

**Santé mentale, hébergement
communautaire et logement social :
les cas Maison Réalité et Habitations
Nouveau Départ**

**Jacques L. Boucher, professeur
André Inkel, étudiant à la maîtrise**

Note sur les auteurs :

André Inkel est intervenant dans un organisme communautaire de l'Outaouais. Il vient de terminer une maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Hull. **Jacques L. Boucher**, sociologue, est professeur au département de travail social de l'UQAH. Il est membre de la CRDC, du Groupe d'étude et de recherche en intervention sociale (GÉRIS) ainsi que du Centre de recherche sur les innovations sociales dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats (CRISES). Par ailleurs, il est co-rédacteur de la *revue Économie et Solidarités* et co-responsable du Chantier international dans un programme d'Alliance de recherche universités-communauté (ARUC) en économie sociale.

Chaire de recherche en développement communautaire (CRDC)

Série Pratiques économiques et sociales no 20

ISBN : 2-89251-089-9

Janvier 2001

Université du Québec à Hull

Table des matières

Introduction	1
1. Maison Réalité : hébergement et support communautaire.....	5
1.1 Contexte d'émergence	6
1.2 La Maison Réalité comme organisation : professionnalisation des ressources	8
1.3 La dimension institutionnelle : vers plus de contrôle communautaire.....	11
1.4 Des rapports sociaux à l'aune du partenariat	15
2. Une organisation intermédiaire, le ROCSMO	17
2.1 Objectifs et fonctionnement	18
2.2 Le ROCSMO et les Habitations Nouveau Départ.....	19
3. Les Habitations Nouveau Départ	21
3.1 Objectifs et organisation	21
3.2 Dimension organisationnelle et institutionnelle.....	23
4. Initiatives, partenariat et coordination.....	24
Conclusion	29

Bibliographie.....	31
--------------------	----

Introduction

Depuis le milieu des années 1980, nous assistons à une effervescence dans tout le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Nous pensons ici plus particulièrement aux importants groupes de travail qui ont produit une panoplie de rapports comme le rapport Brunet sur les Centres locaux de services communautaires (CLSC), le rapport Harnois en santé mentale, le rapport Lamarche sur les départements des services communautaires, etc. De plus, nous devons mentionner la Commission Rochon et la Réforme Côté qui ont contribué à d'importantes mises à jour dans les politiques sociales comme la Politique de la santé mentale de 1989 et de la Loi 120 en 1990. Enfin, mentionnons la Réforme plus récente du ministre Rochon (1996) concernant le virage ambulatoire dans le cadre de la restructuration du réseau de la santé. Ce bouillonnement dans le domaine de la santé et des services sociaux marque un tournant dans la gestion des services à la population depuis la Révolution tranquille. Nous devons situer tous ces efforts dans un contexte de remodelage et de reconfiguration des rapports entre l'État-providence et la société civile (Lamoureux, 1994).

Dans le contexte de mise à jour des politiques sociales, de nouvelles tendances sont apparues dans le mouvement communautaire (Bélanger et Lévesque, 1992 ; Bélanger, Boucher et Lévesque, 1994 ; Favreau, 1989). Ces nouvelles tendances se traduisent par le développement d'un " partenariat élargi " (Guay, 1991) entre des organisations du secteur communautaire et les pouvoirs publics. Ainsi, dans le cadre de la Politique de la santé mentale adoptée en 1989 et plus précisément, dans le cadre des Plans régionaux d'organisation de services (PROS)¹, on a vu poindre un nouveau type de rapport entre des groupes communautaires en santé mentale et le réseau public. Plusieurs auteurs (Bélanger, Boucher et Lévesque, 1994 ; Dommergues, 1988 ; Lévesque et Mager, 1992) ont qualifié ce rapport de " coopération conflictuelle ". Or cette forme de partenariat ne

¹ Dans la logique de la Politique de santé mentale au Québec de 1989, les plans régionaux d'organisation de services (PROS) constituent un mécanisme de décentralisation des services vers les sous-régions. Ces plans régionaux d'organisation de services devaient être approuvés par le conseil d'administration du Conseil régional de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 1989).

s'établit pas sans turbulence et entraîne de profondes remises en question parmi les organisations communautaires. Par exemple, comment concilier la stratégie traditionnelle de défense de droits de la population face à l'État, une action typique du mouvement communautaire des années 1970, avec une perspective de partenariat avec des organismes du réseau public ? La logique communautaire qui se caractérise par la trajectoire du bas vers le haut, c'est-à-dire d'initiatives et de pressions de la base vers les pouvoirs publics, ne serait-elle pas en train de s'inverser, de sorte que des innovations pourraient aussi surgir du milieu des établissements publics de services ?

De nouvelles questions se posent donc aux groupes communautaires, en ce qui concerne leur autonomie, leurs initiatives et leur champ d'intervention. Les organisations communautaires seraient-elles en train de modifier leurs stratégies ou leur action ? De nouveaux types d'organisations ne porteraient-ils pas un nouveau modèle d'intervention dans le secteur de la santé mentale et de l'habitation entre autres ? C'est ainsi que de nouveaux services communautaires ont été organisés pour favoriser la réintégration de personnes qui sortaient d'une période d'hospitalisation psychiatrique en passant par une forme intermédiaire d'hébergement. C'est le cas de la Maison Réalité de Hull. Mais cette intervention ne s'est pas limitée à l'hébergement. La Maison Réalité s'est impliquée avec d'autres organisations communautaires pour développer du logement collectif avec support communautaire et l'idée de l'insertion sociale fait son chemin dans ce milieu. Telle semble devoir être l'orientation des Habitations Nouveau Départ, parrainées par la Maison Réalité et le Regroupement des organismes en santé mentale en Outaouais (ROCSMO), un projet mixte d'hébergement et de logement pour les personnes affectées par des problèmes de santé mentale. Cette étude vise à mieux saisir cette trajectoire d'intervention initiée par une organisation communautaire de services d'hébergement au début des années 1980 pour se poursuivre dans la construction d'un réseau qui vise l'insertion sociale par le logement avec support communautaire.

Nous avons procédé selon la méthode d'étude de cas. Nous n'avons pas analysé en détail toutes les dimensions d'intervention d'une de ces organisations communautaires. Nous avons plutôt examiné l'évolution de l'organisation communautaire qui a été conçue et développée dans trois organisations différentes dans le secteur de la santé mentale, qui de façon successive et interreliée, ont décidé de passer par des formes évolutives d'habitat pour aider des personnes à réintégrer le

milieu. L'étude porte donc sur une filière de l'organisation communautaire, celle qui s'articule autour de l'habitat des personnes affectées² par des problèmes de santé mentale. À première vue du moins, cette filière rencontre les caractéristiques de la deuxième génération de l'évolution des groupes communautaires du Québec, celle de l'organisation de services alternatifs à la population (Bélanger et Lévesque, 1992). Elle ne semble pas trouver ses racines dans la première génération qui se centrait sur la défense des droits sous le mode de la revendication et de la pression politique sur l'État et les dispositifs publics. On peut cependant se demander si ce secteur d'intervention n'est pas propice à l'expérimentation et la consolidation de partenariats entre les groupes communautaires de services et les institutions et établissements publics. Cela les entraînerait dans la mouvance d'une nouvelle génération de groupes communautaires plus branchés sur le partenariat (Bélanger, Boucher et Lévesque, 1994).

Il s'agit de l'évolution ou de la trajectoire d'une intervention qui se situe dans le processus de la " désinstitutionnalisation " et qui semble vouloir mettre fin aux pratiques d'enfermement typiques des anciens hospices. Plus précisément, la recherche consistait à vérifier si l'intervention des groupes communautaires impliqués dans l'habitat en santé mentale n'évoluerait pas du mode de l'hébergement vers celui du logement locatif. Dans le premier cas, la personne vit un rapport plutôt passif quant à sa résidence, tandis que le logement locatif implique une prise en charge, par l'individu, de sa résidence en vertu d'un bail, quitte à bénéficier d'une intervention habituellement appelée support communautaire (Jetté et *alii*, 1998). Notons, au point de départ, que le logement locatif, qu'il s'agisse d'une chambre ou d'un appartement, peut se présenter sous des formes ou des statuts différents. Il peut être privé et disponible aux individus selon les règles du marché. Il existe aussi comme propriété publique, soit sous forme de foyer d'accueil, soit comme habitation à loyer modique (HLM). Le logement locatif se retrouve aussi sous le statut de la coopérative de logement ou encore de l'organisme à but non lucratif (OBNL), c'est-à-dire communautaire. Pour les distinguer du logement social, une expression utilisée avant tout pour les HLM, il vaut mieux désigner ces deux derniers types de logement comme le logement collectif. Cependant logement coopératif et logement communautaire spécifient encore plus précisément leur statut.

² Dans le seul but d'alléger le texte, le masculin comprend aussi le féminin lorsqu'il s'agit de personnes humaines.

Sur le plan méthodologique, nous nous sommes inspirés de la méthode de collecte de données très généralement utilisée par le Collectif de recherche sur les innovations sociales en économie sociale, dans les entreprises et les syndicats (CRISES) (Comeau, 1996). Les informations ont été recueillies dans les archives de la Maison Réalité et du ROCSMO d'abord, puis à partir d'entrevues effectuées auprès d'intervenants de ces deux organisations et du projet des Habitations Nouveau Départ. Notre démarche visait à retracer, autant que possible, les positions officielles de la Maison Réalité et du ROCSMO, ainsi que la représentation que les intervenants véhiculaient de leur action.

Notre rapport rend compte, en tout premier lieu, de l'émergence de la Maison Réalité, de ses dimensions organisationnelle et institutionnelle et de son rôle dans l'apparition du ROCSMO. Ensuite, nous examinons le lien entre le ROCSMO et le projet des Habitations Nouveau Départ. Enfin, nous cherchons à cerner les possibilités d'innovation mises de l'avant avec ce projet des Habitations Nouveau Départ.

1. Maison Réalité : hébergement et support communautaire

La Maison Réalité a été fondée en 1982 afin d'offrir à des personnes affectées par des problèmes de santé mentale, des services d'hébergement ainsi que du soutien pour leur réinsertion dans la vie civile courante. Cette organisation communautaire vise essentiellement à favoriser la transition entre une hospitalisation et un retour au milieu dit "naturel", de façon à éviter de nouvelles hospitalisations. Pour atteindre cet objectif, elle offre de l'hébergement sur une période de transition de 4 à 8 mois avec un encadrement visant la réadaptation aux habitudes de la vie quotidienne dans la société (Dutrisac, 1997a)³. Depuis sa fondation, la Maison Réalité intègre dans ses services "un programme individualisé d'hébergement et de support qui s'échelonne sur plusieurs mois" (Périard, 1988 : 3) favorisant ainsi l'acquisition d'habiletés sociales.

À partir de 1987, se sont ajoutés d'autres services axés sur le suivi auprès de la clientèle. Ainsi, pour faciliter l'accès de ces personnes à une bonne qualité de logement, un service de soutien est offert aux personnes qui quittent la Maison Réalité. Comme le précise Serge Dutrisac (1997a), les propriétaires sont toujours plus rassurés quand la Maison Réalité donne une garantie de services. En 1994, l'organisme va "développer un service d'aide aux familles qui vivent ou qui accompagnent des personnes ayant des problèmes de santé mentale importants" (Dutrisac, 1997a : 3). L'organisation d'autres services est prévue, comme un Centre de jour, surtout pour la clientèle qui gravite autour de la Maison Réalité. L'objectif qui a guidé la fondation de cette organisation communautaire de services est donc toujours respecté. À cet effet, les activités et les moyens mis en place pour l'atteindre se sont continuellement développés. Mais comment la Maison Réalité fonctionne-t-elle plus précisément? Examinons tout d'abord le contexte de son émergence dans le milieu pour passer ensuite aux dimensions organisationnelle et institutionnelle de son action, et

³ Comme toutes les personnes interviewées dans le cadre de cette recherche ont explicitement consenti à être citées nommément, nous avons donc personnalisé les références à leurs entrevues. Celles-ci ont été transcrites *in extenso* et sont conservées à l'Université du Québec à Hull selon les règles normales de discrétion. Elles sont accessibles avec l'autorisation du chercheur principal, Jacques L. Boucher.

boucler par un aspect de l'environnement actuel où cette intervention s'inscrit, celui des rapports sociaux.

1.1 Contexte d'émergence

Pour situer l'apparition de la Maison Réalité, nous devons nous reporter au processus de la réorganisation des services en santé mentale au début des années 1980. Cette réorganisation des services doit être relue dans le contexte des réformes des services publics de santé et des services sociaux. Ces changements étaient provoqués, en partie, par la crise financière de l'État-providence. Ainsi, l'objectif de réduire les coûts des services de santé sera accéléré par la récession de 1982. Tous les établissements de santé, y compris ceux prodiguant des soins auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale, seront forcés de rationaliser leurs frais d'opération. Bref, le ministère de la Santé et des Services sociaux va poursuivre ses efforts de désinstitutionnalisation qui vont se traduire par des fermetures de lits et une recherche de ressources alternatives pour éviter l'hospitalisation. Pour ce faire, des initiatives seront soutenues par les pouvoirs publics afin de favoriser le maintien de l'usager dans son milieu, comme alternatives aux ressources institutionnelles traditionnelles (Tremblay, 1996).

Par ailleurs, il s'était développé, au Québec comme ailleurs, une critique des pratiques traditionnelles des soins hospitaliers psychiatriques. Cette critique a été portée tant par des professionnels du secteur que par la population, surtout par les proches des personnes affectées par des problèmes de santé mentale, mais aussi par des citoyens préoccupés par les droits de ces personnes. C'est ainsi que des groupes communautaires en santé mentale se sont constitués en défenseurs de ces personnes et se sont faits les promoteurs de ressources alternatives (Tremblay, 1996).

C'est dans ce contexte général que nous voyons se mettre en place les principaux éléments qui permettront d'amorcer un nouveau rapport de concertation et de partenariat entre les acteurs du réseau institutionnel et ceux du réseau communautaire en santé mentale. Pour des raisons de ralentissement de la progression des coûts certes, mais tout autant à cause de la contestation sociale des soins psychiatriques traditionnels, on cherchait à innover sur le plan des interventions, tant sur

la base des ressources alternatives que des structures intermédiaires (White et Mercier, 1989). D'un côté, la structure intermédiaire est mise en place comme organisation légère située hors des murs des établissements publics, mais sous l'initiative et la responsabilité d'un établissement, conservant des liens fonctionnels avec celui-ci. Tel est le cas du 73, rue Moussette, un centre public de services rattaché au Centre hospitalier Pierre-Janet. D'un autre côté, des ressources alternatives sont initiées par des organisations autonomes, à but non lucratif, qui émergent de la communauté et dont les conseils d'administration sont composés majoritairement d'usagers ou de membres de la communauté. La Maison Réalité comme les Habitations Nouveau Départ en constituent des exemples typiques. Mais voyons comment ces dispositifs alternatifs peuvent se mettre en place.

Dans la région de l'Outaouais, ce sont des professionnels du Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ) et des membres de la communauté qui initieront, en 1982, un projet d'hébergement communautaire⁴ dans l'Outaouais afin de construire une alternative à l'hospitalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans cette région, comme ailleurs au Québec, l'hospitalisation apparaissait trop souvent comme la seule issue pour une personne ayant des difficultés de cet ordre. Cependant, la région immédiate ne connaissait pas de tradition d'hospitalisation psychiatrique de longue durée, l'Hôpital Pierre-Janet ayant été conçu pour de courts séjours. Le centre hospitalier de référence pour les longs séjours est situé dans la région des Hautes Laurentides, plus précisément à L'Annonciation. Bien que nous ne puissions pas documenter cette hypothèse, nous pouvons toutefois avancer, à ce moment-ci, que cette réalité institutionnelle a facilité ou a présenté moins de blocage à la communautarisation des services en santé mentale dans la région.

Or, au-delà de ces considérations historiques d'accessibilité aux ressources, force est d'admettre qu'il n'est pas toujours nécessaire, pour cette population, de recourir à l'appareil psychiatrique (Dutrisac, 1997a). Ainsi, la mise sur pied de la Maison Réalité sera le résultat d'une concertation entre le CHPJ et des membres de la communauté afin de répondre plus adéquatement aux besoins de la clientèle. Les procès-verbaux des réunions de 1982 et 1983 du Conseil d'administration de la Maison Réalité révèlent d'ailleurs une participation importante de personnes reliées au Centre

⁴ Cette forme d'hébergement est à distinguer des centres d'accueil qui appartiennent au réseau public et évidemment des résidences ou foyers d'hébergement privés.

hospitalier. C'est en concertation que le CHPJ et le milieu communautaire ont identifié, comme raison d'être de la Maison Réalité, " d'établir, maintenir, organiser, administrer et diriger une ou plusieurs maisons de transition permettant aux personnes atteintes de maladie mentale de réintégrer la société et de favoriser la réinsertion sociale des résidants " (Maison Réalité, 1982). Une coalition donc, composée de professionnels, d'hommes d'affaires, de membres du clergé et de bénévoles (Périard, 1998), allait mettre en place une organisation appelée à se développer au cours des deux dernières décennies, la Maison Réalité.

1.2 La Maison Réalité comme organisation : professionnalisation des ressources

La Maison Réalité s'est développée considérablement sur le plan organisationnel, tant du côté de sa structure de services que des ressources à sa disposition en termes de personnel comme en termes de financement. En effet, son financement a considérablement progressé depuis sa fondation en 1982. Son budget est passé d'environ 35 000 \$ à un demi million de dollars en quinze ans. Quelques employés seulement assuraient les services au point de départ, alors que l'on y retrouve, en 1997, une vingtaine de salariés qui offrent des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine. De prime abord, on pourrait affirmer que la Maison Réalité se trouve en excellente position financière. Parmi les sources de revenus, la contribution de la Régie régionale s'élève à 426 982 \$, soit 80,7 % du budget total de cette organisation de services. Le fonctionnement et les activités de la Maison Réalité dépendent donc largement du soutien financier de la Régie régionale. Aussi doit-elle rendre régulièrement des comptes auprès de son principal bailleur de fonds et ses rapports d'activités doivent continuellement être mis à jour en vue des demandes de subventions. La compilation qu'elle maintient à jour révèle d'ailleurs le type de services qu'elle a mis en place : service résidentiel, service de suivi et service d'aide aux familles.

Un examen plus minutieux des coûts d'opération de ses activités indique qu'en 1996-1997, 82 % du total des revenus sont allés en salaires (Maison Réalité, 1997). En chiffres réels, ce sont 436 622 \$ sur un budget de 529 091 \$. En plus de l'augmentation importante du nombre de salariés et de la masse salariale, un changement tangible s'est introduit dans les critères d'embauche du personnel depuis les débuts de la Maison Réalité. En effet, en 1982, les intervenants de la Maison Réalité étaient choisis en fonction de leur expérience de vie (Dutrisac, 1997a; Sévigny, 1997). Il s'agissait

d'aidants naturels formés sur le tas et qui connaissaient bien les problèmes de santé mentale. Ajoutons qu'ils étaient sélectionnés en raison de leur vécu auprès de cette population afin de "favoriser un lien de confiance" (Dutrisac, 1997a : 3) entre l'intervenant et l'utilisateur. Les personnes qui seront embauchées par la suite seront progressivement choisies plutôt en fonction d'une formation académique connexe à la problématique de la santé mentale. La Politique en santé mentale de 1989 a probablement incité la Maison Réalité à exiger une formation académique plus poussée pour les intervenants et les intervenantes afin de préserver sa crédibilité.

D'ailleurs, une certaine méfiance existe encore chez des professionnels de la psychiatrie à l'endroit des groupes communautaires (Bédard, 1996). Bien qu'on leur accorde une très grande importance, on craint que l'on n'arrive pas à éviter des embûches qui les menacent plus spécifiquement. Ils sont susceptibles de nier l'existence de la maladie mentale ou de la minimiser, de réduire l'importance de la thérapie, voire d'y faire obstacle. De plus, ils risquent de mal défendre les droits des malades et, paradoxalement, d'outrepasser parfois même leur mandat en voulant exercer des rôles normalement dévolus à des services de psychiatrie. On doit les écarter de toute juridiction sur les Centres de jour et les Centres de réadaptation dont les responsabilités dépassent l'entraide, le support, l'occupation, les loisirs, l'accompagnement ou toute forme d'assistance aux patients et à leurs proches (Bédard, 1996 : 43).

Les groupes communautaires qui interviennent en santé mentale ressentent sans aucun doute cette méfiance à leur égard de la part des professionnels du milieu psychiatrique. Cela explique sans doute, en partie du moins, l'importance qu'ils attachent à relever la barre des exigences professionnelles dans leurs rangs. Ils cherchent ainsi à protéger leur crédibilité auprès des professionnels des établissements psychiatriques en général. L'implication de professionnels du CHPJ dès la fondation de la Maison Réalité aura certes favorisé sa crédibilité à la fois auprès du Conseil régional de la santé et des services sociaux et du milieu psychiatrique. C'est très probablement dans ce but que s'est accentuée la professionnalisation de l'intervention de la Maison Réalité. Ainsi, sauf dans le cas de deux salariés de la première génération, les personnes présentement à son emploi ont acquis une formation universitaire de premier cycle, surtout en

psychoéducation, en travail social ou dans d'autres domaines connexes. De plus, une provision budgétaire est prévue pour favoriser une formation continue chez ces intervenants.

L'implication directe de bénévoles dans l'intervention auprès des personnes qui utilisent les services de la Maison Réalité reste à peu près inexistante. Cela n'est sans doute pas étranger au besoin de la Maison Réalité de préserver l'image d'une qualité optimale dans ses interventions. Selon Serge Dutrisac (1997a), le volet bénévolat serait à développer sans pour autant qu'il devienne une préoccupation majeure. Par ailleurs, il est possible que les employés syndiqués exercent une certaine pression en vue de limiter la participation de bénévoles dans le processus d'intervention. Actuellement, les bénévoles impliqués dans la Maison Réalité le sont comme membres du Conseil d'administration.

Bien que dépendante d'une source principale et pratiquement unique de financement de ses activités, la Maison Réalité profite de ressources relativement importantes qui lui permettent de maintenir un personnel professionnel hautement qualifié et pluridisciplinaire pour répondre à des besoins d'intervention à facettes variées. L'examen du budget indique que les coûts de l'hébergement physique comme tel n'emportent pas la grande part des ressources qui vont plutôt du côté de l'intervention professionnelle. Ainsi, l'hébergement demeure plutôt un moyen ou une occasion, forcément transitoire, d'exercice de l'intervention en vue de l'insertion ou de la réinsertion sociale de personnes affectées par des problèmes de santé mentale. Cette intervention s'exerce d'ailleurs en très grande partie en dehors des murs du lieu d'hébergement, sous forme de suivi et d'accompagnement.

Le point sur l'organisation des activités et des ressources de la Maison Réalité nous entraîne vers d'autres questions d'ordre institutionnel. Elles concernent les processus de prise de décision dans une telle organisation, la participation des divers groupes impliqués, bref, des rôles des divers acteurs et du partage du pouvoir entre eux. Elles touchent aussi les coalitions et les alliances que l'organisation développe avec d'autres groupes communautaires comme avec d'autres acteurs sociaux.

1.3 La dimension institutionnelle : vers plus de contrôle communautaire

La dimension institutionnelle, qui fait plus particulièrement appel à la portée politique d'une organisation, concerne habituellement les règles internes de partage du pouvoir ainsi que ses rapports de pouvoir dans son milieu. Dans cette analyse de la Maison Réalité, il s'agissait d'examiner d'un côté les rôles et les degrés d'implication, en son sein et dans l'ensemble de l'intervention, de deux acteurs surtout, les usagers des services et les intervenants salariés. D'un autre côté, il importait aussi de vérifier la place et le rôle d'une telle organisation d'intervention dans la société, la reconnaissance qu'elle y détient et les stratégies qu'elle déploie pour les développer ou les consolider.

1.3.1 Les usagers : une participation par intermédiaires interposés

Les décisions en ce qui concerne l'orientation et le bon fonctionnement d'une organisation communautaire de services comme la Maison Réalité passent par son Assemblée générale et son Conseil d'administration. Au début de son existence, des expériences ont été tentées afin de favoriser la participation des usagers au Conseil d'administration (Dutrisac, 1997a). Or, pour différentes raisons et particulièrement à cause des difficultés liées à la problématique de la santé mentale de ces personnes, ce type de participation a été abandonné. Par conséquent la Maison Réalité a opté pour le mode de représentation actuelle (Dutrisac, 1997a). D'ailleurs, il semble que la participation des usagers au Conseil d'administration et à l'Assemblée générale annuelle était plutôt faible, particulièrement lors de la dernière réunion de cette dernière (Sévigny 1997). La participation des usagers à la structure décisionnelle de la Maison Réalité est donc devenue minimale, bien qu'il soit prévu qu'un représentant du groupe siège au Conseil d'administration.

Malgré le nombre restreint des usagers aux assemblées générales, Serge Dutrisac (1997a) précise que la Maison Réalité a développé d'autres mécanismes où les usagers peuvent exprimer leurs besoins. Ainsi, leur participation a plutôt pris la filière de la consultation sur leurs besoins et leurs attentes. Chaque semaine, ils peuvent participer à un atelier de vie communautaire où les intervenants prennent le pouls de leurs besoins. Cet atelier représente une occasion pour eux d'échanger sur des projets d'activités ou des projets auxquels donner priorité. Leur implication

dans le processus décisionnel sur l'orientation de la Maison Réalité passe donc par les intervenants et la direction, qui jouent un rôle de médiateur ou de procureur à leur égard en quelque sorte.

En dépit d'une volonté contraire de la direction, la participation des usagers aux décisions et à l'orientation de la Maison Réalité demeure donc indirecte et passe par des intermédiaires, les intervenants, la direction et éventuellement les bénévoles du Conseil d'administration qui ont adopté leur cause. Certes, la participation de cette population aux instances de décision reste difficile étant donné leur état de dépendance. Par contre, on peut se demander si une implication progressive dans des mécanismes de participation de plus en plus exigeants ne constituerait pas une filière privilégiée d'insertion sociale, ce que vise la Maison Réalité. Il s'agit là d'un paradoxe que ce type d'intervention a du mal à dépasser étant donné ses propres limites par rapport au problème auquel elle cherche à apporter des pistes de solution. Faute de solution à ce paradoxe, on peut se demander si une telle organisation ne reproduirait pas, jusqu'à un certain point, les rapports de dépendance propre à la consommation passive typique des services publics organisés selon le modèle technocratique et bureaucratique (Bélanger et Lévesque, 1988).

Si la participation directe des usagers à la structure de décision de la Maison Réalité est plutôt restreinte, passant par la direction et par les intervenants salariés, ces derniers sont-ils plus étroitement impliqués dans la gestion de l'organisation et l'orientation de l'intervention ?

1.3.2 Les intervenants : une implication limitée

Les salariés de la Maison Réalité sont syndiqués, ce qui n'est pas courant dans les organisations communautaires de services. La syndicalisation indique-t-elle des relations tendues entre la direction de cette organisation et ses salariés ? Si nous écoutons le coordonnateur, la convention collective est respectée et, dans l'ensemble, les relations entre employeur et employés sont assez bonnes, même si elles peuvent devenir plus tendues en période de négociations (Dutrisac, 1997a). D'après les employés, la réalité s'avère quelque peu différente. Non seulement la tension monte-t-elle lorsque arrive le temps des négociations, mais les relations demeurent moins

conviviales dans l'exercice du travail. La principale difficulté viendrait du nombre restreint d'employés et de la proximité entre eux et la direction.

[...] C'est clair qu'en période de négociations, le rapport entre employeur et employés est plus tendu. [...] On est une petite boîte de quatorze. Le patron est comme dans le corridor à côté de nous. Tu sais, il y a comme quelque chose d'« incestueux » : c'est trop près, on connaît la vie de tout le monde. C'est dans ce climat-là. [...] En période de négociations, il y a des choses *rough* qui se disent et où s'expriment des sentiments d'injustice. (Bélanger, 1997: 7)

Par ailleurs, les intervenants et les intervenantes de la Maison Réalité ont les coudées franches et ils possèdent leur propre marge de manœuvre quant à l'organisation de leurs interventions. En ce qui concerne les décisions et les orientations de la Maison Réalité, les employés jouissent d'une implication assez limitée. Toutefois, ils participent à des comités où ils peuvent s'exprimer et avoir une certaine influence sur les décisions qui les concernent dans leur milieu de travail. Par contre, le pouvoir de décision concernant les orientations majeures repose presque exclusivement entre les mains du Conseil d'administration et de la direction.

Ainsi, la participation des usagers des services de la Maison Réalité à son orientation et à son fonctionnement passe par des comités de consultation et des intermédiaires, c'est-à-dire les intervenants. Par ailleurs, ces derniers profitent d'une implication limitée dans l'organisation, quoique réelle sur le plan de l'orientation de leur intervention et de l'organisation de leur travail. On peut donc se demander jusqu'à quel point le milieu influence l'orientation de cette organisation communautaire et surtout si celle-ci cherche à développer son influence dans le milieu, plus précisément dans le secteur de la santé mentale.

1.3.3 Coalitions et partenariat

Une alliance entre des professionnels d'établissements publics et des bénévoles de la société civile, plus précisément des hommes d'affaires, des membres du clergé et des militants du secteur communautaire se trouve à l'origine de la Maison Réalité. Nous pouvons donc dire que dès sa fondation, cette organisation d'intervention a été influencée par le milieu institutionnel, certaines

élites sensibilisés aux problèmes vécus en santé mentale et un mouvement communautaire relativement important et actif dans la région. En retour, la Maison Réalité contribue-t-elle à influencer l'orientation des services en santé mentale et les politiques institutionnelles?

Une fois mise en route, cette organisation de services a adopté différentes stratégies pour augmenter son influence dans le réseau communautaire et institutionnel. Elle s'est ainsi impliquée dans diverses instances et comités de travail du réseau public d'intervention en santé mentale (Maison Réalité, 1997). Au moment de l'enquête, elle représentait le secteur de la santé mentale de la Commission régionale d'intégration des services à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Elle était également impliquée dans une instance des CLSC Des Draveurs et Le Moulin, aujourd'hui fusionnés, et la Table de santé mentale. Enfin, la Maison Réalité s'implique très régulièrement dans des projets d'intervention en partenariat, comme le Comité de programmation de longue durée du Centre hospitalier Pierre-Janet.

La Maison Réalité cherche donc à s'associer à des partenaires du réseau institutionnel des services en santé mentale. Cette stratégie semble avoir été efficace malgré les difficultés inhérentes liées à l'établissement de rapports de partenariat. Tout en ayant opté pour la concertation dès le départ, elle reste cependant vigilante de façon à éviter son intégration au réseau institutionnel ou la domination des pouvoirs publics sur son orientation et le choix de ses activités. À cet égard, Bélanger et Lévesque (1992: 735) nous rappellent que “le partenariat comportera toujours des risques de détournement de sens, des tensions entre l'intégration institutionnelle et le nécessaire développement d'une dynamique d'autonomie”. Par conséquent, la Maison Réalité est confrontée à un enjeu de taille. Mais pour développer et protéger son autonomie, on peut penser qu'elle utilise à fond le jeu des coalitions avec d'autres organisations du mouvement communautaire autonome.

C'est ainsi que la Maison Réalité participe de façon continue au Regroupement des organisations communautaires de l'Outaouais (ROCO) qui joue le rôle de porte-parole de ces organisations auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Elle est également membre de l'Assemblée territoriale d'organisations de services et du Comité exécutif de la Table de santé

mentale. De plus, la Maison Réalité est membre fondateur du Regroupement des organisations communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO). Au moment de l'enquête, son directeur était même le président de ce regroupement et la Maison Réalité participe régulièrement à divers comités de travail du ROCSMO. Sur un plan plus large, elle envoie un représentant régional au Comité provincial du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) sur l'équité interrégionale et l'enveloppe de Soutien aux organismes communautaires (SOC). Enfin, plus récemment, la Maison Réalité s'est impliquée dans des projets d'intervention sur la base de coalitions de groupes communautaires. Il s'agit d'abord de l'organisation de logement collectif avec support communautaire Mon Chez Nous (Boucher et Inkel, 2001) et du projet d'hébergement et de logement avec support communautaire du ROCSMO, plus spécifiquement les Habitations Nouveau Départ.

De la sorte, en étant active dans plusieurs regroupements, la Maison Réalité profite d'une mine d'informations. Comme le précise son directeur, avec son adhésion au RRASMQ, elle peut critiquer des décisions et des orientations de l'État québécois, et s'y opposer quand les intérêts du réseau communautaire en santé mentale de la région sont en cause. D'ailleurs, l'autonomie des groupes communautaires d'intervention en santé mentale vis-à-vis de la Régie régionale de la santé et des services sociaux demeure un dossier sensible en vertu des subventions que ces organisations reçoivent des pouvoirs publics et des mandats qui leur sont rattachés (Dutrisac, 1997b).

Or, cette mobilisation de ressources et ces stratégies de participation et de construction d'espaces de pouvoir s'articulent à des rapports entre acteurs sociaux qui les conditionnent d'une part, mais qui peuvent aussi se modifier sous l'action de l'un ou l'autre acteur. Nous ne pouvons donc pas saisir l'évolution de l'intervention communautaire en santé mentale sans tenir compte de l'état des rapports sociaux dans une période et un milieu donnés.

1.4 Des rapports sociaux à l'aune du partenariat

Une intervention communautaire dans le secteur de la santé mentale comme celle de la Maison Réalité se situe dans les rapports de consommation en tout premier lieu, c'est-à-dire de la consommation des services. Il s'agit là d'un rapport social d'une importance déterminante dans la

vie en société et dans la vie des individus, comme l'est le rapport salarial ou le rapport au travail dans le champ de la production (Bélanger et Lévesque, 1991). En effet, elle apparaît comme une alternative à l'hospitalisation de longue durée ou même définitive, qui, dans le secteur de la santé mentale, joue le rôle de contrôle social absolu par l'enfermement. Les individus ainsi enfermés vivent dans un rapport de dépendance totale et d'exclusion radicale de la citoyenneté et de la vie en société, l'asile ou l'hôpital psychiatrique devenant une sorte de société fermée, les patients n'ayant pratiquement pas de rapports avec la société extérieure. Si la Maison Réalité ne vise ni ne prétend atteindre une pleine insertion sociale et citoyenne des personnes affectées par des problèmes de santé mentale, elle assure, à tout le moins, une transition vers une intégration progressive dans la société. Certes les résidants y sont encore relativement encadrés par du personnel qualifié à cette fin. Mais il s'agit beaucoup moins d'une intervention de surveillance que de soutien pour passer à une étape plus avancée vers l'intégration sociale, ce qui est souvent désignée par les intervenants eux-mêmes comme la " vie normale " ou le retour dans le " milieu naturel ".

L'intervention de la Maison Réalité se situe donc dans un processus de construction d'un rapport d'insertion ou d'inclusion citoyenne en contrepartie d'un rapport d'enfermement et d'exclusion dans le modèle de l'hôpital psychiatrique traditionnel. De plus, l'émergence des organisations communautaires autonomes de services en santé mentale introduit un rapport de participation de la population dans l'orientation et l'organisation des services. Certes, cette participation reste limitée pour les patients et il pourrait sans doute se construire des voies de progression de leur participation en concordance avec leur degré de réinsertion sociale, mais elle est déjà existante bien qu'intermédiarisée. Par contre, les groupes communautaires permettent la participation de citoyens qui se sentent concernés par les problèmes de santé mentale, pas tant du côté de l'intervention bénévole auprès des bénéficiaires que du côté des instances de l'organisation communautaire et de ses comités.

Cet examen de la Maison Réalité comme initiative communautaire d'intervention en santé mentale nous permet de voir que de nouvelles ressources professionnelles se développent dans le secteur. Il s'agit d'un soutien par l'hébergement avec des formes de support communautaire pour aider les personnes à entreprendre leur intégration dans la vie dite normale. Ces nouvelles ressources

communautaires interviennent en complémentarité avec celles des services publics, cherchent à se coordonner tant entre elles qu'avec celles des établissements. Aussi parle-t-on de concertation et de partenariat, en même temps que de coalitions pour consolider la place de la Maison Réalité et de l'ensemble des interventions communautaires, ce qui laisse présager l'établissement de nouvelles règles institutionnelles et de nouvelles formes de coordination. Une coalition comme le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) semble devoir jouer ce rôle d'intermédiaire, tout en prenant l'initiative de lancer un projet de logement avec support communautaire.

2. Une organisation intermédiaire, le ROCSMO

C'est sans doute avec la mise sur pied du Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) que la Maison Réalité a exercé une influence plus tangible dans le secteur de la santé mentale. En 1988, avec Tel-Aide Outaouais⁵, l'Atelier de la Petite-Rouge⁶ le Centre d'aide 24/7⁷, le Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ)⁸ et le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS), elle contribuait à la création de ce regroupement régional. Cette fondation était d'abord justifiée par l'éclosion, depuis 1985 dans la région, de nouveaux groupes communautaires d'intervention en santé mentale. De plus, elle arrivait à une période où se manifestait une certaine volonté d'intégrer ces groupes communautaires en santé mentale dans le réseau institutionnel public, donc sous le contrôle des professionnels des établissements publics. Enfin, s'ajoute à cela la nécessité de se donner du poids politique par la création de coalitions de groupes d'intervention dans le même secteur en plus d'articuler en réseau des ressources pour mieux soutenir les personnes affectées par des problèmes de santé mentale dans leur démarche d'intégration civique.

⁵ Cette organisation communautaire offre des services d'écoute téléphonique et de référence aux personnes aux prises avec diverses détresses situationnelles.

⁶ L'Atelier de la Petite-Rouge était un service de soutien auprès des familles d'accueil dans la région de la Petite-Nation.

⁷ Le Centre 24/7 intervient auprès de personnes en situation de crise et de détresse.

⁸ Ce regroupement à l'échelle québécoise veille à la promotion et au maintien de l'autonomie des ressources communautaires et alternatives en santé mentale vis-à-vis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.1 Objectifs et fonctionnement

D'une part, en mettant sur pied cette coalition, des organisations communautaires en santé mentale de la région de l'Outaouais voulaient se donner la "force du regroupement" pour préserver leur spécificité et leur autonomie par rapport au réseau institutionnel public. D'autre part, en assurant une meilleure cohésion entre eux, ils cherchaient à se positionner afin de se faire reconnaître non pas comme de simples fournisseurs de services (Lamoureux, 1994) mais comme pouvant participer à l'orientation de l'organisation régionale des services. Sur le plan organisationnel, il existe un autre avantage pour ces organismes de se regrouper, plus précisément celui de se donner un espace pour échanger des informations et des expertises en plus d'intensifier leurs collaborations.

Ces organisations trouvaient donc de multiples avantages à se regrouper étant donné leur dénominateur commun: même type de clientèle, une philosophie et des valeurs similaires et le défi constant d'opérer avec des budgets assez limités⁹. De plus, ce regroupement leur permettait de se donner un rapport de force pour revendiquer auprès du Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS)¹⁰ leur part dans la nouvelle allocation de ressources qui devait suivre l'opération de décentralisation des services vers les régions. D'ailleurs, par son action, le ROCSMO a contribué à l'amélioration de la situation financière de la plupart des organisations membres. Enfin, le ROCSMO s'est donné comme objectif de susciter le développement d'organisations communautaires en santé mentale dans la région. C'est dans cette optique qu'a été mise sur pied une organisation de promotion et de défense des droits des personnes touchées par des problèmes en santé mentale, Droits-Accès. Ainsi, le ROCSMO ne visait pas que la promotion, l'avancement et les droits de cité des organisations communautaires membres, il cherchait aussi à mieux soutenir la défense des droits des personnes en santé mentale.

Du côté institutionnel, le ROCSMO a fixé ses règles de fonctionnement interne. Il reçoit son mandat des organismes qui en font partie (Dutrisac, 1997b). Il cherche à consolider la cohésion

⁹ Procès-verbal du 13-14 septembre 1990.

¹⁰ Ces conseils régionaux ont été transformés en Régies régionales de la santé et des services sociaux.

des organismes membres de façon à leur procurer plus de force politique auprès du Conseil régional de la santé et des services sociaux. Par contre, chacun des membres du ROCSMO conserve son autonomie par rapport à l'ensemble du regroupement. Comme nous l'avons déjà mentionné, en devenant membre d'un regroupement provincial, le ROCSMO peut exercer son influence politique à un niveau plus élevé, c'est-à-dire auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Enfin, le Regroupement poursuit son influence en organisant de nouveaux projets d'intervention en santé mentale, dont les Habitations Nouveau Départ.

2.2 Le ROCSMO et les Habitations Nouveau Départ

Des informations préliminaires laissaient entendre que le ROCSMO avait pris l'initiative du projet des Habitations Nouveau Départ. Or celui-ci a plutôt été initié par le Centre hospitalier Pierre-Janet en concertation avec des groupes membres du Regroupement, c'est-à-dire la Maison Réalité, le

Centre 24/7 et le Gîte Ami, un centre d'hébergement temporaire et d'accompagnement des sans-abri¹¹ (L'Abbé, 1997). Le rôle du ROCSMO y a été transitoire. Un comité de travail composé de représentants du Regroupement et de ces trois organisations communautaires a été chargé de trouver une solution à l'insuffisance d'hébergement en santé mentale. Le comité a proposé de mettre sur pied un service d'hébergement communautaire afin de désengorger le CHPJ. De plus, cette initiative s'inscrit dans la foulée du moratoire du gouvernement provincial sur les familles d'accueil pour une partie de la clientèle en santé mentale. Étant donné que la Maison Réalité avait déjà une mission d'hébergement, il lui a été proposé de prendre sous sa responsabilité de fournir des places pour une clientèle capable de fonctionner avec un support communautaire. Mais elle a refusé d'assumer ce mandat pour des raisons d'ordre politique et administratif (Dutrisac, 1997a), entre autres pour préserver son autonomie d'action par rapport au Centre hospitalier Pierre-Janet. Le ROCSMO a alors décidé d'engager un chargé de projet pour développer des ressources en hébergement. Ce rôle transitoire du Regroupement a permis aux Habitations Nouveau Départ de se doter de leur propre conseil d'administration en attendant leur accréditation officielle.

Or cette préoccupation du ROCSMO pour le logement social n'est pas nouvelle. Comme le souligne Serge Dutrisac (1997b), la clientèle en santé mentale qui utilise les services d'hébergement est presque exclusivement composée de personnes à faibles revenus, qui risquent donc d'être mal logées. Voilà ce qui a poussé le ROCSMO à soutenir le développement de ce type de ressources. Examinons plus précisément en quoi consistent les Habitations Nouveau Départ qui, au moment de l'enquête, en était encore au début de son fonctionnement.

¹¹ Parmi les personnes qui fréquentent le Gîte Ami, il se trouve un pourcentage assez élevé de personnes ayant de problèmes de santé mentale. Pour en savoir plus sur le Gîte Ami, voir le mémoire d'André Inkel (2000), *L'insertion sociale des personnes marginalisées et proches de la grande pauvreté : analyse d'une intervention auprès des sans-abri dans l'Outaouais*, Collection mémoire de maîtrise en travail social no 2, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull ; aussi Inkel et Boucher (2001), *Le Gîte Ami : renouvellement d'une pratique communautaire auprès des sans-abri*, Série Pratiques économiques et sociales no 21, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull.

3. Les Habitations Nouveau Départ

À plusieurs égards, le projet des Habitations Nouveau Départ (HND) se compare à celui de Mon Chez Nous¹², qui a développé un concept de logement avec support communautaire pour les personnes seules et à faibles revenus et dont faisait d'ailleurs partie la Maison Réalité à la fondation. Cependant, alors que Mon Chez Nous a été initié et développé par des organisations communautaires membres, les HND ont été initiées à la suite d'une demande d'un établissement du réseau de la santé auquel se sont immédiatement associées quelques organisations communautaires. Or la demande du Centre hospitalier Pierre-Janet était présentée dans des termes d'hébergement, comme une alternative à l'hospitalisation et aux soins prolongés, et non pas spécifiquement de logement. Voyons tout d'abord comment, dans une perspective plus ou moins explicite, le projet des HND s'est articulé aussi autour de l'idée du logement en même temps que du réseau de soutien communautaire. Ensuite, il sera possible de débattre du statut de ce projet.

3.1 Objectifs et organisation

Les objectifs des Habitations Nouveau Départ s'inscrivent dans le volet de l'« hébergement social » du ROCSMO, selon les propres termes du Regroupement. Dans sa présentation de l'implantation de ce projet, le Regroupement propose de « développer un réseau d'hébergement soutenu socialement pour des personnes adultes qui vivent des problèmes de santé mentale sévères et persistants » (ROCSMO, 1996). Le projet prévoit offrir ce service à une cinquantaine de personnes environ (Dutrisac, 1997b). Ainsi, pour réaliser ce réseau d'hébergement, les Habitations Nouveau Départ cherchent à s'associer à des propriétaires privés, des coopératives d'habitation, des HLM, des organisations à but non lucratif, des Offices municipaux d'habitation, etc., afin d'offrir un éventail de logements permanents et à des coûts abordables pour la clientèle. Tout en consolidant ce réseau d'hébergement, qui, dans bien des cas, consistait en du logement locatif, on cherche à lui accoler une structure de soutien communautaire en association avec des organisations de services

¹² Pour en savoir plus sur Mon Chez Nous, voir Boucher et Inkel (2001), Mouvement communautaire et logement social : les cas Logemen'occupe et Mon Chez nous, Série Pratiques économiques et sociales no 19, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull.

communautaires, des familles et la communauté. Il s'agit de "faciliter la réinsertion sociale des usagers et de leur permettre de vivre dans la société avec un niveau de fonctionnement optimal" (ROCSMO, 1996).

Les Habitations Nouveau Départ et la Maison Réalité partagent fondamentalement une visée commune: la réintégration dans la communauté des personnes souffrant de difficultés sur le plan de la santé mentale et le soutien dans une démarche de retour à la pleine citoyenneté. Mais la Maison Réalité comporte ses propres limites dans cette démarche. Elle ne peut accueillir qu'un nombre limité de personnes, et encore pour un hébergement transitoire, alors que le CHPJ réclamait des ressources supplémentaires sur ce plan. De plus, le suivi professionnel d'intégration ne s'adresse qu'aux personnes hébergées chez elle et ne va pas jusqu'à l'insertion professionnelle.

De leur côté, les Habitations Nouveau Départ développent un concept d'hébergement permanent qui vise la stabilité à long terme et l'insertion dans le milieu normal du logement locatif. De plus, le soutien qu'elles entendent offrir est de type communautaire et passe par des agents d'intégration qui ressemblent, en plusieurs points, à la définition du concierge-résidant (Jetté et *alii*, 1998) que nous retrouvons dans le projet Mon Chez Nous. Ainsi, ces agents d'intégration assumeront un rôle sur le plan du suivi et du soutien communautaire dans le but d'appuyer et d'aider l'utilisateur dans le développement de son autonomie (ROCSMO, 1996) et de favoriser sa réinsertion sociale. Enfin, on se propose de développer un volet vocationnel dans la deuxième phase de l'implantation de ce projet. Dans le plan initial, il a été prévu de mettre sur pied une gamme de services portant sur les habiletés de travail sur la base d'un programme intégré.

Dans leur projet initial du moins, les Habitations Nouveau Départ semblent vouloir innover de façon significative dans l'organisation communautaire des services en santé mentale. Leur projet dépasse la demande première du Centre hospitalier Pierre-Janet sur deux plans: (1) l'ouverture sur le logement social et non pas sur le seul hébergement et (2) l'insertion sociale en passant par l'hébergement et le logement avec support communautaire, et jusqu'à l'insertion professionnelle. Mais on peut aussi se demander si le projet n'innove pas également sur le plan du statut des Habitations Nouveau Départ.

3.2 Dimension organisationnelle et institutionnelle

Trois caractéristiques sont à retenir de l'émergence de ce projet. En premier lieu, les Habitations Nouveau Départ viennent répondre à une préoccupation du CHPJ reliée au manque de place en hébergement dans la région. La deuxième caractéristique concerne la préoccupation de réinsertion sociale par le biais, entre autres, de programmes de formation académique et professionnelle. La visée de réintégration sociale est présente à la Maison Réalité, mais ne vise pas explicitement l'insertion professionnelle. Enfin, sur le plan institutionnel, les HND ont prévu un mécanisme de participation de un ou deux usagers sur le conseil d'administration. De plus dans le projet d'implantation, il est indiqué qu'un comité des usagers sera formé et aura un pouvoir décisionnel (ROCSMO, 1996).

Le projet tend à se situer entre la ressource alternative et la structure intermédiaire. D'une part, des caractéristiques rappellent la ressource alternative: une plus grande participation de la clientèle ou de leurs représentants dans le processus décisionnel qui la concerne (L'Abbé, 1996), et des modalités de références qui peuvent venir soit des usagers eux-mêmes, de leurs familles ou de leurs proches. Par ailleurs, il n'est pas exclu que des références puissent venir de la part d'intervenants du réseau d'établissements publics de la santé et des services sociaux. D'autre part, nous retrouvons des éléments qui caractérisent la structure intermédiaire, à savoir une participation importante d'un établissement du réseau institutionnel dans la mise sur pied de ce projet, la coordination entre diverses ressources communautaires de services auprès des personnes et cela, sans exclure un arrimage avec l'intervention publique. Il s'agit donc d'une organisation qui structure et coordonne divers types d'interventions pour assurer une continuité des soins entre un Centre hospitalier et un réseau de ressources communautaires afin de faciliter le rapprochement des usagers de leur milieu naturel (White et Mercier, 1989) et d'en arriver à leur insertion sociale.

Les Habitations Nouveau Départ s'articulent donc autour du principe de la complémentarité entre partenaires, tant les établissements publics que les organisations communautaires, et cela, dans un respect des mandats spécifiques de chacun (L'Abbé, 1996). Il s'agit d'un partenariat qui s'inspire du modèle de la complémentarité, c'est-à-dire où les rôles et les objectifs de chacun des partenaires

sont clairement différenciés, le plus souvent par définition formelle de mandats (White, Mercier, Dorvil et Juteau, 1992).

4. Initiatives, partenariat et coordination

Les premières organisations communautaires qui ont vu le jour au Québec, celles des années 1960 et 1970, ont généralement orienté leur action sur la revendication de meilleurs services à la population et la défense de ses droits en faisant pression sur l'État et les autres pouvoirs publics. C'est dans cette génération de groupes communautaires qu'il s'est levé une critique radicale du modèle biomédical qui se retrouvait dans l'approche psychiatrique en santé mentale avec son pendant de l'hospitalisation ou de l'enfermement. Ces critiques ont sans aucun doute poussé des professionnels et des responsables d'établissements de santé et de psychiatrie à questionner leur approche et à remettre en cause la tendance à l'hospitalisation prolongée, sinon définitive dans certains cas.

Dans les années 1970, cette critique des services publics en santé mentale s'est aussi traduite en construction d'alternatives à l'hospitalisation. La première a consisté à installer des patients dans des maisons d'accueil. Mais dans les années 1980, on vit apparaître des maisons communautaires d'hébergement qui assuraient aux personnes qui sortaient des hôpitaux psychiatriques, un accompagnement pour faciliter leur transition vers un mode de vie normal, c'est-à-dire normatif selon les standards de la société environnante. La Maison Réalité, comme bien d'autres dans la région de Montréal notamment (White, Mercier, Dorvil et Juteau, 1992; White, 1993), représente bien ce genre d'intervention et d'alternative. Dans ce cas-ci, l'intervention dépassait le cadre du lieu d'hébergement comme tel et se prolongeait après le séjour des personnes, dans le "milieu naturel". Aussi parle-t-on de réintégration sociale.

De leur côté, les Habitations Nouveau Départ répondent à une demande du Centre hospitalier Pierre-Janet qui manquait d'espace. Sa demande, selon toute apparence, concernait de l'hébergement de type communautaire comme en fournissait la Maison Réalité, qui a d'ailleurs été sollicitée pour répondre à la commande. Or le concept des HND dépasse, théoriquement du moins,

l'expérience de l'hébergement. En effet, les responsables entendent offrir de l'hébergement, mais aussi du logement locatif au moment où la personne est en mesure d'en assumer la responsabilité moyennant un support communautaire adéquat. Plus, l'habitat et surtout le logement sont conçus comme un lieu et un moyen d'intégration et d'insertion sociale. Le logement est alors prévu comme une étape d'un processus qui normalement et idéalement, devrait conduire jusqu'à l'insertion professionnelle. Les HND veulent aussi engager leur intervention sur ce terrain de l'insertion par l'emploi.

Tant la Maison Réalité que les Habitations Nouveau Départ ont été mises en place et fonctionnent en lien assez étroit avec un établissement public, le Centre hospitalier Pierre-Janet, en plus d'être financées presque exclusivement par la Régie régionale de la santé et des services sociaux. On aurait pu penser, au départ, que l'initiative de la communautarisation des services d'hébergement aurait été amorcée par le milieu communautaire lui-même. Or, d'après les informations recueillies jusqu'ici, il semble bien que ce sont plutôt des professionnels du Centre hospitalier qui ont fait les premiers pas et qu'ils ont trouvé des complicités dans la population. D'ailleurs, le CHPJ, décidait, à la fin des années 1980, de sortir de ses propres murs certains services et de les transporter au 73, rue Moussette pour les rapprocher de la communauté.

Au moins deux questions viennent à l'esprit en ce qui concerne ce rapport entre les établissements publics et les groupes communautaires qui interviennent en santé mentale. S'agit-il d'un arrimage étroit, qui entraînerait une forme de subordination des organisations communautaires, de sorte que celles-ci seraient vues comme une extension des services publics ? La communautarisation des services répondrait-elle au seul impératif économique ou à un objectif social aussi, c'est-à-dire le rapprochement des services de la population et leur qualité ?

En ce qui concerne la première question, les informations recueillies révèlent que les organisations communautaires dans le secteur de la santé mentale restent très attachées à leur autonomie. Ainsi, la Maison Réalité se sentait libre de refuser l'invitation à élargir ses services d'hébergement et de continuer ses interventions de suivi. Les organisations communautaires de ce secteur se sont donné un regroupement régional très actif qui joue un rôle de coordination entre groupes certes,

mais aussi de porte-parole sinon de négociateur vis-à-vis des dispositifs publics. Le ROCSMO apparaît donc comme une protection active de l'autonomie des organisations membres. Il a même contribué à la mise sur pied d'une organisation de défense des droits des personnes en ce qui concerne la santé mentale. Les groupes communautaires qui interviennent en santé mentale s'inscrivent à peu près tous dans la tradition des services alternatifs et de dépannage. En même temps, ils ressentent le besoin de procurer un dispositif de défense des droits aux personnes et de se donner, pour eux-mêmes, des moyens de pression afin de faire valoir leurs objectifs, d'acquiescer les ressources dont ils ont besoin et de protéger leurs initiatives et leur autonomie.

Quant à la deuxième question, il importe d'admettre que la pression économique joue dans le processus de communautarisation des services en santé mentale. Lorsque le CHPJ demande que l'on organise des alternatives à l'hospitalisation en termes d'hébergement communautaire ou autres, il réagit à une commande du ministère de la Santé et des Services sociaux de diminuer son nombre de lits. En même temps, ce n'est pas une question économique seulement. En effet, le transfert de l'intérieur des murs de l'Hôpital vers l'extérieur, sur la rue Moussette, n'entraîne pas nécessairement une baisse des coûts, au contraire. Il s'agissait de rapprocher les services de la population, de les humaniser en quelque sorte, bref, de sortir du modèle de l'enfermement et de l'hospitalisation. Si le mouvement communautaire demeure un lieu privilégié d'innovation, il reste que des acteurs du secteur public sont également capables d'innover et peuvent prendre des initiatives. Cela n'empêche pas l'innovation de s'ajouter d'un milieu de services à un autre. C'est ainsi que la demande du CHPJ a été une occasion pour les organisations communautaires de la transformer en un projet de processus d'insertion sociale par le logement et même par l'emploi. De plus, les groupes communautaires rencontrent un double objectif: d'un côté, l'accessibilité économique au logement pour des personnes qui, à cause de leurs problèmes, ont plus de difficulté que d'autres à garder ou accéder à un logement décent et de l'autre côté, la prévention de l'instabilité et même de l'itinérance grâce au support communautaire en vue d'une insertion sociale plus complète.

À côté de la question de l'autonomie se profile aussi une question de coordination des diverses ressources, activités et démarches en arrimage avec les besoins réels des individus et de la

population. En effet, les groupes et les ressources communautaires de services en santé mentale se multiplient. De plus, il leur devient de plus en plus évident que les interventions doivent être conçues en continuité et complémentarité, dans la perspective d'un processus d'intégration et d'insertion sociale. Cela nécessite des dispositifs d'arrimage entre elles certes, mais aussi avec les ressources du réseau public. Mais qui va exercer ce rôle de coordination ? D'un côté, nous voyons les organisations communautaires se regrouper en coalitions, comme le ROCSMO, pour soutenir leurs positions et développer leur champ d'intervention ou de compétence. Certaines construisent même leur intervention sur la base d'une coalition de groupes membres, spécialisés dans certains services spécifiques, comme c'est le cas tant des Habitations Nouveau Départ que de Mon Chez Nous. D'un autre côté, les sources de financement proviennent en très grande partie de l'État et aboutissent majoritairement dans les établissements de services. Une certaine partie transite par la Régie régionale et le CHPJ vers les organisations communautaires reconnues pour leurs services en santé mentale. Aussi pourrait-il être tentant, pour les régies régionales, d'assumer de façon technocratique ce rôle, en arrimant services publics et interventions communautaires selon des règles et des critères homogènes. Les organisations communautaires y perdraient leur autonomie et partant, leur lien privilégié avec la population et leur capacité d'invention.

En réalité, la question et le besoin de coordination se posent selon deux angles très différents. Il existe certes une nécessaire coordination de type institutionnel, plus politique et administratif. Sur ce plan, le ROCSMO devient sans doute le porte-parole par excellence de la coalition des organisations communautaires qui interviennent en santé mentale, dont sur les questions de l'habitat et de l'insertion sociale. On peut alors s'attendre à ce qu'il soit reconnu, à côté des établissements publics, comme partie négociante dans son champ de compétence vis-à-vis de la Régie régionale et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le deuxième angle concerne la production même des services, autrement dit la dimension plus organisationnelle, et les rapports au quotidien avec la population, c'est-à-dire la portée plus professionnelle des services. Là se situent des initiatives communautaires de coordination telles que les Habitations Nouveau Départ et des initiatives publiques, celles du Centre hospitalier Pierre-Janet, comme les Comités d'accès à l'hébergement qui incluent aussi des intervenants communautaires. Ces expérimentations sont encore partielles cependant, quoique l'on puisse penser qu'elles s'élargiront et deviendront mieux

articulées si l'on se fie aux attentes que nous ont exprimées informellement des intervenants du milieu communautaire.

Une coordination intégrée de l'intervention, tant à l'intérieur du secteur communautaire qu'entre celui-ci et le secteur public, suppose une reconnaissance adéquate de la pertinence et de la qualité professionnelle de l'intervention communautaire. Certains professionnels d'établissements publics comme le CHPJ font preuve de plus d'ouverture et de souplesse quant à l'exercice de leur mandat. Mais ces cas font encore trop figure d'exception et le repli corporatiste de certaines professions reste dominant, nourrissant ainsi la méfiance vis-à-vis de l'intervention communautaire qui serait considérée comme secondaire, peu professionnelle et devant être supervisée par les vrais professionnels, les psychiatres et autres médecins (Bédard, 1996). Dans cette logique, l'hébergement et le logement extra hospitalier seraient voués à un simple accompagnement, non pas à un rôle d'intervention psychosociale et de construction d'insertion sociale. Les organisations communautaires résistent à cette secondarisation en rehaussant les compétences professionnelles de ses intervenants. Mais la pression plus politique des organisations communautaires doit aussi inclure la reconnaissance de l'originalité professionnelle de l'intervention communautaire et de sa façon de la gérer, ce qui dépasse la simple revendication de ressources bien qu'elle lui soit rattachée.

Les partenariats en construction dans le secteur de la santé mentale commandent de nouvelles formes de coordination, tant sur le plan organisationnel de la prestation des services que sur le plan institutionnel de la reconnaissance des champs de compétences et du partage des prérogatives et du pouvoir. Une prise en charge communautaire de l'hébergement, du logement et de l'insertion sociale font apparaître plus clairement cette nécessité. Ainsi, l'intervention devient plus largement publique, dans le sens qu'elle implique la population. De la sorte, les mécanismes de coordination ne peuvent pas se limiter aux prérogatives des institutions publiques, mais doivent inclure les acteurs de la société civile, plus spécifiquement les organisations communautaires et des représentants de la population qui utilisent les services. Les transformations qui sont en train de se mettre en place sur le plan de l'habitat en santé mentale, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de logement avec support communautaire et d'insertion sociale, contribuent à désenclaver

définitivement les modes d'intervention, en leur donnant une portée beaucoup plus sociale et publique.

Conclusion

Cette étude de la filière de l'hébergement et du logement avec support communautaire dans le secteur de la santé mentale nous permet d'identifier plus clairement les phases de transformation du mode d'habitat dans ce champ d'intervention. Les familles d'accueil ont constitué la première tentative de sortir les personnes affectées par des troubles en santé mentale des murs de l'hôpital psychiatrique comme forme d'habitat permanent ou à long terme. Mais cette forme d'habitat a été insuffisante et dans plusieurs cas, insatisfaisante même. Le deuxième mouvement a consisté à rapprocher les services de la population et même à impliquer la population dans l'organisation de dispositifs communautaires d'hébergement comme transition vers une réintégration à la vie civique ou "normale". L'expérience de la Maison Réalité s'inscrit dans cet objectif. On a ensuite vu se développer l'idée d'un soutien continu et d'un processus progressif d'insertion sociale qui s'articulent autour de l'hébergement et du logement avec support communautaire. Cette forme d'intervention a été expérimentée à Montréal d'abord et des intervenants ont travaillé à la mettre en place dans l'Outaouais avec Mon Chez Nous (Boucher et Inkel, 2001). Cette troisième phase correspond aux Habitations Nouveau Départ qui semblent vouloir pousser le soutien jusque sur le plan de l'insertion par l'emploi.

Il est encore trop tôt pour évaluer la pertinence et les capacités réelles d'insertion sociale d'un outil d'intervention comme les Habitations Nouveaux Départ et le support communautaire en vue de l'insertion sociale par l'hébergement et le logement. Mais il ressort de cette étude que les organisations communautaires cherchent à élargir et à consolider leur intervention dans le secteur de la santé mentale. Elles ne visent pas simplement à ce que les personnes aient accès à des services de qualité, mais à ce qu'elles puissent s'insérer réellement dans la société et devenir autonomes dans les différentes dimensions de la vie. Pour ce faire, le logement assumé de façon autonome et responsable représente un facteur non négligeable d'insertion sociale. De la sorte, nous pouvons avancer que le milieu communautaire a réussi à transformer une demande

institutionnelle d'hébergement en vue de régler le problème d'espace d'un centre hospitalier en un projet d'insertion sociale apte à respecter le cheminement des personnes en cause.

Cette évolution de l'intervention communautaire en concertation avec les dispositifs publics pose un certain nombre de questions quant aux mécanismes de coordination à construire à l'intérieur de l'intervention communautaire elle-même, mais aussi entre elle et les dispositifs publics. Afin de garder la marge d'autonomie nécessaire pour maîtriser leur intervention et se tenir proches des besoins de la population, les organisations communautaires ne peuvent accepter l'imposition d'un mode de coordination dominé par les pouvoirs publics. Seul un partenariat basé sur une reconnaissance effective du rôle et des compétences des groupes communautaires et une certaine égalité entre acteurs peut garantir cette autonomie.

Une autre question concerne l'évolution de l'intervention communautaire dans le secteur du logement et elle concerne l'insertion sociale. La plupart du temps, on résume assez exclusivement l'insertion sociale à sa dimension économique et professionnelle comme si devaient découler automatiquement d'autres dimensions comme les réseaux de liens sociaux, l'inclusion politique, la maîtrise de la consommation et de son environnement immédiat. Or l'habitat en général, plus spécifiquement le logement, constitue un point d'ancrage important d'insertion sociale sur le plan des liens sociaux, de l'identité, de la participation à l'aménagement, etc. À cet effet, certaines expériences mieux réussies de coopératives de logement peuvent sans aucun doute constituer des repères d'insertion par le développement de la participation citoyenne et comme contribution au renouvellement de l'habitat et de l'aménagement urbain. Enfin, des recherches ultérieures sur les impacts du logement avec support communautaire sur les individus fragilisés permettraient de mieux comprendre des dimensions moins connues de l'insertion sociale.

Bibliographie

- BÉDARD, D. (1996). “ Virage ambulatoire en santé mentale et patients souffrant de troubles sévères et persistant ”, *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 1, p. 37-46.
- BÉLANGER, P. R. et B. Lévesque (1988). “ Une forme mouvementée de gestion du social: les CLSC ”, *Revue internationale d’action communautaire*, vol. 19, no 59, p. 49-64.
- BÉLANGER, P. R. et B. Lévesque (1991). “ La “ théorie ” de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique ”, *Cahiers de recherche sociologique*, no 17, p. 17-51.
- BÉLANGER, P. R. et B. LÉVESQUE (1992). “ Le mouvement populaire et communautaire : de la revendication au partenariat (1963-1992) ”, dans G Daigle et G. Rocher (dir.), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, p. 713-747.
- BÉLANGER, P. R., Boucher, J. et B. Lévesque (1994). “ L’économie solidaire au Québec: la question du modèle de développement ”, dans J.-L. Laville (dir.), *L’économie solidaire. Une perspective internationale*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 137-175.
- BOUCHER, J. L. et A. Inkel (2001). *Mouvement communautaire et logement social : les cas Logemen’occupe et Mon Chez Nous*, Série Pratiques économiques et sociales no 19, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull.
- COMEAU, Y. (1996). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l’étude d’activités de l’économie sociale*, Montréal, UQAM, CRISES, cahier no 9605.
- DOMMERGUES, P. (dir.) (1988). *La société de partenariat*, Paris, Afnor-anthropos.
- FAVREAU, L. (1989). *Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos jours : Continuités et ruptures*, Montréal, Centre de formation populaire / Éditions du fleuve, 308 p.
- FAVREAU, L. et B. Lévesque (1996). *Développement économique communautaire*, Sainte-Foy, Presses de l’Université du Québec, 231 p.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, 62 p.
- GUAY L. (1991). “ Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale ”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, no. 2, p. 43-58.
- INKEL, A. (2000), *L'insertion sociale des personnes marginalisées et proches de la grande pauvreté : analyse d'une intervention auprès des sans-abri dans l'Outaouais*, Collection mémoire de maîtrise en travail social no 2, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull.
- INKEL, A. et J. L. Boucher (2001), *Le Gîte Ami : renouvellement d'une pratique communautaire auprès des sans-abri*, Série Pratiques économiques et sociales no 21, Chaire de recherche en développement communautaire, Université du Québec à Hull.
- JETTÉ, C., Thériault, L., Mathieu, R. et Y. Vaillancourt (1998), *Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM)*, Université du Québec à Montréal, LAREPPS, 215 p.
- L'ABBÉ, B. (1996). *Projet d'implantation de services d'hébergement pour personnes vivant des troubles de santé mentale sévères et persistants sur le territoire urbain d'Aylmer*, Hull, ROCSMO, décembre, 63 p.
- LAMOUREUX, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin, 235p.
- LÉVESQUE, B. et L. Mager (1992). “ Vers un nouveau contrat social ? Éléments de problématique pour l'étude du régional et du local ”, dans C. Gagnon et J-L. Klein, *Les partenaires du développement face au défi du local*, Université du Québec à Chicoutimi, GRIR.
- MAISON RÉALITÉ (1992). *Lettres patentes*, Hull, Maison Réalité.
- MAISON RÉALITÉ (1997). *Rapport annuel 1996-1997*, Hull, Maison Réalité.
- PÉRIARD, P. (1988). *Maison de transition pour les personnes ayant des problèmes d'ordre émotif et/ou psychiatrique*, Hull, Maison Réalité, Document interne.
- ROCSMO (1996). *Projet d'implantation de services d'hébergement social*, Hull, ROCSMO.

TREMBLAY, M. (1996) “ Virage ambulatoire à Québec : l'équilibre en tête ”, *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no. 1, p. 97-110.

WHITE, D. (1993). “ Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec ”, *Sociologie et sociétés*, vol. XXV, no 1, p. 77-97.

WHITE, D. et C. Mercier (1989). “ Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois ”, *Santé mentale au Québec*, vol. 14, no1, p. 69-80.

WHITE, D., C. Mercier, H. Dorvil et L. Juteau (1992). “ Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles ”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5. no 1, p. 77-93.

Entrevues réalisées :

BÉLANGER, I. (1997). *Entrevue avec Isabelle Bélanger réalisée par André Inkel*, 18 août, Hull, UQAH, 10 p.

DUTRISAC, S. (1997a). *Entrevue réalisée avec Serge Dutrisac par André Inkel*, 6 août, Hull, UQAH, 16 p.

DUTRISAC, S. (1997b). *Entrevue réalisée avec Serge Dutrisac par André Inkel*, 9 septembre, Hull, UQAH, 12 p.

L'ABBÉ, B. (1997). *Entrevue avec Bernard L'Abbé réalisée par André Inkel*, 7 juillet, Hull, UQAH, 11 p.

SÉVIGNY, R., (1997). *Entrevue avec Richard Sévigny réalisée par André Inkel*, 15 août, Hull, UQAH, 9 p.