans ces *Orientations*, on parle, d'une part, de « s'assurer de la présence des services requis dans la communauté » et, d'autre part, de

« l'accès au logement et la réponse au besoin de subsistance ». Pour la première fois, le logement et l'accès au logement apparaissent comme des entités en tant que telles. Dans le paragraphe sur l'accès au logement, on mentionne que les personnes préfèrent généralement vivre dans des milieux de vie autonomes, qu'il faut leur accorder une intensité de soutien variable et que le besoin demeure pour des ressources qui représentent un encadrement plus poussé (p. 23-24). Bien humblement, on peut penser que la poursuite de recherches, parallèlement à l'impulsion donnée par le mouvement communautaire, a eu un impact sur ces orientations à la suite des travaux de type qualitatif centrés sur les préférences des personnes et leur projet personnel par rapport au logement (Nelson, 1986; Tanzman, 1993). Le Comité de la santé mentale du Québec aura aussi eu une influence en soulignant dans ses *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale* (CSMQ, 1994) que les difficultés d'intégration sociale des personnes avec des troubles mentaux graves « se manifestent principalement sur trois plans : le retour aux études, l'intégration au monde du travail et l'accès à des logements subventionnés avec soutien continu » (p. 42).

Les propositions contenues dans les *Orientations* ont été en grande partie reprises dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998). La ligne directrice y est clairement l'accès au logement, et ce, dans une perspective de citoyenneté. La notion d'intersectorialité fait une entrée en force, et l'intersectorialité non seulement entre le logement, l'éducation, l'emploi et la sécurité du revenu, etc., mais aussi entre les groupes de personnes. Le logement autonome devient presque un symbole de la citoyenneté pour l'ensemble des personnes à risque d'exclusion (personnes qui vivent avec des incapacités, personnes âgées, personnes à faible revenu). Différents groupes sociaux travaillent ensemble autour de cette notion de citoyenneté. Le moteur de ce mouvement ? L'appropriation du pouvoir (*empowerment*).

Dans une problématique d'accès au logement en tant que droit légitime pour tout citoyen et toute citoyenne, les leviers ne tiennent plus dans l'offre d'un continuum de services résidentiels, mais bien dans une diversité de moyens propres à faciliter l'accès. Les moyens retenus dans les documents ministériels sont les soutiens d'intensité variable, sur le plan individuel, et l'intersectorialité, sur le plan structurel, avec l'appropriation du pouvoir comme valeur fondamentale. Ce sont là des termes très présents dans le *Plan d'action* (MSSS, 1998) et dans le document *Cibles prioritaires* (MSSS, 2001), lequel fait suite au Forum sur la santé mentale de septembre 2000.

Les années 2000 marquent ainsi un tournant dans un processus amorcé à la décennie précédente (Mercier, 1997). Dans le *Plan d'action*, il est question du « soutien pour la réponse au besoin de subsistance » (p. 20) et, sous une autre rubrique, des « actions intersectorielles dans deux domaines jugés prioritaires pour l'intégration sociale [...], le logement et le travail » (p. 31). Ces deux domaines de la vie ne sont plus considérés comme des services parmi d'autres; on les appréhende même comme deux piliers de l'insertion. Suivant les termes du *Plan d'action*, « l'accès à un logement salubre et de qualité représente une condition minimale de la vie en société » (p. 31). Dans les *Cibles prioritaires*, donc, deux ans après la publication du *Plan d'action*, on fait référence à « l'état de pauvreté dans lequel vivent une grande partie des personnes qui ont des troubles mentaux graves » et on rappelle qu'au Forum national sur la santé mentale de septembre 2000, « plusieurs personnes ont réclamé des actions intersectorielles visant l'arrimage des politiques sociales » (p. 12). Pour une première fois, un texte officiel en santé mentale fait directement référence à un facteur socio-économique.

La grande question, telle que je la vois dans cette mouvance – parce qu'on est toujours dans le mouvement – est la suivante : doit-on conserver des filières protégées d'accès au logement (des services résidentiels spécifiques, relevant du MSSS et des places réservées, et donc ségréguées dans le parc du logement social) ou vaut-il mieux miser sur un accès général, éventuellement en modifiant les critères de priorisation ? Une autre source d'ambiguïté est cette co-existence de deux langages et de ce qu'ils véhiculent, celui de l'hébergement et celui du logement autonome. Ainsi, même si dans le document *Cibles*, l'orientation est claire et l'accent mis sur le soutien de la personne dans son milieu de vie plutôt que sur la création de lieux d'hébergement, on y parle aussi « d'une gamme variée de services résidentiels » (p. 28). On donne cependant la priorité au service de soutien au logement, à l'accès au logement social et aux ententes intersectorielles locales : « mettre l'accent sur le soutien à la personne dans son milieu de vie plutôt que sur la création de lieux d'hébergement » (p. 13).

Conclusion : l'ancien et le moderne

J'ai essayé de démontrer que l'on était passé, relativement rapidement d'ailleurs, d'une notion de protection à une notion de réadaptation-réinsertion, et finalement à un mouvement vers l'accès au logement, au nom de l'exercice d'un droit fondamental pour chaque citoyen et citoyenne. Chaque décennie a laissé des traces, de telle sorte que les

discours sur l'hébergement, sur le service et sur l'accès se côtoient et se chevauchent. Cependant, il me semble que l'on assiste à quelque chose de plus qu'à une synthèse des approches antérieures. À partir du moment où l'on préconise des mesures pour faciliter l'accès à un logement de qualité à un coût abordable, on rejoint les préoccupations de tout citoyen. Lorsque la question du logement social pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale devient un « dossier prioritaire » pour la Société d'habitation du Québec, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en train d'assister à un changement de paradigme. Ce passage de la réadaptation à l'accès au logement au nom de la citoyenneté, n'est pas de l'ordre des moyens, mais bien davantage de celui d'une vision, d'un projet proposé à une société.

Références bibliographiques

- Bédard, D., D. Lazure et C. A. Roberts (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Dorvil, H. (1988). « L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental », *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, n°1, p. 105-118.
- Gouvernement du Québec (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Document de consultation*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale, Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001a). *Transformation des services de santé mentale, état d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Mercier, C. (1997). « Les réalités de la réinsertion sociale », *L'Information psychiatrique*, vol. 73, n° 8, p. 813-822.
- Morin, P. (1988). « Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, n° 1, p. 119-124.
- Murphy, H. B. M., B. Pennee et D. Luchins (1972). « Foster homes : The new back wards ? », *Canada's Mental Health*, supplément n° 17, p. 1-17.
- Nelson, G., et M. Earls (1986). « An action-oriented assessment of the housing and social support needs of long-term psychiatric clients », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 5, n° 1, p. 19-30.
- Nelson, G., J. Lord et J. Ochocka (2001). *Shifting the Paradigm in Community Mental Health. Towards Empowerment and Community*, Toronto, University of Toronto Press.
- Tanzman, B. (1993). « An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 5, p. 450-455.



L'ÉVOLUTION DES INTERVENTIONS DE LA SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (SHQ) AUPRÈS DE CLIENTÈLES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX ET À PROBLÉMATIQUES MULTIPLES

Claude Roy

Un virage déterminant à l'occasion de l'Année Internationale
du logement des sans-abri (AILSA)

Je vous décrirai ici l'évolution de nos interventions et de nos préoccupations auprès des clientèles ayant des besoins spéciaux, dont les clientèles éprouvant des problèmes de santé mentale. L'Année internationale du logement des sans-abri (AILSA), l'année 1987, a marqué un tournant pour nous, à la SHQ, à l'égard de ce type d'intervention. Notons toutefois qu'il est difficile d'établir un lien direct entre l'itinérance et la santé mentale, de même qu'il n'est pas facile de connaître leurs causes. En 1987, donc, nous avons eu pour mandat de coordonner le plan d'action gouvernemental visant à souligner l'AILSA. Ce sont, en tout, neuf ministères qui ont participé à la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental.

Il est intéressant de souligner, dans la démarche mise de l'avant pour l'AILSA, la coordination étroite qui a été développée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux à cette occasion et dans les années qui ont suivi. En 1987 seulement, nous avons réalisé, par l'intermédiaire du programme fédéral-provincial de logement sans but lucratif (privé) (PSBLP), 567 unités de logement destinées à des clientèles ayant des besoins spéciaux et liées au phénomène de l'itinérance. Le MSSS a été associé étroitement au choix des projets retenus puisqu'il siégeait au comité de sélection avec des représentants de la SHQ. Un fonds récurrent, de l'ordre de 800 000 \$, a d'ailleurs été réservé par le MSSS pour assurer le soutien communautaire et la viabilité financière des projets retenus par la SHQ, et ce, dans le but d'éviter que des organismes ne se retrouvent en difficulté, à court terme. On voulait aussi s'assurer qu'on intervenait dans des communautés et auprès d'organismes répondant aux besoins déjà ciblés par le MSSS et qu'il était pertinent de privilégier.

Finalement, en retournant un peu en arrière, on constate que l'intersectorialité et la concertation, tant souhaitées aujourd'hui entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'habitation, ont déjà existé.

De plus, la SHQ a géré, à l'occasion de l'AILSA, un fonds d'ameublement et d'équipement destinés aux organismes travaillant en itinérance. Ce fonds a été reconduit en 1988 et a aidé des dizaines d'organismes à travers le Québec, comme vient de le faire le programme fédéral de l'IPAC (Initiative de partenariats en action communautaire), depuis septembre 2003.

On a ensuite assisté à la mise sur pied d'un comité interministériel sur l'itinérance, puis à l'adoption d'un protocole interministériel à l'égard de cette problématique. Cette concertation n'a toutefois duré que moins de deux ans. Elle avait été lancée dans la foulée des pressions multiples provoquées par la mise en place de l'organisme Dernier Recours Montréal (1987-1992), qui avait sensibilisé beaucoup de décideurs à la réalité de l'itinérance et au besoin urgent de concertation dans ce dossier, notamment à Montréal.

La SHQ s'est engagée sur une base expérimentale, durant cette même période, dans la réalisation d'un projet de chambres destinées à des personnes (chambreurs) vivant des problématiques multiples (itinérance, santé mentale, drogue, etc.), le tout à proximité de l'hôpital Saint-Luc à Montréal; il s'agit du projet Chambredor, comptant 57 unités. Nous nous sommes vite butés, toutefois, au besoin de faire appel à des organismes spécialisés en intervention sociale pour gérer l'aspect social de ce projet et pour soutenir la clientèle dans toutes les problématiques qu'elle présentait. C'est la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) qui a été mandatée pour gérer cet immeuble. De là est né notre partenariat avec la FOHM, partenariat qui a connu des hauts et des bas en raison de ce qu'il nous en coûtait (entre 1 000 \$ et 1 200 \$ par logement) pour assurer la gestion sociale, ce qui dépassait nos normes de gestion d'immeubles. Il s'agissait là de nos premiers pas vers un mouvement qui nous a amenés à aller au-delà de la brique et du béton.

Nous avons constaté que l'intersectorialité était un concept difficile à soutenir et à faire accepter, bien qu'une intervention comme Chambredor et d'autres du même genre fussent essentielles dans le but de protéger ce que l'on appelait, dans le milieu communautaire, « le droit à la chambre » comme forme d'habitation destinée à une clientèle vulnérable. Rappelons que tout cela se déroulait dans un contexte où on démolissait par centaines des chambres où vivaient des personnes, à Montréal et à

Québec surtout, dans des conditions souvent inacceptables. À Québec, la société Action-Chambres a pris le leadership dans ce dossier et à Montréal, c'est la FOHM, soutenues, dans les deux cas, par les organisateurs communautaires de CLSC, dont des intervenants reliés directement au domaine de la santé et des services sociaux.

On a donc assisté, dans les années qui suivirent, à des interventions assez soutenues visant la protection et la rénovation du parc de maisons de chambres dans les centres urbains. Ce sont entre 9 000 et 10 000 unités qui ont bénéficié de subventions à la rénovation au Québec, dont plus de 5 000 à Montréal, dans le cadre de programmes conjoints.

Par la suite et même à partir de 1986, nous avons utilisé abondamment le Programme fédéral-provincial de logements sans but lucratif (privé) (PSBLP), qui nous a aussi servi pour la réalisation d'unités de logement destinées à cette clientèle. Ce sont en fait plus de 3 000 unités qui ont été réalisées au Québec à l'aide de ce programme, maintenant périmé depuis le retrait du gouvernement fédéral. De ce nombre, entre 15 et 20 p. 100 ont été réservées à des clientèles éprouvant des problèmes de santé mentale et, au total, près de 1 300 unités l'ont été pour des clientèles vivant des problématiques multiples et ayant des besoins spéciaux. Ce sont des dizaines de projets qui ont été réalisés en collaboration avec le milieu communautaire et le soutien d'intervenants de CLSC et qui ont donné lieu à des innovations de toutes sortes en matière d'intersectorialité. À la SHQ, nous nous sommes vite retrouvés avec des projets destinés à des clientèles en santé mentale, en déficience intellectuelle, ou des projets pour sans-abri, ce qui constituait, à l'époque, un changement de culture important. Nous nous sommes aussi retrouvés face à la nécessité d'aller au-delà de la brique et du béton et d'appuyer ce réseau d'intervenants en épaulant financièrement le soutien communautaire au logement.

Le développement d'initiatives québécoises à la suite du retrait du gouvernement fédéral

À la suite du retrait unilatéral du gouvernement fédéral du financement de nouvelles initiatives en matière de logement social, un programme d'achat-rénovation a été élaboré en partenariat avec le milieu communautaire. Il a permis la réalisation de plus de 400 unités, dont une centaine destinées à des clientèles ayant des besoins spéciaux.

Toutefois, c'est vraiment le Sommet sur l'économie et l'emploi qui a permis de relancer des initiatives au Québec. Le Fonds québécois d'habitation communautaire a ainsi été créé à la suite d'une recommandation

du Chantier sur l'économie sociale. Il s'agit d'une structure de concertation innovatrice. Dans le cadre du volet III du programme Accès-Logis, on réalisa plus de 1 100 unités, dont près de 20 à 25 p. 100 étaient réservées à des clientèles aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces efforts, financés uniquement par le gouvernement du Québec, ont permis d'améliorer la situation de ces personnes dans plusieurs communautés.

La mise en place d'un programme d'allocation-logement unifié faisait aussi partie des orientations nouvelles que se donna le gouvernement à la suite du Sommet. L'ouverture de l'allocation-logement aux personnes seules a permis d'aider 15 800 bénéficiaires, allégeant ainsi leur difficulté à se loger. Il s'agit d'un impact important même si le programme est encore mal connu et sous-utilisé.

La mise en place de nouveaux partenariats

Nous avons aussi, dans le cadre de nos efforts, soutenu différentes recherches reliées à la problématique du logement social. Nous avons ainsi été associés à l'évaluation d'une expérience de logement avec soutien communautaire, ce qui a en même temps lancé un partenariat intéressant avec le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) de l'Université du Québec à Montréal. Nous avons évalué l'impact du logement social avec soutien communautaire à partir de l'expérience de la FOHM. Cette intervention de la FOHM, que nous jugeons innovatrice, était contestée en raison des coûts additionnels générés par la gestion sociale du logement. Les résultats de cette recherche (Vaillancourt, 1998) ont démontré une augmentation de 117 p. 100 relativement à l'impact sur l'amélioration de la qualité de vie en général, du logement et de la perception d'autrui en particulier, auprès des personnes interviewées. On a aussi relevé chez elles une baisse sensible des idées suicidaires et une volonté de prise en charge. On voit que l'intersectorialité produit des effets très positifs et qu'il est important d'aller au-delà du béton dans nos interventions. Cette recherche a été diffusée abondamment et constitue un instrument de promotion pour justifier la pertinence de nos interventions auprès des personnes fragilisées et à problématiques multiples.

Nous avons soutenu activement la création du Réseau québécois des OSBL d'habitation de même que, plus récemment encore, une recherche-action sur le portrait des OSBL d'habitation à Montréal et, notamment, sur les services offerts aux clientèles visées par les différents projets de ces organismes.

Une autre intervention qui marque le virage social à la SHQ est l'organisation, en collaboration avec le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), d'un colloque regroupant, à parts égales, 150 intervenants du réseau de la santé mentale et de celui de l'habitation. Il s'agissait de débattre de l'intersectorialité et des moyens à mettre en œuvre pour mieux travailler ensemble. Pour la SHQ, une rencontre sur une thématique pareille n'aurait pas été envisageable il y a quelques années. Ce colloque regroupait des représentants de 100 organismes différents : hôpitaux, régies régionales, une dizaine de CLSC, quatorze offices d'habitation et plusieurs organismes communautaires. Il a eu des suites dans la région Chaudière-Appalaches, où une rencontre régionale a été organisée sur le même modèle, dans le but de susciter des partenariats sur le plan local. De plus, nous travaillons présentement à l'élaboration d'un avis sectoriel CSMQ-SHQ afin de proposer des moyens de susciter des projets en intersectorialité. Cet avis, dans sa forme actuelle, recommande la mise sur pied d'un fonds conjoint visant à soutenir la réalisation de projets-pilotes.

Une autre intervention majeure dans laquelle la SHQ a été impliquée est l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC). L'IPAC relève de la volonté du gouvernement fédéral de contrer l'itinérance. Au Québec, la gestion du programme a été négociée avec le MSSS. Les régies régionales en cause y ont joué un rôle important, de concert avec les communautés locales. La SHQ a été membre du comité consultatif de l'IPAC, qui analyse et recommande les différents projets. Nous avons ainsi contribué à la sélection de près de 300 projets jusqu'à maintenant. Ce programme, en raison du rôle qu'y jouent les régies régionales et les communautés, aura permis une sensibilisation nouvelle face à l'itinérance en plus de l'adoption de plans d'intervention dans chaque communauté visée par l'IPAC.

C'est ainsi que les organismes communautaires travaillant en itinérance, notamment avec les CLSC, ont défini leurs priorités d'intervention dans le cadre de plans communautaires approuvés par les régies régionales et ensuite par le MSSS. C'est toute cette structure de planification et de concertation qui aura des retombées à moyen et à court terme. Les régies régionales touchées par la somme de 56,7 M \$ consacrée à l'IPAC au Québec, sont celles de Montréal-Centre (25,2 M \$), Laval (3,03 M \$), Lanaudière (1,5 M \$), Laurentides (2,4 M \$), Montérégie (6 M \$), Québec (7,3 M \$), Chaudière-Appalaches (1,2 M \$), Saguenay-Lac-Saint-Jean (1,6 M \$), Outaouais (2,1 M \$), Estrie (2,7 M \$) et Mauricie (3 M \$).

À partir de l'expérience de l'IPAC et du développement de plans communautaires, on peut dire que la perception de l'itinérance au Québec a évolué considérablement. En effet, en 1987, à l'occasion de l'AILSA, on entendait souvent dire qu'au Québec, « [...] il n'y a qu'à Montréal où l'on se retrouve avec de l'itinérance, il y en a bien trois ou quatre (itinérants) au Mail Saint-Rock à Québec, mais sans plus ». L'IPAC nous a fait voir la réalité tout autrement à travers les régions et des collaborations nouvelles ont été établies. Fait important pour nous, beaucoup de dossiers rejoignent des clientèles ayant des problèmes de santé mentale. Cette expérience aura sûrement des retombées tangibles dans les régies régionales et du côté du logement en intersectorialité, tout comme le logement avec soutien communautaire a été au cœur de tous les plans communautaires élaborés dans le cadre de l'IPAC. On doit donc prévoir que ce dossier deviendra prioritaire au cours des prochains mois.

À court terme, les retombées du programme IPAC signifient que l'on retrouve de l'immobilisation dans 94 projets et que 27 projets seront réalisés en complémentarité avec le programme Accès-Logis. Au total, l'IPAC représente une somme de plus de 20 M \$ en immobilisations (achat-rénovation, construction, rénovation et améliorations locatives), ce qui correspond à des retombées concrètes susceptibles de venir atténuer le problème de l'itinérance au Québec.

Le travail en partenariat se poursuit, car nous voulons faire avancer ce type d'intervention dans un domaine qui nous préoccupe. Nous collaborons présentement avec la régie de Montréal-Centre et la Ville de Montréal afin de soutenir l'aide communautaire pour assurer le développement de 500 unités de logement destinées à des clientèles itinérantes ou à risque de le devenir. Nous travaillons aussi en étroite collaboration avec la régie de Québec en participant à un comité de travail portant sur l'accès au logement dans le cadre du plan de transformation des services en santé mentale. Réalité nouvelle pour nous, nos collègues nous disent qu'on peut se rétablir des troubles mentaux et vivre de façon productive dans sa communauté. On peut donc ainsi vaincre nos préjugés à cet égard. C'est ce même message que nous véhiculons auprès de nos collègues gestionnaires du réseau des offices d'habitation.

Le lien entre le logement, la lutte à la pauvreté et le développement social

Parallèlement à ce type de réflexion, il est important d'associer le logement social à la stratégie de la lutte à la pauvreté, ce qui distingue notre approche de celle qui prévaut ailleurs au Canada. Dans le cadre de

réflexions que nous avons conduites avec nos collègues du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, nous avons l'intention de mettre en place un comité de travail ayant comme objectif de réaliser des expériences-pilotes de réinsertion au travail, et ce, par l'entremise du logement social. Ces expériences seraient basées sur l'expérience-pilote conduite aux États-Unis et appelée « autosuffisance familiale » (Culhan, 2001). Nous avons toutefois l'intention d'étendre chez nous la formule non seulement aux familles, mais aussi aux personnes seules et à celles qui sont atteintes de problèmes de santé mentale. Il existe des expériences intéressantes à ce chapitre au Québec et nous allons nous en inspirer (le Centre Jacques-Cartier, l'Auberge communautaire du Sud-Ouest, les projets Mère et monde et Mères au pouvoir).

Les offices d'habitation, au nombre de 650, constituent un bassin important d'interventions novatrices au regard de ce message inscrit dans le projet de loi 49 et qui nous amène tout droit vers le développement social et l'action communautaire. Le comité de travail qui s'est penché sur cette question a réussi à faire approuver l'approche suivante par l'ensemble des intervenants concernés : le locataire, peu importe sa condition, doit aspirer (par la vie associative ou seul) à accéder au statut de citoyen à part entière. Le Programme d'aide à l'initiative communautaire et sociale en HLM (PAICS) constitue un outil essentiel à cette démarche. Nous avons appuyé, à l'aide de ce programme, des dizaines de projets favorisant l'autonomie des locataires, peu importe leur condition. Des actions intersectorielles très novatrices ont aussi été mises de l'avant. L'intersectorialité et le partenariat sont, en effet, essentiels à la qualité de vie en HLM, où l'on retrouve de plus en plus de personnes vivant des problématiques multiples, y compris des problèmes de la santé mentale.

Nous devons mettre en place les conditions requises pour soutenir les gestionnaires aux prises avec ce type de problématiques. Le tableau de la page suivante représente bien la vision nouvelle que nous souhaitons implanter. Celle-ci fait appel au rôle social des gestionnaires. Elle vise avant tout l'inclusion sociale à l'aide d'une approche de développement social dans laquelle le partenariat avec les organismes de la communauté prend une place de premier plan et représente une condition de réussite.

Conclusion : l'urgence de travailler plus étroitement avec le réseau de la santé et des services sociaux

En conclusion, voici les tendances qui se dégagent présentement en ce qui nous concerne : il est entendu que la question du soutien



communautaire au logement prendra une place importante dans nos travaux au cours des prochains mois. Espérons aussi que notre collaboration avec le MSSS retrouvera l'élan qu'elle a connu il y a une dizaine d'années alors qu'un comité conjoint se penchait mensuellement sur les dossiers et les enjeux communs. C'est à ce moment qu'un cadre de référence a été conclu entre nos deux organisations et signé par les ministres respectifs de l'époque (MM. Côté et Ryan). Il y a des attentes énormes de la part du milieu au regard d'une collaboration plus soutenue entre le réseau de l'habitation et celui de la santé et des services sociaux. Cette concertation est aussi très bénéfique pour la société dans son ensemble. Une étude réalisée à New York auprès d'environ 4 000 personnes ex itinérantes présentant des problèmes de santé mentale et habitant maintenant une chambre avec support communautaire, indiquait une diminution de 16 000 \$ annuellement pour chaque personne en consommation de soins de toutes sortes, ce qui rendait presque nul le coût du logement (Culhan, 2001). En Colombie-Britannique, on indiquait qu'il en coûtait globalement 40 000 \$ pour chaque personne sans abri et 25 000 \$ pour la loger dans une chambre avec service de soutien (Eberle et autres, 2001). C'est dans cette direction qu'il faut aller. S'il le faut, on devrait mandater, comme ce fut le cas en Ontario, un groupe de personnes chargées de faire le portrait des besoins en matière de services de soutien à travers les régions du Québec et de recommander les moyens et programmes à

mettre en place pour arriver à réaliser l'intersectorialité entre l'habitation et la santé et les services sociaux.

(Révision : Johanne Guay, Société d'habitation du Québec-SICP)

Références bibliographiques

- Culhan, P. (2001). *The Impact of Supportive Housing for Homeless People with Severe Mental Illness on the Utilization of the Public Health, Corrections, and Emergency Shelter Systems*, New York, The New York Initiative, Fannie Mae Foundation, 47 p.
- Ducharme, M.-N., H. Dorvil et N. Brière (2000). *Approches intersectorielles en matière de logement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 64 p.
- Eberle, M., D. Kraus et S. Pomeroy (2001). *The Cost of Homeless in British Columbia*, Vancouver, National Library of Canada, 84 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *Le logement et les services de soutien en santé : une solution à partager*, Actes du colloque du 16 et 17 novembre 2000, 141 p.
- Table de concertation sur les HLM publics, Comité sur l'action communautaire et le développement social. *Orientations favorisant l'action communautaire et le développement social en HLM, milieu HLM*, mai 2002, 9 p.
- Table de concertation sur les HLM publics, Comité sur l'action communautaire et le développement social. *Session de travail sur l'action communautaire et le développement social*, 17 et 18 janvier 2002, 22 p. et annexes.
- Vaillancourt, Y., C. Jetté et L. Thériault (1998). *Évaluation du logement social avec support communautaire*, Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM), LAREPPS, 215 p.



LE LOGEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX EN ONTARIO : ANALYSE CRITIQUE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

John Trainor

Introduction

L'analyse présentée ici a pour objectif de mettre en évidence des problèmes graves touchant l'hébergement des personnes atteintes de troubles mentaux et de suggérer des approches nouvelles. L'importance primordiale du logement est largement reconnue comme le prouvent, à la fois, les travaux de recherche, l'expérience des usagers et le bon sens. Les usagers des services de santé mentale ont besoin de milieux de vie sécuritaires et abordables, qui offrent le degré de soutien approprié pour assurer le succès de leur réinsertion.

Cette analyse propose un bref aperçu des derniers résultats de la recherche mais, de manière générale, elle présume que le rôle du logement comme composante essentielle du soutien communautaire a déjà été démontré et que la crise actuelle du logement est un fait reconnu. Cette crise est double : à la pénurie absolue de logements abordables s'ajoute l'absence d'un éventail de modèles fondés sur les meilleures pratiques et qui répondent à la diversité des besoins des usagers. Pour Toronto, le *Mayor's Homelessness Action Task Force* (rapport du Groupe de travail et d'action sur la problématique des sans-abri, présidé par le maire), rendu public en 1999, et bien d'autres études ont démontré cette pénurie. Ce rapport attire notamment l'attention sur la situation des personnes atteintes de troubles mentaux qui n'ont pas de domicile permanent. Bien que ce document porte sur Toronto, les conclusions générales et la description des aspects fondamentaux négatifs dans le marché du logement s'appliquent généralement à l'ensemble de la province. L'absence d'une gamme suffisante de modèles entraîne plusieurs conséquences. Les cliniciens et les planificateurs en santé mentale s'accordent pour dire que de nombreux usagers ne disposent pas du type de logement et de soutien dont ils ont besoin. Certaines structures sont en nombre insuffisant tandis que d'autres offrent des modèles d'hébergement et de soutien dépassés. Ainsi, l'Ontario continue à financer un grand nombre de lits supervisés (*custodial beds*), concentrés dans des programmes comme ceux des foyers de soins spéciaux (*homes for special care*), des foyers

agréés « habitats » (*approved homes*) et des centres d'hébergement (*domiciliary hostels*). Les soins offerts dans ces structures d'hébergement ne répondent ni aux meilleures pratiques actuelles ni aux besoins des usagers¹.

Il existe un grand fossé entre ces problèmes et les solutions dont nous disposons actuellement. La recherche sur les modèles d'hébergement et les préférences de la clientèle a débouché sur une série d'approches dont l'efficacité a été prouvée. Le document *Review of Best Practices in Mental Health Reform* (Health System Research Unit, 1997) résume les résultats et préconise un éventail de modèles flexibles. Plus récemment, on a assisté à la mise en place de programmes qui permettent aux usagers, même ceux ayant beaucoup d'incapacités, de bénéficier d'un soutien dans des structures non supervisées (*non custodial*), axées sur la réadaptation. Le fossé perdure non pas parce qu'on ne sait pas ce qu'il faut faire, mais parce qu'une action organisée et concertée fait défaut.

L'importance prioritaire du logement est largement reconnue dans les politiques de santé mentale, par exemple dans la politique nationale de l'Association canadienne de santé mentale intitulée *A New Framework for Support for People with Serious Mental Illness* (Trainor et autres, 1993), dans le plan décennal du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, *Putting People First* (Ontario Ministry of Health, 1993) et, plus récemment, dans l'énoncé de politique gouvernementale *Making it Happen* (Ontario Ministry of Health, 1999).

Au-delà du consensus sur l'importance du logement, il faut définir la clientèle visée par ces politiques. La présente analyse met l'accent sur les personnes atteintes de troubles mentaux. La situation est complexe. Plusieurs personnes gèrent certains problèmes de santé mentale, mais la majorité d'entre elles ne veulent pas ou n'ont pas besoin d'hébergement spécialisé. Elles utilisent leurs propres ressources pour vivre dans la communauté, comme tout autre citoyen. Cependant, dans certains cas, et surtout lorsque la maladie est plus grave, des ressources spécialisées sont nécessaires. Les personnes qui requièrent cette aide supplémentaire

1. Une analyse plus récente de ces programmes figure dans le document *Homes for Persons with Special Needs : Consultation Backgrounder* (2000). Ce rapport préconise une restructuration administrative, mais dans sa conceptualisation, il part du principe que les usagers forment un groupe homogène, parvenu à son niveau maximal de fonctionnement, et il conserve le modèle supervisé. La pertinence de ce rapport est limitée, car son orientation contredit trois éléments : les meilleures pratiques en matière de logement, les preuves cliniques sur l'évolution des troubles mentaux graves et les évaluations des usagers en cause (voir Sylvestre et autres, 2001).

présentent, en règle générale, mais pas toujours, trois caractéristiques : un *diagnostic de maladie mentale grave*, comme la schizophrénie ou des troubles affectifs bipolaires; la *durée prolongée de la maladie*; un degré de *déficience notoire sur le plan des habiletés d'intégration sociale*. Les spécialistes parlent du diagnostic des trois D (diagnostic, durée et déficience), pour lequel il n'existe pas de définition précise dans la pratique quotidienne, mais sur lequel les cliniciens s'appuient au moment de recommander un hébergement spécialisé. L'absence de définition précise est importante étant donné la grande hétérogénéité des formes de troubles mentaux. Ainsi, certains usagers présentent des symptômes psychotiques (par exemple, ils entendent des voix), mais réussissent très bien à vivre de manière autonome. Dans d'autres cas, les symptômes paraissent moins graves, mais leurs impacts sur la vie quotidienne sont plus invalidants. En matière de logement, particulièrement, certains usagers auront besoin d'un soutien prolongé, voire en auront besoin toute leur vie, tandis que d'autres requerront seulement une aide temporaire. Dans certains groupes, les trois D ne sont pas toujours présents. Chez les personnes qui en sont aux premiers stades d'une psychose, par exemple, la durée de la maladie n'est pas encore importante, mais le soutien fourni au bon moment peut contribuer à éviter une aggravation de l'impact de la schizophrénie ou des troubles affectifs bipolaires.

Pour aller de l'avant

Les stratégies destinées à améliorer la situation actuelle du logement doivent reposer sur trois piliers. Tout d'abord, les *leçons du passé* : une bonne analyse des forces et faiblesses des programmes et modèles existants permettra de savoir ce qui a bien et ce qui n'a pas bien fonctionné. Deuxièmement, les *connaissances* : il faut disposer des connaissances et des informations nécessaires pour élaborer un système souple qui réponde aux besoins. Enfin, l'*action* : il faut développer des solutions concrètes pour aller de l'avant.

1. Les leçons du passé : un historique essentiel

Des conditions de logement adéquates ont toujours été considérées comme un élément essentiel du processus de désinstitutionnalisation et l'absence de telles conditions a été désignée, à juste titre, comme un des échecs majeurs de ce processus. En matière de logement, il existe en Ontario deux traditions qui continuent de modeler les programmes. Il est indispensable de reconnaître ces traditions et de comprendre leur influence continue pour pouvoir aller de l'avant.

1^{re} tradition : les modèles supervisés (*custodial*)

En Ontario, la première stratégie de soutien au logement a vu le jour dans les années 30 avec le programme des foyers agréés (*approved homes*) (Simmons, 1990). Ces foyers, gérés par le secteur privé, s'appuyaient sur des modèles de résidence d'accueil (*foster-care*) et de pavillon (*boarding home*). Tous les résidents étaient envoyés par un hôpital, où ils restaient inscrits comme patients et où ils pouvaient retourner immédiatement, en cas de besoin. La situation restera inchangée jusque dans les années 80.

L'étape majeure qui suit dans l'évolution du logement des personnes atteintes de troubles mentaux fut la création du programme des foyers de soins spéciaux/FSS (*homes for special care*), au milieu des années 60. Ce programme devait accompagner la politique de fermeture de lits, en offrant des milieux de vie sécuritaires de trois types : résidentiel, intermédiaire et avec soins infirmiers. Dans la plupart des régions, le volet avec soins infirmiers a progressivement disparu depuis, pour ne laisser que les foyers résidentiels et intermédiaires. Ceux-ci ont actuellement une capacité totale de 1775 lits (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1999). Le programme des FSS combine deux modèles : la plupart des foyers ont une capacité qui les classe dans la catégorie des pavillons (*boarding homes*) tandis que les autres, plus petits, fonctionnent comme des résidences d'accueil (*foster-care settings*).

À la différence de la plupart des programmes communautaires de santé mentale en Ontario, le programme des FSS est réglementé par la législation provinciale, ce qui, à la longue, l'a rendu particulièrement réfractaire au changement et à l'innovation. Malgré tout, au fil des ans, les efforts du personnel et des responsables de ces foyers ont permis de tirer le meilleur parti d'une situation difficile et ont conduit à un certain nombre d'améliorations notoires. Toutefois, en raison de ses contraintes financières et administratives, le programme continue de refléter largement le modèle supervisé (*custodial*).

Les foyers supervisés sont tenus d'offrir un panier commun de services à tous les résidents. Dans la perspective actuelle, avec les résultats de la recherche et l'accent mis sur la réadaptation sociale, les principales leçons du secteur supervisé touchent sa vaste généralisation des concepts du modèle de base. Cette conceptualisation traduit une dynamique désignée dans la littérature par le terme *transinstitutionnalisation*, dynamique qui se caractérise par l'application inappropriée du mode de pensée institutionnelle hors des établissements. Le modèle supervisé insiste sur une série unique de normes qui s'appliquent aux repas, à la

surveillance et aux services de buanderie. Tous les résidants doivent absolument bénéficier de ces services selon un modèle unique. Cette approche se justifie dans une perspective supervisée; en effet, elle garantit des soins essentiels à des personnes ayant des déficiences ou vivant une perte d'autonomie sur le plan des habiletés d'intégration sociale.

Par contre, dans une perspective de réadaptation, cette approche pose de sérieux problèmes. Un usager qui vit dans un environnement supervisé peut vouloir travailler en vue d'acquérir une plus grande autonomie. Dans bien des cas, cela voudra dire apprendre à faire la cuisine, la lessive et, de manière générale, à s'occuper de soi. Tout cela peut devenir impossible dans une structure supervisée; faire sa propre cuisine, par exemple, va totalement à l'encontre des attentes des organismes de financement. La révision du programme des FSS en 1996 nous fournit un autre exemple. Les responsables ont constaté que, sur le plan qualitatif, les meilleures conditions se retrouvaient dans les petits foyers d'échelle familiale qui abritent parfois un ou deux résidants seulement. Toutefois, dans la plupart des cas, ces structures contrevenaient à la norme provinciale de surveillance 24 heures sur 24. Une telle surveillance n'était pas nécessaire et, par ailleurs, elle aurait placé ces foyers dans une position financière intenable. La révision a également démontré que la structure législative du programme allait à l'encontre de la réadaptation et créait des obstacles majeurs pour les directeurs de foyers qui voulaient évoluer dans cette direction.

Dans un tel contexte, comment modifier le fonctionnement et le suivi (*monitoring*) des programmes supervisés ? Ce n'est pas le suivi en soi qui pose problème, car tous les programmes de logement subventionnés doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux. Le problème consiste à assurer le suivi d'une manière qui appuie les meilleures pratiques. Nous verrons plus loin que les programmes de logement alternatif font l'objet d'un suivi différent. L'essentiel ici est de bien comprendre que le modèle supervisé n'est pas la bonne approche.

Le modèle des FSS, à caractère nettement institutionnel, a entraîné d'autres conséquences négatives. Ainsi, il a contribué à rendre acceptable la grande capacité de nombreux foyers. La révision de 1996 a révélé que huit foyers avaient une capacité supérieure à 30 lits. Il a aussi servi à légitimer des conditions de surpeuplement et un manque d'intimité. Un exemple : dans certains foyers, quatre personnes se partagent une même chambre.

Par ailleurs, les FSS ont établi une tradition de sous-financement

pour les programmes d'hébergement. En dépit d'une récente augmentation importante, ils reçoivent un per diem d'environ 40 \$ par résidant, soit à peine 8 p. 100 du coût d'une journée d'hospitalisation. Cette situation prévaut en dépit du degré d'incapacité grave et des besoins très grands de nombreux résidants des FSS atteints de maladie mentale.

Le caractère institutionnel et le sous-financement des FSS ont eu un impact majeur sur les autres types d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles mentaux en Ontario. Le taux de financement de base dans les FSS a servi de référence pour des programmes plus récents, tels ceux des centres d'accueil (*domiciliary hostels*) et des services Habitat (un programme subventionné de pavillons, *boarding homes*, mis en place à Toronto).

Les taux de financement inadéquats des FSS et le modèle supervisé se retrouvent dans des programmes plus récents. Les centres d'accueil et les services Habitat offrent un hébergement de type nettement supervisé et reprennent l'approche des FSS quant aux types d'installations financées et aux services que les responsables doivent fournir. Ces options supervisées qui contredisent l'énoncé de politique de base du Ministère, formulé dans *Putting People First* (Ontario Ministry of Health, 1993), ne représentent que 4 864 lits en Ontario, soit environ 44 p. 100 de l'ensemble des lits réservés. Voilà une constatation qui porte à réfléchir. Les modèles alternatifs, non supervisés, représentent 6 214 lits (Mallon, communication personnelle, 2002²).

À côté des problèmes majeurs que l'on vient d'évoquer, ces modèles supervisés possèdent, par contre, une force majeure : un ciblage efficace. En effet, en dépit de leur financement inadéquat et d'autres problèmes, ils ont constamment réussi à bien circonscrire les personnes atteintes de troubles mentaux considérés comme graves. Ils concentrent leurs ressources sur les personnes qui ont les plus grands besoins en raison des mandats imposés par leurs organismes de financement et grâce au dévouement et aux compétences de leurs personnels. Il convient de souligner cette réussite majeure.

2. Ce nombre pour les lits alternatifs se décompose de la manière suivante : 238 unités financées par le palier fédéral à travers la Société canadienne d'hypothèques et de logement et 5 976 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Dans ce dernier groupe, 2 376 lits se retrouvent dans le portefeuille du logement de soutien réservé (*dedicated supportive housing*), 1 000 sont des lits pour sans-abri de phase I et 2 600 sont alloués à la phase II de ce même programme. En février 2002, plus de 1 000 lits de ce groupe n'étaient pas encore mis en place.

2^e tradition : le modèle alternatif

Une seconde approche en matière d'hébergement a vu le jour en Ontario au milieu des années 70. Le terme *alternatif*, utilisé pour désigner ce nouveau type de logement, démontrait la volonté d'élaborer une approche nouvelle. Comparés aux modèles supervisés, les programmes alternatifs sont, dans l'ensemble, de plus petite envergure et mettent l'accent sur le perfectionnement des aptitudes et l'intégration communautaire des usagers (Trainor et autres, 1993). En règle générale, ils sont gérés par des organismes à but non lucratif dans un cadre de réadaptation et ils encouragent la participation des résidants à la prise de décisions. Dans la plupart des cas, à la différence des pavillons, ils comptent dans leur personnel un certain nombre d'intervenants qui ont une formation en travail social ou en réadaptation psychiatrique.

Le modèle alternatif comprend deux grandes catégories : le modèle *supportive* et le modèle *supported*. Les programmes de type *supportive* furent les premiers mis en place et, le plus souvent, ils ont pris la forme de coopératives ou de foyers de groupe; le soutien offert est lié à la structure et les résidants constituent la clientèle du programme. Une autre approche d'hébergement alternatif a vu le jour récemment. Ce sont les préoccupations quant aux droits de locataires des usagers dans les différents types d'hébergement *supportive* qui ont conduit à cette nouvelle approche, encouragée par le gouvernement provincial. Certains usagers n'avaient plus besoin ou ne voulaient plus des services de soutien offerts dans leurs structures, ou encore, ils demandaient des services qu'ils pourraient continuer de recevoir en cas de déménagement. Cette approche d'hébergement *supported* dissocie le logement des fonctions de soutien. Les services de soutien sont fournis par un organisme externe, souvent différent de l'organisme qui fournit le logement, ils sont mobiles et peuvent donc suivre le client. Le client est locataire d'une maison ou d'un appartement qu'il a trouvé sur le marché immobilier, dans un contexte idéal; toutefois, plusieurs clients bénéficient d'une assistance dans le cadre de projets de logement social coopératif ou à but non lucratif.

Il est essentiel de prendre en considération certains aspects du logement alternatif dans les futurs programmes d'hébergement. Tout d'abord, il faut tenir compte de la connaissance et de l'expérience accumulées en matière de soutien non supervisé, axé sur la réadaptation, et de suivi des programmes. Les modèles alternatifs renforcent les aptitudes des usagers pour leur donner les moyens de se prendre en charge et

le suivi des organismes de financement vise à garantir cette approche. Les programmes qui utilisent un cadre de réadaptation psychiatrique et une approche plus souple que dans le modèle supervisé parviennent à fournir un soutien aux usagers, et ce, sans recourir à l'approche trop standardisée qui consiste à offrir à tous le même panier de services. L'expérience a démontré que les aptitudes et les techniques appliquées dans ce modèle flexible et non supervisé peuvent se révéler un succès, même avec des clients dont le niveau d'incapacité est très élevé.

L'approche adoptée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour surveiller les activités et les normes de service des programmes d'hébergement alternatif, convient aux modèles non supervisés à plusieurs égards. Les organismes reçoivent un financement global et sont invités à offrir un soutien flexible et personnalisé. Les règles ne sont pas enchâssées dans des lois ou règlements, ce qui permet le renouvellement des approches. Les responsables de programmes d'hébergement alternatif ne sont pas tenus d'appliquer des procédures de sélection précises pour le choix de leurs locataires. Dans bien des cas, ceux-ci doivent remplir les critères d'admission au logement social (par exemple, niveau de revenus, statut en matière d'immigration, âge), mais aucun critère n'est relié au degré d'incapacité ou aux besoins de soutien.

Les programmes d'hébergement alternatif ont donc laissé un héritage important. Ils ont lancé les premiers modèles de soutien non supervisé offrant des services d'hébergement et de soutien, associés ou dissociés. Les ententes d'exploitation, conclues avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ne les obligent pas à loger ou à servir la clientèle présentant le plus de déficiences et d'incapacités, mais, dans les faits, ils apportent un soutien efficace à des usagers qui ont toutes sortes de besoins, y compris à des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Il convient d'étudier l'absence de critères d'accès précis à l'hébergement alternatif pour s'assurer que ces programmes répondent de manière centralisée aux besoins des personnes les plus gravement atteintes.

Par ailleurs, il faut souligner que les programmes alternatifs sont mieux financés que les programmes supervisés. Certains modèles sont très peu coûteux tandis que d'autres, comme les foyers de groupe à degré maximum de soutien (*high support group homes*), obtiennent des per diem allant de 100 à 140 \$, comparé au montant de 40 \$ alloué aux foyers de type supervisé.

Résumé et incidences sur le développement de la politique de logement

Ce rapide historique de l'évolution de la situation du logement en Ontario peut se résumer en un certain nombre de conclusions pertinentes pour la planification. Tout nouveau modèle sera influencé par les modèles existants, et les planificateurs devront donc non seulement connaître les forces des traditions, mais aussi leurs faiblesses pour éviter de répéter les erreurs du passé. Les stratégies nouvelles devront :

- Recourir le plus possible aux modèles de soutien non supervisé, axés sur la réadaptation, en incluant des programmes pour les usagers qui ont de grands besoins;
- Assurer que le soutien corresponde aux besoins des usagers;
- Obtenir le financement approprié;
- S'intégrer pleinement aux autres services communautaires de santé mentale;
- Orienter les ressources vers les usagers qui ont les plus grands besoins.

Le financement revêt une importance primordiale. Objectivement, il est étonnant de constater la rareté des options entre les niveaux de dépenses élevés pour les patients hospitalisés et les faibles niveaux de financement des programmes d'hébergement. À titre d'exemple, à sa sortie de l'hôpital, la clientèle ayant le plus d'incapacités se retrouve le plus souvent dans des FSS ou autres modèles du type pavillon. Tel qu'indiqué déjà, le financement de ces structures ne représente qu'une faible fraction (8 p. 100) des montants alloués pour des soins hospitaliers à l'interne. La disparité dans le financement est totalement injustifiée lorsqu'on compare l'état clinique et les besoins de soutien de nombreux patients des hôpitaux psychiatriques avec ceux de résidents de FSS. Les planificateurs devront fournir des efforts concertés pour renverser les perceptions et les hypothèses sous-jacentes qui ont fini par donner à cette situation une apparence raisonnable.

2. Les connaissances : obtenir et utiliser les bonnes informations

Depuis le début des années 80, la recherche sur le logement des personnes atteintes de troubles mentaux s'amplifie. Même si des lacunes subsistent, les chercheurs ont clairement relevé les aspects déterminants pour la réussite des programmes d'hébergement et de soutien destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ces aspects englobent une série de caractéristiques applicables au logement et aux programmes de soutien, et qui sont indispensables pour assurer les meilleures chances de rétablissement et d'intégration communautaire.

Dans son analyse des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, l'Unité de recherche sur les systèmes de santé du Clarke Institute of Psychiatry (Health Systems Research Unit, 1997) a examiné les conclusions de travaux de recherche pertinents. En dépit des quelques faiblesses méthodologiques qu'on y a relevées, de nombreuses études ont démontré que :

- Les programmes résidentiels communautaires peuvent remplacer avec succès les soins de longue durée en milieu hospitalier;
- L'hébergement avec soutien peut servir avec succès une clientèle psychiatrique si des réseaux de soutien sont mis en place et suivis de façon appropriée;
- Le choix des usagers est lié à leur satisfaction par rapport à leur logement, à la stabilité résidentielle et au bien-être affectif;
- Les usagers préfèrent des unités individuelles, avec des services de soutien disponibles sur demande.

On a également souligné dans ce document d'analyse l'importance de la gestion de cas dans la réussite des approches d'hébergement de type *supported*. De nombreuses études ont démontré que des usagers atteints de troubles mentaux graves peuvent améliorer plusieurs aspects de leur vie et réussir à évoluer dans divers types d'hébergement communautaire lorsqu'ils bénéficient d'un suivi intensif dans la communauté (*assertive community treatment*) et d'autres services de gestion de cas.

Toujours dans ce document consacré aux meilleures pratiques, on recommande un transfert des ressources vers des options d'hébergement qui intègrent les éléments-clés suivants :

- Recours au logement privé largement dispersé dans la communauté;
- Régimes de soutien souples, individualisés, qui varient en nature et en intensité;
- Choix du logement par l'usager;
- Assistance pour trouver et entretenir un logement;
- Aucune restriction sur la durée de séjour d'un client dans la résidence;
- Services de gestion de cas non reliés à des structures résidentielles, mais disponibles même à l'occasion de déménagements ou d'hospitalisations.

Tout en endossant l'hébergement avec soutien, les auteurs du document reconnaissent la nécessité d'offrir une gamme d'options. Les besoins et les préférences des personnes atteintes de troubles mentaux varient beaucoup et un modèle d'hébergement unique ne saurait convenir à toutes.

Parkinson, Nelson et Horgan (1999) et Newman (2001) ont réuni des preuves sur les qualités et caractéristiques des structures d'hébergement qui engendrent des résultats positifs chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Leurs travaux démontrent que le soutien social, la bonne qualité du logement, des emplacements favorables dans la communauté, le respect de l'intimité, le nombre limité de résidants, le contrôle et le choix des résidants contribuent à la satisfaction générale et au bien-être affectif des locataires. Les caractéristiques énoncées sont des éléments typiques des modèles alternatifs et se retrouvent rarement dans les programmes d'hébergement supervisé.

La plupart des modèles supervisés ne sont pas conformes aux bonnes pratiques, et encore moins aux meilleures. Mais on a établi que certaines mesures pourraient permettre de développer ces structures en intégrant certaines des pratiques associées aux modèles d'hébergement alternatif (Pulier & Hubbard, 2001). Ces mesures comprennent notamment :

- *Une amélioration du cadre physique*, y compris des éléments tels que l'emplacement, l'accès aux transports et aux services communautaires, la qualité et la sécurité du logement, son accessibilité, la réduction du nombre de résidants, l'installation d'aires communes et de locaux d'entreposage personnels;
- *L'introduction d'aménagements accueillants*, y compris une décoration personnalisée et du mobilier confortable;
- *Une programmation sur place*, y compris la prise en charge collective et individuelle (*group and personal empowerment*);
- *La collaboration avec un centre de réadaptation psychosociale*, y compris des services professionnels et de réadaptation.

Toutefois, la réforme la plus importante demeure la transformation de ces structures par l'abandon du modèle supervisé.

Dans le cadre d'une réflexion sur les diverses stratégies de logement, il faut savoir qu'un sous-groupe, composé des personnes les plus gravement atteintes, n'a jamais été en mesure de vivre au sein de la communauté, dans aucun des modèles existant actuellement en Ontario. Une enquête sur les patients de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques britanniques (Wykes, 1982) décrit ces personnes comme présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Symptômes actifs de schizophrénie ou de troubles affectifs bipolaires, sur lesquels les médicaments n'ont eu aucun effet;
- Idées fixes délirantes ou patrons de comportement inacceptables

dans des programmes d'hébergement conventionnels;

- Besoin de soins infirmiers ou médicaux à long terme pour des raisons de sécurité et à cause de la gravité ou de l'instabilité de l'état clinique;
- Tendance à la négligence personnelle et à l'errance;
- Concomitance de déficiences physiques, y compris la surdité, la c civit , l'épilepsie, des lésions cérébrales et des déficiences mentales.

Plusieurs juridictions, placées face à la fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques, ont mis en place des structures avec degré de soutien élevé (*high support facilities*) dans leurs communautés pour répondre aux besoins complexes de cette clientèle. Ces programmes s'adressent à des individus qui requièrent un soutien très intense lorsqu'ils sortent de l'environnement hospitalier. Dans leur étude sur ces structures, Trainor et Ilves (1999) ont constaté qu'en dépit du nombre très élevé des besoins de cette clientèle, de nombreux programmes ont utilisé avec succès les modèles de réadaptation psychosociale au lieu du soutien supervisé. Ces succès démontrent la nécessité d'offrir un plus vaste choix de modèles dans les programmes et les stratégies de soutien.

 valuation et suivi des programmes

L'évaluation et le suivi des programmes représentent des aspects essentiels de la réforme de la santé mentale quand il s'agit de juger du succès des programmes et des services et de documenter les impacts des changements (Health Systems Research Unit, 1997). Ce double exercice doit être fait tant pour le programme que pour les systèmes. En ce qui concerne le programme, l'évaluation et le suivi doivent faire partie intégrante de l'élaboration des programmes d'hébergement. Ces activités peuvent contribuer au processus d'apprentissage continu et à l'amélioration du programme.

Il existe deux approches en matière d'évaluation et de suivi des systèmes. L'approche *interne* compte sur la capacité présente au sein du système pour générer et analyser les données qui permettront un contrôle de la qualité et une gestion des services, conformément aux objectifs. L'approche *externe* repose sur la mise en place et le soutien de l'évaluation et du suivi par des groupes d'intervenants qui tiennent à l'imputabilité du personnel et de la direction, ou par des enquêteurs intéressés par la recherche sur les services de santé et qui possèdent une expertise technique dans le domaine. Les deux approches permettent de relever des pratiques efficaces et des besoins nouveaux, tout en suivant la performance du système.

Les connaissances nouvelles

Devant le volume important de connaissances sur les modèles d'hébergement innovateurs disponibles aujourd'hui et documentés dans les meilleures pratiques (Health Systems Research Unit, 1997) et ailleurs, on peut s'interroger sur le type d'informations qu'il reste à recueillir. Il en existe au moins deux : une connaissance pointue des besoins réels des usagers dans les différentes régions de la province et une exploration continue, avec les usagers, de la manière dont les modèles d'hébergement et de soutien devront évoluer. La première catégorie de données est indispensable pour pouvoir planifier et mettre en œuvre *aujourd'hui* des programmes pour les usagers qui ont besoin de soutien. La deuxième servira à élaborer la base des meilleures pratiques de demain.

Une connaissance pointue des besoins des usagers dans une région précise doit reposer sur la collecte régulière de données qui servent de fondement à la planification et à la répartition des ressources. Le processus de collecte doit être suffisamment large pour que l'on tienne compte des nombreuses dimensions des besoins et des préférences des usagers. Il faut faire plus que comptabiliser le nombre des personnes qui requièrent du soutien. La diversité culturelle des nombreuses communautés qui vivent en Ontario représente à la fois une ressource importante et un défi pour l'élaboration d'une politique de logement. La collecte des données devrait refléter tous les aspects de cette diversité. Ces données peuvent éclairer la planification et déboucher sur de meilleurs programmes.

Au moment de l'élaboration d'une base de données, il faut garder à l'esprit un certain nombre d'éléments tels que le fait que de nombreux usagers ont une famille et des enfants, une tendance qui devrait augmenter. Les planificateurs devront en tenir compte et prévoir des unités de logement capables d'accueillir des familles. L'état du marché du logement générique constitue un autre élément fondamental. Ce marché engendre un contexte qui influera directement sur le besoin d'unités réservées. Si les loyers dépassent les montants versés par les prestataires de revenus, dont dépendent plusieurs usagers, la demande pour ces unités augmentera.

L'approche qui prévaut actuellement en Ontario ne repose pas sur la collecte organisée de données à des fins de planification et d'amélioration continue. Au contraire, des appels d'offres ponctuels suscitent des périodes d'activité intense, suivies d'inaction. Il n'existe actuellement aucune donnée sur le nombre de lits requis dans les différentes catégories

ni sur les nouvelles tendances émergentes.

La situation peut se comparer à la prestation d'autres services médicaux comme la dialyse. Un suivi continu des besoins et de la capacité de traitement disponible permet la mise en place des services requis. Les patients qui ont besoin de dialyse ne se font pas dire d'attendre le prochain appel d'offres en espérant que des services seront disponibles un jour. Cette approche traduit l'importance fondamentale accordée au service. Sans avoir les conséquences immédiates dramatiques d'une défaillance dans le système de dialyse, la crise du logement pour les personnes atteintes de troubles mentaux constitue néanmoins un problème de la plus haute priorité. Le logement est un facteur déterminant de la santé et il est indispensable pour survivre dans la communauté.

Des données orientées vers l'avenir constituent le deuxième type d'informations nécessaires à la mise en place d'un excellent système de logement. La connaissance des meilleures pratiques est adéquate pour agir aujourd'hui, mais les meilleures pratiques peuvent et devraient évoluer, ce qui exige une innovation et une exploration continues. Le domaine de la santé mentale change rapidement avec les progrès dans le traitement, le soutien communautaire et l'entraide. Ces éléments auront une influence inévitable sur le logement.

3. Agir : stratégies d'action

L'amélioration des ressources de logement représente une tâche complexe. Toutefois, les aspects les plus importants peuvent se regrouper en deux catégories : repenser le parc des unités supervisées et amender sa réglementation, d'une part, et mettre en place une gamme adéquate de nouveaux logements avec supervision, d'autre part.

Repenser et transformer le parc supervisé

La restructuration du parc de logements supervisés est une mesure indispensable pour aller de l'avant. Ces unités ne correspondent pas aux meilleures pratiques et n'appuient pas pleinement la volonté de réadaptation.

La réponse la plus fréquente aux critiques sur l'absence d'un volet réadaptation dans les structures supervisées est que la clientèle n'a pas besoin ou ne bénéficierait pas d'une telle orientation. Il faut souligner que rien ne démontre cet énoncé. En fait, les connaissances actuelles sur l'évolution des troubles mentaux et la capacité des individus de faire des progrès et de se rétablir contredisent directement ce mythe. En outre,

une étude auprès des résidents des foyers de soins spéciaux, menée par le Health Systems Research and Consulting Unit au Centre for Addiction and Mental Health de Toronto, a démontré que les résidents forment une population hétérogène, avec une vaste gamme de besoins. Le soutien unique offert dans les foyers ne convient pas à une grosse partie des résidents.

Le gouvernement provincial ontarien a publié récemment un document de travail sur les quatre programmes supervisés (Ontario Ministry of Health, 2000; voir aussi Sylvestre et autres, 2001). Ce document recommande une refonte administrative des programmes et de leurs règlements en une série de normes provinciales. Toutefois, la nouvelle approche réglementaire demeure de type supervisé et le document décrit les résidents comme des personnes qui ont atteint leur niveau maximal de fonctionnement. Le gouvernement ne propose aucune modification des programmes supervisés pour adopter la perspective des meilleures pratiques et des principes de réadaptation psychiatriques. Sur ce point critique, il n'aborde pas les limites des programmes supervisés, décrites dans le présent rapport.

Quatre éléments-clés soulevés à la suite de la parution du document (Ontario Ministry of Health, 2000) continuent de former les bases de l'action requise. Il est indispensable de :

- Reconnaître que dans les quatre programmes, appelés à être regroupés, l'Ontario continue d'appuyer des modèles supervisés, en contradiction complète avec la meilleure pratique actuelle;
- Reconnaître le caractère hétérogène de la clientèle des quatre programmes, appelés à être regroupés;
- Reconnaître que rien ne vient démontrer qu'une approche axée sur la réadaptation ne serait pas bénéfique pour la clientèle des quatre programmes actuels;
- Garantir des niveaux de financement adéquats et structurés de manière à inciter les responsables des foyers à abandonner les modèles supervisés.

Mettre en place une gamme adéquate de types d'hébergements

Les divers modèles définis dans le document consacré aux meilleures pratiques (Health Systems Research Unit, 1997) et dans les plus récents travaux de recherche, forment la base des futurs programmes de logement. La mise en place de ces modèles aux endroits et au moment nécessaires exigera des changements dans l'approche actuelle de planification et de financement du logement. Comme nous l'avons souligné

plus haut, il faut disposer d'un flux régulier de données pour finaliser avec précision l'élaboration des programmes. Un modèle de planification continue, qui s'appuie sur une redéfinition de la priorité donnée au logement, doit remplacer les appels d'offres occasionnels. Cette réorientation comporte deux volets essentiels : des enquêtes régulières sur les besoins de logement dans chacune des régions de la province et l'adoption par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'un nouveau mode de fonctionnement et de financement.

Des modes de financement novateurs doivent appuyer la future démarche de planification et de développement. Les nouveaux modes d'engagement du secteur privé constitueront l'aspect clé de cette réforme. Les exemples incluent des systèmes d'appartements subventionnés (déjà mis en place par le Ministère), systèmes qui appuient le recours aux unités du secteur privé. Ces programmes améliorent la capacité d'expansion du système, selon ses besoins. Bien qu'ils n'ajoutent pas à l'offre de logements dans un marché de pénurie, ils peuvent être mis en place rapidement et sont indispensables pour assurer la flexibilité du système. En outre, il faut modifier la méthode de financement pour élargir les choix de financement du logement. Actuellement, il est impossible pour les partenaires du secteur privé de s'engager à long terme. L'évolution vers des arrangements à long terme, dont des modèles de rachat de bail et de programmes clés en main, augmentera la flexibilité du système.

Conclusion

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin de milieux de vie sécuritaires et abordables. Elles ont aussi besoin d'un type de soutien adéquat pour réussir leur insertion. Une stratégie de logement coordonnée, satisfaisante pour les usagers et viable pour un système de soins de santé aux prises avec des demandes élevées et des ressources limitées, doit s'appuyer sur de bonnes informations. Elle doit utiliser des modèles qui respectent les capacités des usagers et leur offrent uniquement le soutien dont ils ont besoin.

L'Ontario a développé deux approches ou traditions en matière de logement pour les personnes atteintes de maladie mentale. Bien que l'élaboration d'une bonne politique de logement se heurte à une série unique de défis et se trouve régie par une seule série de meilleures pratiques, les modèles supervisés et alternatifs sont planifiés, financés et surveillés de manières différentes. Cette division s'explique par des éléments historiques, politiques et administratifs, mais ne reflète pas

les besoins des usagers.

Les ingrédients du changement sont en place. En s'appuyant sur les meilleures pratiques, il faut mobiliser les aptitudes des usagers, des familles, des fonctionnaires, des fournisseurs et des sources de référence pour mettre en place la réforme nécessaire. Avec la volonté actuelle de réforme, la province se trouve dans une situation idéale pour agir. Le présent rapport avait pour but de décrire une série de mesures susceptibles de modeler cette action.

Références bibliographiques

- Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Review of Best Practices in Mental Health Reform*, Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services.
- Mayor's Homelessness Action Task Force (1999). *Taking Responsibility for Homelessness : An Action Plan for Toronto*, Toronto.
- Newman, S. J. (2001). « Housing attributes and serious mental illness : Implications for research and practice », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 10, p. 1309-1317.
- Ontario Ministry of Health (1993). *Putting People First : A Plan for Mental Health Reform in Ontario*, Toronto, Queen's Printer.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (1996). *Review of Homes for Special Care*, Toronto, Queen's Printer.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (1999). *Making it Happen : Operational Framework for the Delivery of Mental Health Services and Supports*, Toronto, Queen's Printer.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care/Ministry of Community and Social Services (2000). *Homes for Persons with Special Needs Consultation Background*, Toronto.
- Parkinson, S., G. Nelson et S. Horgan (1999). « From housing to homes : A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 18, n° 1, p. 145-164.
- Pulier, M. L., et W. T. Hubbard (2001). « Psychiatric rehabilitation principles for re-engineering board and care facilities », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, n° 3, p. 266-274.

- Simmons, H. G. (1990). *Unbalanced : Mental Health Policy in Ontario 1930-1989*, Toronto, Wall & Thompson.
- Sylvestre J., J. Trainor, M. Hopkins, U. Anucha, P. Ilves et N. Ramsundar (2001). « À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 14, n° 2, p. 59-74.
- Trainor, J., et P. Ilves (1999). *Residential Treatment Facilities : A Review with Development Recommendations*, Toronto, The Clarke Consulting Group.
- Trainor, J., T. Morrell-Bellai, R. Ballantyne et K. Boydell (1993). « Housing for people with mental illness : A comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 7, p. 494-501.
- Trainor, J., E. Pomeroy et B. Pape (1993). *A New Framework for Support for People with Serious Mental Health Problems*, Toronto, Canadian Mental Health Association.
- Wykes, T. (1982). « Long-term community care : Experience in a London borough. II. A Hostel-ward for "new" long-stay patients : An evaluation study of "a ward in a house" », *Psychological Medicine*, Monograph Suppl. 2, p. 57-97.

L'INTÉGRATION SOCIALE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DÉSINSTITUTIONNALISÉS : L'EXPÉRIENCE DE NEW YORK

Sam Tsemberis

La présente contribution vise moins à expliquer les politiques gouvernementales en matière de santé mentale qu'à présenter le programme new yorkais sans but lucratif *Pathways to Housing*, que j'ai fondé il y a une dizaine d'années. La plus grande partie de notre financement provient du gouvernement fédéral et de l'État de New York. La question du financement constitue bien entendu un facteur déterminant pour la survie d'un organisme comme le nôtre. Si vous examinez un graphique du support fédéral en matière de logement social, vous remarquerez qu'au cours des décennies 1960 et 1970, le gouvernement administrait entre 300 000 et 350 000 unités de logements dans l'État de New York. Aujourd'hui, ce nombre est descendu à 50 000. La recrudescence des personnes vivant une situation d'itinérance n'est donc pas une surprise : le gouvernement se retire des plans de financement de logement social, ce qui entraîne une croissance du nombre d'individus sans domicile fixe. Les autorités en matière de santé mentale ont pu constater une augmentation du nombre de personnes vivant dans la rue qui sont aux prises avec un problème de santé mentale. Et ce que font les autorités, c'est aussi ce qu'elles ont toujours fait : elles incluent les personnes classées malades mentales parmi les itinérants, comme s'il s'agissait de patients, c'est-à-dire en leur fabriquant un système de traitement adapté. Les autorités considèrent la maladie mentale, et non l'itinérance, comme la source première des difficultés de ces personnes. Le système qui existe aux États-Unis, et ailleurs aussi, favorise un modèle de continuum de soins à l'intérieur duquel, si une personne est itinérante, souffre de maladie mentale ou est consommatrice de drogue ou d'alcool, c'est toujours le traitement qui a priorité sur le développement des programmes d'habitation. La question de l'habitation est elle-même, dans la plupart des cas, intégrée dans ce type de système qui accorde une priorité au traitement clinique. Nous avons entendu plusieurs personnes nous dire que les usagers des services de santé mentale ne voyaient pas les choses de la même façon. En effet, les personnes itinérantes qui ont des troubles de santé mentale expérimentent et décrivent leur situation d'une manière qui ne correspond pas à la façon dont les planificateurs ont élaboré

leurs programmes de continuum de soins.

Ma première expérience a consisté à travailler avec un psychiatre et une infirmière. Nous parcourions la ville de New York pour voir quels individus, parmi les itinérants aux prises avec des troubles mentaux, représentaient un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Si la personne satisfaisait aux critères légaux et cliniques, on l'amenait à l'hôpital Bellevue, contre sa volonté s'il le fallait. J'ai donc commencé ma carrière de professionnel de la santé par des expériences très coercitives légitimées par un ensemble de droits et de responsabilités sans même évaluer les besoins réels de la personne vivant dans la rue, sans poser la question des responsabilités sociales. Toutes ces questions à propos du droit en sont venues à générer beaucoup de confusion et de désagrément à l'intérieur de notre équipe. Nous pouvions avoir le sentiment du devoir accompli en amenant les personnes itinérantes, qui souffraient parfois de blessures physiques, à l'hôpital Bellevue. Mais quelques semaines ou quelques mois plus tard, on les retrouvait au même endroit, de retour dans la rue. Ce genre d'expérience était immensément frustrante pour nous. J'en suis venu à la nécessité de la création d'un programme d'aide en logement grâce à cette profonde révélation : les gens ne cessaient d'affirmer que le problème fondamental auquel les personnes présentant des troubles mentaux faisaient face était lié au logement. Après avoir entendu le même refrain plusieurs fois, j'ai finalement changé ma position. Il est très difficile de changer, de désapprendre quelque chose, spécialement si vous avez été formé comme clinicien (je suis psychologue). Vous êtes entraîné à ne pas écouter, à ne pas interpréter. En tant que clinicien, on ne se demande jamais : « Qu'est-ce que ça signifie ? ». Vous en venez même à ne plus croire ce que la personne vous dit. Pour la croire, le clinicien doit lui-même se déprogrammer.

Le groupe avec lequel nous travaillons aujourd'hui correspond donc à celui des personnes itinérantes vivant dans la rue de manière plus ou moins épisodique et qui, pour la plupart, vont de centre d'entraide en centre d'entraide. Ces personnes présentent des troubles mentaux, et sont parfois aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogue. Nous avons formulé une sorte de credo. Notre philosophie consiste à dire : le logement est un droit individuel fondamental. Ces personnes sont non seulement fragilisées par la maladie mentale, mais elles doivent en plus surmonter l'histoire de la dépendance face à la médication, qui contribue à jeter un discrédit sur l'importance de l'habitation. La mise en place d'un système de soins continus qui privilégie le traitement clinique est comparable à la façon de réagir aux conséquences d'une tornade sur les

populations. Les tornades détruisent parfois les habitations. Habituellement, le gouvernement fédéral puise dans les fonds d'urgence pour remettre sur pied les habitations et la communauté. Au début des années 80, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont vécu une sorte de tornade : le gouvernement Reagan a tout simplement éliminé les programmes de logements sociaux. Le système de soins dans la communauté était désorganisé. Ce fut comme une tornade pour des gens qui étaient inaptes à faire face à une telle situation. Ces personnes se sont tout simplement retrouvées dans la rue. Elles sont devenues itinérantes. Et que faisons-nous ? On leur répondait : « Vous êtes dans l'œil de la tornade. À vous de vous en sortir. » Mais on ne peut pas dire cela. Autre possibilité : on vous trouve dans la rue et on constate que vous êtes fragilisé par la maladie mentale et que vous prenez de la drogue. Pour éliminer les symptômes, on vous fait participer à différents types de traitements. Vous devenez à nouveau sobre pour une durée de 6, 12 ou 18 mois, puis on vous transfère en résidence protégée où l'on multiplie les traitements jusqu'à ce que vous en deveniez dépendant. Ce système contribue admirablement bien à faire rouler la « business » et plusieurs personnes peuvent, dans les faits, tolérer cela. Mais le groupe avec lequel je travaillais en était incapable. Personne ne devrait être légitimé à prouver qu'une autre personne était prête à être hébergée ou à habiter dans un logement. Cela signifie que vous n'avez pas à voir un psychiatre. Vous n'avez pas besoin d'être propre et sobre pour avoir un logement. Si vous êtes itinérant, vous ne pouvez tout simplement pas être davantage prêt pour avoir une habitation. C'est ce que l'on pourrait appeler « l'aptitude naturelle à l'habitation ». Plusieurs d'entre nous qui travaillons dans la « business » du service social offrons des services comme n'importe quel autre service peut s'offrir. Lorsque vous allez à la station-service ou à l'épicerie, vous vous attendez à une certaine courtoisie. Et le plus souvent, le service social est de cet ordre. Le travailleur social est courtois. Mais je ne crois pas que cela soit suffisant. Je ne crois réellement pas que, si vous êtes prêt à vous investir auprès d'une personne ayant un problème de santé mentale et qui a besoin de beaucoup d'aide, la courtoisie soit suffisante. L'engagement doit être plus profond. Il faut faire l'expérience de la compassion. Vous devez vous engager dans une réelle relation avec la personne, gagner sa confiance de telle sorte qu'elle commence à travailler avec vous. Les personnes qui sont embauchées dans notre programme sont conscientisées au sujet de la nécessité d'établir de tels liens de confiance. Nos travailleurs sont payés, bien sûr, mais ils doivent aussi avoir ce sens des valeurs fondamentales.

En 1982, notre organisme a commencé avec 90 appartements. Il y en a présentement 400. Chaque année, nous avons grossi au gré des fonds gouvernementaux disponibles. Une personne vivant dans la rue se voit offrir par notre organisme une place pour vivre. C'est un appartement qui lui appartient, elle a son propre bail, ou le logement est financé par l'intermédiaire d'une agence qui signe le bail pour garantir le loyer au propriétaire. Une personne itinérante peut ainsi obtenir un appartement meublé. Il n'y a aucune exigence particulière par rapport au traitement et à la sobriété. L'agence paie 70 p. 100 du loyer, la personne débourse la différence de 30 p. 100. Habituellement, ces personnes reçoivent un chèque mensuel de 670 USD et elles allouent 30 p. 100 de cette somme à leur loyer. Le reste de leur revenu leur revient. Nous venons en aide à tout le monde, peu importe leur degré d'« habileté naturelle à l'habitation ». Nous défendons un modèle d'habitation qui est pleinement intégré dans la communauté. Cela signifie que dans n'importe quel édifice, disons un immeuble de vingt appartements, il n'y aura jamais plus de trois ou quatre locataires pris en charge par nous. On essaie en général de conserver un seuil maximal de 10 p. 100 pour favoriser l'intégration. Les services sont fournis à l'extérieur des lieux d'habitation, de la même manière qu'ils le sont pour n'importe quel citoyen avec un loyer. Les services que nous offrons et les méthodes de traitement communautaire que nous utilisons s'inspirent d'un modèle développé dans le centre-ouest des États-Unis. Nous avons une équipe interdisciplinaire composée de travailleurs sociaux, d'infirmières spécialisées en psychiatrie, de conseillers en abus de substances, etc., qui visitent les personnes chez elles, dans les cafés ou ailleurs, peu importe où elles se trouvent; plus de 80 p. 100 des services sont fournis dans la communauté. Si elles ont un problème de toxicomanie ou de santé mentale, elles ne quittent pas l'équipe qui fournit les services directement et si elles déménagent, la même équipe pourra les assister. Notre infirmière s'occupe des problèmes médicaux 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Et la personne est assistée, comme je le mentionnais, même si elle est prise en charge par l'hôpital ou par un centre de réhabilitation, et même si elle va faire un séjour en prison. Notre équipe ne cesse jamais de travailler sur la relocalisation habitationnelle. Mais nous faisons également autre chose. La personne détermine elle-même des objectifs à atteindre et elle fixe la fréquence des services requis. C'est un engagement à long terme. En réalité, il est relativement facile de s'entendre au sujet de l'habitation, dans le cas des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. En revanche, il est plus difficile d'établir un consensus à propos des personnes qui ont des problèmes de toxicomanie et qui ont néanmoins besoin, elles

aussi, d'une habitation. Une croyance populaire veut qu'une personne qui est dépendante de certaines drogues soit aussi en contrôle par rapport à cette dépendance. Pour notre part, nous ne réclamons jamais la parfaite sobriété de la part des individus avec lesquels nous travaillons.

Si les personnes ayant des troubles mentaux boivent cinq bières par jour, elles veulent baisser leur consommation à quatre, et puis à trois, etc. Elles travaillent à partir d'où elles sont pour réduire la quantité sans mettre en péril leur statut habitationnel, et elles réduisent cette quantité si elles le veulent bien. La plupart du temps, elles le souhaitent. Les personnes toxicomanes se battent avec leur problème et cela prend souvent beaucoup de temps pour réduire leur niveau de toxicomanie. Pour favoriser la réussite, deux dimensions d'aide sont requises. La première, tel que je l'ai mentionné, réside dans le fait que les personnes utilisatrices de nos services ne payent que 30 p. 100 du loyer. Cela signifie qu'elles participent à un programme de paiement spécifique : le chèque arrive à l'agence, nous payons le loyer, et le reste leur revient. Le deuxième type d'aide consiste à rendre visite aux personnes deux fois par mois. Il ne s'agit cependant pas de visites à caractère clinique. Nous croyons que deux visites par mois sont adéquates. Lorsque nous avons commencé, les gens nous disaient : « Merci pour l'appartement. Maintenant, laissez-moi seul. Je n'ai pas besoin d'autre chose. » Nous apprenions alors à négocier avec eux sur le fait que les visites, à raison de deux par mois, ne visent qu'à s'assurer que tout va bien. En réalité, nous les voyons en moyenne trois ou quatre fois par semaine, non pas parce qu'elles doivent nous rencontrer aussi souvent - elles doivent le faire deux fois par mois - mais parce qu'elles souffrent de solitude.

Je vais maintenant dire un mot au sujet d'une étude que nous avons menée. Cette recherche a été financée par le gouvernement fédéral dans le cadre d'un programme d'intervention et de prévention en itinérance; 225 personnes ont participé à l'étude. Voici leur portrait : elles avaient vécu au moins 15 des derniers 30 jours en état d'itinérance, ou six mois d'instabilité résidentielle, et étaient atteintes d'une maladie mentale majeure (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.); 90 p. 100 de ces personnes avaient également un problème de consommation de drogue ou d'alcool. Avoir une double problématique (santé mentale, et drogue ou alcool) ne constituait pas un préalable. Mais comme cette étude était financée par le Département de santé mentale du gouvernement fédéral, on comprend que ce type de population l'ait intéressé. Les personnes provenaient littéralement de la rue. L'organisme subventionnaire s'est chargé de réaliser les entrevues. Parmi les personnes sélectionnées, 68 venaient

du réseau hospitalier. Elles étaient itinérantes et assignées de manière aléatoire à notre expérience. Nous les suivrons pendant quatre ans.

Voici les résultats de notre première année de recherche. Disons tout d'abord que nous sommes fiers d'être parvenus à demeurer en contact avec les personnes sélectionnées, ce qui n'était pas une tâche évidente au départ compte tenu du fait qu'elles provenaient de la rue. Nous leur donnions 30 \$ US pour les entrevues, qui avaient lieu tous les six mois, et 5 \$ US par mois si elles nous téléphonaient. La question principale à laquelle nous devons répondre était la suivante : une personne itinérante et souvent dépendante des drogues est-elle en mesure de se trouver un chez-soi ? Ne va-t-elle pas plutôt aller d'hébergement en hébergement entre ses épisodes psychotiques ? Nous ne nous attendions pas à ce que les personnes se rétablissent immédiatement. De toute façon, je ne crois pas qu'il soit possible de se rétablir de la maladie mentale aussi facilement. L'acquisition d'une bonne santé mentale et la rupture avec la toxicomanie constituent de longs processus. Nous ne cherchions pas non plus à trouver un endroit parfaitement sain où les personnes puissent vivre à l'écart de toute insécurité. Notre hypothèse consiste à dire que l'expérience du continuum de soins ne peut être réalisée que pour les personnes qui sont sobres au départ. Ces personnes utilisent en général moins de médicaments et manifestent moins de symptômes tout simplement parce que les personnes qui sont moins affligées par la maladie mentale reçoivent plus facilement un traitement. Nous leur avons posé une quinzaine de questions portant sur l'importance du choix des services, de l'endroit de résidence, des personnes rencontrées, etc. Toutes valorisaient la capacité de faire des choix. Puis, tous les six mois, nous demandions aux participants combien de choix ils étaient en mesure de réaliser dans le programme auquel ils appartenaient. Nous sommes heureux de constater que les réponses furent statistiquement significatives. Leur nombre n'est pas extrêmement élevé, mais la déviation standard est tellement réduite que nous pouvons en conclure ceci : les gens expérimentent un plus grand nombre de choix dans les programmes qui offrent de plus en plus la possibilité de faire des choix. Il faut se rappeler que notre enquête débute avec des personnes qui vivent dans la rue. La plupart du temps, la fréquence des conditions de contrôle est directement proportionnelle à la vitesse à laquelle on quitte l'itinérance. Les personnes sont passées d'un ratio de 50 p. 100 de choix non individuels à 25 p. 100 sur une période de deux ans. Vous constatez qu'en termes de rapport entre la capacité d'effectuer des choix et l'élimination du temps passé dans la rue, les résultats sont probants. Plus une personne fait des choix, plus elle expérimente la stabilité résidentielle, et moins souvent

elle fera un séjour à l'hôpital. Alors la question que l'on doit se poser est la suivante : est-il possible de prendre des personnes itinérantes et de leur offrir un appartement de leur choix tout en leur assurant une flexibilité sur le plan des services de telle sorte qu'elles y restent ? La réponse est clairement : oui.

Que disent les personnes lorsqu'elles ont trouvé un chez-soi ? « J'ai besoin d'un lieu de résidence, pas d'un traitement. » Lorsqu'elles ont déniché un lieu de résidence, elles ne disent pas : « Laissez-moi voir le médecin. ». Elles demandent plutôt : « Est-ce que tu as un travail pour moi ? ». Au fil des années, on a déployé beaucoup d'efforts d'encouragement dans le but d'aider les personnes à se trouver un emploi. Nous avons fait une analyse de coûts à ce sujet. Nous avons analysé le lieu de résidence des gens au cours de 24 derniers mois. L'hébergement à l'hôpital coûte 700 \$ US par jour. Nous avons comparé ce montant avec le coût de différents types de résidence tels que l'appartement supervisé, la prison pour personnes avec problèmes psychiatriques, etc., pour déterminer lequel est le plus économique. Nous en sommes venus à la conclusion que ces différents types d'hébergement non seulement nuisent à la recherche d'un véritable lieu de résidence, mais sont également plus coûteux que la mise en place de programmes qui soient véritablement favorables à une plus grande stabilité résidentielle. En moyenne, la stabilité résidentielle permet d'économiser environ 15 000 \$ US par personne par année. Au total, notre programme, qui consiste à fournir un appartement et du support, coûte environ 20 000 \$ US par année par personne, tandis que le continuum de soins coûte entre 35 000 et 40 000 \$ US par année et par personne tout simplement parce qu'il est très onéreux d'avoir un service médical complet sept jours par semaine.

En somme, les personnes itinérantes et diagnostiquées comme ayant des troubles mentaux sont en mesure de quitter la rue pour aller directement dans une habitation de leur choix. La « capacité naturelle d'habitation » ne nécessite aucune préparation. De même, la psychopathologie n'est pas relative aux habiletés fonctionnelles, comme le croient généralement les cliniciens. Voilà qui me procure, en tant que clinicien, un sentiment de rémission. La psychopathologie et l'abus de substances n'augmentent pas lorsque l'habitation est fournie sans traitement clinique continu. Faire les choses de cette façon permet, en outre, une plus grande efficacité.

Références bibliographiques

- Shern, D. L., S. Tsemberis, J. Winarski, N. Cope, M. Cohen et W. Anthony (1997). « A psychiatric rehabilitation demonstration for individuals who are street dwelling and seriously disabled », dans W. Breaky et J. Thompson (éd.), *Mentally Ill and Homeless : Special programs for special needs*, The Netherlands, Harwood Academic Publishers, p. 119-149.
- Shern, D. L., S. Tsemberis, W. Anthony, A. M. Lovell et L. Richmond (2000). « Serving Street-Dwelling Individuals Psychiatric Disabilities : Outcomes of a Psychiatric Rehabilitation Clinical Trial », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 12, p. 1873-1878.
- Shinn, M., et S. Tsemberis (1998). « Is housing the cure for homelessness ? », dans S. Oskamp (éd.), *Addressing Community Problems : Research and Intervention*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 52-77.
- Tsemberis, S. (1999). « From streets to homes : An innovative approach to supported housing for homeless individuals with psychiatric disabilities », *Journal of Community Psychology*, n° 27, p. 225-241.
- Tsemberis, S. (1999). « Greek American families : Immigration, acculturation, and psychological well-being », dans S. Tsemberis, H. Psomiades et A. Karpathakis (éd.), *Greek American Families : Traditions and Transformations*, New York, Pella Press, p. 197-223.
- Tsemberis, S., et A. Stefencic (2000). « The role of an espiritista in the treatment of a homeless, mentally ill Hispanic man », *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 12, p. 1572-1574.
- Tsemberis, S. et C. Elfenbein (1999). « A perspective on voluntary and involuntary outreach services for the homeless mentally ill », *New Directions for Mental Health Services*, n° 82, p. 9-19.
- Tsemberis, S., et R. Eisenberg (2000). « Pathways to housing : A supported housing program for street dwelling individuals with psychiatric disabilities », *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 4, p. 487-493.
- Tsemberis, S., et S. Asmussen (1999). « From Streets to Homes : The Pathways to Housing Consumer Advocacy Supported Housing Model », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 17, n° 1, p. 113-131.
- Tsemberis, S., L. L. Moran, M. Shinn, S. M. Asmussen et D. L. Shern (à paraître). « Consumer preference programs for homeless individuals with psychiatric disabilities : A drop-in center and a supported housing program », *American Journal of Community Psychology*.

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE : HÉBERGEMENT ET LOGEMENT SOCIAL

TABLE RONDE

*Sonia Côté, Luc Lalonde,
Natalie McCormac, Daniel Dussault
et Michel Laroche*

Sonia Côté

Je travaille au Service de santé mentale de la Régie régionale de Montréal. Je suis responsable du dossier hébergement/logement pour une clientèle qui a des problèmes de santé mentale et je réponds aussi aux plaintes concernant les résidences privées.

En 2002, à Montréal, quelles sont les options ou les ressources en logement dont dispose une personne aux prises avec des troubles de santé mentale ? On sait qu'il existe une véritable problématique en hébergement/logement. En effet, 95 p. 100 des plaintes logées à la Régie sont liées à cet élément. Par exemple, une personne ayant un trouble de santé mentale doit quitter l'hôpital. Qu'est-ce qu'on fait, dans un tel cas ? Pour répondre à cette question, il faut faire preuve d'une extrême créativité! Cette personne a besoin d'une place de façon urgente. Si elle est en lien avec un travailleur social ou une travailleuse sociale, elle a accès à ce que j'appelle un réseau résidentiel public (RRP). Ce réseau est très varié. On y trouve des ressources de type familial (RTF), des ressources intermédiaires (RI) et des ressources établissements (RÉ). Ces dernières sont des ressources résidentielles disponibles dans la communauté. Les services y sont maintenus par du personnel hospitalier, et il s'agit souvent d'un encadrement 24/7. Chaque type de ressource a ses propres règles, modalités, façons de faire. Dans les RRP, on dénombre 3 850 places. Certains organismes communautaires d'hébergement offrent aussi la possibilité de séjours temporaires, qui vont d'une journée à quelques années. Il y a environ une trentaine d'organismes de ce type à Montréal. Vient ensuite le logement social, qui se divise en deux catégories : les HLM et les OSBL d'habitation. On compte 35 000 places ou unités en HLM et OSBL

à Montréal. Enfin, on trouve les ressources du type logement privé et maisons de chambres avec ou sans services. Il est difficile de déterminer avec exactitude le nombre de ressources dans ce dernier secteur. Ce sont des milieux riches en expériences et qui revêtent une grande variété de formes. Actuellement, il y a des listes d'attente partout dans le réseau. Pour ce qui est des RRP, la liste d'attente (je vais être optimiste) est de huit mois à un an. Dans les RTF, RI et RÉ, le taux d'occupation est aussi très élevé. Pour l'ensemble du réseau du logement social, on compte plus de 10 000 personnes sur les listes d'attente. Ajoutons enfin que dans le secteur du logement privé, on ne peut pas garantir la qualité. Revenons donc à notre question : que fait-on avec cette personne qui sort de l'hôpital et qui est à la recherche d'une place pour vivre ?

Les intervenants des hôpitaux subissent de fortes pressions, car on leur demande de sortir les malades des établissements. Or, le réseau demeure assez figé. Il faudrait y insuffler du dynamisme, démontrer et exploiter les multiples possibilités de partenariats. Récemment, par exemple, j'ai appris qu'on avait établi un partenariat entre un centre hospitalier (projet Éva) et huit propriétaires privés dans le but de loger une clientèle sans logis et ayant besoin de soutien dans la communauté.

Les durées de séjour sont de sept ans dans une RI et de six ans dans une RTF. Il faut donc vite revitaliser le réseau en entier, éliminer les peurs : peur de perdre le contrôle, peur que les personnes perdent une certaine stabilité, peur de perdre des revenus, peur de perdre une stabilité résidentielle, etc.

Deux questions doivent être soulevées : Comment vaincre la peur ? Et comment vaincre la culture de dépendance ?

Luc Lalonde

La première intervention de l'État pour aider les personnes à se loger à moindre coût remonte à la fin de la Première Guerre mondiale; il s'agissait de loger les combattants qui revenaient en ville. La crise des années 1930 et la Deuxième Guerre mondiale ont aussi donné lieu à des initiatives importantes. Les premières furent celles de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), qui est à l'origine de l'article de loi 56-E et du programme où l'on trouve encore le plus d'OSBL. Avec la création de la Société d'habitation du Québec (SHQ), le mouvement s'est poursuivi. Des ententes fédérales-provinciales ont engendré le premier programme intégrant le volet habitation et le volet

des services, un programme sans but lucratif, privé, d'où ont émergé une foule d'initiatives et de partenariats. Notons aussi l'intervention, à Montréal, des sociétés acheteuses ayant un mandat de sauvegarde du patrimoine et d'aide à la non-détérioration des quartiers. Cette initiative répondait aux besoins de la population pauvre. En 1993, la SCHL s'est retirée du secteur, mais elle a été remplacée, en partie, par le programme Accès-Logis. C'est ainsi qu'aujourd'hui, en 2002, on dispose de ce projet intéressant qui consiste à mettre sur pied à Montréal 5 000 unités de logement, en deux ans idéalement. Pour la première fois, on marie un programme d'aide à la personne et un programme de logement. Jusqu'ici, dans le secteur des OSBL, on subventionnait la brique et le béton, en cherchant par ailleurs mille et une recettes pour subventionner les services. Ces recettes sont pour la plupart « illégales », hors-programme, extrêmement compliquées, etc. À Montréal, on dispose de 9 878 unités de logement en OSBL et en santé mentale particulièrement, de 224 unités. C'est peu. Par contre, dans les 9 878 unités de logement, parmi les personnes qui ont entre 36 et 55 ans, 77 p. 100 ont un diagnostic de troubles mentaux. Le logement social s'adresse donc largement à cette population. Environ 83 p. 100 des unités de logement sont situées dans des édifices de 60 unités et moins, donc de petite taille. De plus, la répartition sur le territoire de l'île est extrêmement inéquitable. À Westmount et à Pierrefonds, par exemple, il n'y a pas d'OSBL d'habitation... Il faut espérer que la nouvelle politique de la Ville fera en sorte qu'on cesse de créer des ghettos de pauvreté. La principale caractéristique des OSBL est le fait qu'on y trouve des conseils d'administration (CA) formés de gens de la communauté. Dans près de 87 p. 100 des OSBL, le CA compte des locataires et dans 20 p. 100 d'entre eux, les locataires sont majoritaires. Le rôle de la personne dans la prise de décision concernant la vie dans le logement est très important, au sein des OSBL. Les locataires sont majoritairement des femmes (62 p. 100) et dans l'ensemble des OSBL, environ 20 p. 100 des personnes ont des problèmes de santé mentale.

Nous avons été surpris de constater la diversité (une quinzaine) des services offerts dans les OSBL. Le service le plus répandu est évidemment celui de la conciergerie, suivi du service de gestion des conflits et d'intervention en situation de crise, puis des loisirs. À ces services s'ajoute toute une liste : accueil, support, surveillance, alimentation, popote roulante, cuisine, surveillance électronique, aide domestique, services médicaux, assistance personnelle, gardiennage, service religieux, etc. Tous ces services ne sont ni subventionnés ni contrôlés par l'État. On réussit à économiser un peu en réduisant les frais de conciergerie, les frais d'administration, en s'entendant avec un partenaire qui offre certains

services, etc. L'État devient de plus en plus « intersectoriel » et les OSBL en sont un des exemples les plus dynamiques. Ententes avec d'autres groupes communautaires, avec des CLSC, des centres hospitaliers, des centres de jeunesse, des offices municipaux d'habitation, etc., ce secteur s'est développé autour du partenariat parce que cela était devenu nécessaire. Les CA, donc des gens de la communauté, sont allés chercher dans leur milieu toutes sortes de liens pour créer des services.

Dans les OSBL, les gens ne sont pas répartis dans des cases. À l'intérieur d'un immeuble de 300 logements, on trouve des personnes porteuses du VIH, d'autres aux prises avec des problèmes de drogue ou d'alcool, des personnes ayant des troubles mentaux, des gens à très faibles revenus, etc. Toutes ces personnes cohabitent et vivent ensemble. Voilà ce qu'est la véritable communauté. La communauté n'est pas institutionnalisée, elle est variée. Sa force réside probablement dans l'entraide entre les locataires au sein d'un milieu tolérant, non ghettoïsant, un milieu où l'on peut parler de ses différences. La liste d'attente compte quelque 3 000 noms dans l'ensemble des OSBL et la durée d'attente est de cinq ans environ. Pour les personnes itinérantes, la durée d'attente est de deux ans. D'où de l'amertume et de l'impatience, évidemment. Les besoins sont extrêmement nombreux. Et dans la nouvelle Ville de Montréal, désorganisée, les pouvoirs se discutent entre le pilier central et les arrondissements, entre les fonctionnaires et les élus, etc. La SHQ, certes, a fait de belles annonces : 5 000 logements en deux ans. Mais dans la réalité, cela ne marche pas. Ainsi, étant donné les limites du programme Accès-logis, le coût de la spéculation devient excessif. Le prix des terrains augmente de 15, 20, 30, 40 000 dollars de plus chaque semaine. L'application de normes à travers l'ensemble du Québec et la vétusté des chiffres contribuent à retarder la réalisation des projets, sans parler de l'imbroglio bureaucratique (demande de permis, règlements de zonage, de construction, etc.). Bref, il est très difficile de faire « lever » un projet. Les groupes de services techniques disent qu'officiellement, les 5 000 unités de logement existent, sous forme de projet. Une des limites qui pourrait facilement être éliminée provient du milieu de la santé, où il faudrait d'abord créer un programme de soutien pour faciliter le travail des employés et des bénévoles. Ensuite, il faudrait régler le problème des investissements immobiliers. Les fondations d'hôpital, par exemple, n'investissent pas dans de tels projets. De plus, on n'a pas de données précises sur ce qu'il en coûte à l'État pour créer de telles unités et les entretenir. Ce qu'on sait, c'est que le soutien d'une personne avec un service 24/7 dans un OSBL coûte 3 000 \$ par année, ce qui n'est rien par rapport à ce que coûtent les ressources intermédiaires ou les familles d'accueil. Je ne

comprends toujours pas pourquoi les choses vont si lentement, pourquoi on ne construit pas davantage de logements sociaux. La colère des gens dans le besoin est tellement usée... qu'ils ne la crient même plus.

Or il existe des partenariats intéressants. Il faut simplement les appuyer et les multiplier. La meilleure stratégie, selon moi, consiste à dé-partager le traitement et la vie de la personne, à séparer lieu de vie, citoyenneté, rôle et situation de personne aidée. Je pense que l'une des marques positives de notre réseau est le fait qu'on laisse davantage de liberté aux personnes, qu'on réduit le contrôle sur les personnes que l'on aide.

Natalie McCormac

J'ai été embauchée pour étudier la question du logement destiné aux personnes utilisatrices des services en Ontario. J'ai travaillé de près avec deux OSBL, l'un à Kitchener/Waterloo, l'autre à London. J'ai aussi animé des *focus groups* avec des personnes utilisatrices des services de santé mentale par l'intermédiaire des OSBL. J'aimerais présenter les services offerts par ces OSBL et aborder quelques-uns des résultats issus des *focus groups*. L'OSBL de Waterloo s'appelle Waterloo Regional Homes for Mental Health (fondé en 1980). Les services offerts par cet organisme comprennent des logements meublés avec et sans colocataires (la demande pour des unités simples est très élevée), l'assistance de soins, l'accès coordonné pour aider les gens qui viennent remplir une demande en vue d'obtenir un logement, la consultation, etc. L'autre OSBL, le Western Ontario Therapeutic Community Hostel (depuis 1970), établi à London, peut loger 82 personnes itinérantes et ayant des problèmes de santé mentale dans des appartements d'une pièce. On y offre aussi un service d'emploi, des programmes de divertissement, des services de soutien communautaire, une clinique psychiatrique sur les lieux mêmes de l'OSBL, etc.

Il est ressorti des *focus groups* cinq grands thèmes : importance du logement; importance du chez-soi; stigmatisation; bien-être; obstacles dans le système ontarien.

1. *Importance du logement.* Les usagers associent souvent le logement à la racine de la stabilité, à la chose la plus importante. C'est que, sans adresse, on ne peut pas se faire livrer de la nourriture... L'un des participants qui avait vécu de café en café pendant trois semaines considérait cette expérience comme n'étant pas une

manière de vivre. Il y a eu consensus sur cette question de l'intégration par le logement.

2. *Importance du chez-soi.* Le chez-soi représente la liberté et l'indépendance. Dans un hôpital, une personne présentant des troubles mentaux est déresponsabilisée, privée de pouvoir décisionnel et d'autonomie sociale. Or le sentiment de contrôle sur sa propre vie est très important. Certains considèrent tout de même comme un risque le fait de vivre hors des murs de l'hôpital. Mais tous s'entendent sur l'importance du chez-soi
3. *Stigmatisation.* Vouloir être intégré dans la communauté, c'est aussi vouloir être intégré parmi ceux qui ne sont pas usagers des services de santé mentale. La plupart des gens, dès qu'ils savent qu'une personne est aux prises avec des troubles mentaux, changent radicalement d'attitude. Les gens dits normaux ont peur des personnes qui sont différentes. Si une personne apprend que son voisin est allé faire un court séjour en hôpital, tout devient différent; elle adopte une attitude négative et stigmatisant.
4. *Bien-être.* Pour une personne qui se sent bien, tout va bien... Mais pour une autre qui se sent moins bien, le simple fait de sortir les poubelles devient une dure corvée. En période de difficultés existentielles, toutes les tâches sont plus difficiles à accomplir, les murs se referment sur la personne. Le sentiment d'isolation et le risque de ré-hospitalisation augmentent lorsqu'une personne se sent moins bien. L'indépendance n'est pas jugée comme essentielle à l'état de bien-être, mais l'intimité est un impératif pour y parvenir.
5. *Obstacles dans le système ontarien.* Impossible de quitter l'hôpital sans adresse où aller. Or, personne ne peut avoir une adresse sans argent, personne ne peut obtenir de soutien financier au logement... avant d'avoir un logement. Difficile de savoir par où devrait commencer le processus. Si vous êtes hospitalisé pour trois mois, vous pouvez perdre votre aide financière ontarienne pour personnes handicapées, ce qui veut dire que vous pouvez perdre votre maison. On note aussi un manque de « consistance » dans le transfert des informations. L'un des participants, par exemple, disait avoir été informé de l'existence d'un OSBL dans son quartier lors de sa quatrième hospitalisation seulement.

En définitive, le logement procure aux personnes fragilisées par la maladie mentale un sentiment de stabilité qui témoigne aussi d'un contrôle sur leur vie. Et lorsque vous possédez stabilité et contrôle, vous pouvez commencer à poursuivre d'autres objectifs de vie.

Daniel Dussault

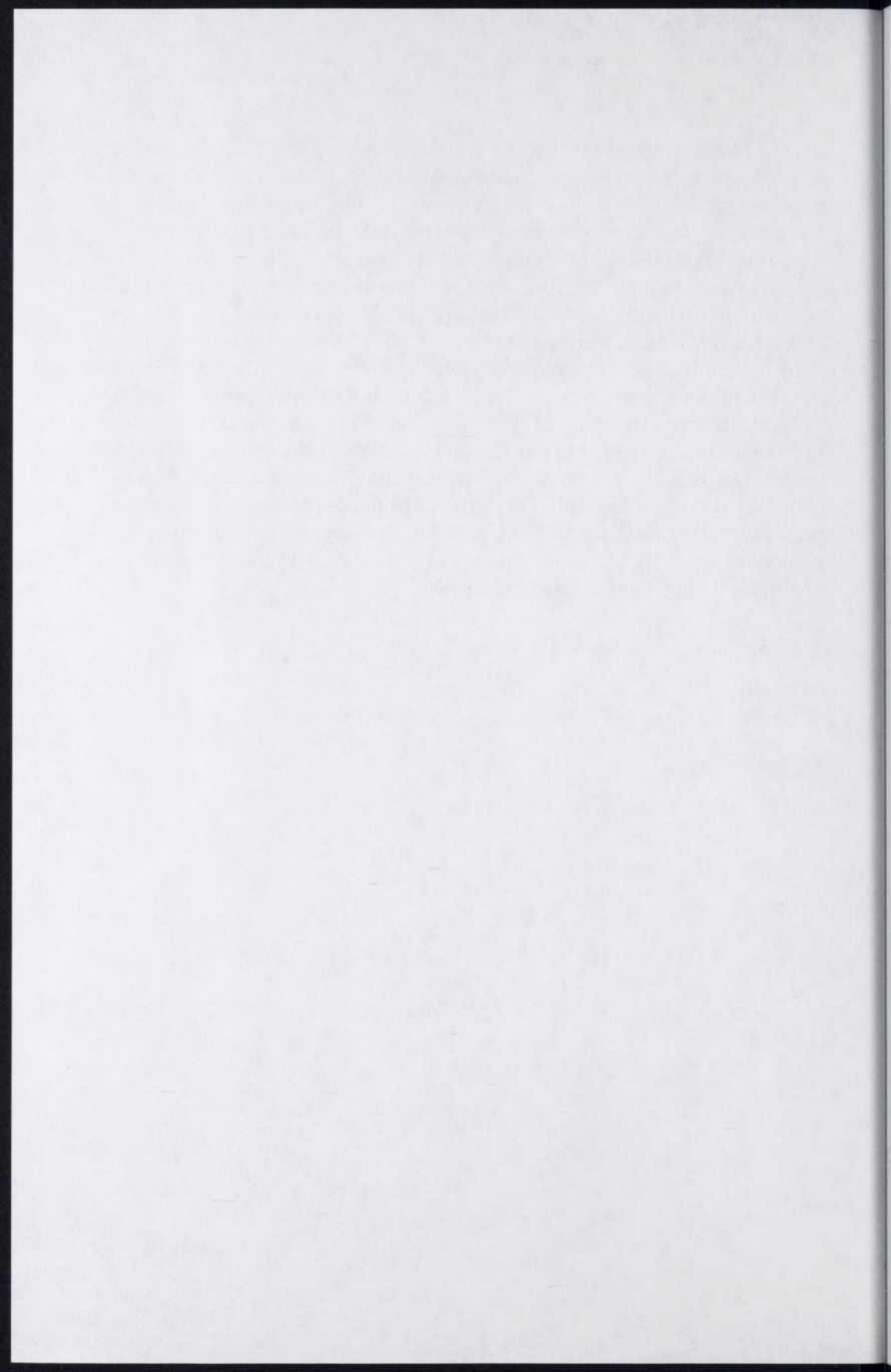
L'OMH (office municipal d'habitation), le CLSC (centre local de services communautaires) et la Régie régionale Chaudière-Appalaches ont mis de l'avant un projet d'intervention communautaire concertée et préventive dans les HLM (hébergement à loyer modique). Faisons d'abord l'historique de l'OMH de Lévis. L'OMH est un OSBL (organisme sans but lucratif) créé à partir d'une demande de la municipalité. Le parc immobilier, à Lévis, est de 1 018 logements, avec une liste d'attente de 500 et une durée d'attente de huit/neuf ans. La mission de l'OMH est de procurer aux personnes seules et aux familles, sans discrimination, des logements de qualité à prix modique tout en travaillant avec le milieu. En 1970, on disposait surtout de logements pour personnes âgées. On leur offrait un logement à prix modique pour qu'elles réussissent à vivre de façon convenable. Au début des années 90, la problématique devint non plus celle de la pauvreté économique seulement, mais elle s'accompagna d'autres types de problématiques (santé mentale, alcoolisme, toxicomanie, violence, mésadaptation sociale, etc.). Ce sont les gens avec ces problématiques qui sont actuellement admis chez nous. Cette clientèle est de plus en plus fragilisée et l'OMH est devenu un acteur incontournable. Nous sommes le seul organisme à recevoir sans discrimination toutes les clientèles, et ce, conformément au règlement d'attribution. Nous nous impliquons dans la communauté en créant des locaux pour d'autres OSBL, en participant à toutes les tables, etc. Nous nous sommes présentés au CLSC et à la Régie en leur disant : on est en train de créer des situations dramatiques sur le plan humain (ghettoïsation, isolement, etc.) et, en plus, tout le milieu est en train de se désorganiser, de générer de la violence et des tensions. Le milieu, en effet, développait beaucoup d'intolérance. La personne atteinte de troubles de santé mentale décompensait, vivait du rejet, s'isolait, etc. On assistait alors au syndrome de la porte tournante (cycle des réhospitalisations). Quand la personne revenait vivre dans la communauté, il y avait encore plus d'intolérance. Voilà une qualité de vie en deçà de l'acceptable. On a donc proposé à ces personnes une intervention de première ligne. À la suite d'un projet pilote d'un an, renouvelé pour six mois, nous avons

aujourd'hui une intervenante sur place de manière permanente. Nous l'appelons notre « travailleuse de corridor » : elle se promène... dans les corridors. Si elle constate qu'une femme ne va pas bien, elle va prendre un café chez elle. Tous les matins, elle offre une période d'appels téléphoniques. Un contact simple, rassurant, meilleur que celui avec une boîte vocale. L'intervenante personne sert aussi d'intermédiaire avec les groupes communautaires. Elle participe activement aux groupes qu'elle met sur pied; ainsi, elle fait de l'aqua-gym dans la piscine, et non sur les bords! En fait, elle est considérée non comme une intervenante, mais comme une confidente, une amie. Par ailleurs, à l'OMH, nous organisons régulièrement une formation pour les personnes responsables de l'entretien. Nous parlons un langage de terrain. Pour les neuf premiers mois, on a compté 98 interventions avec les propriétaires, 48 avec les locataires. On fonctionne non pas en vase clos, mais en complément avec les autres réseaux. L'intervenante ne s'intéresse pas au diagnostic, mais au quotidien. L'association des locataires est aussi très présente chez nous. L'intervenante est payée entièrement par le CLSC tout en travaillant à l'OMH. Elle reçoit beaucoup d'appels en début de semaine (après son congé du week-end) et le nombre d'appels décroît au fur et à mesure que la semaine avance, ce qui veut dire que les gens sont rassurés par elle. S'ils peuvent la voir durant la semaine, ils n'ont plus besoin de lui téléphoner. À l'hôpital, on nous dit qu'on voit moins souvent nos locataires se présenter. Cela démontre l'efficacité du programme. Or, le préventif est toujours plus difficile à vendre que le curatif. Mais à Lévis, la Régie et le CLSC y ont cru. Cette association entre intervention et logement social est devenue impérative. Il ne faut pas penser que socialement on a joué notre rôle, une fois qu'on a offert un loyer modique à quelqu'un. Il y a tout à mettre en place ensuite pour permettre à la personne d'avoir une bonne qualité de vie.

Michel Laroche

Je présenterai brièvement un projet de partenariat entre l'OMH et le CLSC Desjardins. Les deux principaux thèmes touchés sont le logement et l'intégration socioprofessionnelle. À l'origine, nous avons constaté qu'il y avait un « vide » pour les usagers récemment diagnostiqués, c'est-à-dire les jeunes psychotiques. Ceux-ci connaissaient une situation très précaire, le plus souvent parce qu'ils avaient déjà expérimenté un échec en famille d'accueil. Ils se retrouvaient ensuite en maison de chambres, mais les habiletés n'y étaient pas, et ils décompensaient. C'était le retour du cycle des réhospitalisations.

Notre équipe s'est donc concertée et, en vue d'offrir à ces jeunes des logements de transition, nous avons mis sur pied l'organisme La rose des vents, à Lévis. Notre souci était de développer une ressource pour ce type de clientèle. La rose des vents offre un hébergement transitoire (maximum de dix-huit mois). Le client présente directement sa demande. Après la première rencontre, il repart avec huit questions qui lui permettent de démontrer sa motivation. Ensuite, la personne est intégrée et on travaille avec elle sur plusieurs axes : habiletés sociales, réinsertion dans la communauté, etc. Nous partons toujours de ce que la personne possède et nous renforçons ses habiletés. Le but est qu'elle aille ensuite se loger dans un appartement régulier. Nous avons vu, par exemple, des personnes qui s'étaient connues chez nous devenir colocataires en appartement par la suite. Ce besoin a émergé parce qu'on se retrouvait souvent avec des personnes qui n'avaient pas toutes les habiletés nécessaires pour présenter une demande à l'OMH. On développe des outils avec ces personnes pour qu'elle puissent acquérir une plus grande stabilité et profiter d'un logement mieux approprié.



ASPECTS THÉORIQUES DE L'HABITATION

LE PARTENARIAT ENTRE LES RÉSIDENCES D'ACCUEIL ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Myra Piat

Notre projet porte sur le partenariat entre des responsables de résidences d'accueil et le réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons lancé ce projet après avoir constaté que les responsables de résidences d'accueil étaient des personnes – des femmes pour la plupart – qui n'avaient pas vraiment une voix et qui étaient passablement exclues de toute la discussion entourant la transformation des services. Ce projet de recherche a été subventionné par le FRSQ; j'en suis la chercheuse principale, et deux autres personnes y ont collaboré : Nicole Ricard et Alain Lesage, de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Nous venons tout juste de terminer le projet, qui avait débuté en 1999. Aujourd'hui, nous en savons encore très peu sur le cadre de travail des responsables des résidences d'accueil à Montréal. Je donnerai brièvement quelques définitions générales du partenariat et j'examinerai ensuite le degré de réussite de celui que nous avons étudié.

Voyons d'abord le contexte historique de ce partenariat. Comme tout le monde le sait, nous sommes dans une ère de transformation des services, et les résidences d'accueil restent une ressource de logement importante. À Montréal, il y a environ 4 000 places d'hébergement pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Et, comme dans l'ensemble du Québec, la moitié de ces places sont dans des résidences d'accueil. Nous avons assumé au départ qu'il devait y avoir un partenariat entre les responsables des résidences et le reste du réseau. Mais qu'en est-il de ce partenariat ? C'est la question sur laquelle reposait notre recherche.

Le partenariat n'est pas une idée nouvelle. Dès 1985, on commence à en parler dans un congrès intitulé *Empowerment Through Partnerships*. Puis, en 1989, le concept de « partenariat élargi » aboutit à la politique de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1989) : c'est la première fois

qu'une politique vise autant le partenariat, qui devient un nouveau mot-clé de la réforme. Il y a eu depuis beaucoup de discussions au sujet de ce partenariat. Ce n'était pas à l'époque une notion nouvelle en tant que telle, mais la politique innovait parce qu'on y reconnaissait la multitude d'institutions et de groupes d'aide pivotant autour de l'individu ou du client qui se prend en charge.

Au centre de la politique en santé mentale se trouve une définition très floue du partenariat, définition qui a mené, selon moi, à beaucoup de confusion. Qui sont les partenaires responsables ? On parle de l'individu dans le besoin, de sa famille, de ses proches, des groupes communautaires, des professionnels, des non-professionnels, etc. Bref, on inclut tout le monde dans la réponse ! Les indications sur les rôles et responsabilités des différents acteurs du réseau sont également très vagues. Le concept de partenariat demeure ainsi sujet à interprétation par chaque groupe d'intérêt.

Au nombre des recherches portant sur le partenariat, il faut compter celle de Bourque et Panet-Raymond traitant des groupes communautaires et du maintien à domicile des personnes âgées (1991), celle de Jocelyne Lamoureux sur le partenariat du point de vue des ressources alternatives (Lamoureux, 1994) et, plus récemment, celle de Monique Carrière, qui a fait le bilan des projets de partenariat dix ans après l'adoption de la politique québécoise de santé mentale (Carrière, 2001). Pour notre part, nous nous sommes posé la question suivante : qu'en est-il du partenariat établi entre les responsables de résidences d'accueil et le réseau de la santé et des services sociaux ? Nous nous sommes intéressés à deux centres hospitaliers : l'hôpital Douglas et l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Ces deux établissements regroupent environ 75 p. 100 des ressources de type familial (RTF) à Montréal, ce qui représente 261 résidences d'accueil hébergeant environ 1 393 personnes. Avec l'aide d'un comité consultatif, dont faisait partie l'un des co-éditeurs du présent volume, Henri Dorvil, nous avons sélectionné 30 responsables et 30 intervenants, pour un total de 60 répondants.

Le présent texte porte uniquement sur les résultats de la recherche concernant les responsables. Mais précisons que dans la réalité, les résultats concernant les intervenants ne diffèrent pas tellement. Nos deux critères pour la sélection des responsables étaient le nombre d'années d'expérience et le nombre de personnes hébergées, c'est-à-dire la taille de la résidence d'accueil. Nous avons mené des entrevues semi-dirigées de type qualitatif comportant des questions sur les relations

avec le réseau de la santé et des services sociaux de même que sur l'impact de la transformation des services. Il y avait également trois questions directement en rapport avec le partenariat : 1. « Croyez-vous qu'il y ait un partenariat entre vous et le réseau de la santé et des services sociaux ? »; 2. « Quelle place occupez-vous dans le réseau de la santé et des services sociaux ? »; 3. « Quelle place aimeriez-vous occuper dans le réseau de la santé et des services sociaux ? »

Avant de présenter les résultats, nous donnerons quelques détails sur l'échantillon. La principale donnée n'est pas surprenante : 80 p. 100 des responsables sont des femmes, majoritairement âgées entre 40 et 59 ans. La plupart de ces femmes sont nées au Canada et 27 p. 100 aux Caraïbes. Ceci s'explique par le fait que le réseau de personnes en cause à l'hôpital Douglas comprend plusieurs responsables et intervenantes d'origine caribéenne. Sur le plan de l'éducation, 40 p. 100 des personnes interviewées sont diplômées du secondaire, 17 p. 100 du collégial et 27 p. 100 détiennent un diplôme universitaire. Je pense qu'on peut expliquer cette distribution par le fait que de plus en plus de responsables sont d'anciennes infirmières de l'hôpital ou des préposées. Ces personnes sont déjà actives dans les hôpitaux et veulent devenir responsables de résidences d'accueil. Dans les transformations les plus récentes, on peut en fait observer que de plus en plus de responsables ont de l'expérience. Sur ce point, nous avons sélectionné des profils très variés : nous voulions interroger des personnes ayant soit un peu d'expérience - moins de cinq ans -, soit une expérience moyenne, ou encore, beaucoup d'expérience.

Il faut savoir que le partenariat est une notion complexe. Lorsque nous avons analysé les données, nous avons essayé de respecter une certaine continuité. Nous avons considéré toutes les données de la personne de façon à en arriver à un portrait complet, c'est-à-dire incluant des renseignements sur sa perception du partenariat, sa place actuelle (comment la personne se sent) et la place qu'elle désirerait occuper à l'avenir. Les résultats commentés ici ont déjà été soumis aux responsables à Louis-H. Lafontaine, à Douglas et aux intervenants. Tout au long de l'entretien avec les responsables, les gens ont parlé beaucoup de l'idéal, du genre de partenariat qu'ils aimeraient voir se concrétiser. À la fin de la présentation du texte, j'énumérerai quelques critères définissant un partenariat idéal; mais les résultats qui suivent reflètent le vécu, l'expérience des responsables au quotidien.

Trois modèles de partenariat sont ressortis de notre recherche. Au départ, nous avons une « *grounded theory* »; les trois modèles sont

issus des entrevues et de l'analyse des données. Le premier est un partenariat en développement, embryonnaire et fragile. Le deuxième, un partenariat partiel ou un faux-semblant de partenariat. Le troisième est un partenariat réel. Je vais aborder seulement les deux premiers modèles, puisque parmi les 60 personnes interviewées, seulement une intervenante a parlé d'un partenariat réel.

Quels sont les éléments d'un partenariat en développement ? Disons d'abord que 18 responsables sur 30 ont parlé de cette relation, qui varie selon les équipes et les intervenants. Il s'agit vraiment d'un modèle embryonnaire, où le partenariat peut aller de la collaboration à la méfiance. Une responsable nous a dit :

« Moi, je suis traitée avec respect par certains intervenants, et je ne le suis pas par d'autres. Je suis vue comme quelqu'un qui abuse du système. »

Les responsables parlent de « faire partie d'une équipe », mais d'un autre côté, elles croient être perçues comme des personnes incompetentes n'ayant pas de capacités. Ces mêmes responsables disent avoir des objectifs communs, mais affirment être très peu consultées. Elles parlent de relations gratifiantes ou frustrantes avec les intervenants. Ces remarques démontrent combien le partenariat est embryonnaire. Je cite ici une responsable que nous avons rencontrée :

« Moi, je sais qu'il y a beaucoup de préjugés. J'ai l'impression que, avant que les gens n'arrivent à un climat de confiance, il faudrait que, en tant que ressource, que famille d'accueil, on fasse nos preuves. Les gens ne tiennent pas pour acquis qu'on puisse avoir des connaissances et faire une bonne job; ils exigent des preuves. Ils ont comme besoin de vivre une expérience avec vous pour se rendre compte que vous êtes capable. »

Le soutien est un autre élément très important qui a émergé des données. Certaines responsables ont parlé d'un soutien qui est présent, d'un suivi régulier. D'autres ont dit : « C'est un soutien qui peut varier entre les équipes. » Il est intéressant d'observer à quel point les responsables s'entraident. Lorsqu'elles parlaient de soutien, elles mentionnaient chaque fois le manque - ou l'insuffisance - de ressources communautaires. À la question : « Quelle place désireriez-vous avoir dans le réseau de la santé et des services sociaux ? », voici ce que l'une d'entre elles a répondu :

« Être reconnus comme de vrais partenaires. J'aimerais que le gouvernement reconnaisse qu'on fait du bon travail quand même. Je pense que ce serait bien que ce soit inscrit un peu quelque part, une petite rubrique quelque part, là, disant qu'on fait du bon travail, parce que c'est la vérité. Je ne sais pas s'ils l'ont déjà remarqué, je n'ai jamais vu qu'ils l'avaient fait. C'est tout ce que je demande; je ne veux pas me faire vérifier, je veux juste qu'ils sachent qu'on fait du beau travail. S'il n'y avait pas de familles d'accueil, des fois, là, il y aurait de la misère. »

Le deuxième modèle de partenariat est un partenariat partiel. Au total, 12 personnes responsables sur 30 ont parlé de ce faux-semblant de partenariat où elles ne se sentent pas traitées comme des partenaires à part entière. Elles ont parlé d'un décalage entre le discours et la pratique.

Le faux-semblant pourrait se définir comme un partenariat où les responsables font partie d'un système qui ne reconnaît pas leur contribution. Ce manque de reconnaissance de la part du gouvernement, mais aussi dans l'opinion publique, a été soulevé par le groupe de responsables. On mentionnait aussi que la plupart des intervenants, avec leur approche très individualiste, avaient des préjugés contre les responsables, ce qui constitue évidemment une attitude entraînant l'absence de partenariat. Je cite un autre responsable :

« Moi, je ne peux pas parler du partenariat. On a tout changé le système et on ne nous a jamais mis au courant de ça. Donc, je ne peux pas parler du partenariat parce que je pense que si l'on était vraiment en partenariat avec les services sociaux et de la santé, on aurait dû nous faire part de quelque chose. On ne parle même pas de nous. Il y a des personnes qui ne savent même pas ce que sont les familles d'accueil. »

Un élément qui explique le faux-semblant de partenariat est le manque de communication ou la communication à sens unique, qui ont un impact négatif sur les personnes et sur les responsables.

« Il y en a qui ont eu des expériences comme moi. Où le psychiatre voulait rien savoir : "Tu connais rien, tu ne sais pas c'est quoi, la psychiatrie. Tu ne la connais pas. Tu ne sais pas ce que ça peut faire cette maladie-là." Il a peut-être un diplôme en psychiatrie, mais tabarnouche, il n'a pas d'éducation! Je ne suis pas un chien, là! Il aurait pu me parler et

m'expliquer, si j'avais pas compris quelque chose; mais là, là, faire ce qu'il a fait, je ne l'accepte pas. »

Un autre élément caractéristique du faux-semblant de partenariat, ce sont les services de soutien des déficients. Les responsables ont parlé d'une inégalité dans les services dispensés aux clients, de travailleurs sociaux surchargés, de rendez-vous trop espacés chez les psychiatres, de CLSC qui n'assurent pas la continuité des services. Ce n'est rien de nouveau, mais c'est vraiment la première fois que les responsables s'expriment ainsi de vive voix. Nous leur avons aussi posé une question sur les conditions de travail. Dans le cadre de ce modèle de faux-semblant, les responsables ont dit qu'elles étaient sous-payées, que les gestionnaires perçoivent la résidence d'accueil comme une « chambre et pension »; que leurs conditions de travail, leur statut et les règlements doivent être révisés; et qu'il faudrait reconnaître leurs compétences par une augmentation de salaire. Voilà qui n'est pas compliqué : dans un faux-semblant de partenariat, la place des responsables dans le réseau se situe au bas de l'échelle. Elles ne participent pas aux comités décisionnels et il n'y a pas de reconnaissance formelle de leur travail. Quand on a posé la question sur la place désirée dans le réseau, une responsable nous a répondu :

« Moi, je peux dire, quelque part, qu'il serait temps de voir vraiment l'apport des familles d'accueil dans le système. Parce que je peux dire que nous en avons aidé beaucoup. Nous avons fait notre possible et ça n'a pas été considéré vraiment. Moi, je peux dire que la famille d'accueil a fait ses preuves, et puis il n'y a pas de considération pour ça. »

Cela vous donne une idée des formes de partenariat vécues par les responsables. Il est important de mentionner que des critères définissant le partenariat réel sont aussi ressortis de tous ces discours. Je vous cite ici ces critères sans ordre de priorité. Les responsables ont relevé la définition claire des rôles de chacun, un processus de consultation, des relations égalitaires, le partage des responsabilités, le travail d'équipe, la bonne communication, le soutien, la reconnaissance des compétences des responsables, la participation aux processus décisionnels, le respect, la collaboration et la reconnaissance des limites de chaque partenaire.

Nous avons déterminé trois modèles, mais aucun responsable ne croit qu'un partenariat réel existe vraiment. Deux modèles principaux sont donc ressortis, soit le partenariat en développement et le faux-semblant de partenariat. Nous espérons aussi que les critères définissant

l'existence d'un partenariat réel soulevés par les responsables puissent alimenter la discussion et infuser sur les intervenants, les responsables et les décideurs. On parle souvent d'un changement de paradigme, mais il reste qu'on doit tenir compte des ressources d'hébergement actuelles, en particulier des résidences d'accueil. Je pense qu'on devra réussir à travailler avec elles. Je crois aussi que ce partenariat entre les responsables et le réseau de la santé et des services sociaux est quelque chose de très important qui demande une attention particulière de la part des milieux universitaires et décisionnels.

Références bibliographiques

- Boudreau, F. (1991a). « Partnership as a New Strategy in Mental Health Policy : The case of Québec », *Journal of Health Policy and Law*, vol. 16, n° 2, p. 307-329.
- Boudreau, F. (1991b). « Stakeholders as Partners : The Challenges of Partnership in Québec Mental Health Policy », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 10, n° 1, p. 7-28.
- Carrière, M. (2001). « Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale », *Santé Mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, p. 216-241.
- Dorvil, H., H. Guttman, N. Ricard et A. Villeneuve (1997). *Défi de la configuration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (1990). *Plan de services individualisé en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (1995). *Loi 120, Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : Document de consultation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation, 51 p.

- Harnois, G. (1987). *Pour un partenariat élargi - projet de politique de santé mentale pour le Québec, rapport du comité de la politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- MacGillivray, H., et G. Nelson (1999). « Partnership in Mental Health : What is it and how to do it », *Canadian Journal of Rehabilitation*, vol. 12, n° 2, p. 71-83.
- Panet-Raymond, J., et D. Bourque (1991). *Partenariat ou pater-nariat ? : La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile, rapport de recherche*, Québec, CQRS.

LE ZONAGE ET LA SANTÉ MENTALE

Paul Morin

En 1999, le Collectif de défense des droits de la Montérégie, organisme régional de promotion et de défense des droits, était informé d'une situation d'enfermement dans une résidence privée non conventionnée située à Laprairie, le foyer Michaud. En effet, la vingtaine de personnes hébergées à cet endroit, qui étaient quatre ou même cinq par chambre, étaient littéralement captives du lieu, ne pouvant en sortir qu'avec l'autorisation de la directrice. Un représentant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, responsable du suivi au regard d'une plainte vis-à-vis d'une ressource privée à but lucratif, même non conventionnée, visita l'endroit et des négociations débutèrent entre la propriétaire et la directrice de l'établissement.

Cependant, au début de l'année 2000, sans que la Régie régionale en soit informée, onze de ces personnes furent relocalisées dans une nouvelle résidence située en milieu agricole, à Saint-Jacques-le-Mineur. La Régie régionale ne lâcha pas prise et commanda une évaluation de la ressource à un consultant. Dans le rapport que ce dernier remit en janvier 2001, on trouve quelques informations et réflexions sur la résidence de Saint-Jacques-le-Mineur.

« La maison et le terrain sont la propriété du médecin qui assure le suivi médical de l'ensemble de la clientèle du foyer Michaud [...] Au moment de notre passage au foyer, tous les résidents s'étaient rassemblés dans le salon du rez-de-chaussée et regardaient l'émission *The Price is right*. L'image de ces huit personnes assises côte à côte pour visionner la même émission sans mot dire, a attiré notre attention et nous a fait penser à l'ambiance ainsi qu'aux interactions que l'on observe parfois dans les unités de soins de longue durée en psychiatrie ou dans les résidences à caractère très institutionnel. [...] À Saint-Jacques, c'est une tombe à force que le monde est tranquille et sans histoire à cet endroit. » (Dumais, 2001, p. 8)

Là aussi, les sorties sans autorisation étaient interdites. Cependant, le foyer de groupe de Saint-Jacques-le-Mineur eut une courte vie, car il dut fermer ses portes en juillet 2001 à la suite de l'intervention en justice de la municipalité. Celle-ci avait intenté un recours en Cour supérieure contre le propriétaire parce que le foyer de groupe était situé sur

un territoire zoné agricole. C'est toutefois uniquement par un coup de chance que la municipalité eut connaissance de la présence de ces nouveaux résidants : une personne s'était présentée aux services municipaux afin d'ouvrir quatre résidences; à la suite de l'information obtenue et suivant laquelle il était impossible de conserver les résidences compte tenu du zonage agricole, cette personne révéla alors des choses au sujet du foyer Michaud. La résidence est actuellement fermée, mais la fonctionnaire de la ville responsable du dossier nous a confié qu'elle ne serait pas surprise qu'on relocalise le foyer ailleurs dans la municipalité!

Nous commençons notre exposé en évoquant ce récent fait divers parce que celui-ci nous semble emblématique de notre démarche d'analyse, inspirée par la mise en valeur de la dimension sociospatiale : les êtres humains étant situés en un lieu et occupant une place, l'espace doit être inclus dans l'analyse des processus sociétaux. L'une des dimensions de l'espace, la distanciation, illustre la mise à l'écart de populations marginalisées dans des zones de relégation.

Au moment d'analyser une dynamique spécifique d'exclusion, nous estimons primordial de saisir l'évolution de l'offre de services en santé mentale. Celle-ci a subi une transformation majeure dans la deuxième partie du siècle dernier. D'un lieu unique, l'hôpital psychiatrique, nous sommes passés, malgré la pérennité de ce dernier lieu en Amérique du Nord, à une multitude de services de santé mentale, notamment en matière d'hébergement, à tel point que, bien souvent, on ne sait même plus où logent certaines personnes. Pensons à l'exemple du foyer de groupe de Saint-Jacques-le-Mineur, où un propriétaire privé s'installe incognito en amenant avec lui sa clientèle captive - quoique théoriquement libre d'aller où elle veut. Déjà dans *La société psychiatrique avancée* (Castel, Castel et Lovell, 1979), on avait mis en relief ce phénomène, qui n'a fait que s'accroître depuis (Levy, 2002).

La transformation des modes de distribution de services de santé mentale et l'application des principes de normalisation qui font appel à une communauté accueillante, sont survenues dans un champ éminemment professionnalisé et hiérarchisé où il y a peu de tradition d'engagement du client et de la communauté dans la planification et la distribution des services. Jusqu'à présent, la domination de la pensée psychiatrique dans les nouvelles structures mises en place au sein de la communauté a peu favorisé le soutien des communautés locales, sauf à l'époque déjà lointaine de la psychiatrie communautaire - et encore là, ce fut de manière très limitée.

À cet égard, une réflexion d'un intellectuel italien, Paolo Tranchina, nous est également revenue en mémoire : « L'asile est la destruction de la propriété privée dans une société fondée sur la propriété privée » (Tranchina, 1976). Faute d'avoir entrepris une démarche où l'on aurait cherché à relever le défi culturel que représente la désinstitutionnalisation et son corollaire, la non-hospitalisation, notre société a abandonné nombre de populations marginalisées à leur sort au gré des rapports de force. Le contrôle du territoire en constitue l'un des principaux résultats.

Contrôle de l'action humaine et contrôle de l'espace

Dans ce bref essai, nous démontrerons l'importance qu'a prise un mécanisme de division des sols et de ségrégation des populations, soit le zonage, dans la reconfiguration des services d'hébergement et dans la reproduction de rapports sociaux fondés sur une distance vis-à-vis de la folie. Autrement dit, le contrôle de l'action humaine par le contrôle de l'espace :

« Le zonage est une stratégie spatiale visant à préserver la propriété foncière et à promouvoir l'harmonie sociale en ségréguant des utilisations incompatibles de territoires. » (Herbert, 2000, p. 106)

Le zonage, comme technique de contrôle du territoire, est devenu l'instrument privilégié d'exclusion des populations marginalisées, aux États-Unis comme au Canada. De plus, selon Marcel Gaudreau, le zonage s'est développé en parallèle avec l'élément suivant :

« Le divorce des fonctions urbaines [...] de sorte qu'il est devenu pour longtemps une norme de l'urbanisme moderne; et aujourd'hui, au moment où cet urbanisme trop fonctionnel tend à relâcher son emprise, la population des zones unifamiliales part à la défense de ce principe au nom de la protection de la qualité du milieu de vie et de la conservation de l'homogénéité sociale. » (Morin et autres, 1990, p. 259-260)

Dans ce contexte où l'achat d'une maison constitue l'investissement majeur dans la vie d'une famille de classe moyenne, l'idéal de la paix sociale et de la tranquillité domestique peut aisément devenir la notion passe-partout pour les opposants à l'implantation de ressources résidentielles à l'intention des personnes ayant des troubles mentaux. Mobilisé davantage contre les malades que contre la maladie (Dorvil, 1988), le public ressort les préjugés durables sur leur dangerosité et craint une dépréciation de sa propriété foncière (Scott et Scott, 1980).

Aux États-Unis et au Canada, c'est au moyen du zonage que les gouvernements locaux se sont occupés des résultats locaux de la désinstitutionnalisation et de la décentralisation des services. Les valeurs du mouvement de désinstitutionnalisation ont alors été comparées aux normes dominantes de la société telles que les normes familiales et le respect de la propriété privée.

Les règlements de zonage, conçus pour préciser l'usage des terrains d'une municipalité, et non comme instrument de politique sociale, se sont ainsi transformés en outils majeurs de discrimination envers les personnes aux prises avec un trouble d'ordre mental (Kressel, 1981; Appelbaum, 1983; Secord, 1986; Morin, 1989). Nous serions ainsi passés d'un isolement *de jure* réalisé par l'internement asilaire à un isolement *de facto* induit par les normes de zonage (Moos, 1984).

Historiquement, le zonage a été appliqué la première fois à San Francisco, vers 1895, afin d'exclure les buanderies chinoises de quartiers précis. En 1922, cette technique s'était largement répandue : une loi fédérale la reconnaît juridiquement, le Standard State Zoning Enabling Act. Contesté, le zonage a reçu son *imprimatur* de la Cour suprême des États-Unis, et ce, malgré le fait que la Cour, à cette époque, avait une tendance marquée à ne pas accepter l'ingérence gouvernementale dans les affaires économiques. Reconnaisant que l'effet du zonage consiste à classer la population et à la ségréguer selon son revenu ou sa place dans la vie communautaire, la Cour a admis que le zonage était un exercice valide des pouvoirs de police. Cette décision classait l'immeuble à logements comme un commerce et, implicitement, acceptait l'utilisation, comme valeur de base, de la maison unifamiliale.

Au Canada, en vertu de la Constitution de 1867, les provinces, sauf exception, ont des pouvoirs souverains sur la gestion des sols. Les municipalités canadiennes, créatures légales des provinces, peuvent effectuer toute planification des sols qui leur est déléguée par les lois provinciales. Au Québec, un jugement de la cour d'appel a, selon le juriste Lorne Giroux, clairement confirmé ceci :

« La finalité propre du zonage [...] comme étant celle du contrôle de l'usage. Cette finalité constitue également la limite de la compétence municipale dans le cadre de l'article 113 de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme actuel. Une municipalité ne peut donc dicter le mode juridique d'occupation de la propriété dans un secteur donné. » (Giroux, 1989, p. 105-106)

Ainsi, le droit à la propriété et son libre usage, une des assises fondamentales de notre société, se retrouve au centre du débat. Le meilleur indicateur d'une possible opposition d'un quartier à la venue d'une ressource d'hébergement est d'ailleurs le revenu (Dear, 1991). Lorne Giroux affirme, dans l'une des rares études québécoises sur le zonage :

« Les techniques servent à protéger ou à véhiculer les valeurs économiques ou sociales de ceux qui les utilisent [...] le pouvoir de zoner repose à la base sur l'idée du morcellement du territoire municipal et de l'application des normes d'utilisation et d'implantation différentes pour chaque aire ou zone créée par règlement [...] par conséquent, toute réglementation de zonage est discriminatoire [...] il suffit de lire la législation et la jurisprudence québécoise pour se rendre compte que les propriétaires ont le haut du pavé dans l'administration de cette technique. » (Giroux, 1979, p. 16, 169, 233)

L'historien québécois Jean-Pierre Collin a effectué une analyse comparative des modalités d'exercice du pouvoir législatif délégué à quatre municipalités de la banlieue montréalaise incorporées entre 1875 et 1883, et ce, durant la période de 1875 à 1920. Il s'agit de deux banlieues bourgeoises, Outremont et Westmount, et de deux faubourgs industriels, Maisonneuve et Saint-Henri. Outremont et Westmount, au début du siècle, se sont ainsi distinguées par la pratique du zonage; elles ont programmé ce qui suit :

« L'implantation de la construction pour *l'ensemble* de leur territoire en vue d'en arriver à une ségrégation géographique des fonctions urbaines - l'industrie, le commerce, l'habitation - et des populations. Le caractère ségrégationniste de ce type de réglementation peut être illustré par un cas d'espèce. En 1906, Outremont autorise la construction de duplex sur une portion de rue autrement réservée à l'unifamilial. Mais une telle dérogation se fait à des conditions garantissant que ces logements seront luxueux : les immeubles peuvent être jumelés, mais en aucun cas en rangée; leur coût doit être d'au moins 700 000 \$. Cette pratique permet de filtrer les candidats résidants; ne sont retenus que ceux dont le niveau élevé de revenu garantit qu'ils sont d'un statut social "acceptable". » (Collin, 1984, p. 24)

En se basant sur la notion de nuisance publique, ces banlieues bourgeoises ont multiplié les objets de prohibition. Toujours selon

Collin, « [...] cette insistance souligne que ce genre de municipalité a été fondée pour défendre un style de vie particulier, propre aux couches sociales supérieures qui fuient la cohue des quartiers centraux de l'agglomération. » (Collin, 1984, p. 26)

L'aspect spatial du phénomène de la stratification sociale en milieu urbain a fait l'objet d'une recherche de Duncan et Duncan publiée en 1955 et maintes fois citée par la suite (Peach, 1975; Lavigne et Douville, 1975). Cette étude a révélé une corrélation étroite entre les distances sociales et spatiales dans une métropole en plus de démontrer que « [...] la distribution résidentielle des groupes d'occupation est un meilleur indicateur du statut de ces groupes que ne le sont le revenu, l'éducation ou l'ethnie. » (Lavigne et Douville, p. 107)

Ce processus de filtrage social des banlieues américaines à des fins d'homogénéité et de sécurité, le sociologue français Jean Rémy l'a bien décrit :

« Les banlieues tendent à se constituer comme municipalités autonomes par l'incorporation, qui donne une autonomie juridique à des espaces relevant du district. Ceci leur permet de se mettre à l'abri de la machine politique et des problèmes sociaux des grandes villes. Il en résulte en outre une volonté d'auto-organisation dans un territoire à petite échelle dont on peut contrôler l'homogénéité, notamment par les règles du zoning et du lotissement. » (Rémy, 1990, p. 29)

La société nord-américaine dans son ensemble apparaît ainsi comme particulièrement sensible aux rapports entre la propriété et son environnement. « Arrivé » socialement, un propriétaire s'inscrit dans l'ordre naturel des choses, la résidence étant vécue comme source majeure de la considération et de la réputation sociales. La banlieue représente la liberté, la possibilité d'éviter les personnes non désirées. La maison unifamiliale, associée aux espoirs de tranquillité domestique, débouche sur l'homogénéité du groupe. Ces deux principes importants de la structure sociale et de l'ordre social – qualité de vie du quartier et homogénéité sociale – sont à la base du gouvernement local, qui s'appuie donc sur l'homogénéité du revenu comme principe organisateur de l'utilisation des sols.

Ce mécanisme social de régulation des sols, lié aux types de propriétés et s'appuyant sur un contrôle local de son utilisation sociale, constitue un processus fondamental : la définition de sa place dans les

choses qui sont à portée de main (Perrin, 1977). À tel point qu'une autre valeur fondamentale de notre société devient alors un enjeu essentiel : Qu'est-ce qu'une famille ?

Questions de normes

La définition de famille demeure au centre d'importantes batailles juridiques et sociales, car les communautés locales ont développé comme stratégie d'exclure divers types de ressources résidentielles en prétextant qu'elles ne satisfont pas à leur définition de la notion de famille. Puisque le droit codifie les règles de la vie en société, les diverses parties en présence se tournent vers les cours de justice afin de faire valoir leurs droits.

En 1985, toutefois, le mouvement de désinstitutionnalisation reçut une importante affirmation légale avec la cause « *The City of Cleburne, Texas v. Cleburne Living Center* ». La Cour suprême des États-Unis, se basant sur le quatorzième amendement, lequel stipule qu'aucun État ne peut « deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the law », invalidait cet autre amendement :

« [...] a municipal zoning ordinance that prohibited homes for mentally retarded persons while allowing other similar homes on the ground that the ordinance's differential treatment of mentally retarded persons was not rationally related to any legitimate municipal interest [...] Because the proposed would not be located in a single family zone, the case failed to pose the question whether the residences should be treated like other single family residences. » (Schonfeld, 1986, p.18-19)

Au Canada, avant l'adoption de la Charte canadienne des droits, la Cour suprême de l'Île-du-Prince-Édouard, dans la cause « *Charlottetown v. Charlottetown Association for Residential Services* », avait tranché en 1979 en faveur d'un foyer d'accueil pour six personnes ayant des déficiences intellectuelles qui s'était établi dans une zone pour une ou deux familles. En l'absence d'une définition de famille dans le règlement municipal, le juge conclut que le foyer n'était pas un commerce et pouvait être classé comme une famille :

« The word "family" has several meanings. Its primary meaning is the collective body of persons who live in one house under one head or management. Its secondary meaning is those who are of the same lineage or descend from one com-

mon progenitor. *Unless the context manifest a different intention, the word family is usually construed in its primary sense.* » (McQuaid, 1980, p. 100)

Le plus haut tribunal du pays, la Cour suprême du Canada, avait eu également l'occasion de statuer en 1979 sur le caractère discriminatoire d'un règlement de zonage relié à la définition de famille, en l'occurrence celui de la municipalité de North York en Ontario. En vertu de la loi provinciale du *Planning Act*, cette municipalité limitait l'usage de certaines zones résidentielles aux familles se conformant à la définition suivante : « groupe composé de deux personnes ou plus, vivant ensemble et liées par le sang, le mariage ou l'adoption légale, habitant un logement ».

En 1979, avec la cause « Bell v. La Reine », la Cour suprême, dans un jugement majoritaire, se prononçait contre la méthode de zonage par habitants autorisés - « *land zoning by people zoning* ». Selon le juge Spence :

« Vu les nombreuses injustices pouvant résulter de la définition de "famille", je pense qu'en retenant le critère de la "famille" pour définir les seuls occupants autorisés d'un logement indépendant, le règlement constitue précisément un cas, pour reprendre les mots de Lord Russell, "d'immixtion abusive ou gratuite dans les droits des personnes qui y sont assujetties, au point d'être injustifiable aux yeux d'un homme raisonnable". Donc, comme le dit Lord Russell, le législateur n'a jamais eu l'intention de donner le pouvoir d'établir ces règles et le zonage établi en fonction des liens qui unissent les occupants d'un logement plutôt qu'en fonction de l'usage du bâtiment est ultra vires de la municipalité aux termes des dispositions de *The Planning Act*. » (p. 230)

Selon Giroux, le développement de la jurisprudence depuis cet arrêt de la Cour suprême s'est poursuivi dans cette voie et a manifesté... :

« [...] la volonté judiciaire de tenter de fixer des frontières de ce pouvoir d'intervention sur la vie des citoyens. À partir du moment où le zonage quitte le domaine du contrôle sur les caractéristiques physiques et matérielles des activités pour tenter d'intervenir plus subjectivement sur les styles de vie et les modes d'organisation, la réglementation devient suspecte.

En l'absence de disposition législative habilitante expresse, le contrôle sur le caractère raisonnable ou déraisonnable du règlement permet alors aux tribunaux d'intervenir pour réprimer les abus et les excès de l'interventionnisme public. » (Giroux, 1989, p. 115)

Ainsi, dans la cause « Sillery (Ville de) c. Villa Ignatia Inc. », le juge Viens de la Cour supérieure s'est inscrit dans cette démarche interprétative et a déclaré :

« [...] que la limite de six personnes adultes non apparentées contenues à la définition de l'expression "famille" au règlement de zonage 950.1 de la Ville de Sillery est ultra vires des pouvoirs de la ville [parce qu'elle] ne dispose aucunement du pouvoir de limiter le nombre de personnes pouvant habiter un logement, qu'il s'agisse de personnes apparentées par le sang ou le mariage ou non... »

Par le zonage, elle peut limiter le nombre d'habitations et de logements, en réglementant leur masse, leur volume, les marges, etc. Elle peut même limiter les usages des logements, des habitations, mais non la qualité ni la quantité des gens qui les occupent.

Ainsi, au Québec, la contestation juridique de ressources d'hébergement comme les familles d'accueil représente un autre exemple de l'utilisation de la norme familiale en matière de zonage. Le législateur québécois avait défini la notion de famille d'accueil comme suit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre 1991, S-5) : « Famille d'accueil : une famille qui prend charge d'un ou plusieurs adultes ou enfants, d'un nombre maximum de neuf, qui lui sont confiés par l'entremise d'un centre de services sociaux » (art. 10).

En 1988, même s'il reconnaît que la structure familiale québécoise a subi des transformations profondes, le juge Boisvert statue pourtant, dans « Ville de Lauzon c. Vachon », en fonction du sens restreint du mot *famille*, tel qu'on le retrouve dans le dictionnaire. La loi ne contient pas de définition du mot *famille*; il y a donc lieu de se référer aux définitions usuelles des dictionnaires puisque selon les règles d'interprétation des lois, lorsque le législateur n'inclut pas dans une loi une définition particulière ou artificielle d'un mot ou d'une expression, c'est aux dictionnaires qu'il faut avoir recours pour s'enquérir d'une telle définition. Or, la lecture des définitions du terme *famille* dans différents dictionnaires montre que, pour que deux ou plusieurs personnes constituent une

famille, il est nécessaire qu'il y ait entre ces personnes des liens créés par le mariage, le sang ou l'adoption.

La Loi sur les services de santé et de services sociaux, adoptée en 1991, corrigera finalement cette ambiguïté en spécifiant qu'une famille d'accueil peut être constituée d'une ou de deux personnes, sans spécificité de sexe.

Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel (art. 232).

Pas dans ma cour!

Au total, au Québec, nous avons recensé onze causes (neuf publiées et deux non publiées) de contestation juridique municipale depuis 1977, année d'adoption de l'article 158 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, visant à soustraire certaines structures d'accueil aux mécanismes de zonage. Cette jurisprudence a été recueillie au moyen de banques informatisées de documentation juridique et grâce à des contacts personnels.

Malgré le faible échantillon, l'éventail des secteurs d'activités mis en cause démontre l'ampleur des populations touchées par la contestation juridique des municipalités : déficients intellectuels (trois causes), personnes âgées, jeunes, femmes, sans-abri, alcooliques, personnes souffrant de troubles mentaux et ex-détenus. Une seule des ressources contestées était incorporée comme société à but lucratif, soit celle pour les personnes itinérantes. Quatre (alcooliques, femmes, personnes souffrant de troubles mentaux, ex-détenus) sont incorporées comme institutions à but non lucratif. Les six autres sont associées au secteur public : trois familles d'accueil, deux foyers de groupe issus du secteur de la déficience intellectuelle et une structure intermédiaire. À l'exception de la cause « Ville de Montréal c. Centre d'accueil Charleroi », qui a trait à la question d'un permis municipal, toutes les autres causes renvoient au zonage; les municipalités allèguent que les ressources d'hébergement ne se conforment pas à l'usage prescrit, soit unifamilial ou multifamilial. La diversité géographique des requêtes municipales démontre également que cette préoccupation n'est pas limitée à des lieux précis.

Par exemple, la cause « Corporation municipale de la paroisse de Saint-Anne, de la Pointe-au-Père c. Dubé et Villa de l'Essor Inc. », en

1989, est également intéressante à plus d'un titre. La municipalité conteste le droit du centre d'accueil, Villa de l'Essor Inc., d'avoir ouvert un foyer de groupe en un lieu zoné unifamilial, et ce, en vertu de l'article 227 de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme.

La Cour supérieure peut, sur requête de la municipalité régionale de comté, de la municipalité ou de tout intéressé, ordonner la cessation d'une utilisation du sol ou d'une construction incompatible avec un règlement de zonage, un règlement de lotissement ou un règlement de construction.

S'appuyant sur l'article 10 de la Charte québécoise des droits et libertés, le juge Tremblay de la Cour supérieure a statué en faveur de ces personnes handicapées :

« C'est en invoquant les divers moyens que se donnent les bénéficiaires pour pallier leur handicap, que la municipalité tente de démontrer que leur style de vie n'est pas conforme à celui d'un ménage simple; que leur rythme de vie n'est pas similaire à celui de tout autre citoyen. Ces personnes aspirent éventuellement à une plus grande autonomie. Elles se donnent comme moyen la réinsertion en milieu résidentiel, en petit groupe, leur permettant ainsi d'adopter un rythme de vie semblable à toute autre personne. Bien sûr, leur état nécessite un support particulier qui leur est fourni par la Villa de l'Essor. Cependant, leur retirer tout droit de recourir à ce support au motif que cela contrevient à la définition que se fait la municipalité de ce qu'est un ménage simple, c'est faire là une distinction et une exclusion basées sur le handicap ou les moyens pris pour pallier ce handicap. Ce serait compromettre le droit de ces cinq bénéficiaires à une certaine forme d'autonomie et de liberté, ce qui serait contraire à l'article 10 de la Charte. » (1989, p. 16)

Le caractère discriminatoire inhérent à la procédure de zonage apparaissait ainsi, en son sens péjoratif, en opposition à la Charte québécoise :

« C'est la discrimination prise dans son sens péjoratif telle qu'on la retrouve énoncée dans le premier élément du test de raisonnable d'un règlement. C'est celui qui accepte des personnes et s'applique de façon inégale à différentes classes. » (p. 12)

Dans une autre cause, « Ville de Saint-Hubert c. Les Appartements Montérégie Inc. », la ressource en santé mentale a été trouvée responsable d'être en contravention du règlement de zonage qui interdit la location de plus de deux chambres dans une maison unifamiliale. Devant le juge de la Cour municipale, les parties ont, entre autres arguments, débattu la question de savoir si cette ressource était couverte par l'article 158. Comme aucune définition législative ou réglementaire de la notion de foyer de groupe n'est disponible, le juge a préféré escamoter ce débat et recevoir la requête de la municipalité sur un détail de procédure. La ressource a alors été reconnue coupable : « [...] la défenderesse ne peut pas d'une façon unilatérale se permettre de se soustraire à l'application des règlements de zonage de la ville. » (Juge Hébert, 1993-1-6)

Au Québec, au nom de la solidarité nationale et du devoir des communautés locales envers les personnes en difficulté, le gouvernement, en 1977, par la voie de l'article 158 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, avait interdit aux municipalités d'approuver des règlements proscrivant certaines structures d'accueil, celles issues du secteur public. C'est à ce moment-là que la question de la dissémination des ressources d'hébergement s'est posée dans toute son actualité pour une première fois.

Les communautés locales ne pouvaient refuser un certain type de ressources d'hébergement, mais la problématique de la dissémination des ressources dans le cadre d'un vaste projet de psychiatrie communautaire était complètement éludée. Il n'y avait donc aucun rôle pour le palier politique des communautés locales, soit les municipalités. Lors de l'étude en commission parlementaire du projet de loi n° 9 (Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées), le ministre des Affaires régionales de l'époque, Denis Lazure, pensait ainsi pouvoir affirmer : « [...] ce problème est réglé. » (Commission permanente des Affaires sociales, Étude du projet de loi n° 9, 77-12-06, p. B-8733) Or, il n'en fut rien.

Durant ses quinze années d'existence, l'esprit de l'article 158 s'est heurté fréquemment aux attitudes et perceptions des communautés locales. D'autres exemples de conflits non judiciaires le démontrent. À Sainte-Foy, en banlieue de Québec, des citoyens se sont opposés en 1984, et ont fait échec, à l'ouverture d'un centre d'hébergement de dépannage pour jeunes filles. En 1988, un vif débat a secoué la municipalité de Sherbrooke à la suite de l'implantation, dans un quartier résidentiel, d'un foyer de groupe pour toxicomanes et de la planification d'un ensemble

de services connexes. Un groupe de résidants du quartier a alors mené une lutte vigoureuse. Un groupe de psychiatres du secteur a même été particulièrement actif : *La Tribune* a ainsi publié, sous la signature de l'un d'entre eux, une série de quatre textes. Certains passages sont particulièrement significatifs :

« Désinstitutionnaliser, c'est vider le plus possible les institutions. Vider les institutions, c'est chercher gîte ailleurs. Si l'on n'y prend garde, on se retrouvera, ça et là, dans le nord, dans l'est, dans l'ouest, à Fleurimont, à Rock Forest, partout au Québec, avec du jour au lendemain, sans qu'on ait le temps de protester, des centres, des pavillons, des foyers de groupe de tous genres. Votre voisin met-il sa maison à vendre ? Attendez-vous à n'importe quoi. » (1988-05-10)

« En achetant là leur maison, ils ont acheté plus qu'une bâtisse, mais aussi un voisinage dont on essaie aujourd'hui de s'emparer. COMME DANS TOUT QUARTIER RÉSIDENTIEL, DE TOUTE VILLE OU DE TOUTE BANLIEUE (majuscules dans le texte), ils ont accepté de payer plus cher à l'achat et de verser de plus hautes taxes pour pouvoir jouir de la quiétude de l'endroit, s'y sentant protégés par la vocation unifamiliale du secteur [...] On peut aussi voir là une sorte de coin enfoncé dans le voisinage, un précédent qu'on ne manquera pas un jour d'invoquer pour ouvrir autre chose, n'importe quoi. » (1988-05-07)

La même année, le maire de Québec de l'époque et président de l'Union des municipalités, Jean Pelletier, abordant la question des nouvelles attentes des citoyens devant les municipalités, déclarait ce qui suit :

« Les municipalités subissent le contrecoup de certaines politiques des gouvernements supérieurs, comme la désinstitutionnalisation des usagers des centres psychiatriques. Cette pensée est noble et généreuse, mais la formule aboutira à un gâchis si ces gens sont abandonnés à eux-mêmes dans le tissu urbain, sans préparation pour assurer leurs responsabilités personnelles. Le milieu n'est pas préparé non plus à les accueillir et il ne sait pas comment se comporter à leur endroit. Ces bénéficiaires n'ont rien à faire; ils errent dans la rue et c'est ainsi que de temps en temps, naissent les feux. » (*Le Soleil*, 1988-03-29)

Le Conseil canadien de développement social (CCDS) a bien cerné l'ambivalence au cœur de la mission sociale des municipalités :

« There is an inherent conflict in local governments' roles as community planners and social planners. It is obviously in their best interest to attract fully-employed residents who can pay high taxes and to discourage low-income families who will need community support from residing in their community. Local governments are frequently criticized for their lack of commitment to social housing. Their failure to provide more housing is to some degree attributable to the "not in my backyard" syndrome. While voters recognize the housing needs of the mentally retarded, ex-psychiatric patients, the disabled, elderly and low-income families, they may not want to encourage them to live in their neighbourhoods. » (1987, p. 40)

La spécificité québécoise

C'est en 1991, avec la nouvelle mouture de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, que fut introduite, pour la première fois, la problématique de la dissémination des ressources résidentielles, par la formulation de l'article 358.

La Régie régionale s'assure que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial se développent en harmonie avec la capacité d'accueil de la population concernée.

L'article 308 reprend ainsi les termes de l'article 158, qui interdit toute discrimination aux municipalités à l'égard de certaines ressources résidentielles :

« Un permis ou un certificat municipal ne peut être refusé et une poursuite en vertu d'un règlement ne peut être intentée pour le seul motif qu'une construction ou un local d'habitation est destiné à être occupé en tout ou en partie par une ressource intermédiaire. Le présent article prévaut sur toute loi générale ou spéciale et sur tout règlement municipal adopté en vertu d'une telle loi. » (1991, chapitre 42)

Selon l'article 302 :

« Est une ressource intermédiaire, toute ressource développée, contrôlée et financée par un établissement public qui, en vue de maintenir et d'intégrer des personnes à la communauté, leur dispense des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de leurs besoins. » (1991, chapitre 42)

L'article 314 mentionne également que les familles d'accueil sont aussi couvertes par l'article 308, mais nulle mention n'est faite au sujet des ressources communautaires et alternatives qui demeurent assujetties aux règlements de zonage.

À notre connaissance, seul le Québec établit cette distinction sur la répartition géographique des ressources en fonction du type de ressources et non en fonction des clientèles rejointes. Depuis l'entrée en vigueur de ces articles de loi, seuls deux jugements en la matière ont été répertoriés par les banques informatisées juridiques. Dans les deux cas, les deux villes, Hampstead et Côte-Saint-Luc, ont été déboutées par la Cour supérieure. Par exemple, dans le jugement rejetant l'action de la Ville de Hampstead, la juge Nicole Morneau a écrit :

« Le Tribunal doit donc constater que la Ville relie au handicap des personnes, ici, au plus, six jeunes de moins de 18 ans présentant une déficience intellectuelle [...] des obligations réglementaires qu'elle n'impose pas à ses autres citoyens et ce, même lorsqu'ils présentent aussi des caractéristiques semblables comme ce serait le cas pour une famille ayant plus de trois enfants en bas âge, par exemple. » (1995, p. 17)

Nous avons démontré qu'une politique sociale de l'ampleur de celle de la désinstitutionnalisation, en grande partie entreprise sans impliquer la communauté, sans planification et sans leadership d'intervention communautaire, a conduit à l'utilisation de logiques de pouvoir qui s'expriment par des moyens comme le zonage. Des normes sociétales fondamentales touchant la famille, la propriété, le voisinage se concrétisent alors en des notions de qualité de vie, d'homogénéité sociale, utilisées comme motifs d'exclusion de populations marginalisées.

Face aux difficultés, la stratégie du gouvernement québécois apparaît donc plutôt singulière : d'un côté, on veut continuer à développer le droit à la ressource la moins restrictive en protégeant les ressources d'hébergement de poursuites juridiques, mais en excluant les ressources

communautaires; de l'autre, on veut mettre sur pied des mécanismes de partenariat et de coordination au niveau régional, mais sans affirmer clairement le principe du « *fair share* », c'est-à-dire que chaque communauté doit faire sa part dans la lutte à l'exclusion. Il risque donc d'y avoir des situations très différentes d'une région à une autre. Le gouvernement a finalement estimé la question de la concentration des ressources comme prioritaire puisqu'en vertu de l'article 358, les régies devront vérifier si la capacité d'accueil de certains quartiers n'a pas été trop mise à contribution. Cependant, la question de l'application demeure encore relativement floue.

Nous remarquons ici une différence fondamentale d'approche avec la tendance majoritaire aux États-Unis, où il existe un interventionisme juridique qui vise à établir de façon réglementée et précise l'équilibre entre le droit à l'alternative la moins restrictive et le droit des communautés locales à une qualité de vie (le *fair share*). Donc, malgré la force juridique sur le plan sociopolitique local (le *home rule*), plusieurs États aux États-Unis ont commencé à tenir compte de la dimension sociospatiale. Le facteur racial a probablement joué un rôle déterminant. Les mécanismes de ségrégation et de discrimination comme le zonage sont liés structurellement aux rapports de pouvoir qui prévalent dans une société. Il était inévitable que tôt ou tard, les progrès du mouvement des droits civiques se traduisent, sur le plan local, en des modifications au pouvoir des communautés locales d'exclure et de zoner.

Une politique nationale comme celle de la désinstitutionnalisation ne peut être imposée de façon centralisée par l'État. Cependant, celui-ci a toujours la responsabilité de s'assurer qu'aucune discrimination ne soit faite envers les personnes psychiatisées (OMS, 2001) quant à leur logement. Faute d'avoir considéré le rôle du local dans ce processus, nous avons assisté, avec le syndrome du « pas dans ma cour », à un retour en force du local. Par exemple, dans la nouvelle ville fusionnée de Montréal, les arrondissements sont responsables des changements de zonage et de l'émission des permis de construction. Malgré la crise du logement qui y sévit, les problèmes de zonage seraient responsables du retard dans 25 p. 100 des projets de logements sociaux (Boileau, 2002).

La complexité de l'intégration sociale de populations stigmatisées et marginalisées indique que l'implication des acteurs locaux est essentielle à la réussite de la démarche dans le cadre précis d'une psychiatrie citoyenne (Røelandt et Desmond, 2002), où l'appropriation du pouvoir des personnes psychiatisées se conjugue avec la prise en

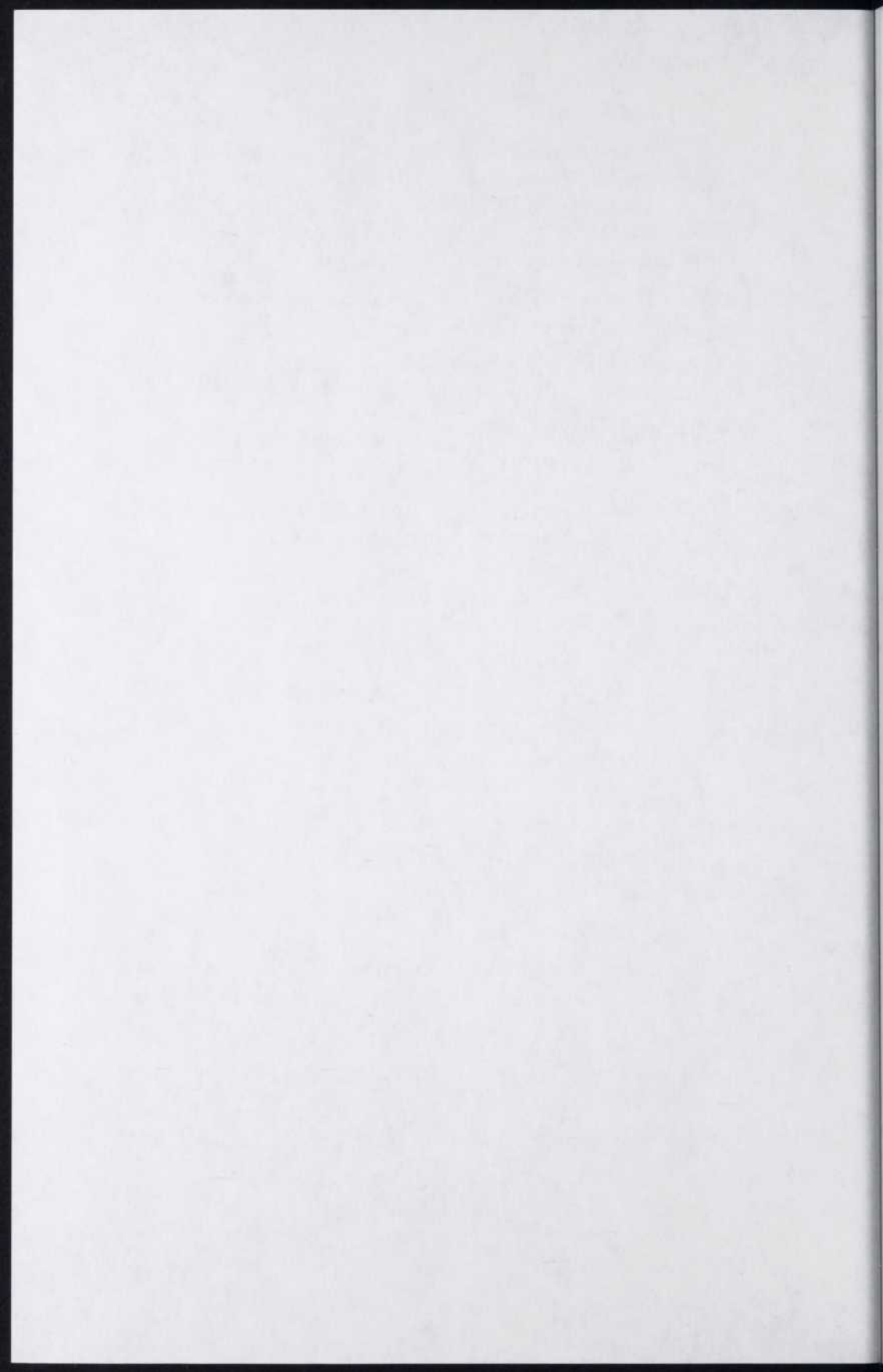
charge de sa santé mentale par une communauté.

Références bibliographiques

- Appelbaum, P. S. (1983). « The zoning out of the Mentally Disabled », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, n° 5, p. 399-400.
- Bell v. Sa Majesté la Reine (1980). *Municipal and Planning Law Reports*, vol. 9, p. 103-117.
- Boileau, J. (2002). « Tremblay se refuse à brusquer les arrondissements », *Le Devoir*, 10 octobre.
- Castel, R., F. Castel et A. Lovell (1979). *La société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset.
- Collin, J. (1984). « La cité sur mesure : Spécialisation sociale de l'espace et autonomie municipale dans la banlieue montréalaise, 1875-1920 », *Revue d'histoire urbaine*, vol. XIII, n° 1, p. 19-34.
- Conseil canadien de développement social (1987). *The Role of Local Government and the Provision of Health and Social Services in Canada*, Ottawa.
- Corporation municipale de la paroisse de Sainte-Anne de la Pointe-au-Père c. Jacques Dubé et Villa de l'Essor Inc. (1989), Cour supérieure n° 100-05-000035-896, juge François Tremblay, 7 - 7, jugement non publié.
- Dear, M. *Gaining Community Acceptance* (1991), Princeton, The Robert Wood Johnson Foundation.
- Dorvil, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté*, Montréal, Les Éditions Émile-Nelligan.
- Dumais, A. (2001). *Évaluation des caractéristiques du milieu, des activités et de la qualité des services rendus par le foyer Michaud*, rapport préparé à l'intention de la RRSSSM, 32 p.
- Duncan, O. D., et B. Duncan. « Residential Occupation and Occupational Stratification », dans Peach, C. (1975), *Urban Social Segregation*, New York, Longman, p. 51-65.
- Giroux, L. (1989). « Le contrôle judiciaire sur l'exercice des pouvoirs municipaux d'urbanisme : développements récents », dans *Développements récents en droit municipal*, Blais, Y. (dir.), Cowansville, p. 95-129.

- Herbert, S. (2000). « Zoning cyberspace », *Studies in Law, Politics and Society*, vol. 20, p. 101-123.
- Kressel, L. (1981). « Exclusionary Zoning : the Unseen Threat », *New Directions for Mental Health : Issues in Community Care*, n° 11, p. 77-89.
- Lavigne, M., et M. Douville (1975). *Étude comparative de 4 zones résidentielles du bas de la ville de Montréal*, t. 2 : *Vie de voisinage et vie de quartier*, Montréal, PUQ.
- Levy, G. L. (2002). « Voiceless, defenceless, and a source of cash », *New York Times*, 29, 30 et 31 avril.
- Moos, A. I. (1984). *Structuration theory and the ghettoization of ex-psychiatric patients*, thèse de maîtrise, Département de géographie, McMaster University.
- Morin, P. (1989). « Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, n° 1, p. 119-124.
- Morin, R. (1990). *Gestion locale et problématiques urbaines au tournant des années 80*, Montréal, Département des études urbaines et touristiques, UQAM.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *La santé mentale à travers le monde*, Genève.
- Peach, C. (dir.) (1975). *Urban Social Segregation*, New York, Longman.
- Perrin, C. (1977). *Everything in its Place, Social Order and Land Use in America*, Princeton University Press.
- Rémy, J. (1990). « Les courants fondateurs de la sociologie urbaine américaine : des origines à 1970 », *Espaces et sociétés*, n° 56, p. 7-37.
- Rœlandt, J.-L., et P. Desmonds (2002). *Manuel de psychiatrie citoyenne*, Paris, sous presse.
- Schonfeld, R. L. (1985). « Not in my Neighbourhood : Legal Challenges to the Establishment of Community Residences for the Mentally Disabled in New York State », *Fordham Urban Law Journal*, vol. XIII, n° 2, p. 281-331.
- Scott, N., et R. Scott (1980). « The Impact of Housing Markets on Desinstitutionalization », *Administration in Mental Health*, vol. 7, n° 3, p. 211-222.

- Secord, R.S. (1986). *Community Attitudes toward Group Homes and the Role that Municipal and Provincial Government Play in Influencing the Location and Ultimately the Provision of Community Care Facilities : the City of Bradford as a Case Study*, thèse, Waterloo, Sir Wilfrid Laurier University, Département de géographie.
- Tranchina, P., A. D'Arco et P. Serra (1976). « Il manicomio come casa », *Fogli di Informazione*, p. 103-115.
- Ville de Hampstead c. Corp. du chalet d'enfants Primavesi* (1995). Cour supérieure, juge Nicole Morneau, Montréal 500-05-008025-940.
- Ville de Sillery c. Villa Ignatia Inc.* (1991). Cour supérieure, *Jurisprudence Express*, n° 200-054-002593-908.
- Ville de St-Hubert v. Réal Riberdy* (1977). Cour supérieure, Juge Perry Meyer, *Recueils de Jurisprudence du Québec*, 409-413.



ÉTUDE REPÈRE SUR LA STABILITÉ
RÉSIDENTIELLE DES PERSONNES AUX
PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX
À TORONTO : UNE APPROCHE
PARTICIPATIVE EN VUE D'IDENTIFIER LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE
D'HÉBERGEMENT³

*John Sylvestre, John Trainor,
Melanie Ollenberg, Melonie Hopkins,
Nadia Ramsundar et Peter Ilves*

Introduction

Le présent texte décrit une approche innovatrice en vue d'améliorer la qualité de l'hébergement des personnes présentant des troubles mentaux graves. Le but de ce projet est de créer une analyse structurée permettant aux intervenants du réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale, à Toronto, de discuter et d'arriver à un consensus sur les pratiques novatrices et efficaces d'hébergement et de soutien qui existent actuellement dans la ville.

L'étude est fondée sur deux axes d'observations : d'abord, la littérature scientifique sur l'hébergement dans le domaine de la santé mentale, et ensuite, le réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale à Toronto (*voir le texte de John Trainor*). Le premier axe concerne donc la documentation de recherche sur l'hébergement dans le domaine de la santé mentale. On connaît les domaines de pratique qui doivent être étudiés afin de s'assurer que les gens souffrant de maladies mentales graves obtiennent des résultats plus favorables sur le plan de l'hébergement et de la santé mentale (pour des études récentes, consulter : Parkinson, Nelson et Horgan, 1999; Groupe de soutien et de recherche communautaire, 2001; Newman, 2001). Malgré les limites méthodologiques de la presque totalité de notre recherche, un consensus émerge à l'effet que les programmes d'hébergement de haute qualité qui sont maintenus et

3. Cette étude a été soutenue par une subvention de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et par une subvention courante de l'Initiative de partenariats en action communautaire.

qui soutiennent les choix et les préférences individuels, qui sont gérés de manière responsabilisante (c'est-à-dire en favorisant l'*empowerment*) et qui sont combinés à un soutien axé sur le client en vue d'une réadaptation, constituent les meilleures options d'hébergement pour les personnes aux prises avec des maladies mentales graves. La littérature scientifique offre néanmoins quelques recommandations utiles, par exemple au sujet de la manière dont les services et les programmes pourraient être mieux organisés ou pourraient mieux desservir la clientèle pour s'assurer que les personnes puissent être traitées de façon appropriée. Bref, la littérature scientifique peut nous indiquer ce que les programmes d'hébergement et les services doivent faire pour aider les gens souffrant de maladies mentales graves à continuer d'être hébergés, mais non pas comment le faire concrètement et de manière efficace.

Le projet actuel vise à combler cette différence entre la base de preuves résultant de la recherche sur les meilleures pratiques émergentes (voir le texte de John Trainor) et l'expérience des fournisseurs de services d'hébergement et de soutien auprès d'une clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale. La recherche repose sur un travail antérieur effectué par l'Équipe de recherche en planification et en évaluation communautaire du Groupe de soutien et de recherche communautaire, qui est affilié au Center for Addiction and Mental Health de Toronto. Le Groupe compte 22 ans d'expérience dans le système de la santé mentale de la ville de Toronto. Il faisait auparavant partie du Centre de la santé mentale de la rue Queen à Toronto (un hôpital psychiatrique provincial) et il est maintenant lié au Center for Addiction and Mental Health⁴. Le Groupe fournit des services directs dans les domaines de l'hébergement (y compris les références d'hébergement, les programmes d'hébergement et de développement de partenariat), le développement communautaire, le maintien du revenu et l'emploi. Par l'entremise de l'Équipe de recherche en planification et en évaluation communautaire, le Groupe crée un lien direct entre les membres de son équipe de services directs et une équipe de recherche. Cette équipe multidisciplinaire (comprenant des chercheurs ayant une expérience pratique ou théorique en psychologie appliquée et en psychologie communautaire ainsi que des travailleurs sociaux) est vouée à la planification, à l'évaluation et à la recherche appliquée sur des programmes innovateurs visant les personnes hospitalisées et les programmes communautaires de soutien pour les gens aux

4. Le Center for Addiction and Mental Health a été créé en 1998 à la suite de la fusion de quatre organisations : le Centre de santé mentale de la rue Queen, l'Institut psychiatrique Clarke, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et l'Institut Donwood.

prises avec des maladies mentales graves ou une toxicomanie.

Le contexte de l'hébergement dans le domaine de la santé mentale à Toronto

Comme toutes les grandes villes du Canada, Toronto fait face à un grave problème d'itinérance. Il n'est pas surprenant que les personnes souffrant de maladies mentales graves soient fortement présentes parmi les sans-abri de Toronto. Dans une étude récente portant sur 300 personnes qui utilisent les refuges de la ville, Tolomiczenko et Goering (1998) ont déterminé une prévalence de 5,7 p. 100 pour les troubles psychotiques et de 51,7 p. 100 pour les troubles affectifs. Près d'un tiers de l'échantillon (31 p. 100) satisfaisait aux critères de diagnostics menant à la présence d'une maladie mentale accompagnée d'un trouble de toxicomanie alors que 19 p. 100 satisfaisait aux critères d'une maladie mentale. Les raisons d'une relation entre la maladie mentale et l'itinérance sont variées. Toutefois, un élément explicatif peut consister dans les limitations de certaines ressources d'hébergement et de soutien visant à aider ces individus à composer avec leur maladie et à acquérir les compétences pour mieux s'intégrer à la vie communautaire (Dorvil, Morin et Robert, 2001; Trainor et autres, 1993).

Le réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale à Toronto fait présentement face à de nombreux défis. Le plus notable d'entre eux est l'absence de ressources d'hébergement et de logement suffisantes pour répondre aux besoins. De plus, environ la moitié des ressources existantes consistent en de l'hébergement sous surveillance (*custodial housing*), caractérisé par une occupation à densité élevée, une qualité physique déficiente et l'absence de services de réadaptation. À la suite du lancement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de deux phases du projet pour les itinérants souffrant de maladie mentale, on a réalisé quelques nouveaux développements domiciliaires dans la ville. Bien que les deux phases de ce projet aient permis d'ajouter environ 1 060 unités d'hébergement de soutien dans la ville (à des ressources existantes d'environ 1 140 unités d'hébergement de soutien - *supportive housing*), beaucoup plus de logements sont requis.

Un défi supplémentaire résulte du grand nombre de fournisseurs de services indépendants. Selon le point de vue des consommateurs, des bailleurs de fonds et d'autres intervenants, le réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale peut sembler fracturé, confus, non coordonné et impossible à gérer. Du point de vue du consommateur, il peut être difficile de déterminer la gamme d'options disponibles et la manière

d'y accéder. Du point de vue de la planification des systèmes, le réseau peut sembler encombrant et incapable de répondre à des besoins non satisfaits et émergents.

Néanmoins, la diversité des options d'hébergement à Toronto est aussi une de ses forces. Tout d'abord, la variété des fournisseurs d'hébergement représente un énorme stock de capital social comprenant l'expertise, l'expérience, les réseaux et les partenariats. D'importance équivalente, la gamme de fournisseurs présents dans le même réseau d'hébergement fournit de plus grandes occasions pour tester une diversité de modèles, de pratiques et d'approches. Cette diversité peut permettre l'expérimentation, l'innovation ainsi que la comparaison parmi les pratiques et les approches afin de repérer celles qui produisent les meilleurs résultats pour les consommateurs.

Antécédents du projet actuel

Au cours des deux dernières décennies, les recherches ont démontré l'efficacité de certaines options d'hébergement et de soutien pour permettre aux individus souffrant de maladies mentales graves de conserver leur logement et d'atteindre leurs objectifs de vie. Un article de Parkinson, Nelson et Horgan (1999) illustre que les approches favorisant le logement privé de qualité supérieure peuvent offrir aux personnes souffrant de troubles mentaux graves l'intimité, la sécurité, les contacts sociaux ainsi que des occasions de réadaptation et de responsabilisation personnelle (*personal empowerment*). Ces éléments représentent la meilleure chance d'obtenir des résultats concluants concernant leur santé mentale.

Plusieurs fournisseurs d'hébergement ainsi que leurs partenaires n'ont pas été en mesure de capitaliser entièrement sur cette évidence fondamentale et émergente. On peut certainement associer un plus grand nombre de facteurs dans le système à des obstacles à l'amélioration des services. Les organismes n'ont peut-être pas les fonds requis pour disposer de suffisamment de ressources d'hébergement, offrir un choix aux consommateurs ou maintenir la qualité physique des logements. Cependant, on trouve un autre obstacle dans la difficulté à traduire les concepts et les résultats des recherches sur l'hébergement en améliorations spécifiques dans l'hébergement et dans les programmes de soutien. Les résultats des recherches démontrent clairement que les facteurs tels que l'*empowerment* ou le maintien d'une qualité physique supérieure des logements sont essentiels au bon déroulement du processus de rétablissement. Toutefois, aucune étude n'est parvenue à expliquer pourquoi ce

sont les fournisseurs d'hébergement qui sont les plus aptes à organiser les services de façon à encourager l'*empowerment* ou qui peuvent maintenir de façon optimale la qualité physique des logements.

En novembre 2001, le Groupe de soutien et de recherche communautaire du Center for Addiction and Mental Health a soumis un rapport à la Société canadienne d'hypothèques et de logement (Community Support and Research Unit, 2001). Ce rapport a apporté deux contributions à l'amélioration des services d'hébergement et de soutien, en comblant la différence entre la recherche et la pratique et en améliorant l'accessibilité à l'information sur les pratiques optimales. La première contribution est une élaboration du concept de la stabilité résidentielle pour les personnes souffrant de maladie mentale grave et à risque d'itinérance. La seconde est une procédure d'évaluation des repères de la stabilité résidentielle (*housing stability benchmark evaluation procedure*).

L'élaboration du concept de stabilité résidentielle représente une contribution notable dans ce domaine de recherche puisque cette notion avait toujours été définie de façon inadéquate. On a élaboré ce concept en révisant les définitions dans la documentation de recherche et par l'entremise du travail effectué par un comité directeur formé de représentants provenant de trois organismes d'hébergement, de consommateurs de services d'hébergement, d'un représentant d'un groupe de revendication et de défense des droits des résidents, et de membres de familles. Selon la perspective dérivée de ce processus, pour atteindre la stabilité résidentielle, il faut un accès constant à une source d'hébergement qui favorise la santé et une qualité de vie optimale par l'entremise de programmes d'hébergement flexibles, et des systèmes d'hébergement qui répondent aux changements (Community Support and Research Unit, 2001). Cette vision dynamique s'oppose à une vision plus commune et statique de la stabilité résidentielle, celle déterminée par des séjours plus longs en hébergement et dans un contexte de perturbations minimales⁵.

De façon plus spécifique, ce travail conceptuel ainsi que la revue subséquente des résultats de recherche ont conduit à définir la stabilité résidentielle comme une interaction dynamique entre les facteurs provenant de trois domaines clés, chacun être devant être effectivement étudié afin d'encourager la stabilité résidentielle pour les personnes souffrant

5. Pour l'analyse complète de la distinction entre la conception dynamique et la conception statique de la stabilité résidentielle, voir Sylvestre, Trainor, Hopkins, Anucha, Ilves et Ram-sundar, 2001.

de maladies mentales graves. Ces domaines sont :

1. *les facteurs personnels*, particulièrement ceux qui sont en relation avec les procédures de sélection et d'évaluation qui favorisent un appariement idéal entre l'individu et les options d'hébergement et de soutien disponibles;
2. *les facteurs d'hébergement* : fournir de l'hébergement de qualité supérieure (par exemple, la sécurité, la propreté, une atmosphère sociale positive, l'intimité), qui offre la sécurité de tenure (par exemple : contrat légal de location), qui favorise l'intégration communautaire, qui a la capacité d'être flexible, qui permet la réadaptation, qui est bien géré et qui est redevable devant l'individu;
3. *les facteurs de soutien* : le soutien qui fournit aux individus l'information adéquate sur le marché de logement et sur leurs droits en tant que locataires, qui s'adapte aux besoins changeants et aux goûts des individus, et qui soutient ceux-ci dans l'atteinte de leurs buts personnels.

De plus, le travail conceptuel a mené à la conclusion que l'interaction dynamique entre les facteurs compris dans ces trois domaines clés est influencée par des facteurs systémiques plus larges, particulièrement le système des organismes (y compris les politiques et les structures administratives des organismes), le système inter-organismes (comprenant les réseaux et les partenariats inter-organismes), le système de santé mentale (qui comprend, en Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le principal investisseur de l'hébergement voué au domaine de la santé mentale), le marché du logement (qui influence le volume et le type d'hébergement disponible), et les facteurs sociaux, politiques et économiques au sens plus large.

Cette perspective de stabilité résidentielle reconnaît également que le changement de logement est un événement normal de la vie. Bien qu'il soit souvent perçu comme un élément de stress ou un indice d'instabilité résidentielle, le fait de changer de logement peut aussi offrir des occasions de trouver un hébergement qui convient mieux et, conséquemment, qui réduira le stress et favorisera une plus grande stabilité. Malheureusement, le manque de soutien et de liens entre les maisons d'hébergement, lesquels pourraient faciliter de tels changements au moment où ils sont désirés et nécessaires, représente une barrière importante pour les gens souffrant de maladies mentales graves.

La seconde contribution du rapport était le développement d'une procédure d'évaluation repère (Community support and Research Unit, 2001). L'établissement de repères en soins de santé signifie :

« La discipline continue et participative de mesurer et de comparer les résultats des procédés de travail clés avec ceux des meilleures performances. Il s'agit d'apprendre comment adapter ces meilleures pratiques pour effectuer des améliorations marquées dans les procédés et de bâtir des communautés en meilleure santé. » (Gift et Mosel, 1994, p. 5)

L'établissement de repères signifie essentiellement la comparaison entre les pratiques actuelles d'un organisme et un ensemble de pratiques qui ont été reconnues comme efficaces pour l'atteinte d'un ensemble d'objectifs établis relativement aux services, aux normes ou aux repères. Conséquemment, une procédure d'évaluation repère en stabilité résidentielle a été développée pour permettre aux fournisseurs d'hébergement ainsi qu'à leurs partenaires de décrire et ensuite de comparer leur hébergement actuel et les pratiques de soutien dans plusieurs domaines clés (particulièrement, la personne, l'hébergement, le soutien et les niveaux de soutien) à un ensemble de pratiques exemplaires afin d'atteindre les objectifs repères de services. La description de l'hébergement actuel et des pratiques de soutien est soutenue par de nombreux sondages, des questions de groupes de discussion concernant le personnel des programmes et les consommateurs ainsi que par des modèles de collecte d'information. De plus, un ensemble d'objectifs provisoires sur les repères de services ont été établis ainsi que des pratiques exemplaires provisoires qui devraient permettre d'atteindre les objectifs de services, si elles étaient implantées. On a déterminé ces objectifs par l'entremise du travail effectué avec le comité directeur et une revue des écrits, et grâce à l'évaluation du programme et de la documentation sur le programme. Les objectifs et les pratiques repères de services ont toutefois été considérés provisoires étant donné qu'aucune étude repère réelle n'a été menée pour relever les pratiques exemplaires actuellement en place à l'intérieur d'un programme d'hébergement particulier dans le domaine de la santé mentale.

Le but global de la procédure d'évaluation repère est de permettre aux fournisseurs d'hébergement, à leurs partenaires et aux intervenants de trouver les domaines problématiques et de noter les succès obtenus avec leurs propres pratiques. Une finalité de l'approche d'évaluation repère est de soutenir le développement de plans d'action spécifiques pour

améliorer la qualité des services et des pratiques dans les domaines où les pratiques actuelles ne rejoignent pas les repères pertinents.

Ce travail préliminaire a permis l'élaboration d'un cadre pour comprendre l'interaction dynamique entre les facteurs liés à la stabilité résidentielle pour les gens souffrant de maladies mentales graves. Ce cadre a été fondé sur la recherche scientifique ainsi que sur l'expérience des intervenants au sein du réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale. De plus, la stratégie d'évaluation repère proposée a permis d'établir une méthodologie par laquelle les fournisseurs d'hébergement et les intervenants pourraient collaborer à une discussion sur la qualité des services actuels en développant un ensemble d'objectifs de services et des pratiques innovatrices et efficaces. Un second projet fondé sur ce travail consiste à déterminer quels sont les objectifs repères de services et les pratiques innovatrices et efficaces dans un programme particulier d'hébergement dans le domaine de la santé mentale.

L'étude repère sur la stabilité résidentielle et les troubles mentaux à Toronto

Une procédure d'évaluation repère qui permet aux intervenants dans les programmes d'hébergement de comparer les pratiques actuelles aux pratiques prouvées efficaces, peut être un puissant outil pour améliorer la prestation de services d'hébergement et de soutien. En premier lieu, il est toutefois nécessaire d'adopter des modèles qui ont été reconnus comme efficaces et pertinents dans des programmes d'hébergement particuliers. On a donc mené une seconde étude pour établir une procédure servant à connaître les pratiques exemplaires. Étant donné la diversité de fournisseurs d'hébergement à Toronto, le réseau d'hébergement local fournit un cadre optimal pour un tel projet. Les paragraphes qui suivent décrivent l'étude actuelle, qui a débuté en avril 2002.

Ce projet participatif est mené par l'Équipe de recherche en planification et en évaluation communautaire (ERPEC). L'ERPEC travaille étroitement avec le Groupe de travail sur les repères (Benchmarking Working Group). Environ 35 membres font actuellement partie du Groupe, dont des représentants des organismes de logements, des personnes usagères de services de santé mentale, des chercheurs en hébergement et des représentants du gouvernement municipal. Plusieurs lecteurs ne sont peut-être pas familiers avec certains concepts clés. Dans les faits, il semble que le projet soit une nouvelle tentative dans le but d'appliquer le concept de repère à un réseau d'hébergement sans but lucratif dans le domaine de la santé mentale. En conséquence,

l'équipe de recherche a développé une approche repère applicable à ce secteur.

Un concept clé est celui du repère (*benchmark*). Pour ce projet, on a défini un repère comme un objectif de services que la majorité des fournisseurs d'hébergement peuvent s'efforcer d'atteindre. Un second concept est celui de la pratique repère (*benchmark practice*). Une pratique repère est une pratique exemplaire qui a été reconnue comme efficace ou dont on peut prévoir l'efficacité par rapport à l'atteinte d'un repère particulier ou d'un objectif de service. Donc, alors qu'un repère peut engager des objectifs de service tels ceux d'évaluer et de s'adapter aux préférences des consommateurs dans l'hébergement et le soutien ou de fournir de l'hébergement bien maintenu, les pratiques repères sont ces stratégies particulières utilisées par les fournisseurs d'hébergement et qui assurent que le choix du consommateur est réellement évalué et respecté ou que le logement fourni est, dans les faits, bien maintenu.

Un dernier concept clé du projet est celui des critères servant à déterminer les pratiques repères exemplaires qui répondent aux objectifs repères de service. Tel que mentionné au début de ce document, les fournisseurs d'hébergement n'ont généralement pas accès aux ressources ni à l'expertise requise pour effectuer l'évaluation continue de leurs services. Cela signifie qu'il est presque impossible de déterminer si les pratiques actuellement en place à Toronto répondent aux objectifs repères de service. Les membres du projet développeront donc un ensemble de critères additionnels permettant de repérer les pratiques exemplaires. Ces critères devraient comprendre l'adhésion aux principes de la réadaptation psychiatrique ainsi que la pratique adoptée par les fournisseurs d'hébergement à Toronto.

Le rôle du Groupe de travail sur les repères est de développer des repères fondés sur un ensemble initial de repères proposés et développés par l'ERPEC. Les repères proposés sont dérivés du travail de l'ERPEC dans le projet décrit ci-dessus et reflètent quatre domaines clés pouvant promouvoir la stabilité résidentielle : la personne, l'hébergement, le soutien et les niveaux des systèmes des organismes et interorganismes. Aussi, le groupe de travail développera également des critères pour déterminer les pratiques repères fondées sur un ensemble initial de critères proposés et développés par l'ERPEC.

Un sondage sera effectué auprès de dix à quinze fournisseurs d'hébergement de Toronto afin de décrire leurs pratiques actuelles et de vérifier s'ils croient atteindre les objectifs repères de service. Une

fois recueillies, les données provenant des fournisseurs seront triées par l'équipe de recherche et réparties parmi les membres du groupe de travail, qui évalueront les pratiques en utilisant les critères établis. Lorsque ce processus d'évaluation sera terminé, le groupe de travail se réunira pour comparer et discuter les évaluations et pour déterminer quelles pratiques exemplaires sont actuellement en place à Toronto et satisfont présentement, ou pourraient satisfaire, les objectifs établis de services repères. Après cette étape, des ateliers de formation seront offerts aux intervenants du réseau d'hébergement dans le domaine de la santé mentale de Toronto pour diffuser les résultats de l'étude.

Les défis du projet

Puisqu'il s'agit d'un projet novateur, nous ferons sûrement face à certains défis inattendus en cours de route. L'un des défis majeurs connus consiste à communiquer efficacement les buts du projet aux participants. Par exemple, pendant les discussions initiales, certains fournisseurs d'hébergement ont dit craindre que le projet puisse mener à l'établissement de normes qu'on leur imposerait malgré eux et auxquelles ils auraient à se conformer. En réponse, l'équipe de recherche a constamment mis l'accent sur la nature participative du projet et à son objectif de relever des pratiques exemplaires qui puissent servir de directives pour l'amélioration des services plutôt que de normes à respecter.

De plus, la nature unique du projet a créé des défis relatifs à la terminologie puisque certains participants se demandaient ce que sont les « repères » et comment ils diffèrent des « meilleures pratiques ». En réponse, l'équipe de recherche a mis l'accent sur le fait que même si les « meilleures pratiques » renvoient généralement aux stratégies reconnues comme efficaces par la recherche et l'évaluation, une approche repère est orientée vers la recherche de pratiques exemplaires dérivées de l'expertise pratique et des expériences de ceux et celles qui travaillent dans le domaine.

On peut prévoir que les défis proviennent de la participation de divers groupes de fournisseurs d'hébergement au projet. Celui-ci présuppose qu'on peut établir des objectifs repères de services qui puissent être pertinents à la majorité des fournisseurs d'hébergement. Néanmoins, il est probable que certains objectifs repères de services ne s'appliquent qu'à certains fournisseurs d'hébergement. Ce défi est particulièrement important dans le domaine du soutien. Les fournisseurs d'hébergement qui participent à cette étude varieront dans les types de soutien qu'ils fournissent aux bénéficiaires, certains offrant un soutien

personnel ainsi qu'un soutien d'hébergement substantiels, alors que d'autres ont plutôt un rôle de propriétaire et n'offrent que peu ou pas de services de soutien. Il est clair qu'il pourrait y avoir des mésententes parmi les membres de l'équipe de travail en termes de repères appropriés pour ce domaine. Le groupe de travail devra considérer la stratégie de la pertinence des objectifs et des pratiques de repères de services qui ne s'appliquent qu'à certaines catégories de fournisseurs d'hébergement.

Finalement, les membres du projet pourront faire face à d'autres défis étant donné la grande diversité d'intervenants qui y participent. Le groupe de travail comprend des fournisseurs d'hébergement, des consommateurs, des défenseurs des consommateurs, des chercheurs et des représentants du gouvernement. Il représente une diversité de perspectives, d'expériences et d'objectifs. Dans certains domaines, arriver à un consensus sur les pratiques exemplaires peut se révéler une lutte. Au cours des discussions initiales de l'équipe de travail avec les participants de l'étude, notamment, il était intéressant de remarquer qu'aucun fournisseur d'hébergement ne sentait qu'il ne donnait pas déjà de bons services. Ces fournisseurs s'investissent fortement dans les services qu'ils offrent et il y aurait, semble-t-il, de grandes différences d'opinions en termes de ce que représente une stratégie exemplaire que tous devraient s'efforcer d'implanter.

Conclusion

L'hébergement sain, sécuritaire et de qualité est un élément fondamental, essentiel pour tous les citoyens, et qui assure la participation à la vie communautaire. Malheureusement, l'accès à l'hébergement de qualité échappe à beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux graves. Dans le présent document, on a décrit un projet, une approche innovatrice visant l'amélioration de la qualité de l'hébergement pour les gens atteints de maladies mentales graves. Ce projet créera une occasion structurée permettant à plusieurs intervenants dans le secteur de l'hébergement du domaine de la santé mentale à Toronto d'établir collectivement les objectifs en matière de services que les programmes d'hébergement devraient s'efforcer d'atteindre. Il leur permettra aussi de déterminer quelles pratiques d'hébergement et de soutien les aideront à les atteindre. On souhaite que, ainsi, la qualité générale des programmes et des services d'hébergement dans la ville de Toronto puisse s'améliorer afin d'offrir aux gens souffrant de maladies mentales graves les meilleures occasions de réussir à vivre en communauté.

Références bibliographiques

- Community Support and Research Unit (2001). *Evaluating Housing Stability for People with Serious Mental Illness at Risk for Homelessness*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- Dorvil, H., P. Morin et D. Robert (2001). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées déficientes intellectuelles*, Montréal, Groupe de recherche sur les aspect sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal.
- Gift, R.G., et D. Mosel (1994). *Benchmarking in health care : A collaborative approach*, Chicago, American Hospital Association.
- Newman, S. J. (2001). « Housing attributes and serious mental illness : Implications for research and practice », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 10, p. 1309-1317.
- Parkinson, S., G. Nelson et S. Horgan (1999). « From housing to homes : A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 18, n° 1, p. 145-164.
- Sylvestre, J., J. Trainor, M. Hopkins, U. Anucha, P. Ilves et N. Ramsundar (2001). « À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 2, p. 59-74.
- Tolomiczenko, G., et P. Goering (1998). « Pathways into homelessness : Broadening the perspective », *Psychiatry Rounds*, n° 2, p. 1-5.
- Trainor, J. N., T. A. Morrell-Bellai, R. Ballantyne et K. M. Boydell (1993). « Housing for people with mental illness : A comparison of models and an examination of the Growth of Alternative Housing in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 38, p. 494-501.

L'EXPÉRIENCE EXISTENTIELLE DE L'HABITER

Alain Beaulieu

Les cinq approches permettant d'étudier la signification de l'habitation

Plusieurs études mettent en valeur la relation étroite qui existe entre l'accès à un logement convenable et le rétablissement des personnes fragilisées par la maladie mentale. Ces recherches adoptent un point de vue holistique sur le bien-être qui dépasse la simple référence biologique au soulagement des symptômes. Un tel élargissement de la perspective sur le rétablissement est utile car il intègre une compréhension à caractère plus global faisant directement appel à la notion de sens et à la signification de l'habitation.

La phénoménologie est l'une des cinq approches permettant d'étudier la signification de l'habitation, à côté des perspectives sociologique, psychologique, territoriale et développementale (Sommerville, 1997). Chacune de ces approches a bien entendu une spécificité. L'interprétation sociologique étudie l'importance de l'habitation en fonction, par exemple, de la classe sociale et des différences de genre; l'analyse d'orientation psychologique ou psychosociologique considère l'habitation comme un moyen d'identification, un lieu d'intimité et l'expression d'un statut social en plus d'interpréter la symbolique et la valeur de l'habitation de même que sa signification émotionnelle; l'approche territoriale concerne quant à elle le contrôle de la personne sur son lieu de résidence en plus d'inclure toutes les questions liées aux aspects juridiques, urbanistiques et politiques inhérents aux pratiques de zonage; l'interprétation développementale, de son côté, cherche à comprendre les transformations du sens accordé à l'habitation au cours de la vie de même que la variation des échanges avec l'environnement; finalement, la particularité des considérations phénoménologiques au sujet de l'habitation réside dans le fait qu'elles considèrent l'habitation non pas comme un objet donné dans l'espace tridimensionnel, mais plutôt comme le lieu d'expérimentation particulier d'un séjour dans le monde offrant l'occasion à une existence de comprendre le sens du monde. La phénoménologie place la complexité du vécu au cœur de ses préoccupations et elle constitue par le fait même une perspective essentielle dans le contexte actuel de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques, alors que des personnes présentant des troubles mentaux sont appelées à vivre ou à revivre au sein

de la communauté. Nous nous proposons de dégager les particularités qui font l'unité de l'approche phénoménologique de l'habitation avant de montrer en quoi l'expérience existentielle de l'habiter peut constituer une dimension nouvelle du processus de rétablissement (*recovery*).

Particularités de l'approche phénoménologique

Dans *Être et temps*, Heidegger a une intuition profonde en affirmant : « *Pas plus que l'espace n'est dans le sujet, pas plus le monde n'est dans l'espace. L'espace est bien plutôt "dans" le monde pour autant que l'être-au-monde constitutif du Dasein [littéralement "l'être-là" que nous sommes] a ouvert l'espace* » (Heidegger, 1985, p. 98; voir aussi Merleau-Ponty, 1945, p. 164). Que voulait-il dire par là ? Deux choses : d'abord, que l'espace n'est pas quelque chose de tout à fait relatif et variable selon les sentiments et les humeurs de tel ou tel individu et, d'autre part, que l'espace n'est pas non plus à concevoir de manière strictement objective comme si les trois dimensions qui le composent suffisaient à en déterminer les attributs. L'espace n'est pas une pure construction individuelle et fantaisiste où le haut et le bas, la gauche et la droite, renverraient aux états d'âme plus ou moins hallucinés de tel ou tel individu. Mais l'espace est aussi autre chose qu'un simple réceptacle de matière mesurable et quantifiable par la superficie, le volume, la distance, etc. Le monde est précisément, pour Heidegger, ce qui assure une assise ni simplement subjective ni proprement objective à l'espace. Le monde du sens phénoménologique échappe à la fois au strict subjectivisme de l'individu qui l'expérimente et au positivisme spatial. *L'espace est à ouvrir à travers la production de tout un réseau de significations aptes à transposer la spatialisation dans l'ordre du qualitatif et de l'intuitif.* « Un chemin objectivement très long, affirme Heidegger, peut être plus court qu'un chemin objectivement court » (Heidegger, 1985, p. 94). S'éloigner des choses peut consister à s'en approcher d'une autre façon en entrant avec elles dans un certain rapport vécu ou une certaine connivence significative (Heidegger, 1985, p. 94).

En 1951, Heidegger est invité à prononcer une conférence à Darmstadt dans le cadre d'un colloque sur le thème « L'homme et l'espace ». Il en résulte un texte intitulé *Bâtir, habiter, penser* (Heidegger, 1958). Cette conférence offre à Heidegger l'occasion de clarifier encore davantage ses positions phénoménologiques relativement à la distinction établie entre la simple construction physique et l'habitation. « Toutes les constructions, affirme-t-il, ne sont pas des habitations » (Heidegger, 1958, p. 170). À travers un jeu étymologique complexe, Heidegger rapproche le

construire (en allemand *bauen*) de l'être (du haut allemand *bin*). Ainsi l'habitation conçue comme construction véritable ne se contente pas d'offrir des murs et un toit, mais elle constitue d'abord le lieu d'un séjour où l'existence manifeste son être-au-monde. L'expérience de la spatialité désobjectivée est fondamentale en tant que « la relation de l'homme et de l'espace n'est rien d'autre que l'habitation pensée dans son être » (Heidegger, 1958, p. 188). En d'autres termes, exister sur le mode de l'habiter (*Wohnen*) pensé comme lieu de séjour est antérieur à toute résidence particulière et se situe à la source de tous les rapports possibles au monde. Heidegger n'hésite pas à qualifier d'originnaire l'expérience qui consiste à bâtir un lieu de séjour et à habiter dans le monde (Heidegger, 1958, p. 189). L'intime relation entre ces deux productions ouvre sur une dimension ontologique en tant qu'elle fonde une compréhension véritable du sens de l'être.

Heidegger en vient à prendre une position étonnante qui semble aussi révéler l'un des grands impensés de notre époque. « La véritable crise de l'habitation, soutient Heidegger, ne consiste pas dans le manque de logements [...] La véritable crise de l'habitation réside en ceci que les mortels en sont toujours à chercher l'être de l'habitation et qu'il faut d'abord apprendre à habiter. » (Heidegger, 1958, p. 193) Ces affirmations de 1951 valent-elles encore pour nous aujourd'hui ? Une chose demeure certaine : l'apprentissage de l'habiter a quelque chose d'intempestif qui ne figure à l'ordre du jour d'aucun décideur, d'aucune politique d'habitation. Six années après la conférence de Heidegger à Darmstadt, Gaston Bachelard, dans *La poétique de l'espace* (Bachelard, 1957), semble répondre de manière involontaire à l'injonction heideggerienne à propos de l'habiter comme trait fondamental de la condition humaine. Bachelard pense la « maison vécue » à la fois dans la relation d'intimité qu'elle procure et par l'impression de grandeur et d'ouverture qui la caractérise. « La maison vécue, écrit Bachelard, n'est pas un boîte inerte. L'espace habité transcende l'espace géométrique. » (Bachelard, 1957, p. 58) La maison vécue de Bachelard peut être aussi petite qu'un nid ou qu'une chrysalide et pourtant se montrer aussi immense que les espaces infinis (Bachelard, 1957, p. 72). Mais les espaces infinis, comme disait Pascal, ont aussi quelque chose d'effrayant. Le séjour dans le monde sous le mode de la dérélition (« On y est jeté », affirmait Heidegger) est donc aussi signe de fragilité. C'est pourquoi la maison, selon les termes de Bachelard, « appelle un héroïsme de cosmos » (Bachelard, 1957, p. 58). Le séjour dans le monde, incertain par essence, n'est jamais réductible à une construction physique. Au contraire, le séjour est *en construction* permanente, la maison est sans cesse à *produire*.

Le milieu de vie pensé comme le lieu d'un séjour n'est donc pas un espace géographique. Il correspond plutôt à ce que Erwin Strauss nomme « un paysage » (Straus, 1935, p. 513). Exister dans le paysage, y habiter ou y avoir sa maison, ne consiste pas à être le point zéro ou le centre de toute action. Au contraire, l'horizon et le centre du paysage sont mobiles. Le tzigane et le nomade deviennent des modèles d'existence en tant qu'ils sont ouverts à la possibilité d'être partout chez eux et de découvrir à chaque instant un nouveau sens à l'habiter. Le chez-soi multilocal constitue la possibilité fondamentale de l'habiter. Dans ce contexte, se déplacer ne signifie plus aller du point A au point B, mais plutôt voyager entre différents réseaux de sensations, expérimenter différentes atmosphères, être affecté d'une multitude de façons jusqu'à se créer un « nouvel art de vivre » (Clavel, 1982). Un tel paysage est tout le contraire d'un lieu de captivité dominé par des appareils étatiques qui chercheraient à régler les déplacements. Son unique souci consiste à rendre possibles les flux migratoires. Habiter ne signifie donc jamais être contenu entre quatre murs, mais renvoie plutôt à l'expérience d'un espace ouvert aux horizons mobiles, dont les mouvements ne connaissent aucune limite identifiable et où s'effectue une donation multidimensionnelle de sens.

Les références à l'expérience existentielle de l'habiter permettent de penser une solution de rechange au jeu dialectique entre, d'une part, l'habitation individuelle (logis, appartement, maison, logement, hébergement, habitat, domicile, unité, etc.) et, d'autre part, le milieu de vie extérieur (territoire, environnement, espace, société, parc, ville, etc.). Puisque exister signifie étymologiquement « être-hors-de-soi », habiter au sens phénoménologique signe automatiquement une appartenance à la communauté de la signification. L'intérieur et l'extérieur ne s'opposent plus comme deux objets pouvant se faire face, mais l'un entretient d'emblée une relation d'intentionnalité avec l'autre, le dedans et le dehors s'entre-appartiennent.

L'étude phénoménologique de la signification de l'habitation ne considère plus la « maison » comme une propriété individuelle. Au contraire, l'habitation pensée comme phénomène nie la distinction entre le public et le privé (Arisaka, 1995). En d'autres termes, la notion de spatialité existentielle ou d'espace vécu permet de penser quelque chose qui est à la fois ou en même temps partagé et personnel. En effet, l'extension du chez-soi hors des murs de son appartement implique la présence de l'autre en ma demeure. La phénoménologie contribue à donner un sens original à cet espace libéré des régimes oppositionnels tout en favorisant

l'intégration des membres à l'intérieur d'une « communauté fondée sur le partage du vécu » (*Lebensgemeinschaft*) (Schutz, 1973; Scheler, 1991).

L'espace ouvert par la phénoménologie ne possède plus de frontières. Et comme on le sait, les divisions spatiales agissent parfois comme un principe d'exclusion sociale en permettant d'exercer un contrôle sur les populations par le zonage (Morin, 1993 et *supra*). *A contrario*, parvenir à se localiser librement dans l'environnement permet d'accroître, en qualité et en quantité, son réseau d'échanges (Malpas, 1997). Bien sûr, on ne peut convaincre aucun individu du fait qu'il se sente nécessairement bien partout où il est et partout où il ira, que chaque lieu de visite génère et générera du sens à l'infini. Il s'agit là pourtant d'une sorte d'utopie vers laquelle tend l'option phénoménologique, qui contourne sans doute trop rapidement la problématique bien réelle du sentiment d'étrangeté lié à l'absence de chez-soi (*unhomely*). La phénoménologie ne parvient qu'en partie à penser cette possibilité-limite ou cette fatalité de l'existence qui consiste à, parfois, ne plus se sentir chez soi. L'élucidation ontologico-poétique de l'espace mise de l'avant par la phénoménologie n'aborde que par voie détournée la question du « paysage de l'exclusion » comme possibilité toujours possible (Wilton, 1998). C'est pourquoi l'étude phénoménologique de l'habitation doit être accompagnée d'autres types d'analyses. L'approche phénoménologique offre tout de même une perspective originale et inspirée sur la question de l'espace en permettant de mieux saisir l'importance du vécu multidimensionnel dans le développement des habiletés à construire son habitation (Davidson, 2000). La phénoménologie nous aide ainsi à penser une structure de repos ou la familiarité du chez-soi (*at-homeness*) (Seamon, 1979) favorable aux capacités d'agir, à la régénération, à la liberté et à la construction du soutien dans la communauté de la signification. Autant de réseaux de signification essentiels pour le bien-être de chacun et, à plus forte raison, pour le bien-être des personnes fragilisées par la maladie mentale.

L'habiter comme nouvelle dimension du rétablissement (*recovery*)

Le bien-être des ex-patients psychiatriques implique la découverte d'un sens nouveau au sein d'une collectivité qui se montre idéalement plus tolérante vis-à-vis d'une plus grande variété de modes d'existence. Les concepts centraux du rétablissement se rattachent le plus souvent à quatre grands domaines : la re-définition et l'expansion du soi, la relation au temps, le contrôle sur l'environnement, la relation aux autres. Ce sont, en effet, les quatre catégories de réappropriation du bien-être mises de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans

son *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, où il établit une relation directe entre, d'une part, la possibilité de conquérir un sens nouveau dans les limites de la maladie mentale et, d'autre part, l'estime de soi, l'espoir, l'emprise sur sa situation de vie et la capacité d'interaction (MSSS, 1998). La littérature scientifique aborde elle aussi la question du rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux dans la perspective d'une variation autour de ces quatre grands déterminants de l'amélioration de la qualité de vie (Anthony, 1993; Davidson et Strauss, 1992; Deegan, 1988, 1993, 1997; Provencher et autres, 2002; Turner-Crowson et Wallcraft, 2002; Young et Ensing, 1999).

Cette façon de poser le problème du rétablissement explique pourquoi la phénoménologie est l'un des cadres privilégiés d'analyse de l'expérience du rétablissement. Les outils qu'elle a développés peuvent, en effet, servir à mieux comprendre chacun des quatre domaines de transformation du vécu que sont l'existence, le temps, la liberté et la communauté. L'existence se définit phénoménologiquement par un mouvement expansif de sortie hors de soi et générateur de sens (Heidegger, 1985; Maldiney, 1991); le temps a une importance particulière en phénoménologie, où le futur se voit accorder le privilège de contenir la finitude et l'espoir (Heidegger, 1985; Minkowski, 1995); l'existence s'inscrit dans un environnement présent où elle réalise l'expérience de la libération personnelle à travers le choix et l'accomplissement d'un projet de vie (Sartre, 1943); et le sentiment d'appartenance à la communauté vient couronner la conquête préalable des sentiments d'existence, d'espoir et de liberté. Ensemble, ces domaines constituent le monde commun du sens vers lequel converge toute la diversité des échanges dialogiques (Gadamer, 1996).

On peut remettre en question l'exhaustivité de la liste des déterminants du rétablissement. Y a-t-il d'autres facteurs, à côté de la redéfinition et de l'expansion du soi, de la relation au temps, du contrôle sur l'environnement et de la relation aux autres, qui favorisent la conquête d'un sens nouveau par delà et à l'intérieur des limites de la maladie mentale ? Il nous semble que le dynamisme particulier de l'habiter, au sens où Heidegger et Bachelard le définissent, constitue un facteur à la fois premier et méconnu du rétablissement. Ce point de vue ne consiste pas à nier l'existence d'une crise du logement matériel, concret et empirique. Mais nous croyons aussi qu'une sensibilisation aux considérations phénoménologiques de l'habitation, et plus précisément, à l'expérience existentielle de l'habiter, peut favoriser la quête de sérénité à l'intérieur de notre actualité sociopolitique massivement

dominée par des impératifs de production et de consommation.

Par ailleurs, toute idée de continuum fait défaut aux déterminants du rétablissement. On n'acquiert pas un sens de l'habiter après avoir rempli d'autres conditions dans la conquête du sens. Chercher à déterminer les étapes de réalisation du processus de rétablissement ou à les hiérarchiser sous forme de paliers d'accomplissement reviendrait inmanquablement à plaquer une approche positiviste sur ce qui échappe essentiellement à tout effort d'objectivation. Une expérience vécue est, par définition, impossible à objectiver. Néanmoins, elle ne plonge jamais la personne qui la réalise dans un solipsisme. L'attitude égalitaire et participative de la phénoménologie (Buckley, 1998) implique ainsi une vie commune déhiérarchisée où tous les acteurs et toutes les formes de vécu participent à la constitution du monde-de-la-vie. Les marges sont ainsi intégrées par la phénoménologie dans un univers commun de la signification qui a l'avantage sur les approches causalistes et positivistes de renvoyer tous les comportements à un vécu porteur de sens.

Récits de quelques expériences existentielles de l'habiter

Notre équipe du GRASP de l'Université de Montréal mène présentement une recherche subventionnée par le CRSH et intitulée *Le logement et le travail comme déterminants sociaux de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale*. Cette recherche, réalisée en collaboration avec plusieurs organismes communautaires, nous a amenés à visiter différentes régions du Québec (Montréal, Laval, Montérégie, Laurentides, Québec) et de l'Ontario (London, Kitchener) pour y réaliser des entretiens de groupe (*focus groups*) avec plus d'une centaine d'usagers des services de santé mentale. Plusieurs ex-patients psychiatriques rencontrés dans le cadre de cette recherche ont saisi de manière toute intuitive ce que signifie « habiter » sous un mode existentiel. À la question : « Votre chez-soi se limite-t-il aux quatre murs de votre logement ? », voici ce qu'une personne nous a répondu :

« Moi, je mets un bémol à ce qui vient d'être dit [c.-à-d. « Quand je mets la clé dans ma porte, ça c'est *mon* chez-moi »]. Je vis dans un building de plus de 100 logements. Il y a une quinzaine de personnes à qui je parle. Lorsque je rentre chez moi, je n'ai pas l'impression d'être enfermé entre quatre murs. J'ai une *vie* sociale à l'intérieur du building. Je sais que Walter est là, je sais que Mme Cousineau est là. Si j'ai besoin d'un verre de lait, je vais le chercher chez Mme Cousineau, etc. C'est comme un petit village. Mon chez-moi est *beaucoup*

plus large que les quatre murs de mon appartement. »

La vie circule du dedans au dehors et elle n'est jamais contenue dans un espace délimité par les murs d'un logement. L'intérieur peut devenir un espace commun de partage, de relations et de rencontres.

Certains ont une compréhension immédiate de notre question relative au chez-soi. Mais la plupart des participants demandent à ce qu'elle soit explicitée. Le plus souvent, l'intégration spatiale est conçue sur un mode physique : le logement est dans l'immeuble, qui est dans le quartier, qui est dans la ville, etc. On mentionne qu'il faut pouvoir s'y reconnaître à tous les niveaux. Mais la conception du chez-soi demeure presque toujours restreinte au logement, et même parfois à une seule pièce du logement. « Plutôt que d'essayer de s'approprier plein de choses, nous dit un participant, plein de quartiers qui ne sont pas à moi, qui changent, qui sont modifiés, avec des gens qui rentrent, qui partent... Ils font leurs affaires, moi je m'en fous. » Mais n'oublions pas que la désobjectivation phénoménologique de l'espace autorise que des endroits physiquement exigus puisse contenir tout un monde de significations. Une petite chambre peut constituer un espace vécu où règnent de grandes capacités d'affectabilité.

Un autre participant, dans une référence involontaire à Erwin Strauss, adopte une conception environnementale de l'espace habité et étend le chez-soi à la grandeur d'un paisible paysage :

« Moi, c'est la maison, et puis le terrain qui entoure la maison. Je vis en campagne. Pour moi, c'est très important tout ce qui entoure la maison. La forêt au complet, le jardin puis le logement, c'est surtout autour du logement. J'ai toutes les montagnes, les forêts, puis le paysage lui-même qui entrent en ligne de compte. »

Notre modeste contribution à la question de l'habitation vise moins à transformer les politiques habitationnelles qu'à encourager une nouvelle conception de l'espace située au fondement de toute politique, en plus d'être adéquate par rapport à toute existence désinstitutionnalisée de même qu'à toute communauté désinstitutionnalisante.

Cette perspective contribue à donner un nouveau sens à la communauté pour en faire le moteur d'une transformation de la vie collective aujourd'hui dominée par un paradigme sociétal lui-même fondé sur un système artificiel et trop général des droits. Les considérations relatives à l'habiter comme lieu de séjour indiquent la nécessité de redéfinir

des notions aussi élémentaires et si déterminantes pour nos sociétés juridiques que le sont le droit de vote et les droits de l'homme à la faveur d'un partage des votes et d'une mise en commun de la définition de l'existence humaine. La fondation juridique d'une société de la différence (c'est-à-dire l'option communautariste) perpétue le rapport hiérarchique entre les décideurs et les personnes qui subissent le poids des décisions. La conquête d'une nouvelle forme de communauté relègue au second plan tout projet cosmopolitique (mondialisation de l'économie de marché, institutionnalisation d'une définition universelle de l'homme, etc.) au profit d'une émancipation locale et particulière des multitudes.

Référence bibliographiques

- Anthony, W. A. (1993). « Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, n° 4, p. 11-23.
- Arisaka, Y. (1995). « Heidegger's Theory of Space : A Critique of Dreyfus », *Inquiry*, n° 38, p. 455-467.
- Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*, Paris, PUF.
- Buckley, R. P. (1998). « Husserl's Göttingen Years and the Genesis of a Theory of Community » dans Lenore Langsdorf (éd.), *Reinterpreting the Political*, New York, State University of New York Press.
- Clavel, M. (1982). « Éléments pour une nouvelle réflexion sur l'habiter », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 72, p. 17-32.
- Davidson, J. (2000). « A Phenomenology of Fear : Merleau-Ponty and Agoraphobic Life-World », *Sociology of Health & Illness*, vol. 22, n° 5, p. 640-660.
- Davidson, L., et J. S. Strauss (1992). « Sense of Self in Recovery from severe Mental Illness », *British Journal of Medical Psychology*, n° 65, p. 131-145.
- Deegan, P. E. (1988). « Recovery : the lived experience of rehabilitation », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, n° 11, p. 11-19.
- Deegan, P. E. (1993). « Recovering our sense of value after being labeled », *Journal of Psychosocial Nursing*, n° 31, p. 370-376.
- Deegan, P. E. (1997). « Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities », *Social Work in Mental Health*, vol. 25, n° 3, p. 11-24.

- Gadamer, H.-G. (1996). *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris, Seuil.
- Heidegger, M. (1985). *Être et temps* (1927), trad. E. Martineau, Paris, Authentica.
- Heidegger, M. (1958). « Bâtir, habiter, penser » (1951) dans *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, p. 170-193.
- Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie. À la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Grenoble, Millon.
- Malpas, J. (1997). « Space and Sociality », *International Journal of Philosophical Studies*, vol. 5, n° 1, p. 53-79.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Paris Gallimard.
- Minkowski, E. (1995). *Le temps vécu*, Paris, PUF.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Morin, P. (1994). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Provencher, H. L., R. Gregg, S. Mead et K. T. Mueser (2002). « The Role of Work in the Recovery of Persons with Psychiatric Disabilities », *Psychosocial Rehabilitation Journal* (à paraître).
- Sartre, Jean-Paul (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- Scheler, M. (1991). *Le formalisme en éthique et l'éthique matérielle des valeurs : essai nouveau pour fonder un personnalisme éthique*, Paris, Gallimard.
- Schutz, A. (1973). *Collected Papers I. The Problem of Social Reality*, Leuven, Martinus Nijhoff.
- Seamon, D. (1979). *A Geography of the LifeWorld*, London, Croom helm.
- Sommerville, P. (1997). « The Social Construction of Home », *Journal of Architectural and Planning Research*, p. 226-245.
- Straus, E. (1985). *Du sens des sens* [1935], Paris, Millon.
- Turner-Crowson, J., et J. Wallcraft (2002). « The Recovery Vision for

Mental Health Services and Research : A British Perspective », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, p. 245-254.

Wilton, R. D. (1998). « The Constitution of Difference : Space and Psyche in Landscape of Exclusion », *Geoforum*, vol. 29, n° 2, p. 173-185.

Young, S. L., et D. S. Ensing (1999). « Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, n° 22, p. 219-231.



LA PERTE DE SON LOGEMENT ET LE MAINTIEN DE SOI

Jean-François Laé

Je suis enseignant à l'Université de Paris 8 et je m'intéresse en particulier aux questions du logement, de l'intimité et de la vie privée. Mon travail m'amène à effectuer des enquêtes dans les quartiers ouvriers, où les situations vécues sont souvent extrêmes.

Il ne sera ici question ni de politiques sociales, ni d'interventions sociales, ni de généralités sur le logement. J'aborderai plutôt des questions pragmatiques à partir de l'idée de la perte du logement : Qu'est-ce que perdre son logement ? Comment définir le maintien de soi et comment y réfléchir ?

Durant les dernières années, j'ai eu l'occasion d'enquêter sur des hommes sans domicile fixe. L'un d'eux, Robert Lefort, avait rédigé en 1997, vers l'âge de 37 ans, un journal de 70 pages. Robert Lefort était ouvrier maçon. Il avait huit frères et sœurs et vivait dans la Loire, à cinquante kilomètres de Paris. Après avoir connu le chômage, il s'était fait héberger par ses sœurs. Puis, il avait fini par trouver une place dans un centre d'hébergement. Un beau jour, il emprunta la voiture de ses sœurs pour aller à Toulouse, dans le sud de la France, et il disparut pendant plusieurs années.

Son journal porte sur sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Il y raconte son enfance, sa vie de maçon, puis le parcours qui le mena d'un lieu d'hébergement à un autre, de son foyer de célibataire jusqu'à la résidence de ses sœurs, jusqu'à finalement, de guerre lasse, quitter sa région pour aller vivre dans la rue. Dans son journal, certains passages touchent la question de l'intimité en relation avec sa vie « dans la rue ». Nous l'avons publié, sous le titre *Fracture sociale* (2000), avec la collaboration de l'historienne Arlette Farge.

À travers la lecture du journal, nous avons essayé de repérer les mots, les expressions, les émotions, les sentiments de Robert Lefort mettant en lumière des ambiguïtés et des problématiques.

Je présenterai d'abord sa dernière carte postale, trouvée après la publication de son journal. Ensuite, je voudrais réfléchir sur différentes questions inspirées par les mots utilisés et relatives à l'idée de la possession de soi : « Qu'est-ce que "se posséder" ? » ; « Qu'est-ce que "être

hébergé" ? »; « Qu'est-ce que "habiter chez un autre" ? ». Commençons par lire la carte postale.

« Toulouse, le 5 juin 1998. Chers tous, j'espère avant tout que vous allez bien. Ici, le temps est beau et chaud. Moi, pour l'instant, tout va à peu près bien. Je suis toujours sans emploi. Je ne sais pas pourquoi, mais rien ne va bien. J'ai même écrit à la mairie pour un emploi. Maintenant, si je n'ai pas de réponse avant au moins le 15 juillet, ça voudra dire que toutes les photocopies que j'aurais faites, n'auraient servi à rien. Heureusement, les 10 photocopies ne coûtent que 1 franc 50. Mais, j'en ai fait en tout une vingtaine de chaque. Et c'est fou ce qu'il faut comme papiers administratifs pour un seul emploi. Et comme je cours plusieurs lièvres à la fois, tout à l'heure je vais recevoir des réponses positives de tous les côtés. Et je ne saurai plus où aller. Sinon, la santé va à peu près bien. J'ai rendez-vous avec le médecin, le 6 juillet, j'espère bien refaire une analyse de sang, une nouvelle analyse de sang de manière à voir si le traitement a fait son effet. Bien que je ressens toujours une petite anomalie. Il faudrait d'ailleurs que je lui en parle, j'ai d'ailleurs peur que ce n'est pas trop normal. Pour le cas où j'aurais un problème, il vaut mieux assurer. Je te joins une aussi pour Ginette, tu seras sûrement mieux placée, car je n'ai pas du tout de ses nouvelles. Je finirai par croire qu'elle n'habite plus chez sa copine. Comme tu peux voir, je n'ai nommé que toi, Claudine et Ginette, car il me semble que dans la famille, vous êtes que trois à être intéressées par ça. Surtout, ne vous battez pas pour partager, un prend le cadre à maman, l'autre les cadres à papa et l'autre ma collection de livres qu'on m'a offerts, elle est très belle, et mon diplôme. Mais enfin, j'suis pas encore mort. On ne tue pas comme ça une mauvaise graine comme moi. Enfin, je vous quitte. Très grosses bises à tous. Très grosses bises à tous. Robert. »

Tout va « à peu près » bien à cette époque pour Robert Lefort, si l'on en croit cette carte postale envoyée à sa sœur Brigitte. Il cherche un emploi, fait des photocopies et les paye sans hésiter. Il craint même de devoir faire face à une abondance d'offres d'emploi, à n'en savoir que faire. Envoyer un curriculum vitae, c'est évidemment prendre le risque d'être embauché. Vingt fois, il envoie son message aux entreprises. Vingt fois, il espère, mais il sait que cinq années passées dans la rue ne sont guère des atouts pour faire bonne figure dans une situation d'embauche. Un emploi à la mairie de Toulouse ou au Service des espaces verts, par exemple, serait une bonne chose pour lui. Il est d'usage en France que les municipalités, comme les hôpitaux locaux, embauchent des gens peu qualifiés, voire non qualifiés, les amis des amis, souvent les frères, les

sœurs, les nièces, les neveux, les fils, etc.

Il écrit qu'il a de l'espoir tout en avouant que « tout ne va pas trop bien ». Quelque peu inquiet, il dit aussi : « Je ressens toujours une petite anomalie. » Il sait que vivre à la rue use le corps et l'esprit, et il n'hésite pas à prendre rendez-vous avec le médecin. En même temps, il redoute cette visite. Il écrit tout cela à l'une de ses sœurs, avec lesquelles il a repris contact, depuis quelques mois, par l'intermédiaire de cartes postales. Elles lui répondent par le même moyen.

Lorsqu'on vit dans la rue, l'acte d'écrire est souvent lié à un événement dramatique ou à un risque corporel important. Robert Lefort est ébranlé, il est secoué, agité. Dans un tel moment, le corps se fait écriture quelle que soit la condition de celui ou celle qui tient la plume. La maladie qu'il ressent se révèle un signal d'alarme. Son corps est une alarme. Il a peur « qu'il ne soit pas trop normal ». Il pressent une catastrophe.

Avant de poursuivre la réflexion sur cette carte postale, revenons un peu à la notion d'« habiter ». Sur le damier social et mental, habiter, c'est essayer de partager quelque chose. Habiter suppose une intimité composée de soutiens sociaux, mentaux et familiaux.

Dans le journal de Robert Lefort, on perçoit la force des attaches familiales qui le lient à ses huit frères et sœurs. Or les attaches sont fortes, mais les disputes aussi. On décèle entre les lignes l'allusion aux ruses déployées à l'occasion des déménagements pour déjouer les vieilles dettes envers les parents couplées à des poursuites judiciaires. Robert Lefort a toujours aussi quelques phrases sur la place de la « bouteille », l'alcool, ce substitut provisoire, lui permettant de tenir son rôle. On voit aussi la fonction importante de ses sœurs dans le « rattrapage » de ce frère qui ne peut pas tenir, qui est au bout du rouleau. Et en même temps, on y constate la présence de réseaux masculins qui offrent un support aux intimités défaites.

En France, environ un million de personnes reçoivent un revenu minimum d'insertion. Sur ce million, 50 p. 100 sont des hommes célibataires. Robert en est un archétype. Ces hommes vont d'hébergement en hébergement, de logement provisoire en accueil par une sœur ou un beau-frère. C'est le grand dilemme d'un impossible chez-soi souvent vécu sous la forme du renoncement : on vit dans des domiciles d'emprunt ou dans des formes d'hébergement nomade.

Mais revenons au contenu de la carte postale. Celle-ci, vous l'avez sans doute compris, est aussi un testament. Robert Lefort lègue ses

biens à trois sœurs. Il est pourtant une figure évidente de la désaffiliation : il est « hors emploi » et, depuis cinq ans, « hors famille ». Il n'a aucune protection sociale. Pourtant, il pense à léguer quelque chose à sa famille. Transmission de peu, pourra-t-on penser. Car que veut dire retransmettre... quand on n'a rien à retransmettre ?

Robert s'applique consciencieusement à faire un bref inventaire de ses biens, de ses souvenirs et des objets qu'il a gardés avec lui. Malgré la rue, il les a conservés, dissimulés, soustraits à la convoitise. Les cadres ne peuvent tenir dans ses poches, mais il les a peut-être confiés, mis sous clé dans une consigne publique; les livres de poche peuvent éventuellement aller... dans les poches et le diplôme plié en quatre ne fait pas de problème. Il s'applique à partager en trois parties quatre objets pour ses trois sœurs préférées, Brigitte, Claudine et Ginette, qui l'ont hébergé, lui ont donné de l'argent, lui ont prêté une voiture et l'ont encouragé plus d'une fois. Comme une répartition des affections, une sorte d'obligation de choisir la meilleure distribution de soi. Toute forme de don est une réflexion sur la distribution de soi-même.

Je crois qu'il faut garder en mémoire le fait que les sœurs ou les femmes en général sont des recours plus aisés, si l'on compare avec les frères ou les hommes, qui, habituellement, ont des positions morales plus dures et sont les gardiens ou piliers de l'économie de leur propre famille.

Ce sont les femmes qui autorisent ou non les hébergements. Elles ont encore la maîtrise de l'espace domestique, tandis que les hommes s'effacent au profit des lieux de travail ou de bricolage. Au mieux le mari, ou le beau-frère, contrôle le bar et la consommation d'alcool. Il surveille en fait l'oisiveté de l'hébergé pour, éventuellement, lui confier des tâches : jardinage, mur à réparer, portes qui coinent, courses à faire. L'hébergé devient très vite un coursier qui remédie aux urgences de la maison, qui va porter le tiercé au bar, qui transporte les charges lourdes, range le garage, répare la voiture... Le mari accepte l'hébergé à cette condition, tandis que la femme s'occupe de ses soins corporels, de son lit et de son bien-être.

C'est dans ce cadre social et mental que Robert Lefort écrit et choisit trois de ses sœurs comme héritières. Remarquez qu'il prend soin de ne pas choisir telle ou telle partie pour telle ou telle sœur. Non, il les laisse délibérément décider entre elles. Par les cadres des figures parentales, les livres qu'il a aimés et son diplôme en maçonnerie, Robert livre un fragment de la mémoire de ses parents et de ses lectures préférées.

Sur son diplôme, certificat public attestant de son état professionnel, son nom apparaît tout en haut. Vouloir transmettre son diplôme, le porter haut et fort, peut nous paraître un peu curieux. Mais il faut savoir qu'en France, le diplôme est une pièce maîtresse d'une carrière sociale et professionnelle. Dans les milieux populaires, les diplômes ou les félicitations provenant d'un établissement d'enseignement, du club de foot ou de judo, etc., sont affichés sur les murs du salon. Jusque dans les années 1960 et malgré des résultats scolaires médiocres, l'élève pouvait au moins espérer afficher un premier prix de camaraderie. Ce prix signifiait quand même quelque chose d'important, une capacité de solidarité et d'amitié sans défaut. La bonne camaraderie était l'équivalent d'une intégration réussie, dirait-on aujourd'hui. Cette attestation de sociabilité soulignait une forte attache au lieu scolaire; on allait à l'école même si l'on était le dernier dans toutes les matières. On était inscrit. La camaraderie permettait d'être inscrit dans l'espace scolaire.

Sans travail depuis six ou sept ans, Robert brandit son titre. Le diplôme de maçon, c'est une possession. C'est un statut qui a une valeur économique, évidemment, mais qui recouvre aussi une valeur professionnelle. Bien sûr, il est sans travail depuis longtemps, mais ses capacités sont écrites, consignées dans une « machine » d'État. L'état professionnel dépasse de loin l'état civil. Cadres, livres et diplôme, bref, ce qui est retransmis est symboliquement digne, singulier et général à la fois. Il me semble que dans cette carte postale-testament, il y a quelque chose qui nous parvient, quelque chose de particulièrement sensible, et c'est cette retransmission d'un homme sans possession, justement, qui nous amène à bien saisir qu'il n'y a pas de grandes ou de petites retransmissions, mais tout simplement des gestes qui sont des dons de soi.

Deux cadres, des livres, un diplôme. « Surtout, ne vous battez pas pour partager. » Recherchant la complicité, il écrit : « Il y en aura pour tout le monde. » Et il finit par un éclat de rire : « Je ne suis pas encore mort! » Peut-on donner quelque chose quand on n'a rien ? Oui. Parce que ce don, Robert se maintient en vie et en lien avec sa famille. Il tient ses sœurs et les serre dans ses bras. La puissance de la moquerie devant la situation est une parade contre la violence des faits.

Celui qui déclenche la moquerie de soi prend dès lors une position de force : « Je n'ai nommé que toi » contre les autres. Élues, les sœurs sont dorénavant dans le secret. En nommant trois sœurs, Robert marque ses préférences : « Vous n'êtes que trois intéressées par cela. » Il décide, décréte, nomme. Ce moment est incroyable. Il s'en empare

tranquillement pour mieux dominer une situation, une condition qu'il n'expliquera pas. Il donne en nommant, voilà tout. Robert déroule un style comique comme un droit d'expression. Sans ce style, il resterait soumis à l'inhibition, à l'absence ou, pis encore, à l'interdit.

Donc, les mots, cette fois, sont très puissants et ce, malgré le peu qui est donné. Et les mots se nourrissent de ce dernier élément juridique, la retransmission, la volonté de donner en héritage. C'est Robert Lefort qui dispose la table, c'est lui qui met la nappe, qui dépose ses quatre objets, qui désigne ceux ou celles qui peuvent s'en approcher pour les prendre. Même si elles vont peut-être les jeter à la poubelle discrètement en râlant, il demeure que ce qui est important, c'est le rituel d'accepter de prendre, qui est un rituel d'obligation devant celui qui met en scène sa propre mort.

Peut-on refuser à un mourant ? Et comment les « nommées » pourraient-elles se défaire des dons pour peu qu'elles soient en désaccord ? La carte de Robert Lefort est de pleine puissance. Les héritières qui l'ont hébergé, qu'il a déçues, qui ont eu des disputes avec lui, qui ont eu des attentes inassouvies, sont contraintes d'accepter ces quelques objets de son vivant. Et le caractère collectif du rituel rend impossible l'idée d'écarter cette élection morale et de droit.

Vous en conviendrez : dans cette situation extrême, ce qui tisse encore quelque chose, c'est la force du droit. C'est elle qui est ce sous-sol symbolique, le culte de l'héritage adossé au culte funéraire, à la croisée de la sociologie, de l'histoire et du droit. Malgré tous leurs efforts, les sœurs n'ont réussi à maintenir Robert ni dans leur logis, ni dans leur ville, ni dans leur région. Elles ont été obligées de le laisser filer et pourtant elles sont obligées d'accepter ce don à caractère collectif et rituel.

Dans sa carte postale, il dit aussi : « Il vaut mieux assurer. » Il vaut mieux assurer pour justifier le testament, car, bien sûr, il pense plus loin, il pense à son enterrement, aux obsèques, au caveau de leur père. Est-ce qu'on pourra rouvrir le caveau du père pour l'y mettre ?

Cette carte postale nous permet de relever trois temporalités distinctes qui sont très fortes. La première, celle du présent, réside dans son inquiétude pour sa santé – même s'il se veut fier et qu'il essaie de s'arracher à sa souffrance. Mais parallèlement, il est dans une autre temporalité, celle du passé, de son appartenance familiale; il distribue ses effets, les cadres de ses parents. Enfin, se présente aussi le futur, entre un présent fracturé et un passé distribué : « Je vais recevoir des réponses positives

"d'emplois" de tous les côtés et je ne saurai plus où aller. »

Bonheur d'un futur emploi, présent d'un corps chancelant, malade, et passé des quelques objets qu'il a pu conserver avec lui. On sent dans ces croisements de temps quelque chose de central qui est le présent de l'emploi. Le présent de l'emploi et le présent du logement sont les deux grands structurants de la protection sociale dans l'histoire des sociétés. Emploi et logement, comme preuves d'une possession privée.

Possession d'un logement, possession du corps, possession de soi. Finalement, Robert Lefort nous parle d'une structure historique de longue durée qui le tiendra jusqu'au bout. Et en même temps, ses possessions le lâcheront malgré son acharnement. Il est dépossédé d'un lieu où habiter, d'une protection minimale, de ses liens familiaux. En même temps, on sent dans les mots qu'il utilise tout ce maillage de la possession du corps, de soi, du logement et de la famille.

Dans son journal, Robert raconte ses cinq dernières années à la rue, à Toulouse. Il parvient d'abord à se trouver dans cette ville des niches d'intimité où il peut manger et dormir. Il vit à la rue dans des constructions d'intimité partielle, même si cela peut nous paraître complètement incongru, même si l'espace public ne permet pas, n'autorise pas la construction de zones d'intimité. En fait, ces hommes passent énormément de temps à essayer de se fabriquer des niches où ils puissent avoir un propre à soi, une sphère privée pour quelques heures, un espace où le corps puisse se mettre à l'abri de tous les regards, de la vue des citadins, des remarques des passants.

La question de l'intimité n'est donc pas déplacée. Elle l'est sans doute si l'on considère que la vie dans la rue est le plus fâcheux exemple à prendre pour expliciter cette notion d'intimité. Mais en même temps, cette expérience extrême nous permet de comprendre par défaut à quel point l'intimité est liée à la vue, au corps et au secret.

Je me permets de faire un bref détour par le droit, car la sociologie, l'histoire et le droit sont, selon moi, parfaitement complémentaires. L'intimité est historiquement protégée par le droit à la propriété, lequel, par exemple, interdit aux voisins d'ouvrir des vues sur la propriété d'à côté, d'ouvrir des « jours », de percer des ouvertures. La première définition de l'intimité que l'on retrouve dans le droit, dès le XV^e ou XVI^e siècle, s'intitule « À la vue ». L'intimité est liée à la vue, à la vue interdite, évidemment. La définition de l'intimité est liée à un interdit ou son envers à un droit au secret. Un droit de ne pas être vu.

Il y a une très longue histoire de cette notion de l'intimité. L'un des fondements de la propriété consiste, par exemple, à dresser un écran devant le regard des voisins. Une abondante jurisprudence traite de ce qu'on appelle les « jouissances ». Un mot très ancien qu'on utilise aujourd'hui dans un tout autre sens : les jouissances, les jours, les vues et la domiciliation se sont de vieilles notions qui traversent le droit de la propriété et vont s'étendre au-delà de l'espace physique pour absorber, au XVIII^e siècle, la correspondance, les lettres privées, le courrier.

Beaucoup d'encre a coulé durant des siècles pour protéger le secret des lettres, le droit à l'image de soi, autant que la propriété littéraire et bien d'autres choses. L'intimité, elle, est fixée au corps. C'est l'individu qui la transporte. Elle déborde sur l'enfance, la maternité, la paternité, la famille. C'est vraiment par là que se définit cette zone de possession de soi. Le corps est un bien intime tant qu'il n'est pas mis à jour par ses déviances : inculpations d'ivresse, attentat à la pudeur, mauvais soins, personne en danger, etc. Depuis 1800, au civil ou au pénal, le corps est convoqué chaque fois que ses mouvements déviants sont portés à la connaissance publique. L'infraction permet de briser l'intimité.

La possession de soi est une seconde propriété au sens fort. Une propriété corporelle de ses gestes, du soin de soi et de sa famille. On l'aura compris, elle est chevillée au secret et elle est articulée par deux genres de propriétés distinctes et consacrées par le droit : la propriété privée et la propriété de soi. La possession de soi est un secret cultivé et gagné non pas par des efforts individuels ou une lutte quotidienne dans un combat à mains nues, mais par l'institution d'une séparation historique entre l'homme privé et l'homme public.

Cette frontière a été solidement construite à la fin du XVIII^e. On a le droit de posséder des secrets sur une part de ses conduites, de ses paroles, de ses gestes et de ses pensées. Ainsi, la détention de secrets est coextensive à la propriété privée. La propriété de soi est articulée encore une fois sur l'intimité et le secret. C'est le mot « jouissance » qui est utilisé pour définir cette propriété. Ce mot évoquait au départ la possession d'une terre, d'un lieu et par la suite, la possession du corps. Comme si l'un supposait l'autre : possession d'un lieu et possession d'un corps à l'abri de la vue. L'homme privé se réalise par cette double puissance.

On pourrait définir très simplement l'intimité comme une sphère où les paroles et les actes n'ont pas de conséquences sociales; comme une réserve de gestes, de paroles; comme une zone à l'abri des sanctions, des regards, des savoirs et des peines. Domiciliation et corps, famille et

filiation, ces notions juridiques sont sillonnées de secrets, de confidences qui scellent l'élément le plus important : le sentiment de confiance.

Le logement est un support de relation, un mécanisme qui libère et convertit de l'action et qui permet l'exercice de la confiance. Le droit a construit ce droit à l'intimité, ce droit à faire barrage à la vue. Le logement est une possession de soi et il permet la possession de soi. Appartenir rien qu'à soi-même, cultiver un espace intérieur à l'écart des autres supposent ce mouvement d'émancipation à l'égard des sphères publiques et à l'intérieur même de l'intimité. Qu'en est-il, alors, des hommes à la rue, de cette vie sans propriété, ni propre à soi ? De quoi sont faits ces jours et ces semaines dans cette vacance de propriété ? Non seulement l'intimité est quasiment impossible, mais de plus, le corps de l'homme à la rue est menacé, surchargé d'alarmes et toujours mis à nu.

Les hébergés, pour leur part, sont dans une position paradoxale qu'on a du mal à saisir. Que veut dire habiter chez quelqu'un d'autre ? En France, on se penche très peu sur la question de l'hébergement parce que les statistiques sont aveugles quant aux cohabitations ou autres formes d'hébergement. Il n'y a pas d'enregistrements statistiques précis couvrant ces situations. Et pourtant, comment peut-on construire de l'intimité en vivant chez les autres ?

J'ai retrouvé un texte d'un psychiatre actif dans les années 1930-1940, un certain Leguillon. Il avait remarqué que dans les hôpitaux psychiatriques, en France, on hébergeait beaucoup de bonnes. Cherchant à comprendre ce surnombre, il écrivait : « La bonne, en étant chez les autres, ne parvient plus à être soi. » Ce serait donc cette défaite du soi qui se joue lorsqu'on est pas chez soi. L'absence d'un chez-soi permet de comprendre certaines dislocations, comme un chez-soi obstrué, empêché. Et vivre chez les autres, si l'on y réfléchit bien, est absolument impossible. On peut l'observer très facilement dans les institutions, dans les foyers et même dans les cas d'hébergement chez les frères ou sœurs. Cela est impossible parce que cela empêche, justement, la construction de sa propre zone de possession, de sa propre autonomie et de sa propre indépendance.

En terminant, voici un dernier mot de Robert Lefort :

« Je suis resté environ deux mois chez ma sœur, avant de partir à l'aventure qui allait faire de moi un SDF - sans domicile fixe - et perdre contact durant des années avec la famille. Vous dites peut-être pourquoi j'ai perdu contact avec les

membres de ma famille. Mais la chose est simple. Leur dire que j'étais tombé si bas, tel que je les connais, ils se seraient coupés en deux pour moi. Je ne pouvais pas leur en demander plus que ce qu'ils avaient fait pour moi. C'est cette raison qui m'a poussé à jouer le mort, mieux le disparu. Effacer toutes traces de moi, était mon but. »

Arriver à un certain moment, on ne peut plus demander à ses frères et à ses sœurs. On n'ose plus en parler. On se sent obligé d'éviter d'abuser de la famille, dirions-nous. On voit bien comment Robert Lefort a intériorisé cette espèce de punition : « [...] jouer le mort, mieux le disparu ». Voilà une forme d'expiation que provoquent beaucoup de situations d'hébergement. Cela nous dit surtout que le chez-soi, quand il est chez l'autre, se traduit en une dette incroyable. L'événement réel de l'hébergé, c'est la dette. Jusqu'où et combien de temps peut-on ouvrir une dette qui contient le risque tangible de ne pouvoir l'honorer un jour ?

Offrir, donner, présenter quelque chose qui serait reçu comme un équivalent symbolique, c'est impossible. Donc, ne pas posséder de logement, cela pousse à construire un petit tribunal intérieur, un impossible retour sur dettes : « Tel que je les connais, ils se seraient coupés en deux pour moi. » Robert Lefort ne peut accepter le poids de cette forte dépendance. Ils ne le verront plus. Il s'est résolu à tout arrêter, il s'est suicidé. « Effacez toutes traces de moi », écrit-il. Jouer le mort est la seule réponse possible lorsqu'on a épuisé toutes les ressources.

MOT DE LA FIN

Hélène Provencher

Une phrase me revient souvent à l'esprit; c'est le fameux « Bonjour chez vous! » de la série télévisée *Le Prisonnier*. Cette série mettait en scène un agent secret qui vivait dans un village artificiel. D'ailleurs, tout y était artificiel, même son unité de logement. Ce « Bonjour chez vous! » nous ramène à l'importance d'un chez-soi, thème central du colloque. Ce chez-soi peut être chez l'autre, et se convertir en hébergement. Il peut aussi être une habitation, faisant ainsi référence au sens donné à l'espace et au rapport à l'existence. Plusieurs thèmes ont été abordés au cours du colloque, dont le pouvoir d'agir. Des thèmes un peu moins explorés dans la littérature ont également été discutés lors des présentations, tels la liberté et le choix de la personne en matière de logement. Ces derniers thèmes rejoignent l'habiter et l'être hébergé. Le colloque a aussi été l'occasion de partager des réflexions et des points de vue sur l'évolution et l'organisation des ressources résidentielles au Québec et en Ontario. Des exemples de partenariat entre le secteur de l'habitation et le secteur des services sociaux et de santé ont aussi été présentés de même que des études sur différentes ressources résidentielles ou sur divers programmes d'aide au logement.

Toutes ces présentations ont mis l'accent sur un élément essentiel et important : le logement conditionne l'ensemble des aspects de la vie des femmes et des hommes. Le colloque a clairement démontré que l'impossibilité d'accéder à un logement de bonne qualité implique l'impossibilité aussi d'accéder 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 la protection de la famille ou le droit aux fournitures de base comme l'eau ou l'électricité (Parmentier, 1997; Lamarque, 1996). Finalement, rappelons que les membres de la table ronde ont dégagé des enjeux problématiques liés au développement de nouvelles ressources résidentielles, dont des aspects juridiques.

Lamarque, G. (1996). *L'exclusion*, Paris, PUF.

Parmentier, C. (1997). « Le logement : domaine d'intérêt général européen ? », séminaire européen *Intérêt général européen et logement*, Bruxelles.

Addendum

Un deuxième colloque s'est tenu à Toronto les 19 et 20 novembre 2003. Préparé en collaboration avec le Centre for Addiction and Mental Health, il avait comme thème : « Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale ». De plus, un colloque international sera organisé dans le cadre des activités de notre programme de recherche financé par le CRSH. Il se tiendra du 16 au 18 juin 2004 dans la ville de Birmingham, en Angleterre. Le thème sera : « Le logement et le travail comme déterminants sociaux de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale ». Cette rencontre sera réalisée conjointement avec le Centre for Addiction and Mental Health-Community Support and Research Unit (University of Toronto, Canada), le Community Mental Health Care/Faculty of Health and Social Work (Anglia University, Cambridge) et le Northern Birmingham Mental Health Trust (Royaume-Uni). Nous avons choisi de tenir cet événement à Birmingham parce que cette ville bénéficie d'une large expérience des programmes de logement et de travail pour les personnes fragilisées par la maladie mentale. Ces programmes ont été développés grâce au travail de nombreux experts provenant d'Irlande du Nord, d'Italie, d'Allemagne et de France.





MEMBRE DE SCARRINI MEDIA

Québec, Canada
2004





Association francophone
pour le savoir

Acfas

BNQ



000 515 456

Le logement conditionne l'ensemble des aspects de la vie des femmes et des hommes. Il est à compter parmi les plus importants déterminants sociaux de leur santé. Avoir un lieu de résidence contribue de manière essentielle à renforcer le sentiment d'identité sociale. De même, avoir un logement à soi constitue le point de départ de l'organisation de la vie en société, car il s'agit là d'une condition préalable à l'exercice de sa vie citoyenne et à l'acquisition de droits fondamentaux : santé, éducation, travail, revenu minimum, fournitures de base telles que l'eau, l'électricité, etc. Le logement joue un rôle fondamental pour la survie de l'être humain de même que pour la sécurité de la société et sa cohésion.

La désinstitutionnalisation des systèmes de soins psychiatriques a eu pour effet de transformer de manière radicale les modèles traditionnels d'habitation pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le modèle de l'asile psychiatrique, invariant dans le temps, laisse désormais place à un ensemble de ressources aux orientations changeantes suivant le degré d'autonomie reconnu à leur clientèle : résidence d'accueil, foyer de groupe, coopérative d'habitation, appartement supervisé, logement social avec support communautaire, etc. Au cours des trois dernières décennies, il s'est développé toute une gamme de types d'hébergement et de logement. Ces innovations s'accompagnent de plusieurs interrogations fondamentales : En quoi le fait d'avoir un chez-soi constitue-t-il un facteur d'intégration sociale ? Quelle distinction peut-on établir entre l'habitat, le chez-soi, l'hébergement et le logement ? De quelle manière les programmes sociaux destinés aux ex-patients psychiatriques contribuent-ils à définir plus positivement la notion d'intégration ?

Ces questions ont été exposées et débattues lors d'un colloque présenté en mai 2002, à l'Université Laval, dans le cadre du congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir – Acfas. Nous présentons ici les actes de ce colloque, qui réunissait des conférenciers et conférencières issus tant des secteurs communautaires et gouvernementaux que des milieux hospitaliers et universitaires.

Ont collaboré à cet ouvrage :

Alain Beaulieu, Denis Chabot, Sonia Côté, Henri Dorvil, Daniel Dussault, Jean-François Laé, Luc Lalonde, Michel Laroche, Natalie McCormac, Céline Mercier, Paul Morin, Myra Piat, Hélène Provencher, Claude Roy, John Sylvestre, John Trainor et Sam Tsemberis.



9 782892 451245