

À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves

John Sylvestre, John Trainor, Melonie Hopkins, Uzo Anucha, Peter Ilves et Nadia Ramsundar

Volume 14, numéro 2, décembre 2001

Le logement social et l'hébergement

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/009074ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/009074ar>

[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

Sylvestre, J., Trainor, J., Hopkins, M., Anucha, U., Ilves, P. & Ramsundar, N. (2001). À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 59–74. <https://doi.org/10.7202/009074ar>

Résumé de l'article

Cet article traite du concept de stabilité du logement¹. Bien que le terme « stabilité du logement » soit fréquemment utilisé dans la littérature scientifique, le concept n'a pas encore été défini de manière appropriée. Les auteurs montrent d'abord comment il a été précédemment défini et comment notre compréhension peut en être enrichie. Ensuite, ils présentent deux approches de la stabilité du logement, qu'on peut qualifier de « stable » et de « dynamique ». Alors que les approches orientées vers la stabilité soulignent qu'il est préférable de maintenir les personnes atteintes de troubles mentaux graves (TMG) dans un logement adapté le plus longtemps possible, les approches plus « dynamiques » reconnaissent que le changement et la croissance sont essentiels. Ces deux optiques sont étudiées en tenant compte du développement des modèles de logement en Ontario et de la publication d'un document émis par le gouvernement de l'Ontario, ainsi que de la recherche des besoins de logement et des préférences des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

❖ À propos de la stabilité
du logement chez des
personnes aux prises
avec des troubles
mentaux graves

John SYLVESTRE

John TRAINOR

Melonie HOPKINS

Uzo ANUCHA

Peter ILVES

Nadia RAMSUNDAR

*Community Support and Research Unit
Center for Addiction and Mental Health*

Cet article traite du concept de stabilité du logement¹. Bien que le terme « stabilité du logement » soit fréquemment utilisé dans la littérature scientifique, le concept n'a pas encore été défini de manière appropriée. Les auteurs montrent d'abord comment il a été précédemment défini et comment notre compréhension peut en être enrichie. Ensuite, ils présentent deux approches de la stabilité du logement, qu'on peut qualifier de « stable » et de « dynamique ». Alors que les approches orientées vers la stabilité soulignent

1. Les auteurs remercient la Société canadienne d'hypothèque et de logement de son soutien.

qu'il est préférable de maintenir les personnes atteintes de troubles mentaux graves (TMG) dans un logement adapté le plus longtemps possible, les approches plus « dynamiques » reconnaissent que le changement et la croissance sont essentiels. Ces deux optiques sont étudiées en tenant compte du développement des modèles de logement en Ontario et de la publication d'un document émis par le gouvernement de l'Ontario, ainsi que de la recherche des besoins de logement et des préférences des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

This article examines the concept of housing stability. Although the term housing stability is frequently found in the research literature, to date the concept has not been adequately defined. First, the article examines how the concept has been previously defined and identifies ways in which our understanding of the concept can be expanded. Then, the article examines two perspectives on housing stability that can be characterised as « static » and « dynamic ». Whereas static approaches emphasise maintaining people with serious mental illness in a particular housing setting for as long as possible, more dynamic perspectives recognise change and growth as essential. Housing stability from this perspective involves ensuring continuous access to housing that meets an individual's needs and helps them to meet their personal goals. These two perspectives are discussed in the context of the development of housing models in Ontario and a recent discussion paper issued by the Government of Ontario, as well as research on the housing needs and preferences of people with serious mental illness.

INTRODUCTION

Le terme « stabilité du logement » est fréquemment utilisé dans les études sur le logement pour des personnes atteintes de troubles mentaux graves (TMG). Le logement stable est le but visé par la plupart des programmes de logement permanent ; augmenter la stabilité du logement est habituellement vu comme la pierre angulaire des stratégies pour diminuer la crainte du public quant aux refus de traitement, aux abus de drogue, à l'itinérance, comportements qui sont souvent attribués à cette population. Bien que la stabilité du logement semble être un concept plutôt simple, celui-ci demeure mal défini et insuffisamment conceptualisé. De cette ambiguïté découle un grand éventail d'interprétation du concept, autant dans les politiques gouvernementales en matière de logement que dans la mise en œuvre des programmes de logement. Cela peut également entraîner une grande disparité de compréhension dans les objectifs des partenaires des programmes de logement (agences immobilières, gestionnaires de cas, équipes cliniques, fonctionnaires et bailleurs de fonds) et des individus qui souhaitent bénéficier de ces programmes.

Cet article traite du concept de stabilité du logement pour des personnes atteintes de TMG. Tout d'abord, les définitions du concept que l'on retrouve dans la littérature scientifique sont présentées. L'étude met en évidence les limites de l'utilisation du terme, tout en montrant comment le concept peut être élargi. Puis, les auteurs exposent les approches qu'on peut qualifier de « stable » et de « dynamique », à même de favoriser la stabilité du logement. En outre, ils font état de l'évolution des programmes de résidences d'accueil en Ontario, ainsi que de l'énoncé d'une politique récente dans ce domaine, émise par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario et le ministère des Services sociaux et communautaires (MCSS) de l'Ontario. Ces exemples traduisent une vision des personnes atteintes de TMG en termes de déficit et reflètent une vue statique de la stabilité du logement visant essentiellement à maximiser la durée durant laquelle les gens demeurent dans ce type de résidence. Une vision plus dynamique de la stabilité du logement s'exprime dans des études portant sur les besoins, les préférences et les aspirations des personnes atteintes de TMG.

Les résultats d'évaluations exhaustives du niveau des besoins pour un fonctionnement social adéquat chez des patients vivant dans des hôpitaux psychiatriques démontrent que la plupart d'entre eux pourraient fonctionner en contexte désinstitutionnalisé si des lieux résidentiels alternatifs avec des services de soutien étaient disponibles. Des groupes de discussion menés auprès de patients hospitalisés dans des unités psychiatriques à long terme, dans le cadre d'une étude de faisabilité pour un programme résidentiel de réadaptation, et des recherches sur les préférences en matière de logement des personnes atteintes de TMG mettent l'accent sur une approche plus dynamique et holistique de la stabilité du logement. Selon cette approche, le logement stable est une condition sine qua non pour atteindre des objectifs plus significatifs et personnels de rétablissement et de citoyenneté. Pour les usagers de programmes de logement, le logement stable reflète des valeurs comme l'autonomie, la possibilité de choix, une occasion de croissance personnelle, et, paradoxalement, repose sur le changement comme facteur essentiel de stabilité en matière de logement.

POUR ENRICHIR LE CONCEPT DE STABILITÉ DE LOGEMENT

Dans cette section, nous résumons les divers usages du terme « stabilité du logement » et des concepts afférents. Cette étude vise deux objectifs : 1) faire état de ce que les chercheurs ont considéré jusqu'ici comme les éléments centraux du concept de stabilité du logement ; 2) faire ressortir les divergences dans ces définitions pour mieux comprendre ce concept.

Mobilité

La stabilité de logement et ses termes afférents ont été le plus souvent opérationnalisés, dans la recherche, en termes de durée du séjour des personnes atteintes de TMG dans des programmes de logement ou, encore, de nombre d'interruptions dans leur mode de logement sur une période donnée telle que six mois ou un an (Baier *et al.*, 1996 ; De Leon *et al.*, 1999 ; Dickey *et al.*, 1997 ; Hurlburt *et al.*, 1996 ; Shern *et al.*, 1997 ; Srebnik *et al.*, 1995 ; Tsemberis et Eisenberg, 2000). Cette période de temps spécifiée dans ces concepts opérationnels semble être déterminée par le chronométrage de la mesure du suivi plutôt que par une conceptualisation préalable de la stabilité du logement. Donc, toujours selon ces opérationnalisations, les plus longs séjours représentent une plus grande stabilité en logement tandis que des interruptions plus fréquentes en matière de logement sont un indice d'instabilité.

L'intérêt d'accroître la durée des séjours et de réduire au minimum les interruptions dans le mode de logement de cette population est justifié. Historiquement, il a été difficile de maintenir des personnes atteintes de TMG dans la communauté à cause des rechutes, d'un revenu instable ou insuffisant, ou d'une expulsion. Cependant, selon ces définitions, ce sont les asiles psychiatriques et établissements préasilaires qui ont offert le degré le plus élevé de stabilité résidentielle. Lorsque les personnes atteintes de TMG y séjournaient, pour plusieurs d'entre elles, les probabilités qu'elles en sortent étaient faibles. Ces institutions ne sont plus à la mode à cause de leurs coûts exorbitants, de leurs effets dépersonnalisants et aliénants et de leur négation des droits de la personne. Cependant, la fermeture progressive de ces grands établissements en faveur des services de logement au sein de la communauté a contribué à accroître la visibilité des maladies mentales dans la communauté, et tout particulièrement de leurs conséquences (itinérance, abus de drogues, refus des traitements), conséquences attribuables au manque de logement et de soutien approprié dans la communauté.

Les premières solutions de logement rendues disponibles étaient, en grande partie, des résidences de gardiennage, telles que les pensions de famille (Murphy *et al.*, 1972 ; Dorvil, 1984). Trainor *et al.* (1993) et Dorvil, Morin et Robert (2001) ont qualifié ces hébergements de « gardiennage » et relevé qu'ils engendraient les mêmes problèmes que ceux recensés dans les établissements asilaires (institutionnalisation, apathie, problèmes de comportement) sans présenter les caractéristiques positives de ces mêmes institutions (contact social, programmes et activités, réadaptation). Une des caractéristiques des établissements asilaires que bon nombre de résidences de gardiennage n'ont pas reproduite a été une plus grande stabilité s'exprimant à travers une mobilité réduite et des séjours à long terme. Un certain nombre d'études ont constaté que les caractéristiques de ces programmes d'héber-

gement de gardiennage (manque d'intimité, un grand nombre de locataires, une faible qualité du logement, un manque de contrôle de l'usager sur l'environnement, une absence de services de réadaptation) ont des effets négatifs tels que l'abandon du traitement, le manque d'habiletés sociales, une faible intégration sociale, un bas niveau de soutien social, du stress et une mauvaise symptomatologie (Nelson et Smith Fowler, 1987 ; Parkinson, Nelson et Horgan, 1999 ; Trainor *et al.*, 1993). De toute évidence, pour faire la promotion de séjours plus longs en logement, on ne peut se contenter de reproduire dans la communauté les caractéristiques négatives des structures asilaires.

Qualité du logement

D'autres approches visant à opérationnaliser la stabilité du logement considèrent la qualité du logement comme une composante de ce concept. Dans leurs études, Bebout *et al.* (1997) ont qualifié des usagers (personnes avec un double diagnostic, atteintes de troubles mentaux graves et toxicomanes) de « stables » ou « instables », selon leur capacité à conserver un logement de « grande qualité ». La qualité du logement peut être associée de diverses manières à la stabilité du logement. De façon générale, un logement de qualité est un facteur essentiel dans l'acquisition de la citoyenneté et dans la participation à la vie de la communauté, et ce, parce qu'il fournit une sécurité fondamentale pour explorer la communauté et recevoir les amis et la famille. Plus spécifiquement, un logement de mauvaise qualité crée de l'instabilité en suscitant du mécontentement et du stress, exacerbant ainsi les symptômes de la maladie et conduisant éventuellement à des rechutes. Dans leur étude, Parkinson, Nelson et Horgan (1999) soutiennent qu'un logement médiocre est associé à une pauvre qualité de vie, une insatisfaction qui a des effets négatifs et favorise l'apparition de comportements inadéquats.

Le logement de qualité peut aussi être défini en termes de climat social, en précisant notamment dans quelle mesure les usagers peuvent avoir le contrôle sur leur environnement. Les personnes atteintes de TMG résident dans des endroits très différents en ce qui concerne le nombre de règlements qui les régissent et le contrôle dont elles jouissent. Le pouvoir des usagers sur les prises de décision et le style de gestion du personnel sont associés, à différents degrés, à la satisfaction de la vie et au fonctionnement autonome (Parkinson, Nelson et Horgan, 1999). En particulier, les modèles démocratiques de gestion ont un impact positif sur les perceptions que les usagers peuvent avoir quant au contrôle qu'ils ont sur leur vie et la satisfaction qu'ils en retirent. En ce sens, la qualité du logement est intimement liée à la stabilité du logement et inversement, un logement médiocre est associé à un

éventail de facteurs qui peuvent limiter l'accès à une vie plus gratifiante dans la communauté, qui permet aux gens de jouir de contacts sociaux et de ressources qui les aideront à progresser sur la voie du rétablissement.

Qualité de la mobilité

Dans une étude menée par Bebout *et al.* (1997), des personnes ayant un TMG ont été considérées comme des résidents stables lorsqu'elles conservaient un logement de grande qualité, et ce sans se faire expulser. Selon cette approche, en plus de la fréquence de la mobilité, on devrait tenir compte du type de mobilité dans la définition de la stabilité du logement. Des départs forcés ou non prévus peuvent indiquer une instabilité de logement lorsqu'un individu abandonne son logement sans planification suffisante. Un manque de planification pour quitter un logement signifie que les individus n'auront pas le soutien nécessaire ni l'information, ni le temps pour trouver un logement qui leur convient. En raison de la fragmentation du système de logement en santé mentale dans la plupart des régions, les usagers sont mal préparés pour trouver par eux-mêmes un logement adéquat. En outre, même s'ils obtiennent de l'aide dans leur recherche de logement, leur choix est limité étant donné les longues listes d'attente. Ainsi, ils sont souvent obligés de s'accommoder de ce qui est disponible, sans vérifier la qualité du logement ou si ce dernier répond à leurs exigences. En ce sens, les déménagements non planifiés peuvent constituer l'amorce d'un cycle d'instabilité de logement fait de courts séjours dans une série de logements inadéquats. En somme, sans une planification et sans appui suffisants, les individus peuvent glisser entre les mailles du programme de logement et du système de santé mentale et, finalement, se retrouver sans toit.

De façon courante, bon nombre d'usagers continuent de vivre dans des logements de qualité médiocre durant de longues périodes de temps. Pour certains, un logement d'un niveau de qualité inférieur peut être le meilleur logement qu'ils ont eu et le meilleur qu'ils pensent pouvoir obtenir. Certains ont peur de se plaindre, se sentent incapables de changer leur situation ou ne savent pas comment accéder à un meilleur logement. Plusieurs personnes atteintes de TMG manquent d'informations élémentaires qui leur seraient nécessaires pour faire des recherches et trouver de meilleurs logements. Changer de logement est un événement normal dans la vie de tous et chacun et que la plupart des gens vivent sans éprouver de difficultés majeures grâce à des ressources financières suffisantes, à leurs connaissances du marché du logement, à leur façon de faire ces recherches, grâce aussi parfois à leur réseau social. Les personnes atteintes de TMG peuvent manquer d'habiletés sociales et des ressources nécessaires pour vivre de façon relativement harmonieuse ces transitions de logements.

Signalons que c'est justement cet aspect du système de logement en santé mentale qui a reçu le moins d'attention de la part des chercheurs, des politiciens et des concepteurs des programmes de santé et de bien-être. En Ontario, le logement pour des personnes atteintes de TMG est offert à travers une mosaïque de fournisseurs de logements privés et d'organismes à but non lucratif, qui ont peu de relations formelles permettant aux usagers de transiger facilement à travers cette panoplie de ressources résidentielles, et ainsi trouver des logements qui les accommodent le mieux. À la place, l'attention a principalement été dirigée en aval du processus de logement, au moment où des anciens sans-abri ou des patients désinstitutionnalisés sont amenés dans des logements, avec le désir de les y maintenir le plus longtemps possible.

Soutien social et mesures de soutien au logement

Des tentatives plus ambitieuses de définir la stabilité du logement ont amené certains auteurs à introduire le soutien comme un élément important. Selon Breakey et Fischer (1995), l'aliénation de la vie communautaire est une composante que l'on retrouve aux plus bas niveaux de la stabilité résidentielle. En accord avec Appleby et Desai (1987), l'instabilité résidentielle, sous les traits de l'itinérance, est l'aboutissement d'une série d'expériences de rupture. Au contraire, la stabilité résidentielle favorise le maintien de liens durables et constants avec un environnement de soutien. Le soutien est en relation de différentes manières avec le logement. En premier lieu, le soutien peut promouvoir des situations de logement stables, en aidant les personnes à relever les défis de la vie quotidienne et à faire face à leur maladie. En deuxième lieu, ce soutien peut aider un individu à modifier une situation de logement instable, reliée à un mauvais entretien ou à un propriétaire irresponsable. En troisième lieu, il peut aider les individus à planifier leurs déménagements et ainsi trouver un meilleur logement si nécessaire. En effet, un soutien adéquat peut jouer un rôle préventif en assurant que les situations de logement demeurent stables et, lorsqu'un changement de logement est nécessaire, que de l'aide est fournie pour trouver un nouveau logement.

Une approche préventive en ce qui concerne la stabilité du logement rend ce concept beaucoup plus dynamique que l'approche statique des séjours prolongés (avec ou sans interruptions minimales) en matière de logement. Une vision plus dynamique émerge lorsqu'on reconnaît que les situations de logement changent au fil du temps et qu'elles doivent être surveillées et modifiées. Elles peuvent s'améliorer ou se dégrader. De même, les besoins et les préférences des usagers peuvent changer et l'on doit en tenir compte si l'on veut préserver les conditions de stabilité. Un soutien adéquat qui aide l'individu à relever les défis reliés au changement est important pour assurer une stabilité à long terme. L'accessibilité au logement et le soutien

de la communauté ont été reconnus comme les meilleurs moyens pour le traitement de ceux qui n'ont pas de foyer (SCHL, 1999). La gestion de cas, en particulier, a été tenue pour être un élément critique du traitement dans la communauté des personnes ayant un TMG (Unité de recherches sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, 1998). La valeur de la gestion de cas réside dans la capacité d'établir une relation de confiance avec un client, qui devient la base d'un soutien flexible et continue, sensible aux besoins changeants de l'individu, même si ce dernier change de ressources résidentielles.

Si l'on veut vraiment favoriser la stabilité dans des situations dynamiques de logement, le soutien doit aller bien au-delà de la réhabilitation et du soutien émotionnel. Malheureusement, les gestionnaires de cas ne voient pas souvent le soutien au logement comme une composante importante de leur travail. Pourtant, le soutien au logement peut aider à acquérir tout un éventail d'habiletés, des informations et des ressources dont les personnes atteintes de TMG ont besoin pour garder leur logement afin de remplir leurs obligations, de défendre leurs droits en tant que locataires, de se familiariser avec le marché local du logement et de bien planifier leurs déménagements si nécessaire. Le soutien au logement vise principalement à s'assurer que les usagers ont une base solide pour parvenir à leur propre guérison et réaliser d'autres buts dans leur vie. Il est impératif que l'intervention de type « gestion de cas » demeure dans l'optique de soutenir les individus dans l'atteinte de leurs propres buts dans la communauté. Même si ce type d'intervention a suscité beaucoup d'attention de la part des chercheurs et des planificateurs de services, tel n'a pas été le cas de la part des programmes de logement. En fait, comme nous le démontrerons ci-après, on ne reconnaît pas toujours l'importance d'avoir des logements flexibles et adaptés aux besoins des usagers, et ce parce que leur potentiel de croissance personnelle a été sous-estimé.

PERSPECTIVE STATIQUE DE LA STABILITÉ DU LOGEMENT

À l'automne 2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario et le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) de l'Ontario ont émis un document s'intitulant *Homes for Persons with Special Needs Consultation Backgrounder* (MSSLD/MSSC, 2000). Le but avoué était de proposer une fusion administrative de quatre programmes de logement pour des personnes ayant un TMG. Cependant, de ce document se dégageait une vision plutôt déconcertante des buts du logement pour cette population. Contrairement à l'approche selon laquelle la stabilité est un processus dynamique pouvant permettre aux usagers de choisir leur logement et leur bien-être, ce document présente les personnes atteintes de TMG comme des handicapés incurables qui exigeront toujours un niveau élevé de soins de type « gardiennage ».

Le contexte de l'Ontario

Pour comprendre l'approche de la stabilité du logement décrite dans ce document, il est nécessaire de décrire le contexte qui a servi de toile de fond à ces idées. Les efforts pour fournir du logement à des personnes atteintes de TMG en Ontario ont une histoire longue et complexe. Ils remontent à 1936 avec le développement de l'Approved Homes Program et incluent une grande variété de modèles et de types de gestion. Cependant, de façon générale, certains facteurs de base sont associés à la stabilité du logement. L'Approved Homes Program et son complément, le Programme des foyers de soins spéciaux (inauguré dans les années 1960), sont représentatifs de la première vague de développement caractérisée par des grandes résidences privées. Les deux programmes sont de type « gardiennage » parce que le gouvernement paye un ensemble de services pour tous les usagers, indépendamment de leurs préférences et du niveau individuel de soins requis. La distribution de ces services est également de type « gardiennage » en ce sens que le responsable de la résidence doit fournir les repas, la blanchisserie et d'autres services, peu importent les capacités ou l'intérêt du client à se prendre en main. Il en résulte qu'un client intéressé par sa réinsertion sociale ne peut poursuivre ce but. Ce type de soutien repose sur la philosophie de gardiennage des hôpitaux psychiatriques d'autrefois, soit la prise en charge de clients passifs ayant encore besoin de traitement. La vision de la stabilité du logement de ces établissements a été analysée à travers leurs activités et des discussions approfondies avec leurs responsables. On leur a demandé ce qu'ils appréciaient de leurs résidents et d'énumérer les caractéristiques d'un bon résident. Les résultats indiquent que la stabilité est conçue en termes de longueur de la durée du séjour et, en particulier, un séjour durant lequel l'usager se comporte en bénéficiaire docile et soumis aux soins. Bon nombre de responsables ont affirmé vouloir fournir de bons services, mais les ont décrits en termes de gardiennage ; ces services comprenaient une nourriture saine, une surveillance adéquate dans la maison et une marche de santé dans la communauté.

Les Domiciliary Hostels et les Toronto-based Habitat Services sont venus s'ajouter plus tard à l'Approved Homes Program et au Programme des foyers de soins spéciaux. Ces deux programmes perpétuent en Ontario une tradition de logement qui allie hébergement à but lucratif et gardiennage. Ces programmes vont à l'encontre d'une autre tradition radicalement différente de logement en Ontario. En effet, au début des années 1970, de petites agences communautaires sans but lucratif proposent une formule de petits établissements orientés vers la réhabilitation (comme des coopératives, des foyers de groupes et des appartements supervisés) en fonction des besoins de chaque résident. Désigné sous le nom de *supporting housing*, « logement alternatif », et *supported housing*, le développement de ces modèles a constitué

une solution de rechange au gardiennage (Trainor *et al.*, 1993). Au centre de ces modèles se trouve une conception fondamentalement différente de l'usager, voulant que chaque individu soit apte à se développer et à se reprendre en mains. Par conséquent, le soutien fourni est flexible et les établissements encouragent les usagers à faire plus pour et par eux-mêmes. Ces modèles alternatifs sont en outre basés sur une conception très différente de la stabilité du logement qui implique changement et déplacement tout au long de l'évolution des besoins des usagers. Un exemple typique est le système des quatre étapes développé à Toronto dans les années 1980 par la Supportive Housing Coalition. Les quatre niveaux de soutien s'étendaient des foyers de groupe avec surveillance jour et nuit, jusqu'aux foyers avec soutien sur appel, et ont constitué, collectivement, un ensemble de solutions dont pouvaient se prévaloir les usagers et à travers lesquelles ils pouvaient évoluer. La stabilité dans ce contexte renfermait l'idée de changement et de développement, ce que les approches ultérieures ont conservé en mettant l'accent sur la flexibilité du soutien là où le client habite.

Le document *Homes for Persons with Special Needs Consultation Backgrounder* (MSSLD / MSSC, 2000)

Le développement de la recherche dans le champ de la santé mentale et l'apparition de la réadaptation psychosociale sont venus soutenir cette approche alternative. Les discussions sérieuses où les modèles de gardiennage sont présentés comme les « meilleurs » ou du moins de « bonnes pratiques » ne sont plus de mise. Cette connaissance de base était fermement établie lorsque le MSSLD et le MSSC ont émis le document *Homes for People with Special Needs Consultation Backgrounder* (2000). En dépit de l'existence de recherches exhaustives soulignant l'importance de la réadaptation et du rétablissement, le document est fortement ancré dans la tradition du logement de gardiennage. On y classe les résidents de ces logements comme des personnes n'ayant pas besoin de services spécialisés de traitement et de réadaptation (MSSLD / MSSC, 2000 : 4), appuyant de ce fait l'idée que seulement le gardiennage est requis. Dans ce document, on énonce clairement que le nouveau programme est conçu pour des personnes « *who have reached their maximum level of functioning* » (MSSLD / MSSC, 2000 : 5). On y établit qu'une supervision jour et nuit, des services de gardiennage, un contrôle des médicaments et des services similaires doivent être soumis à des règlements centralisés et respectés dans tous les foyers. Ces caractéristiques représentent les principaux attributs du règlement de gardiennage, y compris la présence d'un ensemble commun de normes couvrant les détails du gardiennage et des services (une approche devant convenir à tous), associés à une sous-estimation du potentiel de l'usager.

L'énoncé selon lequel les programmes sont destinés à des usagers qui ne peuvent faire aucun progrès est peut-être l'aspect le plus troublant du document, surtout qu'il constitue l'essentiel de sa conception de la stabilité du logement. En fait, la présomption selon laquelle ces personnes ont atteint leur niveau maximal de fonctionnement est loin d'être crédible. D'ailleurs, c'est plutôt la disponibilité de lits que l'évaluation du potentiel de l'utilisateur qui détermine souvent le placement de ces usagers dans ces résidences. En d'autres mots, les usagers sont souvent placés dans ces établissements parce qu'on ne peut les loger ailleurs. En outre, nous avons la preuve qu'en Ontario les résidents actuels et futurs des quatre programmes présentés dans le document peuvent bénéficier de programmes de réadaptation jugés plus flexibles. En effet, des évaluations exhaustives du niveau de fonctionnement et des besoins de soutien de 307 patients hospitalisés et de 284 patients de cliniques externes des hôpitaux de London et de St. Thomas dans le sud-ouest de l'Ontario (Goering *et al.*, 1999) sont là pour le démontrer. Ces évaluations ont été effectuées pour aider à la planification des besoins des usagers après la fermeture de ces deux hôpitaux. Les résultats ont indiqué que 61 % des patients hospitalisés évalués pourraient bénéficier de soins non résidentiels², 42 % exigeaient un traitement intensif de réadaptation dans la communauté et de soutien intégré, et 19 % fonctionnaient avec une intervention de type « gestion de cas » minimale. Parmi les patients externes, la moitié (49,1 %) ont été reconnus aptes à fonctionner dans le système de gestion de cas. Plus spécifiquement, les résultats ont indiqué un large éventail des besoins des résidents des foyers de soins spéciaux, et environ la moitié des résidents évalués requièrent des niveaux de soutien plus bas par rapport à ce qu'ils reçoivent et près de 10 % ne recevaient pas le soutien dont ils avaient besoin.

Ces découvertes autorisent à penser qu'une partie substantielle des résidents actuels et des résidents potentiels (c'est-à-dire des patients renvoyés des hôpitaux psychiatriques) de logement de gardiennage pourraient se retrouver dans des établissements qui les empêcheraient d'acquérir plus d'autonomie au sein de leur communauté. Ces résultats révèlent le peu de perspective dans les postulats du MSSLD et du MSSC, surtout lorsqu'ils prétendent que les usagers de ces programmes de gardiennage ne pourraient pas bénéficier de réadaptation. En fait, les résultats suggèrent qu'il faut porter une grande attention avant de décider qu'un usager est incapable de tirer profit d'un logement et des mesures de soutien qui lui fourniraient les moyens de se réadapter et d'accroître son autonomie.

2. « Non résidentiel » se rapporte à un établissement sécuritaire, avec un personnel qualifié présent sur place, capable de recevoir des personnes admises contre leur volonté (Clarke Consulting Group, 1999).

VERS DES VISIONS PLUS DYNAMIQUES DE LA STABILITÉ DU LOGEMENT : LE POINT DE VUE DES USAGERS

Jusqu'ici, l'appui constant réservé au modèle dominant d'hébergement a permis d'ignorer la pertinence des modèles alternatifs de logement et toute une masse d'informations sur les besoins et les habiletés des usagers de ces programmes. De plus, une vue implicite de la stabilité du logement inhérente aux programmes d'hébergement est contraire à une conception de la stabilité du logement reconnaissant l'importance de la flexibilité, de la croissance et du changement. Dans ce débat, le point de vue des personnes atteintes de TMG est également important. Récemment, des groupes de discussion et des entrevues ont été organisés avec des patients hébergés au Center for Addiction and Mental Health, en vue de mener une étude sur la faisabilité d'un programme de réadaptation (Integrated Rehabilitation Unit Planning Group, 2000). Les groupes de discussion et les entrevues ont permis de recueillir les témoignages de 27 personnes qui avaient vécu une hospitalisation à long terme, des difficultés répétées d'adaptation dans la communauté, ou qui présentaient des déficits cognitifs, des vulnérabilités et des comportements à risque et inadéquats qui leur fermaient d'emblée l'accès à l'hébergement avec soutien communautaire de la province. Les entrevues et les groupes de discussion, à questions ouvertes, se concentraient généralement sur la manière dont leurs arrangements domiciliaires pouvaient être modifiés pour recréer le plus possible une ambiance de maison familiale. Les résultats ont été regroupés selon un certain nombre de thèmes. Des discussions des usagers sur leurs besoins et leurs préférences ressort une vision dynamique de la stabilité du logement orientée vers la croissance et le rétablissement.

L'un des thèmes majeurs était le désir d'une approche plus centrée sur le client pour les soins et la réadaptation. Par exemple, les usagers souhaitaient avoir un soutien plus individualisé pour réaliser leurs buts personnels, en particulier dans le domaine de la réadaptation. Quelques-uns ont exprimé leur déception devant la perte ou le manque d'occasions favorables pour développer les habiletés dont ils avaient besoin pour vivre dans la communauté. Le choix était un autre thème qui a émergé dans tous les groupes de discussion et les entrevues. Les usagers ont exprimé leur intérêt à exercer leur choix dans beaucoup d'aspects de la vie quotidienne. Que ce soit à l'hôpital ou dans la plupart des logements de type « gardiennage », on a souvent nié aux usagers le droit de choisir avec qui vivre, ce qu'ils voulaient manger, le décor de leur chambre, les espaces communs et les activités qui remplit leur vie. L'occasion d'exercer leur choix était aussi une qualité importante d'un environnement familial, ainsi qu'une façon pour les usagers de sentir qu'ils exercent plus de contrôle sur leur vie. Le contrôle a été

effectivement une question cruciale dans les groupes de discussion et les entrevues. Les usagers voulaient notamment pouvoir contrôler leur environnement physique. Le contrôle s'étend du contrôle de l'environnement physique proprement dit (par exemple, la température et l'éclairage) jusqu'à un contrôle accru de l'accès à leur espace privé. Ce désir de contrôle était fortement lié à un désir de jouir d'une plus grande intimité et d'une plus grande sécurité personnelle. Les usagers tenaient à interdire au personnel de l'hôpital l'accès à leur logement ainsi qu'aux autres endroits où ils peuvent se rendre pour être seuls.

Il est intéressant de voir jusqu'à quel point ces résultats, découlant des discussions avec les usagers dont on peut estimer qu'ils exigeraient les niveaux les plus élevés de soutien, rejoignent les résultats d'autres études sur les préférences de logement des usagers (Carling et Tanzman, 1996 ; Tanzman, 1993). Notamment, une observation clé de ces études est que les personnes ayant des troubles de santé mentale sont capables de préciser clairement leurs besoins en matière de logement et de soutien au logement. De plus, les préférences des usagers sont très personnalisées et peuvent changer avec le temps. Dans ces études, les usagers ont relevé systématiquement le choix, l'intimité, l'autonomie et le contrôle comme des éléments que devait leur procurer leur logement. La plupart des usagers semblent préférer vivre seuls ou avec un camarade dans une maison ou un appartement. Certains usagers veulent vivre avec des amis et des membres de leur famille. Cependant, la majorité ne veulent pas vivre avec d'autres usagers, ni dans des maisons de groupe ni en maison de chambres [*single-room occupancy unit*]. En ce qui concerne le soutien, les usagers souhaitent avoir accès aux services de soutien jour et nuit, mais sans avoir de surveillants sur place. Les usagers ont manifesté le désir d'avoir de l'aide pour éviter des crises et les résoudre, trouver un logement, se faire des amis et établir de bonnes relations interpersonnelles. Il y a une préférence marquée pour une différenciation entre le logement et le traitement, et une opposition ferme à ce que l'accès à un logement soit conditionnel à une acceptation tacite du traitement. Finalement, les préférences exprimées à travers ces divers groupes de discussion, entrevues et études visent des caractéristiques de logement qui diffèrent totalement de celles relevées dans le document du gouvernement ontarien. Ces préférences dénotent une approche du logement personnalisée, orientée vers l'apprentissage et privilégiant le contrôle et le choix de l'usager. Elles reflètent en outre un désir orienté vers le rétablissement plutôt que vers le traitement ou les soins. Enfin, elles renvoient à un type de logement fondé sur le progrès, la réadaptation, plutôt que sur l'incapacité et la chronicité. Ainsi, atteindre la stabilité du logement pour ces usagers exigerait que le logement et le soutien au logement soient flexibles dans la promotion et l'adaptation au changement.

CONCLUSION

Cet article a introduit une nouvelle approche de la stabilité de logement qui diffère nettement de certaines autres plus limitées et statiques. Bien que cette approche soit plus complexe et ne se contente pas de promouvoir de plus longs séjours dans des logements, réduisant au minimum les déplacements, elle n'implique pas pour autant que la durée du séjour ou le nombre d'interruptions soient sans importance. Certes, les interruptions fréquentes peuvent être stressantes pour la plupart des usagers. Cependant, les courts séjours et les interruptions fréquentes peuvent être symptomatiques de problèmes sous-jacents tels qu'un soutien inadéquat, un manque de choix de logement, une erreur de jumelage entre l'usager et tel type de logement, ou une qualité médiocre de logement. À l'origine de ces problèmes, on trouve probablement des systèmes de logement, des programmes de logement et des établissements rigides et insensibles aux besoins des usagers, affectant par conséquent la stabilité du logement. Concevoir un nouveau type de logement à la lumière d'une perspective plus dynamique de stabilité du logement doit se baser sur une approche qui souligne des buts changeants, comme les habiletés et les préférences des individus atteints de TMG. C'est une approche qui requiert un soutien personnalisé, flexible et sensible, ainsi que des systèmes de logement qui évoluent avec les besoins des usagers en termes de logement et de soutien au logement. L'approche doit reconnaître le pouvoir des usagers de modifier leur logement et d'obtenir le type de soutien qui leur convient, de bien s'informer et d'exercer leurs droits en tant que locataires. Cette approche souligne la nécessité, pour les systèmes, de faciliter le mouvement des usagers dans le marché du logement afin qu'ils puissent trouver un logement adéquat et changer leurs conditions d'habitation sans crainte de se retrouver à la rue.

Bref, il s'agit d'une conception qui suppose que tous les usagers sont capables de se développer, peu importe le rythme et la façon dont la personne envisage sa croissance personnelle. Même dans des conditions idéales de logement, bon nombre d'individus doivent continuer à lutter pour recouvrer leur santé et reconquérir leur citoyenneté. Cependant, le logement ne devrait pas constituer un obstacle insurmontable dans le difficile et complexe processus de guérison des personnes atteintes de TMG. Au contraire, le sentiment de contrôle, l'intimité et la sécurité que procure un bon logement peuvent devenir le fondement d'une vie harmonieuse dans la communauté.

Bibliographie

APPLEBY, L. et P. DESAI (1987). « Residential Instability : A Perspective on System Imbalance », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n° 4, 515-524.

- BAIER, M., MURRAY, R., NORTH, C., LATO, M. et C. ESKEW (1996). « Comparison of Completers and Noncompleters in a Transitional Residential Program for Homeless Mentally Ill », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 4, 337-352.
- BEBOUT, R., DRAKE, R., XIE, H., MCHUGO, G.J. et M. HARRIS (1997). « Housing Status Among Formerly Homeless Dually Diagnosed Adults », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 7, 936-941.
- BREAKEY, W.R. et P.J. FISCHER (1995). « Mental Illness and the Continuum of Residential Stability », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 30, n° 4, 147-151.
- CARLING, P.J. et B.H. TANZMAN (1996). « Consumers' Preferences for Housing and Supports », dans HUTCHINGS, G.P., EMERY, B.D. et L.P. ARONSON (sous la direction de), *Housing for Persons with Psychiatric Disabilities : Best Practices for a Changing Environment. Technical Assistance Tool Kit*, Alexandria, VA, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 53-59.
- DE LEON, G., SACKS, S., STAINES, G. et K. MCKENDRICK (1999). « Modified Therapeutic Community for Homeless Mentally Ill Chemical Abusers : Emerging Subtypes », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 25, n° 3, 495-515.
- DICKEY, B., LATIMER, E., POWERS, K., GONZALEZ, O. et S.M. GOLDFINGER (1997). « Housing Costs for Adults Who Are Mentally Ill and Formerly Homeless », *Journal of Mental Health Administration*, vol. 24, n° 3, 291-305.
- DORVIL, H. (1984). « Les ressources alternatives au C.H. Louis-H. Lafontaine », *Administration hospitalière et sociale*, 31-41.
- 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*, Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP-Centre FCAR), Université de Montréal.
- GOERING, P. et al. (1999). *Comprehensive Assessment Project : London / St. Thomas Psychiatric Hospital*, Toronto, Clarke Consulting Group.
- HURLBURT, M.S., HOUGH, R.L. et P.A. WOOD (1996). « Effects of Substance Abuse on Housing Stability of Homeless Mentally Ill Persons in Supported Housing », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 7, 731-736.
- INTEGRATED REHABILITATION UNIT PLANNING GROUP (2000). *Integrated Rehabilitation Unit Planning Group Report*, Schizophrenia and Continuing Care Program, Centre for Addiction and Mental Health.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE et MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES DE L'ONTARIO (2000). *Homes for Persons with Special Needs Consultation Background*, Toronto.
- MURPHY, H.B.M., PENNEE, B. ET D. LUCAINS (1972). « Foster Homes : The New Back Ward? », *Canada's Mental Health*, n° 71, 1-17.
- NELSON, G. et H. SMITH FOWLER (1987). « Housing for the Chronically Mentally Disabled : Part II : Process and Outcome », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 6, n° 2, 79-91.

- PARKINSON, S., NELSON, G. et S. HORGAN (1999). « From Housing to Homes : A Review of the Literature on Housing Approaches for Psychiatric Consumer / Survivors », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 18, n° 1, 145 -164.
- SHERN, D.L. *et al.* (1997). « Housing Outcomes for Homeless Adults with Mental Illness : Results from the Second-round McKinney Program », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 2, 239-241.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT (SCHL) (1999). *Tables rondes sur les pratiques exemplaires d'intervention auprès des sans-abri*, Série sur les besoins particuliers de logement, Ottawa, 144 pages.
- SREBNICK, D., LIVINGSTON, J., GORDON, L. et D. KING (1995). « Housing Choice and Community Success for Individuals with Serious and Persistent Mental Illness », *Community Mental Health Journal*, n° 31, 139-151.
- TANZMAN, B. (1993). « An Overview of Mental Health Consumers' Preferences for Housing and Support Services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 5, 450-455.
- TRAINOR, J.N., MORRELL-BELLAI, T.A., BALLANTYNE, R. et K.M. BOYDELL (1993). « Housing for People with Mental Illness : A Comparison of Models and an Examination of the Growth of Alternative Housing in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 7, 494-501.
- TSEMBERIS, S. et R.F. EISENBERG (2000). « Pathways to Housing : Supported Housing for Street-dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 4, 487-493.
- UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ, INSTITUT PSYCHIATRIQUE CLARKE (1998). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.