

Article

« Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles »

Paul Morin, Dominique Robert et Henri Dorvil

Nouvelles pratiques sociales, vol. 14, n° 2, 2001, p. 88-105.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/009076ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

❖ Le logement comme
facteur d'intégration
sociale pour les
personnes classées
malades mentales et
les personnes classées
déficientes intellectuelles

Paul MORIN

Collectif de défense des droits de la Montérégie

Dominique ROBERT

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

Université de Montréal

Henri DORVIL

École de travail social

Université du Québec à Montréal

Nous avons voulu savoir, par cette recherche (Dorvil, Morin et Robert, 2001), en quoi et comment le logement est un facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes déficientes intellectuelles selon leurs perceptions.

Nous avons structuré l'expérience d'habitation des personnes interviewées en trois composantes : le rapport à soi, le rapport au chez-soi et le rapport au monde « hors habitation », reflétant la complexité des liens entre l'intégration sociale et l'espace résidentiel. Cela nous a permis également de relever les similitudes et les différences entre les personnes psychiatisées et les personnes déficientes intellectuelles.

We wanted to know by this research (Dorvil, Morin and Robert, 2001) how and why housing is a factor of social integration for people classified mentally ill or mentally handicapped, based on their perceptions. We have structured the housing experience of interviewed individuals in three components : relations to the self, relations to the home and relations to the world outside housing ; reflecting this way the complexity of the links between the housing experiences and residential spaces. We were thus able to find the similarities and the differences between psychiatricized individuals and mentally handicapped individuals.

INTRODUCTION

Puisque dans la littérature scientifique (Fuller-Thompson, Hulchanski et Hwang, 2000), le logement est considéré comme un déterminant social majeur de la santé, nous avons voulu savoir, par cette recherche (Dorvil, Morin et Robert, 2001), en quoi et comment le logement est un facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes déficientes intellectuelles, et ce selon leurs perceptions. L'originalité de notre recherche aura été de faire converger les recherches et les perceptions des personnes psychiatisées et déficientes intellectuelles. Même si elles ont maintenant leur propre réseau de services, pendant longtemps elles ont partagé un même espace « résidentiel » : l'hôpital psychiatrique. Avec le mouvement de désinstitutionnalisation, une décentralisation des lieux de résidence s'est alors opérée. Le modèle résidentiel le plus répandu est celui de la résidence d'accueil que la littérature anglaise désigne sous le vocable de *custodial*. Par la suite, un type de ressources résidentielles avec support professionnel a été mis sur pied ou initié par le réseau public de services : le *supportive model* est basé sur l'idée de créer des environnements résidentiels qui soient des milieux d'apprentissage pour les résidents. Conformément à l'idée du continuum des services, au fur et à mesure des apprentissages, les résidents sont appelés à « graduer » vers de nouveaux milieux où ils consolident d'autres compétences, jusqu'à ce qu'ils soient le plus indépendants possible et aient moins besoin de services. Ce modèle résidentiel est plus répandu dans le champ de la déficience intellectuelle qu'en santé mentale. Finalement, le logement avec soutien communautaire ou *supported housing* vise l'accès direct au logement. L'intégration dans la communauté étant le but visé, il va

de soi que les personnes doivent développer leurs habiletés dans un véritable chez-soi. Comme toute schématisation, celle-ci a ses limites puisque les catégories ne sont pas étanches. Cependant, elle s'est révélée utile et pertinente pour établir une stratégie d'échantillonnage des participants qui rende compte de la diversité dans le milieu de l'habitation.

Nous avons structuré l'expérience d'habitation des personnes interviewées en trois composantes : le rapport à soi, le rapport au chez-soi et le rapport au monde « hors habitation ». Ce procédé semble avoir été judicieux puisqu'il nous a permis, du moins nous l'espérons, de refléter la complexité des liens entre l'intégration sociale et l'espace résidentiel. Cela nous a permis également de relever les similitudes et les différences entre les personnes psychiatriquées et les personnes déficientes intellectuelles. Nous avons donc réalisé des entretiens semi-directifs sur le thème des expériences d'habitation. Ces entretiens ont été menés auprès de personnes utilisatrices des services de santé mentale et en déficience intellectuelle de l'Île de Montréal, de Laval ou de la Rive-Sud. L'échantillon raisonné (Pirès, 1997) est composé de 21 participants en santé mentale et de 15 personnes déficientes intellectuelles qui ont été sélectionnés principalement sur la base de leur habitation du moment. L'objectif étant de rencontrer des gens dans des milieux de vie les plus diversifiés possible, nous avons rencontré des personnes utilisatrices qui vivent dans des initiatives issues du *custodial model*, c'est-à-dire en résidence d'accueil et en pavillon. Des participants demeuraient aussi dans des initiatives issues du *supportive model*, c'est-à-dire en foyers de groupes, en appartements satellites (appartements supervisés situés à proximité du foyer de groupes) et en appartements supervisés. Le modèle du *supported housing* vise, quant à lui, à développer des appartements autonomes et non regroupés visités par un intervenant sur une base régulière ou au besoin. Finalement, une partie des participants à la recherche vivent aussi dans des habitations hors modèles, c'est-à-dire dans des appartements autonomes et anonymes, subventionnés (habitation à loyer modique, HLM) ou non (privé), ou encore en maison de chambres privée.

Les entretiens, qui ont été enregistrés et retranscrits, ont duré de quinze minutes à deux heures et demie, la longueur moyenne se situant autour d'une heure et demie. Puisque le codage a été réalisé par deux personnes, l'accord interjuges a été calculé et nous assure que la grille de codage était appliquée sensiblement de la même façon par les deux codeurs pour garantir le poids des analyses. Le codage des entretiens a été effectué très inductivement à partir des catégories sémiques issues des récits des interviewés sur leurs expériences résidentielles. Mises en relation, les catégories de codage ramènent les récits des participants à trois thèmes rassembleurs : le rapport à soi, le rapport au chez-soi et, finalement, le rapport au monde extérieur. Le rapport

à soi concerne l'identité qui est « conférée par » l'habitation ou négociée à travers elle. Ainsi, le récit des expériences résidentielles des participants illustre comment l'habitation les qualifie comme personnes globales et aussi comme usagers de services en déficience intellectuelle ou en santé mentale. Bien que les entretiens fassent une large place à l'habitation comme lieu physique, une part importante des récits concerne l'habitation comme espace relationnel : le chez-soi comme lieu de socialité. Ces deux aspects du chez-soi, physique et relationnel, composent ce que nous avons appelé ici le « rapport au chez-soi ». Finalement, il est ressorti des entretiens que l'habitation est une dimension de la vie des gens qui est reliée au reste de leur vie, notamment au travail, à l'aspect financier, aux réseaux sociaux et au soutien. Ces liens entre le logement et les autres sphères de la vie ont été décrits sous la rubrique « rapport au monde hors habitation ».

HABITATION ET RAPPORT À SOI

L'habitation comme reflet de soi et de ses limitations

Tant les personnes déficientes intellectuelles que les personnes psychiatriquées connaissent bien la diversité des types d'habitation qui leur sont offerts, et ce selon une échelle portant sur le degré d'encadrement fourni dans ces milieux. La position de leur milieu de vie dans la hiérarchie résidentielle perçue renvoie à son tour les participants à leur propre degré d'autonomie et à leurs limitations. En ce sens, l'habitation est un marqueur de statut. Ainsi, quitter son appartement autonome pour se retrouver en résidence d'accueil ou en appartement supervisé est perçu comme une perte, une régression et même un échec parfois. Le chez-soi représente donc, d'abord et avant tout, un espace dont ils ont le contrôle, un espace de liberté. La plupart ont connu, dans le passé, des milieux de vie plus encadrants, où ils devaient se conformer à des règlements et côtoyer des personnes qu'ils n'avaient pas choisies. À la lumière de ces expériences préalables, la vie en logement marque davantage la possibilité pour les participants d'exprimer et de concrétiser leurs choix, notamment quant aux fréquentations. Se rappelant les expériences conflictuelles qu'il a vécues en foyer de groupe, Charles¹ a choisi de vivre seul, en appartement : « Pas entendre toujours chialer. Pis pas être en guerre avec tout le monde. Fait que j'ai dit " Tant qu'à ça, j'vas rester seul ! " Fait que j'peux inviter qui j'veux, quand ça me tente. N'importe quand. C'est moi qui reste en contrôle » (Charles – déficience intellectuelle). Dans la même lancée, il laisse entendre qu'exercer un contrôle sur son espace lui permet de s'isoler :

1. Les noms utilisés dans cet article pour désigner nos répondants sont des pseudonymes.

«[Q]uand j'ai pas idée de voir personne, j'm'enferme, j'ferme les portes, j'ferme même les fenêtres, même j'barre la porte d'entrée de mon appart. J'm'enferme, je regarde mes choses à moi...» (Charles). Le chez-soi se retrouve ainsi transformé en refuge, opération qui n'est pas toujours possible lorsqu'on vit en hébergement. Ce contrôle qu'ont les gens en logement leur permet aussi d'établir leur propre routine, leur propre rythme : « c'est moi qui décide la journée du ménage, c'est moi qui choisis tout... » (Hubert – déficience intellectuelle). En ce sens, on peut penser que le logement, et la possibilité qu'il procure d'exercer ses choix, contribue à la formation et à l'expression de l'individualité. Passer de l'hébergement à un logement est perçu comme une graduation, une promotion, une sorte de trophée.

La plupart des personnes rencontrées établissent une hiérarchie des différents types d'habitation au sommet de laquelle trône le logement autonome, qu'il soit subventionné ou non. Cette hiérarchie de l'habitation constitue en parallèle un reflet de la « sévérité » du handicap intellectuel. La valeur symbolique du logement est telle pour les participants que même dans les situations où ils reçoivent une aide soutenue dans le quotidien, l'appartement demeure un marqueur d'indépendance, d'autonomie, de normalité. « Ici, c'est plus normal, c'est la vie normale, pis on est parmi le monde normal » (Hubert). On peut se demander si, par osmose, vivre dans un milieu jugé normal ne contribuerait pas à se voir soi-même comme une « personne normale » plutôt que comme une personne jugée déficiente intellectuelle. Cela va dans le sens de Desjardins qui, après avoir mené des entrevues auprès de personnes déficientes intellectuelles, constatait ceci : « Mener sa vie comme on l'entend, être autonome et indépendant, c'est cela, selon eux, être un adulte. Aussi associent-ils spontanément le début de leur vie d'adulte à l'accès au logis, au statut de locataire » (Desjardins, 1997 : 224). La progression dans ce continuum résidentiel connaît toutefois des ratés aux yeux de certains participants, le passage entre le foyer de groupe et l'appartement supervisé étant difficile.

Ainsi, au-delà de l'apprentissage de nouvelles habiletés, l'hébergement est perçu comme un outil de transformation de la personnalité, étape essentielle à la progression dans le continuum résidentiel. Bref, les participants perçoivent le logement comme un facteur d'intégration correspondant aux normes sociales ; leur marginalité, toujours ressentie, s'en trouve d'autant diminuée. Cette valeur symbolique rattachée à l'espace de liberté que représente un logement où l'on est chez soi semble constituer de la part de ces personnes un appui au principe d'autodétermination mis de l'avant par les tenants de l'approche positive au Québec (Fraser et Labbé, 1993) ou du respect des choix des personnes (Ridway *et al.*, 1994).

L'habitation comme outil de gestion de la maladie mentale

La plupart des personnes utilisatrices que nous avons rencontrées misent beaucoup sur la médication pour contrôler les symptômes associés à leur maladie mentale. Maladie et médication semblent être les deux faces d'une même réalité. Les rechutes se terminent souvent par un changement de dosage de leur médication ou encore par l'introduction d'une nouvelle substance dans leur cocktail. La gestion des médicaments est d'ailleurs un élément essentiel qui unit l'habitation à la santé mentale. En effet, pour les personnes utilisatrices qui demeurent en hébergement ou en logement privé encadré, le lien entre l'habitation et la santé mentale se matérialise très concrètement par l'administration ou la supervision des médicaments par le personnel. La gestion des médicaments par le personnel évite ainsi les oublis, volontaires ou non :

[J]'tais malade dans mon appartement [autonome], pis... j'aurais pu en crever, si des voisins ne m'avaient pas amené à l'hôpital, pour me faire soigner, j'aurais pu en crever. C'est pour ça que j'ai décidé de venir en appartement supervisé. On est très... surveillé. L'autre jour, Bernard, mon intervenant, m'a demandé de lui montrer mes pilules.

Q : Il avait peur que tu les aies jetées ? R : Non, que j'les prenne pas. Si je ne les prends pas, il peut arriver n'importe quoi... (Vincent).

Tout comme la médication, la présence d'autres personnes dans le milieu de vie est aussi un élément qui fait de l'habitation un outil de gestion de la maladie. C'est le cas notamment des types d'habitation qui relèvent de l'hébergement et du logement regroupé, privé ou subventionné. D'une part, la présence d'autrui éloigne la solitude. En soi, la solitude est vécue par certains participants comme une source de stress et d'anxiété qui précipite une rechute. D'autre part, la présence d'autrui entraîne des interactions, des occasions de discussions où il est possible d'échanger sur des expériences communes de la maladie ou sur des sujets plus légers. Les participants qui vivent en hébergement et en logement regroupé misent en effet sur la présence d'autrui pour parler quand le besoin se fait sentir, pour échanger sur leurs émotions. Vivre avec d'autres permet de faire la « batterie », pour reprendre une expression d'un participant.

La présence d'autres personnes sur le lieu de résidence offre aux résidents la possibilité de dépenser le trop-plein d'énergie en communiquant et de se retirer, dans leur logement ou leur chambre, pour refaire le plein, ce qui constitue une forme de « retrait positif » (Corin, 1998). Par ailleurs, il ne faut pas croire que vivre avec d'autres personnes utilisatrices n'a que des effets bénéfiques pour les participants. Ils sont souvent sensibles et, dans certains cas, vulnérables à l'état de santé de leurs pairs. Cette difficulté amène les

personnes utilisatrices à développer des stratégies d'évitement à l'intérieur du milieu de vie, question de ne pas être trop affectées par l'état de santé des autres résidents. Pour ceux qui vivent en logement regroupé mais qui, contrairement à ceux vivant en hébergement, ne partagent pas leur quotidien avec d'autres personnes, l'habitation est tout de même un outil de gestion de la maladie. En fait, la présence de voisins qui sont, eux aussi, des personnes utilisatrices de services en santé mentale est perçue comme une forme de protection contre soi. Le fait que les voisins soient sensibilisés aux signes de rechute et que, dans certains cas, ils puissent intervenir adéquatement avec l'aide de l'intervenant est une forme d'assurance qu'ils ne plongeront pas trop profondément en crise avant que quelqu'un n'intervienne. L'importance accordée à la présence de voisins eux-mêmes personnes utilisatrices et d'intervenants est particulièrement grande chez les plus jeunes, encore au stade d'approvisionnement de leur maladie.

Ainsi, la présence de pairs comme voisins donne aux participants l'impression d'avoir un filet de sécurité qui les soutiendra pendant les moments troubles et, en retour, ils peuvent aussi être des personnes-ressources pour ceux qui les entourent. En logement avec soutien non regroupé, c'est sur l'intervenant en suivi communautaire que repose principalement l'assurance de l'écoute et du soutien. Cette relation, entretenue par des rencontres bihebdomadaires, permet néanmoins aux participants de conserver un lien perçu comme significatif pour contrôler leur maladie.

L'habitation comme espace de tolérance à la maladie

L'habitation peut aussi être vécue comme un espace de tolérance à l'égard de la maladie mentale. Ici, il faut faire une distinction importante entre l'hébergement et le logement regroupé, d'une part, et le logement non regroupé, d'autre part. Dans le premier cas, la nécessité de dissimuler ses problèmes de santé mentale s'estompe ; il n'est plus besoin de camoufler les rechutes, d'expliquer les absences après un séjour à l'hôpital, plus besoin de parler à mots couverts ou de baisser le ton lorsqu'on parle de maladie mentale : « Imaginez... où j'étais avant, j'étais au téléphone de santé mentale avec mes amis, pis y fallait que je chuchote, de peur que mes voisins n'entendent ma conversation ! » (Guillaume). Vivre de façon regroupée offre aux participants un abri contre les préjugés dont ils sont victimes de la part de la population en général. En logement non regroupé, par contre, les personnes utilisatrices tendent à dissimuler habilement leur problème de santé mentale. En effet, les participants usent de stratégies dans leurs relations avec les voisins et les propriétaires, question de ne pas révéler d'indices sur leurs problèmes de santé mentale. Ainsi, Audrey tente de cacher au concierge ses problèmes de santé mentale puisque ce dernier est en contact avec tous les

autres résidents de l'immeuble qui pourraient avoir des préjugés à son égard. Si pour les personnes utilisatrices des services en santé mentale, le logement isolé représente davantage un lieu de dissimulation que de tolérance, on peut toutefois faire l'hypothèse qu'en revanche, le logement isolé contribue à les « normaliser » à leurs propres yeux. En effet, puisque le logement isolé, l'appartement autonome, représente pour la plupart un idéal d'habitation, idéal souvent associé à la stabilité et à la santé mentale, on peut croire que le fait d'atteindre cet idéal renforce les personnes dans leur image d'elles-mêmes. L'habitation constitue donc un élément fondamental de leur identité propre. L'accès à un chez-soi est ainsi une étape décisive dans leur trajectoire, même si pour certains cela relève d'un lointain horizon. À tel point que la hiérarchie perçue entre les différents types d'habitation est tout à fait intégrée par ces personnes et renvoie à leurs représentations d'elles-mêmes.

HABITATION ET RAPPORT AU CHEZ-SOI

L'habitation en tant que lieu physique

À l'égard du lieu physique qu'est le chez-soi, on doit faire ici une distinction majeure entre le logement et l'appartement supervisé, qui est la forme d'habitation transitoire entre l'hébergement, le logement et les autres types d'hébergement. En effet, dans le premier cas, c'est-à-dire en logement et en appartement supervisé, les résidents ont le contrôle sur leur espace alors que dans le second cas, dans les autres types d'hébergement, ils ne l'ont pas. Cette différence peut sembler banale, mais elle renvoie à une réalité importante pour les personnes. Avoir le contrôle sur son espace quotidien signifie souvent pouvoir vivre en reclus lorsqu'on en a besoin, même pour quelques jours, ce qui peut être nécessaire pour contrôler la maladie. Julien souligne qu'il faut apprendre à connaître sa maladie et tenter non pas de la combattre, mais de trouver un équilibre : « pis un moment donné, tu reconnais tes limites, puis tu sais quand y faut que tu te reposes, tu sais quand il faut que tu t'isoles ». Soulignons au passage que ce retrait stratégique et salvateur n'a rien de totalement nouveau et surprenant, la retraite volontaire constituant depuis longtemps l'un des modes les plus archaïques de ressourcement spirituel et d'esthétisation de l'existence que les Anciens appelaient « anachorèse » (Foucault, 2001).

Avoir le contrôle sur son espace signifie aussi avoir le contrôle sur son temps. Les gens vivant en logement et en appartement supervisé sont maîtres de leur horaire, ils ne sont pas soumis à des heures de lever, de repas, à des couvre-feu, comme c'est le cas en hébergement. Les participants peuvent ainsi vivre à leur propre rythme. Vincent et Julien refusent d'ailleurs d'envisager la vie en résidence d'accueil puisque, contrairement à la vie en logement,

ils seraient obligés entre autres de manger à des heures où ils n'ont pas nécessairement faim. De leur côté, les personnes déficientes intellectuelles qui vivent en logement et qui ont le contrôle sur leur chambre mais aussi sur le reste de leur espace de vie ont aussi le contrôle sur leur temps et le pouvoir de dresser eux-mêmes leur horaire. Cela semble particulièrement important pour les participants qui ont connu l'hébergement au préalable et qui ont été contraints à des horaires qui n'étaient pas les leurs (heure de lever et de coucher, heure des repas, etc.). Dans certains cas même, avoir son espace permet de s'affranchir du contrôle d'autrui. L'un des participants remarquait que depuis qu'il est en logement, il sent qu'il s'affranchit du contrôle parental, chose qu'il ne faisait pas en hébergement. Le fait d'avoir son espace lui donne l'autorité dont il avait besoin pour juger pour lui-même de ce qui est bon dans « sa maison ».

En plus d'exiger l'apprentissage et la mise en application d'habiletés fonctionnelles dans le quotidien (entretien ménager, préparation des repas, etc.), être locataire signifie aussi faire respecter les droits qui sont liés à ce nouveau rôle. Ainsi, le bris d'une conduite d'eau et une fuite du toit deviennent des préoccupations pour les personnes utilisatrices dans leur rôle de locataire. Dans certains cas, les participants se sont retrouvés dans des situations où ils ont dû apprendre à exercer des pressions sur le propriétaire afin que ce dernier fasse faire les réparations nécessaires. D'autres ont même dû entreprendre des démarches légales afin de contraindre le propriétaire à remplir ses obligations. Ainsi, être responsable d'un espace est un rôle social actif pour les participants ; cela a été manifeste pour les personnes déficientes intellectuelles. Les conditions physiques du logement des participants ne sont en effet pas toujours à la hauteur de leurs désirs. Le manque d'espace et de lumière ainsi que le bruit et le froid sont des critiques souvent relevées. Plusieurs participants expliquent cependant qu'ils doivent faire des concessions puisque leurs revenus ne leur permettent pas de vivre dans de meilleures conditions. La quasi-totalité des participants qui vivent en logement sont prestataires de l'aide sociale. À ce chapitre, le contraste est frappant entre ceux qui vivent en logement subventionné et ceux qui vivent en logement privé. En effet, les premiers se retrouvent souvent dans les meilleures conditions de logement de leur vie depuis qu'ils vivent de façon indépendante. Avoir une habitation à loyer modique leur a souvent permis de quitter un appartement infesté par les coquerelles, où il y avait de la moisissure causée par l'humidité ou encore dont l'état de délabrement en compromettait la sécurité. Finalement, avoir le contrôle sur son espace signifie aussi avoir plus d'emprise sur les relations sociales qui se déroulent dans cet espace. Même si la plupart des participants vivent seuls, le fait d'être en logement leur permet d'inviter qui ils veulent chez eux, de côtoyer qui ils veulent, sans s'en faire imposer.

En hébergement, il est certain que les résidents ne choisissent pas avec qui ils vivent. Les participants développent toutefois des stratégies pour éviter les corésidents avec lesquels ils s'entendent moins. De plus, contrôler son espace renverse la balance habituelle du pouvoir entre les personnes utilisatrices et les intervenants ; cela permet qu'un rapport plus égalitaire s'installe entre eux. Vincent, qui vit en appartement supervisé, sent qu'il a le contrôle sur son espace en dernière instance :

Mais si l'intervenant rentrait ici, tout le temps, pour surveiller, j'accepterais pas ça. J'paie quand même un loyer, c'est mon chez-nous. Peut-être que lui travaille en bas, mais ça ne lui donne pas le droit d'entrer ici comme si c'était chez lui. Y a quand même la loi des intervenants, mais y a aussi la loi du logement.

Toutefois, vivre en HLM, c'est être soumis à des règlements, moins contraignants qu'en hébergement certes, mais des règlements tout de même. Ainsi, il est interdit aux résidents de vivre avec une autre personne sans que cette dernière ne consacre elle aussi 25 % de ses revenus au loyer. Cette contrainte est perçue par des participants comme un règlement leur interdisant de vivre en couple puisque ce faisant, le loyer équivaut sensiblement au prix du marché. Dans la même lignée, un règlement stipule qu'il est interdit d'héberger quelqu'un pour plus de trois jours sans le déclarer à l'Office municipal d'habitation. Pour un des participants, cela implique qu'il ne peut pas inviter chez lui ses amis qui vivent dans une autre région et qui lui rendraient visite pendant une plus longue période. Avoir un chez-soi, dans ce type particulier de logement social, implique que le locataire n'est pas totalement « en contrôle » de son espace.

L'habitation en tant qu'espace relationnel

Au-delà des lieux physiques, l'habitation situe aussi les résidents dans un milieu social. Cela se traduit notamment par le sentiment d'appartenance ainsi que par les liens qui se créent dans l'unité résidentielle. À cet égard, une distinction entre l'hébergement et le logement regroupé, d'une part, et le logement isolé, de l'autre, doit être faite. En hébergement et en logement regroupé, il y a un sentiment d'appartenance au groupe qui se crée très souvent ; il y a un « nous » de référence. Les participants ont l'impression de faire partie de quelque chose, d'un ensemble, et ce même si, dans certains cas, il s'agit d'une communauté « virtuelle », c'est-à-dire une communauté dont les liens ne sont jamais activés concrètement. En fait, le simple fait de partager des expériences communes de la maladie mentale réunit, à tout le moins idéalement, les participants. Ainsi, les personnes utilisatrices soulignent qu'ils se comprennent, même sans parler. Il y a entre eux une complicité naturelle : « Excepté que ici, même si on se parle pas, on sait qu'y a une espèce de lien qui nous unit »

(Julien). Cette impression de « communauté virtuelle » perçue par des résidents contribue, chez certains à tout le moins, à créer une certaine sécurité, sécurité nécessaire pour soutenir les résidents dans le développement de leur autonomie. De façon inattendue, le sentiment de faire partie d'un groupe, d'un ensemble, se manifeste aussi chez les personnes utilisatrices vivant de façon regroupée, mais sur une autre base que le handicap (maison de chambre et HLM non dédiés notamment). Ce sentiment d'appartenance se crée sur la base d'intérêts communs, de proximité ou encore d'échanges de services.

En plus d'intervenir dans l'appropriation du lieu physique qu'est le chez-soi, les règlements des HLM éclairent aussi un autre aspect fondamental de l'habitation : la dimension relationnelle. En effet, avoir un toit répond à un besoin primaire mais, plus encore, engendre des interactions sociales. Dans le cas des habitations à loyer modique, cet aspect de socialité se manifeste entre autres par les règlements imposés qui entraînent un climat de délation à l'intérieur des édifices. Les personnes utilisatrices qui vivent dans ce type de logement nous ont toutes parlé de la crainte d'être surveillées par les voisins et plus encore d'être dénoncées aux administrateurs si elles contrevenaient au règlement. Certains participants choisissent dès lors de limiter les contacts avec les voisins. Il ne faut pas croire cependant qu'il n'y a pas de socialité positive entre voisins d'un immeuble à loyer modique. En effet, des participants racontent les coups de main qu'ils ont reçu des voisins lorsqu'ils ont emménagé dans leur appartement et comment ils se sont sentis bien acceptés. Dans certains HLM, une salle commune est mise à la disposition des résidents et devient un lieu animé par et pour les résidents. Cet endroit offre des occasions de contacts et d'échanges importants particulièrement pour ceux qui ont un réseau social restreint. Bien entendu, le sentiment d'appartenance est souvent nourri par des liens personnels entre les gens qui résident dans une ressource ou dans un même immeuble. L'hébergement particulièrement est un lieu de socialité important pour les personnes utilisatrices. C'est fréquemment dans les limites de l'habitation qu'elles créent des liens d'amitié, de compagnonnage. À l'exception de la famille, lorsqu'elle est présente, le réseau se limite, pour certaines personnes, presque exclusivement aux gens qui partagent leur « chez-soi ». Cela semble être d'autant plus vrai pour les personnes qui vivent depuis nombre d'années dans un milieu d'hébergement.

Dans ce réseau interne de l'habitation, des liens privilégiés se créent, et l'entraide et le soutien se manifestent entre les résidents. Laura raconte notamment qu'à son retour de l'hôpital, des voisines lui avaient préparé des petits plats pour lui souhaiter la bienvenue chez elle et que ses voisines s'étaient offertes pour l'écouter si elle avait besoin de parler. Ce soutien

mutuel est pour plusieurs une occasion trop rare de se sentir utile et d'entretenir des relations réciproques avec d'autres. Certains font même du soutien aux autres résidents de leur habitation une occupation centrale dans leur quotidien. Bien entendu, vivre de façon regroupée entraîne aussi des risques accrus de friction. Dans ces cas, les intervenants sont souvent appelés à jouer le rôle d'intermédiaire entre les résidents et à maintenir l'ordre. Malgré les conflits possibles, vivre en hébergement ou en logement regroupé demeure une façon efficace de contrer l'isolement, isolement que certains associent à la vie en appartement autonome. En effet, même si vivre en appartement est leur objectif, Benoît et Nicolas ne se sentent pas prêts pour le moment à vivre seuls : « Moi, j'irais une étape à fois, j'veux dire, je le sais que j'pas capable de vivre seul aujourd'hui... j'veux dire, en appartement, seul, j'ai déjà fait l'expérience, et je m'ennuie, je tourne en rond » (Benoît). Pour Rose, l'appartement autonome n'est même pas envisageable à cause de la solitude qui y est rattachée : « Tomber dans un 2 1/2... tout seule, toute la journée, là, j'travailles pus, là, j'ai pus de char. Prendre des marches, c'est ben beau, mais... tout seule, c'est plate » (Rose). Vivre en hébergement ou en logement regroupé permet aux personnes utilisatrices de services en santé mentale d'avoir un lieu de rattachement dont elles se sentent partie prenante et où elles peuvent créer des amitiés et relations d'entraide réciproques. Les gens qui demeurent en logement non regroupé de leur côté compensent, dans le meilleur des cas, le réseau « interne » à l'habitation par un réseau « externe ».

Bien entendu, les gens qui vivent en logement privé expérimentent aussi cet espace de socialité positive. Les voisins se saluent et se connaissent souvent. L'une des participantes nous fait part de la façon dont elle s'est trouvée un emploi occasionnel comme gardienne chez sa voisine de palier, mais surtout comment ce lien est significatif pour elle. La dimension relationnelle du chez-soi est plus importante encore pour les personnes utilisatrices de services en déficience intellectuelle qui vivent en hébergement. En effet, la définition de cette catégorie d'habitation, telle que nous l'entendons, implique la vie en groupe sous une forme ou une autre. Ainsi, l'aspect social est ce qui ressort au premier plan des récits des expériences résidentielles des participants en hébergement. Pour plusieurs, les résidents qui partagent leur chez-soi, y compris le personnel, sont des personnes qualifiées d'amis. Les colocataires constituent le réseau social principal, sinon le seul, dans plusieurs cas. Certains voient même les autres résidents comme des frères et sœurs. Plus encore, deux des personnes qui vivent en résidence d'accueil parlent des responsables en les appelant « papa » et « maman » ; l'une d'elles se dit très chanceuse d'avoir deux mères. Pour certains, le milieu de vie devient une deuxième famille, surtout après le décès des parents biologiques.

Il va de soi que la vie en groupe, même si elle a des avantages notables, présente aussi des inconvénients. Parmi ceux-ci, on retrouve les conflits et l'encadrement imposé par le personnel et les responsables. En effet, vivre en groupe implique de « suivre et écouter » ; il y a un horaire à respecter, une façon de faire les choses et des compromis à négocier. Cela peut devenir lourd : « C'est difficile de vivre en gang » (Vicki). Certains participants se sentent surveillés par les responsables et la sensation d'avoir des comptes à rendre fait que le chez-soi est plus perçu comme un lieu de contrôle que comme un refuge. En outre, il y a le fait qu'en hébergement on ne choisit pas avec qui l'on vit ; certains participants ne s'identifient pas avec les gens qui partagent leur domicile. Cette différence perçue incite des participants à délaisser le milieu de vie que pourrait constituer leur habitation : « J'me vois pas là souvent, j'm'éloigne, j'fais des activités, j'travaille cinq jours, j'fais du théâtre, j'fais du camp de jour, j'fais mon lavage à buanderie » (Rosalie). Cette solution est naturellement possible pour ceux qui parviennent à se constituer un réseau et à participer à des activités en dehors de leur lieu de résidence, ce qui n'est pas le cas de toutes les personnes utilisatrices de services en déficience intellectuelle, particulièrement celles qui vivent en hébergement.

Une autre distinction dans le rapport au chez-soi des personnes utilisatrices qui vivent en logement et en hébergement concerne la possibilité de choisir son domicile. La majorité des participants qui demeurent en hébergement ont été l'objet d'un « placement » par le centre de réadaptation auquel ils sont rattachés, ou encore par leurs parents lorsqu'il s'agit de participants qui vivent dans les foyers de groupe alternatifs. Même si la plupart entérinent le choix fait par leur éducateur ou leurs parents, le récit de leur trajectoire résidentielle laisse croire que la plupart n'ont été consultés qu'après que la décision concernant leur milieu de vie a été prise ou encore que le choix qui leur était présenté était limité (laquelle entre ces deux résidences d'accueil ?). À l'opposé, ceux qui vivent en logement ont tous fait le choix de vivre de façon indépendante. Là où la possibilité d'exercer leur pouvoir décisionnel a été restreinte, c'est dans le choix de l'appartement ou du HLM puisque, dans le premier cas, leurs faibles revenus les limitent souvent de ce côté et, dans le deuxième cas, les habitations à loyer modique sont attribuées aux personnes et non choisies par elles.

Ainsi, les gens en logement et en appartements supervisés ont le contrôle de leur espace quotidien, ce qui entraîne le contrôle de leur horaire et un plus grand pouvoir sur les relations sociales qui se déroulent sur leur territoire. Les participants qui vivent en hébergement développent, de leur côté, des stratégies de contrôle des lieux, du temps et des relations sociales, mais cela se fait à l'intérieur du cadre mis en place par les règlements de la

résidence et la pratique des intervenants. Être chez soi implique donc un aspect relationnel important tant pour les personnes psychiatisées que pour les personnes déficientes intellectuelles. Ainsi, pour les gens qui vivent en logement, cet aspect prend minimalement la forme de relations superficielles avec les voisins ou, mieux, d'entraide à l'occasion. D'autres, plus rares, tissent des liens plus solides, des liens d'amitié. En revanche, pour la majorité des participants qui demeurent en hébergement, la dimension sociale du chez-soi est très importante puisque les résidents et le personnel de la demeure sont souvent les personnes les plus significatives dans le réseau social des participants.

RAPPORT AUX DIMENSIONS « HORS HABITATION »

Le réseau « hors habitation »

Il est à noter que même si l'habitation ouvre sur des réseaux à l'extérieur des limites du « chez-soi », les liens ainsi formés dépassent rarement les limites du milieu de la santé mentale et de la déficience intellectuelle. Ainsi, cette constatation est même douloureuse pour certaines personnes utilisatrices qui planifiaient être de passage dans le milieu de la santé mentale et qui découvrent que les années ne font que les couper davantage du milieu dit « normal ». En déficience intellectuelle, le fait de demeurer en logement se traduit souvent par de nouvelles rencontres, mais celles-ci dépassent rarement le cadre de l'immeuble où les gens habitent et constituent davantage un réseau circonstanciel qu'un réseau choisi, le réseau social de proximité se composant, à l'exclusion de la famille et des éducateurs, principalement de personnes utilisatrices de service en déficience intellectuelle. Il arrive parfois que ce réseau de proximité permette aux participants d'accéder à un réseau plus large. C'est notamment le cas d'une des personnes qui vit en résidence d'accueil et qui est amenée à côtoyer régulièrement la famille élargie des responsables de la résidence d'accueil. Avec le temps, ces personnes sont devenues très significatives dans sa vie. Un autre exemple est celui de deux personnes qui demeurent dans des foyers de groupe alternatifs. Ces foyers organisent régulièrement des repas où sont invités des résidents du quartier ou de la ville. Cette ouverture au monde permet aux personnes hébergées de créer de nouveaux liens, si ténus soient-ils, et de sentir qu'elles sont partie prenante d'une communauté plus large. Dans d'autres cas, le foyer de groupe fait partie d'un réseau, formel ou informel, qui offre des services récréatifs qui permettent aux personnes d'un foyer de rencontrer des résidents d'autres foyers. Ainsi, le chez-soi ouvre la porte à un réseau plus large.

Le travail et l'argent

Plusieurs personnes psychiatisées le soulignent : l'accès au marché du travail représente une difficulté qui les amène souvent à renoncer à cet objectif. Ce qui s'offre à eux, c'est un marché du travail parallèle : le marché des programmes spéciaux. Le modèle résidentiel le plus actif dans l'insertion des personnes utilisatrices dans les programmes d'employabilité semble être celui du *supportive housing*. Dans ce modèle où l'accent est mis sur le développement d'habiletés, les résidents sont encouragés à travailler et les intervenants en hébergement servent fréquemment d'agents de contact entre les résidents et les organismes en employabilité. Même si certains intègrent ainsi le marché du travail, comme ce fut le cas pour Didier ou Audrey, la bonne volonté des organismes et des participants réussit rarement à faire en sorte que les personnes utilisatrices sortent de la roue des programmes d'insertion au travail ou autres.

Ainsi, la gestion de l'argent demeure une préoccupation, sinon une inquiétude constante, particulièrement pour ceux qui ne demeurent pas en logements sociaux. Dans ce cas, les intervenants en habitation sont souvent les personnes-ressources lors de transactions avec les agents de l'aide sociale, notamment pour l'inscription au programme de soutien financier. Les intervenants agissent aussi dans la gestion du budget. Ce soutien, dans la gestion de leur argent, ainsi que le prix modique des loyers constituent, pour les personnes utilisatrices des services en santé mentale, une motivation à demeurer en hébergement plutôt qu'en logement, d'autant plus que le logement privé a souvent entraîné pour certains d'entre eux, dans le passé, des problèmes à ce chapitre. Dans ce contexte, l'hébergement est une garantie « d'arriver à la fin du mois » (Nicolas), ou encore de « refaire ses finances » (Béatrice). Cependant, l'aide à la gestion du budget n'est pas toujours liée à l'habitation : deux personnes parmi celles que nous avons rencontrées sont soutenues par des intervenants extérieurs à leur milieu de vie. Ainsi, pour ces deux personnes, le passage de l'hébergement au logement, par exemple, n'entraîne pas la perte du service de soutien à la gestion du budget ; c'est un risque que courent ordinairement ceux qui quittent leur milieu d'hébergement. Les logements sociaux étant rares, certaines personnes voient dans l'hébergement une formule qui leur permet de vivre relativement bien puisque le contrôle de leur revenu est assuré par les intervenants sur place.

LE RAPPORT À LA PSYCHIATRIE

Finalement, l'habitation module aussi le rapport que les résidents entretiennent avec la psychiatrie. Que ce soit dans les ressources issues du *custodial model* ou dans celles du *supportive housing*, le lien avec la psychiatrie est

toujours maintenu, tout comme la consommation des médicaments prescrits. En effet, il s'agit des deux conditions obligatoires pour vivre en hébergement, sauf pour les ressources alternatives. Puisque les fonds octroyés aux organismes d'hébergement proviennent en bonne partie des hôpitaux, ces derniers peuvent imposer leurs conditions. À ce sujet, la directrice d'une ressource qui assure des contrats de service avec les hôpitaux racontait qu'elle doit souvent négocier avec les départements de psychiatrie pour ne pas mettre un résident à la porte lorsqu'il manque volontairement ou non des rendez-vous avec son psychiatre. En effet, l'hôpital refuse de contribuer financièrement à loger quelqu'un qui ne suit pas son traitement. En logement, avec ou sans soutien, par contre, le maintien des rendez-vous avec le psychiatre et la prise d'une médication ne sont pas obligatoires. On assiste parfois à un désir soutenu des personnes utilisatrices de conserver ce lien avec la psychiatrie, tout particulièrement chez les personnes dont le réseau social est très restreint. Celles qui prennent leur distance à l'endroit de la psychiatrie, pour des raisons idéologiques ou autres, semblent compenser par la fréquentation assidue de groupes communautaires en santé mentale. Ainsi, les participants à la recherche se montrent en faveur de l'inscription à un réseau de santé mentale, qu'il soit hospitalier ou communautaire. Les deux personnes que nous avons rencontrées qui n'éprouvent pas ce désir de conserver ce lien sont deux personnes qui ne reconnaissent pas avoir de problème de santé mentale et qui vivent, l'un en logement autonome, l'autre dans une ressource alternative.

On voit donc que l'habitation, en plus de moduler le rapport à soi et au chez-soi, s'infiltré dans le rapport qu'entretiennent les personnes psychiatisées et les personnes déficientes intellectuelles avec leur réseau social « hors habitation ». Toute la question des aspects financiers de leur vie ressort ainsi nettement compte tenu de leur condition de pauvreté chronique.

CONCLUSION

Nous avons cherché par des entrevues réalisées auprès de personnes utilisatrices à saisir les voies par lesquelles l'habitation pouvait représenter un facteur d'intégration sociale. Le chez-soi des personnes déficientes intellectuelles ou psychiatisées, tel qu'il a été décrit dans nos entrevues, est révélateur de l'importance que ces personnes attribuent à l'espace résidentiel. Ainsi s'intégrer, c'est aussi s'intégrer à un type d'habitation, être capable de créer des liens à l'interne. Cependant, il faut tenir compte de l'importance du retrait positif pour les personnes utilisatrices dans notre conception d'intégration dans le champ de la santé mentale. Notre recherche soulève plusieurs questions sur différents plans. Au plan méthodologique, nous avons fait ressortir l'importance de distinguer entre les habitations regroupées et les habitations

isolées et d'inclure ces deux types dans la recherche afin de permettre aux travaux subséquents d'approfondir les liens entre le lieu de résidence, ses qualités intrinsèques et son impact sur les personnes résidentes. Tout l'aspect du degré de contrôle que possèdent les personnes apparaît également comme une variable fondamentale. Évidemment, la petite taille de l'échantillonnage restreint la portée de notre recherche. Une étude longitudinale sur la problématique analysée apporterait une contribution majeure à la compréhension de l'importance de l'habitation pour ces personnes. Une autre difficulté a été l'élaboration de la typologie des lieux résidentiels. Il y a toujours un certain arbitraire dans le découpage d'une réalité. Un développement constant de la recherche en ce domaine devrait permettre dans les prochaines années d'en arriver à un consensus. Au plan des pratiques, connaître les expériences d'habitation des personnes utilisatrices, comprendre la place et le sens de l'habitation dans leur vie s'opposent à l'idée du modèle unique, que ce soit le *supportive* ou le *supported*. Du point de vue des personnes utilisatrices, l'importance du contrôle sur l'environnement afin d'expérimenter la négociation et non la coercition, le choix et non l'imposition, la dignité et non l'abus, l'intimité et non la promiscuité, est primordiale. Finalement, le logement ne pouvant remplacer un réseau de soutien, on observe donc encore beaucoup d'isolement.

La possibilité de faire de véritables choix demeure toutefois l'apanage de quelques-uns, particulièrement lorsqu'on est hébergé, mais aussi en tant que locataire d'un logement sur le marché privé ; les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté sont forcément limitées à des lieux correspondant à leur capacité de payer. Ceux qui sont en logement social s'en tirent mieux à ce chapitre mais, en contrepartie, ils subissent une perte de contrôle sur leur espace. Tous, cependant, ont un réseau de proximité limité aux proches et aux services reliés à la déficience intellectuelle ou à la santé mentale. Un logement autonome a beau correspondre aux normes sociales, il ne peut constituer en soi un antidote à la solitude. Cette convergence des aspirations relatives à l'habitation entre les personnes psychiatisées et les personnes déficientes intellectuelles constitue l'apport essentiel de notre recherche. Il est fort intéressant de noter que, malgré les particularités de chaque champ d'intervention et leurs modulations des aspirations de leurs usagers, ces derniers ont exprimé des visées relativement similaires quant à l'habitation.

Bibliographie

- CHALAS, Y. (1988). « La routine : analyse d'une composante de la vie quotidienne à travers les pratiques d'habiter », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 85, 243-256.
- CORIN, E. (1998). « The Thickness of Being : Intentional Worlds, Strategies of Identity and Experiences among Schizophrenics », *Psychiatry*, vol. 61, n° 2, 133-146.

- DESJARDINS, M. (1997). *La rééducation sociale comme système de significations culturelles : le cas de la déficience intellectuelle légère*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Montréal, 320 feuillets.
- DORVIL, H., MORIN, P. 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 soumis au Conseil québécois de recherche sociale.
- FOUCAULT, M. (2001). *L'herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard, 540 pages.
- FRASER, D. et L. LABBÉ (1993). *L'approche positive de la personne : une conception globale de l'intervention : services et interventions en déficience intellectuelle*, Laval, Agence d'Arc, 269 pages.
- FULLER-THOMPSON, E., HULCHANSKI, J.D. et S. HWANG (2000). « Housing and Health Relationship: What Do We Know? », *Environmental Health*, vol. 15, nos 1-2, 109-133.
- MORIN, P. (1994). « L'autoroute de la marginalisation : de Ville-Marie au Bout de l'Île », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, 29-47.
- OPHQ (1981). *Sommet socio-économique pour l'intégration de la personne handicapée*, Québec.
- OPHQ (1993). *Agir maintenant ; Les personnes handicapées au Québec : Un projet de société dix ans plus tard*, Québec.
- PIRÈS, A. P. (1997). « L'échantillonnage », dans *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, 137-197.
- RIDWAY, P., SIMPSON, A., WITTMAN, F. et G. WHEELER (1994). « Home Making and Community Building », *Journal of Mental Health Administration*, vol. 21, n° 4, 407-418.
- SAUNDERS, P. et P. WILLIAMS (1988). « The Constitution of the Home : Towards a Research Agenda », *Housing Studies*, vol. 3, n° 2, 81-93.