

Présentation : Multiples enjeux et perspectives diverses

Henri Dorvil et Paul Morin

Volume 14, numéro 2, décembre 2001

Le logement social et l'hébergement

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/009071ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/009071ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dorvil, H. & Morin, P. (2001). Présentation : Multiples enjeux et perspectives diverses. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 20–27.
<https://doi.org/10.7202/009071ar>



Dossier : LE LOGEMENT SOCIAL ET L'HÉBERGEMENT

Multiples enjeux et perspectives diverses

Henri DORVIL
École de travail social
Université du Québec à Montréal

Paul MORIN
Collectif de défense des droits de la Montérégie
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé
et de la prévention, GRASP – Centre FCAR
Université de Montréal

Ce numéro spécial de la *Revue Nouvelles pratiques sociales* tente d'explorer quelques aspects du logement, une des institutions de base des sociétés contemporaines. Négligé pendant un certain temps, surtout par la sociologie et l'économie politique, le logement revient en force depuis les années 1980, porté par des centres de recherche universitaire faisant ainsi écho aux revendications légitimes des populations marginalisées (personnes à faible revenu, clientèles spéciales, squatters, etc.) réclamant un logement décent.

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

Ainsi la Déclaration universelle des droits de l'homme dont nous avons fêté le 50^e anniversaire il y a quelques années a été le premier document international à mentionner, dès 1948, le droit au logement dans son article 25.1. Le logement joue un rôle fondamental pour la survie de l'homme et son

aptitude au travail, de même que pour la sécurité de la société et sa cohésion. Avoir un logement à soi constitue le point de départ de l'organisation de la vie en société et une condition préalable à l'exercice de la citoyenneté. De plus, l'accès au logement est souvent la pierre angulaire de l'accès aux autres droits sociaux comme le droit à l'éducation, à la santé ou aux services de base comme l'eau ou l'électricité (Parmentier, 1997). Cependant, en dépit de ce rôle stratégique du logement, beaucoup de nos concitoyens n'ont pas accès à cette ressource. Mentionnons que plus de 800 000 ménages au Canada, dont 275 000 au Québec, allouent plus de la moitié de leur revenu au logement, ce qui les oblige à couper dans les dépenses essentielles comme l'alimentation, les vêtements, les médicaments (Papineau, 2000). Des populations marginalisées comme les personnes classées malades mentales, toxicomanes, déficientes intellectuelles y consacrent jusqu'à 45 % de leurs revenus quand elles veulent sortir du cadre de l'hébergement traditionnel. 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 % du marché (Fuller-Thomson, Hulchanski et Hwang, 2000), aux Pays-Bas, il en occupe 40 %. Le logement y est attribué non en fonction du revenu ou du degré de richesse mais en tenant compte du besoin, incluant l'état de santé de l'individu. 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.-à-d. dépassant largement le système de soins (Marmor, Barer et Evans, 1996), comprise au sens de l'OMS : *health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*.

LES ASPECTS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS

Nous partons de cette considération selon laquelle ne pas pouvoir tenir maison, ne pas avoir de logement et de travail met la personne en situation d'illégalité qui peut la conduire à la rue, en prison ou à une admission involontaire en psychiatrie. Le logement constitue le point d'ancrage de l'individu dans la société. Ainsi avoir une adresse constitue un des facteurs les plus importants pour l'intégration sociale. Le fait pour les personnes à faible

revenu de ne pas toujours pouvoir accéder à cet idéal signe en quelque sorte leur marginalité. L'on se rappellera cette histoire tirée de faits réels rapportée par Michel Foucault (1975), celle de Béasse qui explique au juge qu'il n'a pas d'habitat, qu'il peut vagabonder, errer là où il veut ; qu'il n'a pas de maître, pas de père et mère, qu'il se considère autonome, qu'il n'a pas de travail, est libre de son emploi du temps et conserve la plénitude de ses jours et de ses nuits. Le juge tente d'envelopper cette indiscipline dans la majesté de la loi. Mais, comme l'explique Foucault, c'est tout l'état de cette civilisation, son ordre et son système de coercition qui font saillie et s'exhibent. C'est à dire que chacun – pour être dans la normalité – doit avoir un lieu, une localisation, un état, une identité fixée, reconnaissable, un état stable, continu, des pensées d'avenir. Un maître, être à l'intérieur d'une hiérarchie. Être serviteur. Autrement dit, fournir une réponse « normale » au juge ou à tout représentant de la loi : Avez-vous un domicile ? Avez-vous un travail ? Des parents ?

Dans le sillon de la pensée foucauldienne, un autre auteur (Geremek, 1980) apporte des précisions : dans une société donnée, il existe des prescriptions récurrentes qu'il faut exécuter pour répondre aux normes de fonctionnement social. Par exemple, le travail est une valeur fondamentale, l'idéal de fixation dans des lieux de résidence (adresse) comme dans des conditions sociales déterminées, un responsable à qui l'on doit répondre de ses actes. On peut donc penser qu'un manque de commodité dans le domaine du logement pousse beaucoup de personnes vers la marginalisation, surtout des gens très peu habitués à contrôler leur espace de vie (Morin, 1994). Posséder un logement, avoir un domicile fixe constitue un comportement normal qui rejoint un consensus à l'intérieur d'un groupe culturel donné non étranger cependant aux rapports de pouvoir entre les groupes sociaux. La norme du logement assigne aussi à chacun une place, une résidence, une zone selon un processus complexe de stratification variant avec le type de déviance, la loyauté à l'ordre public, la classe sociale du sujet. L'absence de politiques publiques dans le domaine du logement contribue à la disqualification sociale pour plusieurs groupes. De plus, le fait de ne pas pouvoir tenir maison, d'errer dans les rues sans domicile s'interprète autant comme une infraction à l'ordre public que comme le symptôme d'une maladie mentale, les deux logiques pénale et psychiatrique se voisant dans un même champ d'activité sociale (Robert, 1997).

ESPACES, TISSU SOCIAL ET RÉSEAUX DE SERVICES

Se loger n'est pas habiter ; les recherches sur le sens des expériences résidentielles démontrent en effet le lien fondamental qui unit les résidents à leurs espaces (Chalas, 1988). Ainsi, habiter c'est donc occuper fonctionnellement un espace mais, plus encore, se définir comme individu. Même quand on

conçoit la maison comme un refuge contre l'extérieur, on est ainsi rapidement ramené aux dimensions sociales qui s'expriment dans ce nid : « the home [...] is a crucial 'locale' in the sense that it is the setting through which basic forms of social relations and social institutions are constituted and reproduced » (Saunders et Williams, 1988 : 82). En plus d'être une façon de se produire et de se constituer, « habiter » implique et forme donc des rapports aux autres et, plus largement, des façons d'être au monde. L'habitat réfère ainsi de façon non équivoque à des relations sociales entre des personnes et des lieux d'habitation. Le domicile constitue une base pour des relations sociales, c'est-à-dire que c'est un endroit pour recevoir des amis, une expression de notre identité propre. Le fait d'être pauvre et marginalisé peut toutefois représenter une barrière à la qualité et à la quantité de support que peuvent recevoir ses habitants. Ainsi, souvent, ces personnes sont coupées d'autres liens potentiels comme l'éducation, le travail. Elles peuvent devenir littéralement des prisonniers de leur espace, un espace ghettoisé par exemple.

Pour plusieurs le logement est donc leur seule possibilité de se connecter avec un contexte plus large ; une base d'échanges, de pouvoir personnel et une source d'identité. Il importe donc de conceptualiser l'habitat (places) comme faisceau de relations sociales et de pratiques. Ce sont ces relations, attitudes et comportements qui façonnent l'expérience d'un individu quant à son habitat et, sans l'ombre d'un doute, cela est central à son bien-être. La base de la cohésion sociale doit être une continuité de gens qui ont forgé des réseaux sociaux. Ces réseaux constituent le capital social irremplaçable d'un milieu de vie, le capital social désignant les réseaux sociaux que l'individu entretient, soit les amis, la famille, les camarades de classe, les collègues de travail ou des connaissances plus éloignées ; milieu de vie pouvant être détruit par une instabilité résidentielle trop forte. Ce sont ces réseaux sociaux, ces groupes secondaires situés entre l'État et les citoyens qui constituent une nation (Kawachi et Berkman, 2000). Et le logement couplé à son corollaire le voisinage constitue la structure de base, le point de départ de ce maillage social. Ainsi, plus que le capital humain ou individuel, c'est le déficit du capital social (richesse, diversité des ressources) qui hypothèque la santé des individus et des populations.

La question de l'espace nous apparaît ici un élément d'analyse à privilégier. Déjà il y a un quart de siècle, Henri Lefebvre avait constaté que « tout converge vers les problèmes de l'espace » (1975 : 223). Ce bouleversement des rapports existentiels à l'espace n'a fait que s'accroître depuis.

Le brouillage des espaces qui devraient contribuer à l'encadrement des rapports sociaux, à la production de liens, de formes de civilité, de mœurs consolidant la vie ensemble, ne se cantonne pas dans l'au-delà des périphéries urbaines, abandonnées à des gens d'ailleurs et à des démunis contraints d'y demeurer [...] il est partout à l'œuvre. (Balandier, 2001 : 76)

En ce moment, le concept clef organisationnel de nature territoriale en santé et services sociaux au Québec est le réseau intégré de services.

Il implique une offre de soins et d'activités variée (soins généraux et spécialisés, travail, logement, etc.) et continue, dispensée majoritairement dans la communauté par un ensemble de distributeurs (de l'institutionnel, du communautaire / alternatif et de l'intersectoriel) coordonnant leurs services et tenus imputables de l'efficacité et de la pertinence du système et des résultats relatifs à la santé de la clientèle. Il se structure en fonction de « l'appropriation du pouvoir » et des besoins exprimés de la clientèle. (Fleury, 2001)

Ainsi, selon le plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux, la mission du Ministère est de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être en rendant accessible un ensemble de services intégrés et de qualité et en contribuant au développement social et économique. Présentement, dans la dispensation des services à ces populations marginalisées, nous sommes dans une logique par programmes où tout est construit selon votre appartenance à un programme ou à l'autre et lorsque vous avez le malheur d'être dans une zone grise comme, par exemple, les personnes déficientes intellectuelles avec des troubles de comportement, vous devenez un « K ». Cette logique va de pair avec un professionnalisme de l'intervention qui laisse de moins en moins de place aux non-spécialistes. Pourtant la santé mentale d'une population, comme tous les problèmes sociaux, ne peut et ne doit pas uniquement être laissée entre les mains des dits spécialistes, car cela revient à nier l'intégration sociale de ces personnes qui ne peut véritablement subvenir qu'en dehors d'une telle logique.

En santé mentale, dans le cadre du plan de transformation, ce nouveau véhicule organisationnel est désormais paré de toutes les vertus :

Les finalités d'un réseau local de services intégrés en santé mentale sont d'améliorer la santé et le bien-être des personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale, d'assurer l'accès et la continuité des services et de contribuer au développement de leur citoyenneté (viser l'inclusion et non seulement l'intégration). (Brière, 2001)

Sur la base du principe général de l'appropriation du pouvoir, d'autres principes sont aussi mis de l'avant comme par exemple le territoire local ou la collaboration interorganisationnelle et intersectorielle. En ciblant les personnes ayant des problèmes « sévères et persistants » le Québec va pourtant à contre-courant des expériences innovatrices en santé mentale. Ainsi le réseau international d'expériences pilotes en santé mentale communautaire a comme objectifs :

- La création de services dans la communauté qui sont intégrés, cohérents et en mesure de développer une stratégie qui réponde aux besoins en santé mentale d'une population donnée.

- Afin d'atteindre le premier objectif, le point fondamental de départ demeure la désinstitutionnalisation, qui vise à dépasser non seulement l'hôpital psychiatrique mais la pratique psychiatrique courante de seulement « traiter et soigner la maladie ».
- La fragmentation des réponses spécifiques pour des besoins spécifiques et individuels devrait être évitée ; cela reproduit seulement la séparation et l'objectification basées sur les catégories et les idéologies de l'exclusion. (International Collaborating Network, 2001 : 3-4)

L'un des neuf principes mis de l'avant par ce tout nouveau réseau international est celui de l'approche intersectorielle :

Les objectifs généraux des interventions en coopération devraient être la lutte contre l'exclusion sociale, la promotion de la citoyenneté, la coexistence pacifique et la tolérance. Les interventions en coopération doivent donc tendre vers une approche intersectorielle, en travaillant sur les multiples formes de l'exclusion existant sur un territoire donné, plutôt que sur un secteur distinct (hôpitaux psychiatriques, institutions pour les personnes âgées, institutions pour les personnes handicapées, prisons, enfants abandonnés, etc.). Des approches populationnelles doivent prendre préséance sur des problématiques précises (psychiatrie, femmes, enfants). La coopération signifie travailler avec des habitats (places) et des personnes, pas avec des « problèmes ». (International Collaborating Network, 2001 : 16)

Selon nous, le renouvellement des pratiques ne peut s'effectuer que dans un tel cadre et non pas dans une logique de services qui transparaît clairement dans la mise en place de réseaux intégrés. D'ailleurs, au Saguenay-Lac St-Jean, les organismes communautaires ont discerné que cette méthode de travail

- priorise la dispensation de services comme mode d'intervention au détriment des autres modes que sont le travail de prévention-promotion, la défense des droits, la conscientisation, l'éducation, la mobilisation, etc. ;
- modifie notre perspective de changement social à celle d'adaptation sociale, donc de travailler prioritairement sur les conséquences au détriment du travail sur les causes ;
- délaisse l'approche globale des personnes et des situations à la faveur de la sectorisation des problèmes. Il en découlera l'individualisation des réponses au détriment d'une réponse collective. (ARACSM-02, 2000 : 4)

En Italie, on cherche depuis plus de trente ans à briser cette logique de services en renforçant le tissu social, en produisant de nouveaux rapports sociaux et en travaillant concrètement à la mise en place d'une nouvelle démarche thérapeutique : « la construction morceau par morceau du droit à la citoyenneté, du droit à la santé et au bien-être » (De Leonardis, Mauri et Rotelli, 1993 : 55). Ce passage d'une machine de réparation à une énergie

de vie (Attenasio, 2001) se construit là aussi sur le territoire, mais en dépassant la logique par programme. Un « Patto Smit », acronyme pour nommer un pacte territorial pour la santé mentale en Italie, a ainsi comme finalité :

d'élaborer un plan de développement territorial durable, intersectoriel, stratégique et orienté vers un compromis équitable qui inter-relie mesures concrètes de travail, politiques du logement, promotion et protection environnementale, politiques financières, organisation des services à la personne, éducation et formation, promotion du développement local, par la constitution des agences territoriales. (Psichiatria Democratica, 2001)

Même l'exigence esthétique a sa place dans la production et la reproduction de ces nouveaux rapports sociaux, retrouvant ainsi la magnifique inspiration de Marx qui renvoyait dans *Les manuscrits de 1844* à « La maison de lumière que, dans Eschyle, Prométhée désigne comme l'un des plus grands cadeaux qui lui ait permis de transformer le sauvage en homme » (Marx, 1972 : 101).

Les textes composant ce numéro explorent une facette ou l'autre de l'hébergement / logement social à travers des situations sociales particulières, dans des contextes nationaux différents. Éthique, habitation à loyer modique, stabilité résidentielle, territoires de l'intimité, accès logis pour les clientèles spéciales, habitat et classes sociales, bref, dans nos cités comme à l'échelle planétaire, nomades sans domicile fixe versus sédentaires insécurisés à demeure, chacun de ces textes révèle à sa façon le rôle fondamental du logement dans les sociétés contemporaines, sa diversité et aussi son indéniable centralité sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- ARACSM-02 (2000). *Réseau services intégrés*, Chicoutimi, 12 pages.
- ATTENASIO, L. (sous la direction de) (2001). *L'obbligo di prendersi cura*, Roma, Edizioni Interculturali, 248 pages.
- BALANDIER, G. (2001). *Le grand système*, Paris, Fayard, 274 pages.
- BRIÈRE, N. (2001). *Réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, conférence prononcée lors du Colloque du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Montréal, 28 septembre.
- 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.
- DE LEONARDIS, O., MAURI, O. et F. ROTELLI (1993). *L'impresa sociale*, Analasi, 212 pages.
- FLEURY, M.-J. (2001). *La notion de réseaux intégrés de service en santé mentale*, conférence prononcée lors du Colloque du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Montréal, 28 septembre.

- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, Coll. Bibliothèque des Histoires, 318 pages.
- FULLER-THOMSON, E., HULCHANSKI, J.D. et S. HWANG (2000). « The Housing/Health Relationship. What Do We Know ? », *Review on Environmental Health*, vol. 15, n°s 1-2, 109-133.
- GEREMEK, B. (1980). *Truands et misérables dans l'époque moderne (1350-1600)*, Paris, Gallimard, 251 pages.
- INTERNATIONAL COLLABORATING NETWORK OF COMMUNITY MENTAL HEALTH LEADING EXPERIENCES (2001). *New Services Directions*, <www.exclusion.net>.
- KAWACHI, I. et L. BERKMAN (2000). « Social Cohesion, Social Capital and Health », dans BERKMAN, L.J. et I. KAWACHI (sous la direction de), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 174-190.
- LEFEBVRE, H. (1975). *Le temps des méprises*, Paris, Stock, 252 pages.
- MARMOR, T., BARER, M.L. 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., BARER, M.L. et T.R. MARMOR (sous la direction de), *Être ou ne pas être en santé*, Les Presses de l'Université de Montréal et John Libbey Eurotext, 223-236.
- MARX, K. (1972). *Les manuscrits de 1844*, Paris, Éditions Sociales, 174 pages.
- MORIN, P. (1994). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal, 311 feuillets.
- PAPINEAU, J. (2000). « Crise du logement social. Goulot d'étranglement », *La gazette des femmes*, vol. 22, n° 2, 26-29.
- PARMENTIER, C. (1997). « Le logement : domaine d'intérêt général européen ? » *Séminaire Européen Intérêt général Européen et logement*, Bruxelles, 11-12 décembre, 13 pages.
- PSICHIATRICA DEMOCRATICA (2001). *Cosa sono I Patti Smit*, <www.psichiatricademocratica.com>.
- ROBERT, M. (1997). *De la médicalisation à la pénalisation des justiciables souffrant de troubles mentaux*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal, 421 feuillets.
- SAUNDERS, P. et P. WILLIAMS (1988), « The Constitution of the Home : Towards a Research Agenda », *Housing Studies*, vol. 3, n° 2, 81-93.
- VAILLANCOURT, Y. (2001). « Logement public : enjeux et perspectives », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1, 1-7.