

Les appartements protégés : le point de vue des locataires

Supervised housing : from tenants' perspective

Céline Mercier

Volume 11, Number 2, November 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030350ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030350ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Mercier, C. (1986). Les appartements protégés : le point de vue des locataires. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 108–116. <https://doi.org/10.7202/030350ar>

Article abstract

A field survey of the tenants involved in a program of «protected apartments» reveals the impact of their participation in this program on their daily experience in the community. From the interviews, it appears that in many ways those people value their quality of life favourably in comparison with that of the general population. Along with most of the population they have mixed judgments on their financial situation and their health. However, regarding family relationships, their main occupation and their free time they are not as contented. The analysis of the quantitative and qualitative data puts into perspective the possible assets and the inherent limitations of the services foreseen for maintaining chronic psychiatric patients in the community.

Les appartements protégés: Le point de vue des locataires

Céline Mercier*

Une enquête-terrain conduite auprès des locataires d'un programme d'appartements protégés permet d'observer l'impact de leur participation à ce programme sur leur expérience de vie dans la communauté. Les résultats des entrevues démontrent que, dans plusieurs domaines, ces personnes estiment leur qualité de vie comparable à celle de la population générale. Elles partagent avec l'ensemble de la population des jugements mitigés quant à leur situation financière et leur santé. Elles sont cependant beaucoup moins satisfaites pour ce qui est des relations avec la famille, l'occupation principale et le temps libre. L'analyse des données quantitatives et qualitatives met en relief les apports possibles et les limites inhérentes des services prévus pour le maintien des patients psychiatriques chroniques dans la communauté.

Les premières expériences d'appartements protégés pour patients psychiatriques ont vu le jour aux États-Unis, au milieu des années 60 (Hodgman et Stein, 1966). Par la suite, des programmes à grande échelle sont développés à Boston (Chien et Cole, 1973) et à St-Louis (Sandall *et al.*, 1975; Mulard, 1980). En Grande-Bretagne, la formule des foyers de groupe évolue à partir des années 70 vers le logement individuel ou semi-collectif (Anstee, 1978). Ailleurs en Europe, des appartements protégés sont d'abord aménagés en Scandinavie, en Suisse et en Belgique (Ciompi, 1978). Pour la France, Reverzy et Dameron (1979) recensaient en 1978 dix programmes récents (moins d'un an d'existence) de séjour de transition en appartement pour patients psychiatriques stabilisés et treize lieux d'hébergement à long terme en appartement. Les premiers appartements protégés du Canada sont implantés à Vancouver en 1974 (Tomlinson et Cumming, 1976). Au Québec, la mise sur pied d'appartements protégés dans la sous-région est de Montréal à partir de 1979 (Létourneux, 1984) s'inscrit dans le mouvement de développement des ressources alternatives en santé mentale.

La littérature spécialisée rend compte de ces différents projets d'appartements protégés. Dès 1977, Goldmeir et ses collaborateurs font le point sur le sujet. Leur recension de la littérature est remise à

jour en 1979 par Carpenter. Articles et volumes traitent principalement des aspects organisationnels de ces projets, de leur programmation et de leur efficacité. L'expérience vécue par les «locataires» est par contre beaucoup moins documentée.

Au cours de l'été 85, une enquête a été menée auprès des résidents(e)s du Service d'intervention en santé mentale Espoir¹, un programme d'appartements protégés situé sur la rive-sud de Montréal. Dans le cadre d'une recherche sur la contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques chroniques vivant dans la communauté², cette enquête visait à recueillir des données sur l'expérience de vie des locataires d'Espoir et à observer l'impact de leur participation à ce programme sur leur qualité de vie.

LE PROGRAMME ESPOIR

Le programme Espoir dispose de quinze appartements individuels (une ou deux pièces), d'un appartement familial pour un concierge-superviseur et d'espaces communautaires. La clientèle du programme est référée depuis les centres hospitaliers Charles-Lemoyne et Pierre Boucher pour des séjours ne pouvant, règle générale, dépasser dix-huit mois.

Le programme vise à permettre à l'ex-patient psychiatrique:

«de retrouver les compétences antérieures à sa maladie et même d'en acquérir d'autres, dans un milieu stimulant et le moins anxiogène possible.

* L'auteure, Ph.D., est chercheure à l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

Il devra apprendre à se connaître et à connaître sa maladie et les limites qu'elle lui impose» (Mailloux, 1985, 110).

Pour les responsables du programme, il importe de se «centrer sur les apprentissages nécessaires à la vie quotidienne en favorisant la prise en charge de l'individu par lui-même» (Mailloux, 1985, 110). Le service se veut complémentaire aux services du réseau et axé sur la collaboration du milieu.

Chaque locataire est responsable de sa personne et de son appartement, mais peut bénéficier d'un entraînement et d'une supervision pour la réalisation des tâches quotidiennes. Le jour, les résident(e)s doivent participer à un programme d'activités, activités physiques et de loisirs, d'apprentissage aux habiletés sociales et pratiques, de soutien et d'entraide. Ce programme et un accompagnement plus léger sont aussi offerts aux personnes qui ont terminé leur séjour dans les appartements.

LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Les participant(e)s au programme d'Espoir ont été rencontré(e)s à deux reprises en juin et juillet 1985. La première entrevue fut d'une durée moyenne de trente minutes, la seconde de soixante. Des quatorze résident(e)s d'Espoir, treize (neuf hommes et quatre femmes) ont participé à la première entrevue. Les résultats rapportés pour la seconde concernent huit personnes, six hommes et deux femmes³. Ces personnes ont entre 21 et 34 ans, pour une moyenne de 25 ans. Quatre ont complété des années d'études secondaires, deux collégiales et deux universitaires. Six ont déjà occupé un emploi non spécialisé dans le secteur manufacturier ou des services. Le dernier emploi remonte d'un à six ans. Actuellement, tous les membres d'Espoir tirent leur revenu du Bien-être social. Toutes les personnes rencontrées, à l'exception d'une divorcée, sont célibataires.

Les données recueillies lors de ces rencontres sont d'ordre quantitatif et qualitatif. Lors de la première entrevue, on demande à la personne d'évaluer sa qualité de la vie dans différents domaines, sur une échelle en sept points. Cette échelle est utilisée aux États-Unis auprès de populations identiques à celle de l'enquête (Baker et Intagliata, 1982). On pose ensuite des questions ouvertes quant aux occasions récentes de plaisir et de contrariété, aux préoccupations

actuelles et aux aspirations. Ces questions sont aussi reprises de deux enquêtes américaines récentes (Lehman *et al.*, 1982; Spivack *et al.*, 1982) auprès de patients psychiatriques chroniques dans la communauté. Ces enquêtes fournissent ainsi des points de repères pour la lecture des données québécoises.

La seconde entrevue s'intéresse aux conditions de vie dans dix domaines: la résidence, la gestion de la vie quotidienne (alimentation, vêtements, approvisionnement), le transport, les finances, la santé, la protection des droits et les rapports à la justice, l'organisation du temps, le temps libre, les relations interpersonnelles et la religion. Pour chacun de ces domaines, on considère quatre dimensions: les conditions objectives, la satisfaction (aspects positifs et difficultés), les aspirations et les services utilisés.

Les résultats obtenus à partir de l'échelle permettent d'apprécier, à partir de repères quantitatifs, la qualité de la vie des membres d'Espoir. Les données qualitatives offrent la possibilité de décrire l'expérience de vie et de contextualiser les données quantitatives. Elles permettent une réflexion critique sur le niveau de réalité rejoint par les données quantitatives. Les réponses fournies aux échelles peuvent être produites à partir de trois types d'évaluation: une évaluation des conditions objectives elles-mêmes; une évaluation en regard de sa situation particulière; une évaluation posée dans un contexte d'interaction où l'on veut donner à l'autre une image socialement correcte de ses conditions de vie. D'où l'importance des données qualitatives pour appréhender les cadres de référence mobilisés pour produire les réponses à l'échelle.

Avant de rapporter les résultats de cette recherche, il importe de souligner que les sujets de cette enquête sont en quelque sorte des privilégiés de la désinstitutionnalisation. Maintenant inscrits à un programme de réinsertion sociale, ils n'ont connu que des hospitalisations de courte durée. La plupart peuvent encore compter sur un réseau familial minimal. Leur niveau d'instruction se compare avantageusement à celui de la population générale. La moitié d'entre eux ont déjà travaillé. Dans ces conditions, les résultats traduisent la vie dans la communauté d'ex-patients psychiatriques qui évoluent dans un contexte plutôt favorable. Ils permettent d'apprécier jusqu'à quel point des services peuvent

faciliter la vie quotidienne des personnes psychiatriquées, en même temps que de considérer les ressemblances possibles et les différences probables de leur expérience en regard de celle de l'ensemble de la population.

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA VIE

Pour évaluer leur qualité de vie dans différents domaines, les personnes avaient en main une vignette représentant sept visages, du plus souriant au plus triste. La consigne donnée était la suivante: «Quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez en ce qui concerne...?».

Cet instrument utilisé auprès de patients psychiatriques chroniques par Baker et Intagliata (1982) est lui-même dérivé des échelles utilisées dans les enquêtes nationales américaines (Andrews et Whitley, 1976) et canadiennes (Atkinson, 1979) sur la qualité de la vie de la population générale. Ce qui permet de comparer les réponses des sujets de

l'enquête à celles de ces autres groupes. Les enquêtes nationales sont des enquêtes sur échantillon au hasard, donc représentatives de l'ensemble des conditions de vie. Les résultats de Baker et Intagliata sont issus d'une recherche évaluative du Programme de soutien communautaire (*Community Support Program*). Elles sont représentatives des conditions de vie de personnes bénéficiant d'un programme expérimental de services.

À cette échelle, 25 % des sujets ont accordé à leur «vie actuelle en général» une cote de A ou B⁴ (Tableau 1). Parmi la population canadienne, c'est 35 % des personnes qui considèrent leur vie comme très satisfaisante.

Si on considère les domaines un à un, la majorité des locataires d'Espoir ont des jugements très positifs (cotes A et B) sur leur qualité de vie au chapitre des divertissements à l'extérieur (63 %), de la nourriture (59 %), des ami(e)s (54 %) et du vêtement (50 %). Les relations avec les co-résident(e)s, les gens en général et les services du quartier recuei-

TABLEAU I

Évaluation de la qualité de la vie en général et par domaines

							
	A	B	C	D	E	F	G
Vie en général	8	17	58	8	—	8	—
Lieu de résidence	—	25	50	17	8	—	—
Quartier	8	8	25	42	8	8	—
Services du quartier	18	18	37	18	9	—	—
Nourriture	42	17	17	17	8	—	—
Vêtements	17	33	33	17	—	—	—
Santé	10	20	30	20	20	—	—
Situation financière	—	27	9	27	18	9	9
Activités le jour	—	27	45	9	9	9	—
Temps libre	8	17	33	25	8	—	8
Divertissement à l'extérieur	36	27	9	18	—	—	9
Famille	10	20	30	20	20	—	—
Ami(e)s	9	45	18	18	—	—	9
Co-résident(e)s	16	25	33	25	—	—	—
Gens en général	17	17	41	17	—	8	—

TABLEAU 2

Synthèse de l'évaluation de la qualité de la vie suivant le domaine

TRÈS POSITIF (A et B)		NEUTRE ET NÉGATIF (D à G)	
> 50%	33 1/3% < x < 50%	33 1/3% < x < 50%	> 50%
Divertissements à l'extérieur (63)	Co-résidants (41)	Temps libre (41)	Situation financière (63)
Nourriture (59)	Services du quartier (36)	Famille (40)	Quartier (58)
Ami(e)s (54)	Gens en général (34)		
Vêtements (50)			

lent aussi plus du tiers de jugements favorables (Tableau 2).

Les secteurs les plus problématiques sont ceux de la situation financière et du quartier: on y trouve une majorité de neutres et d'insatisfaits, soit respectivement 63% et 58%. L'occupation du temps libre (41%) et la famille (40%) représentent deux domaines où les jugements neutres ou négatifs représentent plus du tiers des appréciations.

Si on compare les résultats des membres d'Espoir à ceux d'ex-patients psychiatriques de l'État de New York et à ceux de la population générale canadienne et américaine, on observe que les quatre groupes vont porter sensiblement le même type de jugement pour ce qui est du lieu de résidence⁵. Les domaines des services dans le quartier, de la nourriture, du vêtement, de l'activité principale le jour, des divertissements à l'extérieur, des personnes avec qui on vit et la façon de s'entendre avec les gens présentent aussi des jugements concordants pour les groupes pour lesquels on a des données.

En ce qui concerne les relations avec les ami(e)s, les sujets de l'enquête présentent une proportion de jugements positifs (72%) plus faible que chez les sujets américains (82%), et que chez la population générale canadienne (93%) et américaine (94%).

Les résultats à l'item portant sur la situation financière sont étonnants: dans un contexte de satisfaction générale peu élevée, l'ensemble des Canadiens sont les plus positifs (65%), suivis des ex-patients psychiatriques américains (54%). Les ex-patients québécois partagent avec la population américaine générale le plus faible pourcentage de jugements positifs (36%).

Les deux groupes de personnes psychiatisées se distinguent de la population américaine et canadienne au chapitre de la santé, de l'occupation du temps libre et de la famille. Dans ces trois domaines, ils sont nettement moins nombreux à émettre des jugements positifs.

Les données qualitatives permettent d'aller plus avant et d'observer sur quelles bases ces jugements ont été émis.

L'EXPÉRIENCE DE VIE

Sous le thème de l'expérience de vie, il s'agit de voir comment s'organise la vie quotidienne des personnes et comment elles perçoivent leur lieu de résidence, leur organisation du temps et leurs relations interpersonnelles.

Résidence

L'appartement protégé représente un mode de résidence qui convient à la totalité des personnes rencontrées. Il est cependant significatif que les raisons évoquées pour justifier cette satisfaction tiennent davantage au programme d'activités qu'à l'appartement lui-même. Ce sont les activités, l'encadrement, l'autonomie plus grande qu'en famille d'accueil qui plaisent aux locataires. Deux personnes seulement vont se référer strictement à la dimension logement, en termes de grandeur adéquate et d'un bon rapport qualité/prix. Pour des raisons pratiques, aussi bien que dynamiques sans doute, on apprécie que le logement soit petit, ce qui démontre combien une évaluation comparable à

celle de la population générale peut traduire en même temps des standards tout à fait différents.

Les «dessous» de l'appréciation favorable de la nourriture semblent d'un autre ordre. Cinq personnes rencontrées ne mangent pas toujours à leur goût et il arrive à trois d'entre elles de ne pas manger à leur faim. Par contre, c'est l'item nourriture qui reçoit le plus de jugements «très satisfaits» (6/13). Or, les membres d'Espoir mettent beaucoup de temps et d'énergie à des activités liées à l'alimentation dans le cadre du programme aussi bien que chez eux. Cela aurait-il quelque chose à voir avec leur appréciation favorable?

Les répondant(e)s sont par ailleurs très critiques face à leur quartier: huit portent un jugement neutre ou défavorable. Pourtant, ils/elles l'apprécient pour la proximité de tous les services, ils/elles le trouvent sécuritaire. Mais c'est son allure générale qui déplaît («ça à l'air...»). Ici, les considérations esthétiques l'emportent donc sur les avantages d'ordre pratique.

Organisation du temps

En terme d'occupation principale, les membres d'Espoir consacrent leur journée aux activités du programme. Cependant, lorsqu'on aborde le temps libre, les frontières entre le programme d'Espoir et les loisirs deviennent difficiles à établir. À la question «Qu'est ce que vous avez fait la semaine dernière comme loisirs?», les personnes vont répondre: «Espoir», «la routine», «les activités du centre». Deux seulement vont se référer à la télévision et à la lecture, activités qu'elles pratiquent à leur appartement et le soir⁶.

Les loisirs et les activités de jour tendent donc à se confondre, tout comme dans un autre ordre d'idée, le chez soi et le centre peuvent être perçus dans le prolongement l'un de l'autre. La réponse à la question «Combien d'heures par jour, en général, passez-vous à l'extérieur de chez vous?» est bimodale. Quatre personnes vont se référer au temps passé à l'extérieur de leur appartement, et vont répondre «six - sept heures», «la majeure partie, je n'y vais que pour manger», «assez longtemps». Les réponses des autres vont aller de «zéro à l'extérieur d'Espoir» à «deux - trois heures». Pour ces personnes, le «chez vous» englobe donc l'espace communautaire d'Espoir. Cette observation était déjà

suggérée à partir des questions sur la résidence: six personnes trouvent que leur logement leur convient à cause du programme d'activités.

Une fois ces données connues, il devient possible de proposer des pistes de compréhension aux réponses fournies à l'échelle de la qualité de la vie pour les items «occupation principale» et «temps libre». Au premier abord, on pourrait croire que ces personnes qui bénéficient d'un programme d'activités qu'elles apprécient, vont exprimer cette satisfaction à ces deux items. Or, ils suscitent plutôt l'indifférence et la neutralité: 63% des réponses couvrent la zone médiane (C-D-E) pour les activités de jour et 66% pour le temps libre (Tableau 1). Ces jugements mitigés pourraient rendre compte de l'insatisfaction ou de la résignation face à un «surplus» de temps libre, les activités du centre étant elles-mêmes perçues comme des occupations de temps libre. Faute d'activité principale, signifiante et socialement reconnue, le temps libre lui-même ne peut par ailleurs être pleinement apprécié. Ce qu'un résident a exprimé de façon explicite, en posant la dichotomie appartement supervisé et programme d'activités versus appartement autonome et travail:

«Au mois d'août, je vais partir pour un appartement ailleurs. J'aimerais mieux travailler que faire des activités.»

Les personnes rencontrées semblent souvent se référer à deux registres: celui de la vie «réelle» et celui de la vie au centre. Certaines personnes vont se référer de façon privilégiée à la vie au centre, d'autres à la vie réelle. D'autres vont passer d'un registre à l'autre. La vie en appartement protégé semble ainsi entraîner une certaine ambiguïté entre le chez soi et le local communautaire et entre l'activité principale et le temps libre. Les répondant(e)s apparaissent bien conscient(e)s du décalage entre leur situation et la «vraie» vie.

Relations interpersonnelles

Quatre personnes des huit rencontrées ont des contacts réguliers avec leur famille⁷: elles leur parlent au téléphone et les rencontrent (en fin de semaine surtout) au moins une fois par semaine. Pour les autres la fréquence va d'une fois par mois à quelques fois dans l'année.

Les membres de la famille sont de loin les per-

sonnes les plus fréquentées: un seul sujet a fait une visite à une amie et un animateur de mouvement de jeunes a été le seul à rendre visite à un des locataires d'Espoir. Une personne téléphone chaque semaine à un ex-membre d'Espoir et une autre écrit de temps en temps à une amie. Deux seulement ont des activités avec des voisins ou des amis (cartes et promenade à bicyclette) et deux sortent avec un, une ami(e)s au moins une fois par mois.

La famille d'origine et le groupe d'Espoir représentent donc les seuls groupes d'appartenance des répondant(e)s. Lorsqu'on demande ce qui est le plus apprécié «des personnes avec qui vous vivez», les réponses ont trait à leur seule présence et au fait de partager la même situation: «la possibilité de faire des nouvelles connaissances, les amitiés»; «parler»; «le contact»; «elles sont serviables»; «elles partagent la même situation que moi»; «on est tous dans la même situation, on peut s'entraider». Ce type de réponse illustre bien le rôle d'agent thérapeutique que les co-locataires jouent les uns pour les autres.

L'importance dans la vie des membres d'Espoir de leur famille et de leurs «voisins» apparaît plus clairement encore lorsqu'on évoque le réseau de soutien. À la question «Qui sont les personnes les plus importantes dans votre vie?», six personnes se réfèrent à leurs parents ou à leurs frères et soeurs. Les deux autres vont répondre «personne» et «moi». Cinq répondant(e)s ont vu l'une de ces personnes importantes depuis les deux dernières semaines. Pourtant, ce n'est pas nécessairement vers elles que l'on ira pour demander de l'aide.

Dans le cas de petits services, on parle de l'animateur, du concierge, des voisins, du groupe, d'une amie et du frère. Deux répondants considèrent qu'il n'y a personne dans leur entourage qui puisse leur rendre de petits services.

Si l'on avait des problèmes et on voulait en parler, on se tournerait surtout vers des professionnels et paraprofessionnels: psychiatre, animatrice du centre, travailleuse sociale, psychologue, un animateur de mouvement de jeunes. Une seule mention concerne une amie. En cas d'urgence, on considère que le père, la soeur, la travailleuse sociale, le groupe d'Espoir pourraient venir aider. On pourrait aller à l'hôpital, chez les parents, à Espoir. Deux personnes ne sauraient que faire.

Même si elles sont suivies et privilégiées, les relations avec la famille ne vont sans doute pas sans difficultés: seulement 30% des personnes se montrent satisfaites (A-B) des relations avec leur famille. Le jugement est plus favorable (54% de A-B) en ce qui concerne les ami(e)s (Tableau 1).

ÉVÉNEMENTS, PRÉOCCUPATIONS ET ASPIRATIONS

À la fin de la première entrevue, on a demandé aux personnes d'évoquer deux événements récents (moins d'une semaine) qui leur avaient plu, puis deux autres qui les avaient rendus malheureux. On leur demandait ensuite ce qu'elles aimeraient changer dans leur vie et quelle était leur principale préoccupation à l'heure actuelle.

TABLEAU 3

Répartition des réponses suivant le domaine

DOMAINE	ÉVÉNEMENTS POSITIFS NÉGATIFS		DÉSIR	PRÉOCCU- PATION	TOTAL
Famille	6	4	—	1	11
Travail	—	—	8	3	11
Santé mentale	—	—	2	4	6
Amitié	5	1	—	—	6
Loisirs	4	—	—	1	5
Finances	1	—	2	—	3
Couple	—	1	2	—	3
Sexualité	—	1	—	—	1

Une première constatation est à l'effet que ces questions suscitent un grand nombre de réponses dans les domaines de la famille et du travail (Tableau 3). Une autre façon de voir les choses est de dire que les «événements», positifs ou négatifs, originent dans une large mesure de la famille et des ami(e)s, alors que les aspirations et les préoccupations ont trait au travail. Dans une moindre mesure, la santé mentale et les finances sont aussi sources de souci. Il est tout à fait remarquable que la famille soit à l'origine d'événements plaisants aussi bien que malheureux, alors que les ami(e)s sont surtout la cause d'événements positifs.

Dans une enquête similaire, Spivack et ses collaborateurs (1982) ont aussi remarqué que la vie des patients psychiatriques chroniques était principalement orientée vers la santé et les relations sociales et que les activités productives y tenaient très peu de place. Lorsque Lehman et ses collaborateurs ont demandé à un échantillon (278) de malades mentaux chroniques de Los Angeles les mêmes questions que celles de cette enquête, les domaines des relations sociales (141 mentions), et de la famille (100 mentions) ont aussi été les plus fréquemment cités. Ils étaient cependant suivis de près par les domaines du logement (96), des finances (86), des loisirs (83) et de la santé mentale (82). Dans ces domaines, seuls les loisirs avaient présenté majoritairement des événements heureux.

Les membres d'Espoir partagent donc avec leurs

pendants américains les préoccupations pour la santé mentale et le travail. Ils semblent cependant davantage à l'abri des soucis d'ordre financier et de logement.

LES SERVICES

L'enquête de Baker et Intagliata et celle réalisée à Espoir permettent de conclure que les patients psychiatriques chroniques peuvent attribuer à leurs conditions de vie en certains domaines des jugements aussi positifs que ceux portés par la population générale. Ces jugements peuvent cependant être émis sur des bases tout à fait différentes.

Les données qualitatives aussi bien que quantitatives révèlent que les relations avec la famille, l'occupation principale et le temps libre représentent trois secteurs stratégiques pour les patients psychiatriques chroniques. L'insatisfaction face à la situation financière est partagée avec l'ensemble de la population et à un moindre degré la préoccupation pour la santé (tableau 4).

Ce tableau d'ensemble permet de cerner les zones d'efficacité des services et les zones grises. À l'évidence, les services peuvent contribuer à la qualité de la vie dans tous les domaines reliés à la dimension matérielle de la vie quotidienne. Ils apportent aussi un cadre de vie socialement riche. Dans les autres domaines, la rencontre avec les locataires d'Espoir pourrait avoir permis d'identifier une

TABLEAU 4

Domaines critiques de la qualité de la vie chez des patients psychiatriques chroniques (PPC) et chez la population générale.

JUGEMENTS NÉGATIFS %	PPC QC	PPC USA	POPULATION CANADIENNE	POPULATION AMÉRICAINNE
DOMAINE				
Situation financière	36	25	23	35
Santé	20	24	13	13
Famille	20	20	— ¹	2
Occupation principale	18	11	— ¹	7
Temps libre	16	17	— ¹	8

1. Pas de données pour ces domaines

limite inhérente aux services. Ceux-ci peuvent offrir des structures, des programmes, du soutien, mais beaucoup plus difficilement des «rôles». De ces rôles qui rendent la participation à la vie de la communauté «réelle».

Certains des commentaires des résident(e)s d'Espoir traduisent leur impression de rester en marge. Lorsqu'on leur a demandé quels services sont les plus importants pour des personnes dans leur situation, elles ont évoqué le Bien-être social, les centres communautaires, l'encadrement, «parce que les problèmes entraînent l'isolement». À la question, «quels services manquent le plus?», la plupart des personnes ont répondu «aucun», «ça va». Les deux seules demandes ont été pour «l'intégration à la vie normale, surtout l'emploi» et pour «des endroits où on peut trouver des gens qui ne sont pas en thérapie». Ces mêmes personnes ne se méprennent pas non plus sur les rôles des intervenant(e)s. Une jeune femme dira: «Ici, ils sont très attentifs, mais ils ne peuvent pas être des amis».

Les données qualitatives sur l'expérience de vie donnent à penser que cette impression de vivre en marge est en partie entretenue par deux aspects particuliers du cadre de vie des membres d'Espoir: habiter une résidence à la fois individuelle et communautaire et occuper ses journées à un programme d'activités. À partir des entrevues, on a le sentiment que les personnes rencontrées sont confrontées à deux cadres de référence. L'un en relation avec leur vie à Espoir, l'autre en relation avec la vraie vie. Suivant le premier, les choses vont plutôt bien. Pour ce qui est du deuxième, les appréciations vont varier d'après les aspirations de chacun(e).

Si on considère les besoins spécifiques des personnes psychiatisées, la contribution des appartements protégés apparaît tout à fait adéquate. Par contre, ils ne peuvent apporter qu'une réponse partielle aux attentes face à une vie normale.

En regard de la population générale, les locataires d'Espoir, comme nombre de patients psychiatriques chroniques, manquent de façon dramatique de rôles sociaux (Corin et Lauzon, 1984). Ceux qu'ils peuvent s'attribuer sont reliés à la famille d'origine: enfant (comme dépendant et non comme pourvoyeur), frère, soeur. Certains éprouvent beaucoup de plaisir à jouer celui d'ami(e). La plupart attendent le jour où ils seront travailleur(e)s, parents, amant(e)s, conjoint(e)s. Et en ces domaines,

la contribution des services ne peut être que limitée, limitée par les chances que la vie offre elle-même.

D'avoir rencontré les locataires d'Espoir a suscité de nombreuses réflexions dont ce texte se fait l'écho. On y trouve confirmation de l'intérêt de donner la parole aux consommateurs de services. Par ailleurs, il convient de demeurer modeste face aux résultats et de se garder de toute généralisation trop rapide, puisque cette enquête pilote n'a rejoint que peu de personnes.

CONCLUSION

La désinstitutionnalisation, la psychiatrie communautaire, le mouvement des ressources alternatives ont soulevé un vent d'espoir dans le domaine de la santé mentale. Peut-être ont-ils aussi entraîné des attentes démesurées. Lamb (1979) a déjà souligné combien les intervenant(e)s et la société pouvaient entretenir des attentes irréalistes face aux patients psychiatriques chroniques. Peut-être tous les acteurs de la scène de la santé mentale sont-ils en train de développer ce même type d'attentes excessives face aux programmes de réinsertion sociale. Ces attentes ont le mérite d'exprimer la foi et l'espoir que les choses vont aller mieux. Mais cet optimisme ne doit pas entraîner l'attribution d'objectifs irréalistes, au risque de perdre de vue la pertinence réelle de ces services dans le domaine des besoins spécifiques des patients psychiatriques chroniques. Il serait dommage que ce «troisième âge d'or», (Leighton, 1982) en santé mentale, ne sombre à son tour dans la désillusion, sans qu'on en ait tiré tout le bénéfice.

NOTES

1. Cette enquête a été réalisée par Marc Cossette, Richard Lavoie, Céline Mercier et Hélène Trudel. Nous tenons à remercier tous les membres d'Espoir de leur accueil et de leur collaboration.
2. Cette recherche est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale sous le numéro RS1024 084. Dans le cadre de cette recherche, le patient psychiatrique chronique est défini à partir du critère du diagnostic (schizophrénique et psychose affective) et de la durée de la carrière (plus de deux ans depuis la première hospitalisation).
3. Au moment de la seconde entrevue, une personne avait quitté le programme pour un appartement autonome, deux étaient absentes et deux ont préféré ne pas participer à la seconde entrevue.

4. La lettre entre parenthèse se réfère au niveau de l'échelle en sept points où A représente le visage le plus souriant, D le visage neutre et G le visage le plus triste.
5. Ces comparaisons sont établies sur la base du pourcentage total de jugements positifs.
6. C'est la notion de hobby et de passe-temps qui encourage la référence à un univers personnel, distinct du centre. On trouve autant de réponses que de sujets à la question «Vous êtes-vous occupé(e) à un hobby, à un passe-temps?» Une personne va répondre non et les autres vont respectivement citer la télévision, le crochet et le tricot, le travail à la bibliothèque du centre, la lecture, les cartes et les jeux de société, les soins à une tourterelle, la rédaction d'un livre sur la course auto.
7. Parmi les sujets de l'enquête, un seul n'a plus ni père, ni mère, et un seul n'a pas de frères et sœurs. Aucun n'a d'enfants.

RÉFÉRENCES

- ANDREWS, F.M., WITHEY, S.B., 1976, *Social Indicators of Well-Being*, New York, Plenum Press.
- ANSTEE, B.H., 1978, An alternative to group homes, *The British Journal of Psychiatry*, 132, 356-381.
- ATKINSON, T., 1979, Public Perceptions of the Quality of Life, dans Statistics Canada, (ed), *Perspective Canada III*, Ottawa, Statistics Canada.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1982, Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- CARPENTER, J.K., 1979, Community residential facilities for former mental patients: An annotated bibliography supplement, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 3, No. 2, 1-22.
- CHIEN, C.P., COLE, J.O., 1973, Landlord — supervised cooperative apartments: A new modality for community — based treatment, *American Journal of Psychiatry*, 130, No. 2, 156-159.
- CIOMPI, L., 1978, Un élément précieux de réadaptation socio-psychiatrique. L'appartement protégé, *L'Information Psychiatrie*, 54, No. 1, 5-11.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, IX, No. 2, 168-172.
- GOLDMEIER, J., SHORE, M.F., MANNINO, F.V., 1977, Cooperative apartments: New programs in community mental health, *Health and Social Work*, 2, No. 1, 119-140.
- HODGMAN, E., STAIN, E., 1966, The cooperative apartment, *Community Mental Health Journal*, 2, No. 4, 347-352.
- LAMB, H.R., 1979, Staff burnout in work with long-term patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, No. 6, 396-398.
- LEHMAN, A.F., REED, S.K., POSSIDENTE, S.M., 1982, Priorities for long-term care: Comments from board-and-care residents, *Psychiatric Quarterly*, 54, No. 3, 181-190.
- LEIGHTON, A.H., 1982, Un âge d'or périodique, Le traitement et la prévention des maladies mentales, *Santé mentale au Canada*, 30, 2, 2-6.
- LETOURNEUX, M.C., 1984, Les alternatives: une expérience en cours dans la sous-région est de Montréal, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, No. 6, 45-48.
- MAILLOUX, J.L., 1985, Service d'intervention en santé mentale Espoir, dans Comité de la santé mentale du Québec, *Rôles et place des ressources alternatives*, *Avis sur les ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 109-113.
- MULARD, P., 1980, Programme des appartements thérapeutiques de St-Louis, *Transitions*, 4, 48-61.
- REVERZY, J.F., DAMERON, J.F., 1979, Rapport: guérison, soins, appartements thérapeutiques et structures intermédiaires, *L'Information Psychiatrie*, 55, No. 4, 353-385.
- SANDALL, H., HAWLEY, T.T., GORDON, G.G., 1975, The St-Louis community homes program: Graduated support for long-term care, *American Journal of Psychiatry*, 132, No. 6, 617-622.
- SPIVAK, G., SIEGEL, J., SKLAVEC, D., DEUSCHLE, L., GARRET, L., 1982, The long-term patient in the community: Life-style patterns and treatment implications, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, No. 4, 291-295.
- TOMLINSON, P.B., CUMMING, J., 1976, Coast foundation apartment project, *Canada's Mental Health*, 24, No. 1, 23-28.

SUMMARY

A field survey of the tenants involved in a program of «protected apartments» reveals the impact of their participation in this program on their daily experience in the community. From the interviews, it appears that in many ways those people value their quality of life favourably in comparison with that of the general population. Along with most of the population they have mixed judgments on their financial situation and their health. However, regarding family relationships, their main occupation and their free time they are not as contented. The analysis of the quantitative and qualitative data puts into perspective the possible assets and the inherent limitations of the services foreseen for maintaining chronic psychiatric patients in the community.