

Entre l'asile et le refuge : repères d'un parcours

Cet article a pour objectif de démontrer l'importance qu'a acquise la problématique de l'errance en santé mentale au cours des trente dernières années, et de proposer des repères pour le développement de pratiques accordées aux conditions de cette réalité. L'auteur procède à une interprétation du contexte sociohistorique en santé mentale qu'il décrit comme un déplacement à 180° du risque de l'enfermement institutionnel à l'enfermement dans l'errance. Au plan psychosocial, il propose une compréhension de l'errance comme une impuissance vécue de la liberté. Ensuite, à partir d'une relecture de son expérience en tant que clinicien et responsable d'organisme, il présente trois axes de développement des services: l'accueil dans un contexte d'urgence sociale, l'accompagnement continu et l'amélioration des conditions de vie et de la participation sociale.

*** Michel Simard**

"Il est d'ailleurs certain que l'on rencontrait autrefois parmi les vagabonds une plus grande quantité de malades mentaux, parce que nul ne se préoccupait d'eux. Ils étaient condamnés à l'errance comme individus non utilisables socialement; en outre, ils n'entraient à l'asile que s'ils se révélaient dangereux pour l'ordre public ". (Vexliard 1957, 352)

À la fin des années 80, lorsque j'ai commencé à accompagner des personnes vulnérables et démunies dans un contexte d'urgence sociale, la réforme de la santé et des services sociaux ainsi que la politique de santé mentale, n'étaient pas encore adoptées. Elles mijotaient dans les officines ministérielles. Puis elles vinrent au jour, furent adoptées et rendues publiques. Les choses allaient enfin pouvoir changer, pour le mieux...

Avec d'autres, j'ai participé à la mise en oeuvre de la transformation des services en santé mentale dans la région de la Mauricie/Centre du Québec. C'est alors que j'ai pris conscience que malgré une orientation très claire vers le maintien et l'intégration des personnes dans la communauté, cette réforme se faisait très largement, voire exclusivement à partir des préoccupations héritées de l'institutionnalisation. Je partageais bien l'intérêt pour le maintien et l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans la communauté, mais mes préoccupations étaient enracinées ailleurs. Plusieurs personnes que j'accompagnais n'avaient que très peu ou même jamais eu de contact avec la psychiatrie. De toute façon, l'accès aux soins était tellement difficile pour ces dernières, qu'elles ne pouvaient y accéder, la plupart du temps, que par la violence de la désorganisation ou de la transgression. Ainsi, j'ai pris progressivement conscience de mon point de vue sur la santé mentale et sur l'organisation des services et la dispensation des soins: le point de vue de l'errance.

Dans cet article, je présente d'abord cette vision pour ensuite aborder brièvement les trois axes de développement des activités du Centre Le Havre de Trois-Rivières. Élaborés au cours des dix dernières années, ces trois axes conjuguent une même conviction: la participation des personnes vulnérables et démunies à la vie commune est un enrichissement collectif.

***L'auteur, criminologue et théologien, est conseiller clinique et directeur du centre Le Havre de Trois-Rivières**

Un point de vue

Le déplacement de l'axe social de la problématique de santé mentale

Au cours des années 50-60, la question de la santé mentale se situait autour de la problématique de l'institutionnalisation. La parution et la diffusion du livre d'Irving Goffman, *Asylums*, avaient rendu transparent le fonctionnement totalitaire des institutions psychiatriques du monde industriel. Ainsi, le comportement des personnes < aliénées > devenait intelligible en dehors des catégories de la psychopathologie. Encore davantage, on comprenait que le manque d'autonomie des personnes pouvait être une réponse adaptée aux contraintes institutionnelles. Plus encore, on se rendait compte que cette adaptation à la vie institutionnelle devenait un obstacle majeur à l'intégration des personnes à la vie de la communauté. L'institutionnalisation était ainsi identifiée comme un mal qui restait à combattre. Ce n'était pas rien. Il faut se rappeler qu'en 1965, au plus fort de l'institutionnalisation, on comptait au Québec 20 700 lits dans les hôpitaux psychiatriques (Lecomte, 1997). Aujourd'hui, on en compte moins de 4 000. C'est dire le chemin parcouru en très peu de temps.

Mais voilà, trente ans plus tard, pour les personnes souffrant de troubles mentaux, surtout les jeunes hommes, le risque est beaucoup plus grand d'être enfermé dans l'errance que dans l'institution psychiatrique. Tel est notre point de vue sur la santé mentale: elle se situe dans un contexte global caractérisé par la montée du risque de désaffiliation sociale (Bélanger et Desrosiers, 1996).

Les premières constatations de cet accroissement du risque de désaffiliation sociale apparurent dans la deuxième moitié des années soixante-dix. Elles surprirent un peu tout le monde. Contrairement au stéréotype entourant la clochardise, on se rendit compte que les nouveaux < clochards > étaient surtout des jeunes adultes. Puis au cours des années 80, le phénomène prend de l'ampleur. On découvre alors qu'une partie importante d'individus < itinérants > présentent des troubles mentaux graves ou des toxicomanies sévères (Mercier, 1996). La réflexion fait son chemin, et vers la fin des années 80, l'importance et la gravité des problèmes vécus par un nombre grandissant d'individus ayant des problématiques multiples devinrent un des arguments de la remise en question des pratiques instituées des champs de la santé mentale et de la toxicomanie (Côté, 1990). Mais, les choses ne s'arrêtèrent pas là.

On sait maintenant que les cinq dernières années ont été caractérisées à la fois par une augmentation des contraintes et une réduction des opportunités pour les personnes les plus vulnérables et démunies. Ainsi, au Centre Le Havre de Trois-Rivières, un organisme communautaire ayant pour mission la réduction des risques d'itinérance et la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, les admissions au service d'hébergement d'urgence ont plus que doublé entre 1994 et 1999, passant de 261 à 585 annuellement. En 1999 seulement, nous avons dû refuser plus de 269 demandes dont 105 faute de place. Cette augmentation est tout de même significative. Surtout lorsque l'on considère que 15 % (87) des personnes admises étaient sans revenus en 1999, alors qu'elles représentaient seulement 6 % (11) en 1994. Pourtant, entre 1994 et 1999 l'économie s'est nettement améliorée. Il faut aussi savoir qu'en 1994, 28 % (72) des personnes admises en hébergement d'urgence souffraient de troubles mentaux graves, alors qu'en 1999 elles représentaient plus de 53 % (309) des admissions (Simard, 2000).

Il est devenu très clair, pour nous du moins, que nous assistons à un déplacement à 180° de la problématique sociale associée à la santé mentale: de l'enfermement institutionnel à l'errance sociale. Cela étant acquis, et malgré des difficultés apparemment insurmontables, et peut-être justement à cause d'elles, il nous faut au moins préciser ce qu'on entend par errance sociale (Laberge et Roy, 1994).

L'errance : de quoi s'agit-il ?

D'emblée, écartons deux conceptions de l'errance sociale encore présentes aujourd'hui dans les représentations populaires: l'errance comme choix de vie et l'errance comme maladie. Commençons par la plus ancienne des deux, la plus persistante et peut-être aussi la plus difficile à combattre: l'errance comme choix de vie.

L'errance comme choix de vie

En faisant un bref retour en arrière, au temps de la féodalité, il est plus facile de comprendre la place de cette conception dans notre imaginaire. Dans la société d'ancien régime, l'errance sociale n'était pas perçue comme un choix de vie, un acte volontaire d'un individu libre, mais comme la manifestation de l'appartenance à un état. Un état d'autant plus dangereux et répréhensible qu'il rompait radicalement avec l'ordre social établi par Dieu. Dans la société féodale, il faut le rappeler, le travail n'est pas un marché libre, mais un attribut lié à un état (Castel, 1995). Dès lors, être en dehors du travail, à l'exception de la noblesse pour qui le travail n'est pas inhérent à son statut, c'est être en dehors de son état < naturel > . De sorte que, jusqu'à la fin du MI siècle, le vagabondage demeure un crime (Aranguiz et Fecteau, 1998).

Toutefois, les choses avaient changé en profondeur. Dans les sociétés industrielles légitimées par les idéologies libérales, le travail n'était plus lié à un état; il était devenu tout à fait légitime pour un individu de quitter un travail pour en trouver un autre différent ou semblable. Du moins, en principe, car le droit de disposer librement de soi-même était garanti par l'État, depuis la fin du XVIII siècle. Dans ce contexte, l'errance ne pouvait plus être considérée comme un crime, tout simplement parce qu'elle était perçue comme un refus volontaire de travailler. Ce refus faisait désormais partie des droits de chaque citoyen. On peut voir maintenant la profondeur des motivations qui sous-tendent la représentation de l'errance comme choix de vie; elles sont rattachées à la valeur qui fonde la légitimité de la société libérale: la liberté individuelle. Et, à travers elle, à la morale de la réussite, associée à l'effort et au mérite individuels (Séguin, 2000). Mais qu'en est-il de la représentation de l'errance comme choix de vie, à l'aube du XXI siècle ?

Il y a quelques années, avec d'autres personnes engagées dans le milieu de l'itinérance, je participais à un forum, au colloque de l'Association Québécoise de Réadaptation Psychosociale à Sherbrooke. Nous étions alors été étonnés de constater à quel point la représentation de l'errance comme un choix de vie était enracinée dans les croyances des intervenants. Depuis ce temps, j'ai pu constater que cette représentation est encore largement répandue dans la population en général, chez les intervenants de la santé et des services sociaux, dans les milieux d'affaires et même chez les personnes ayant vécu dans l'errance. C'est dire la profondeur de l'attachement à cette idée. Et pourtant ...

La représentation de l'errance comme choix de vie n'est pas fausse, mais insuffisante. Voilà pourquoi, nous ne pouvons la dépasser qu'en approfondissant notre compréhension de la liberté. Nous y reviendrons.

L'errance comme maladie

La représentation de l'itinérante comme maladie est un effort louable pour échapper à la fois à la violence du couple condamnation/répression et à l'humiliation de la polarité pitié/charité, associées à la représentation de l'errance comme choix de vie. Malheureusement, aussi louable soit-il, cet effort ne fait que déplacer le problème. La superficialité de la représentation de l'errance comme choix de vie est bien perçue, mais on croit résoudre le problème en écartant tout simplement la liberté. < Ce n'est pas de leur faute, ils sont malades! > Au fond, il est assez facile de percevoir les insuffisances de cette représentation de l'errance comme maladie. Mais il n'est pas si facile d'y échapper totalement, pour deux raisons au moins. La première est liée, me semble-t-il, à ce que Robert Castel désigne comme l'approche technicoclinique des problèmes sociaux (Castel, 1994). En bref, les problèmes sont identifiés et classés par catégories de déficience, auxquelles sont associées des expertises techniques spécifiques aptes à les résoudre. La seconde raison est que cette approche peut ouvrir l'accès aux ressources institutionnelles et légitimer le droit à l'assistance, à la protection et à la compensation fondée sur la notion de handicap. La contrepartie de cette intégration est le caractère stigmatisant du statut négatif de malade. Les praticiens de la réadaptation psychosociale connaissent l'importance de cet obstacle dans l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux graves (Carling, 1995). Certes, il n'existe peut-être pas d'effort sérieux aujourd'hui pour construire une catégorie de déficience appelée itinérance, mais la catégorie multiproblématique ne révèle-t-elle pas notre difficulté à développer une approche cohérente de l'errance en dehors de la légitimité institutionnelle de l'approche technicoclinique ? Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons dénouer les impasses de ces systèmes d'exclusion et de prise en charge, qu'en faisant un retour vers le sujet, c'est-à-dire vers la liberté.

Nous étions dans mon bureau, nous rappelant des souvenirs du début de notre relation. Cela faisait déjà plus de deux ans que nous nous rencontrions ainsi 50 minutes une fois par mois. Jacques était psychiatre. Mais il avait connu un parcours plutôt hors du commun. Atteint de schizophrénie, il avait tout quitté brutalement pour se lancer dans une quête d'amour infini qui le conduisit durant plusieurs années à travers les refuges des villes canadiennes. Lorsqu'il arriva au service d'hébergement d'urgence, il n'était même pas en mesure de remplir un formulaire de demande de sécurité du revenu. Et il opposait une résistance farouche et apparemment invincible à toute forme de traitement médical. Malgré nos rencontres fréquentes et régulières, il devenait de plus en plus clair que l'issue ne serait pas facile; il fallait choisir entre l'expulsion ou l'ordonnance d'examen psychiatrique. On choisit la seconde voie. Après sa sortie d'hôpital, Jacques revint en hébergement au Centre avant de s'installer en logement. Lors de notre entretien, il travaillait à la réception comme bénévole. Cette journée-là, je lui demandai si, après tant d'années passées dans l'errance, il craignait d'y retourner. Spontanément, il m'a répondu non. Pourquoi, lui demandai-je. < Parce que je ne le veux plus. > La spontanéité et la sincérité de cette réponse me sont toujours restées.

Jacques a été retrouvé mort dans son logement dans des circonstances difficilement explicables. Mais le souvenir de son amitié me reste. Et, ce qu'il m'a confié lors de cette rencontre est devenu un antidote à la tentation de m'installer trop confortablement dans une compréhension trop superficielle de la liberté humaine.

L'errance comme maladie (suite)

Si l'errance peut être vécue comme un choix de vie même à travers des pathologies mentales graves, c'est que la liberté est une dimension constitutive de notre humanité. Et, à cet égard, elle n'est pas tant l'opposé de la contrainte et de la loi que la synthèse toujours fragile de possibilités et de nécessités (Ricoeur, 1967). La liberté n'est pas d'abord un principe à défendre au nom duquel on peut blâmer ceux qui < choisissent > de vivre en marge, voire en rupture avec l'ordre social. Elle apparaît plutôt comme un processus complexe qu'il s'agit de comprendre et de soutenir concrètement afin de rendre possible une vie commune, une identité humaine. Dès lors, notre attention se déplace: de la question abstraite de la liberté - le principe à défendre - à l'expérience vécue de la liberté et ses conditions psychiques, sociales et historiques. Renversement de perspective. On peut ainsi se demander pourquoi tant de gens < choisissent > de vivre ainsi au large des repères institutionnels de la vie commune ? Pourquoi tant de personnes atteintes de troubles mentaux graves se trouvent-elles aujourd'hui errantes dans un monde qui, par ailleurs, possède de si grands moyens et une si grande tolérance et ouverture à l'autre ? Pourquoi lorsqu'elles ont traversé cette frontière invisible mais profonde qui délimite l'appartenance à la communauté, est-il si difficile de revenir en arrière, ou, plus simplement, d'avoir accès aux soins et aux services publics? Et qu'en est-il finalement de cette liberté vécue ?

J'aimerais proposer, pour clôturer cette réflexion sur l'errance, une esquisse de réponse à la dernière question: qu'en est-il de l'errance comme liberté vécue ?

L'expérience de l'errance : l'impuissance vécue de la liberté

L'expérience de l'errance se structure essentiellement autour de trois composantes: le vide, la vulnérabilité et l'impuissance. Commençons par le vide, la composante centrale de l'errance.

Le vide

Le vide est l'expérience de la perte des repères identitaires appréhendée comme permanente. La personne se sent perdue et désorientée au fond d'elle-même. Elle ne peut se référer à aucun point d'origine positif fondateur de son appartenance au monde à partir duquel elle pourrait envisager se lier aux autres et partager une reconnaissance mutuelle. Lorsqu'elle plonge en elle-même, elle se sent aspirée dans un vide. C'est la première composante de l'expérience de l'errance: l'angoisse du vide.

La vulnérabilité

Au plan psychologique, l'équilibre émotionnel repose sur l'estime de soi. Or, l'estime de soi est un socle bien fragile, car il est fait de croyances façonnées et validées par le regard des autres. Dès lors, on comprend que la personne en situation d'errance, a bien du mal à maintenir intacte la croyance en sa valeur personnelle en dépit de la réalité qui ne cesse de lui projeter une image d'inutilité, de non-désirabilité, voire de nuisance, de poids pour les autres. La moindre remarque ou question quelque peu directe peut déclencher une violente émotion de rejet ou d'humiliation. La personne en vient à éviter le plus possible les situations à risque, ce qui contribue à l'isolement qu'à la fois, elle recherche et fuit. Lorsqu'elle ne trouve aucun appui autour d'elle et qu'elle sent son fragile équilibre menacé, elle bascule dans un sentiment d'impuissance et de détresse profonde qui signe sa vulnérabilité.

L'impuissance

L'imaginaire populaire nous offre une représentation de l'errance comme une aventure ou une initiation. L'errance apparaît comme un voyage sans but ni repère précis qui prend tout son sens dans l'aventure elle-même, dans les découvertes qu'elle permet au hasard des rencontres et des événements. Au fond, elle est pure liberté et abandon à la vie qui passe. Et, peut-être, au fond, est-elle plus vraie, plus réelle que notre façon de vivre qui est ordonnée, planifiée et finalement contrôlée ? Malheureusement, cela n'a rien à voir avec la réalité vécue de l'errance, telle qu'on la rencontre aujourd'hui dans les rues ou les hébergements d'urgence. Vivre ainsi l'aventure comme une initiation à la liberté suppose au préalable un enracinement culturel profond. On ne peut dépasser ce dont on est privé. On retrouve ici le paradoxe de la liberté si bien démontré par les travaux de Bolby et Harlow sur l'attachement: l'enfant est d'autant plus libre de se détacher de son milieu familial que les liens d'attachement aux parents ont été préalablement bien soudés (Anzieu et al., 1974; Harlow, 1971). Dans l'errance, la personne se trouve vulnérable, coincée au centre de rien, bloquée dans son processus identitaire, incapable de se relier significativement au monde qui l'entoure. À proprement parler, elle ne va nulle part, parce que toutes les directions apparaissent sans issue. L'errance n'est pas une aventure, mais un enfermement. Cependant, pour bien saisir la détresse de cette expérience, nous devons dépasser le point de vue structurel et déplacer notre attention sur la dynamique dysfonctionnelle qu'elle engendre.

Une dynamique dysfonctionnelle

Cette dynamique s'élabore sur un fond de méfiance nourrie de trahisons, de violences et de désespoir du lien social. Elle prend racine dans un conflit insoluble interne à la liberté elle-même. D'un côté, l'errance est choisie, de l'autre, elle est refusée. Et, d'un côté comme de l'autre, les motifs sont attachés à des valeurs vitales. De la force de ce conflit naît un rapport faussé et violent à soi et au monde. Bloquée dans le manque, sans possibilité de trouver dans le monde, un point d'appui, un point d'origine et d'ancrage qui permet la confiance, le cheminement, la réparation et le retour, le va-et-vient de l'être, la personne cherche appui dans la consommation compulsive d'affection, de drogue, d'alcool ou de n'importe quoi qui peut colmater la brèche. Elle se réfugie même dans le délire où elle reconstruit le monde, redéfinit son rapport et s'attribue une position centrale à la fois restauratrice et destructrice parce qu'elle est hors d'atteinte des repères et des pouvoirs de la raison. Un rapport compulsif dont la fonction n'a rien à voir avec l'élaboration et l'affirmation de l'identité.

Une dynamique dysfonctionnelle (suite)

Au contraire, il oscille brutalement entre la fixation anxieuse et exaltante d'une plénitude attendue encore une fois, malgré les déceptions si souvent répétées, peut-être même à cause d'elles: attente d'un soulagement d'une souffrance invivable. mettant en péril un équilibre déjà extrêmement précaire, attente aussi d'une plénitude qui viendrait compenser un manque d'être. Et, une fixation dépressive sur le vide infini, impossible à combler. Fixations qui cherchent à se déprendre par la force du remords, de la haine, de la rage et du ressentiment. Comment sortir de cette errance dysfonctionnelle ? Bien souvent, trop souvent, la sortie est brutale. C'est par la violence que la personne est arrachée à ces fixations compulsives (Sibony, 1998).

L'errance est une souffrance existentielle profonde. Alors que des personnes de plus en plus nombreuses se tournent vers la rue et < choisissent > la rupture pour échapper au désespoir du lien social, d'autres s'enlèvent la vie. Et, plusieurs oscillent entre les deux. Mais, dans l'un et l'autre cas, le choix est toujours lourdement chargé d'impuissance.

Ce sont à ces impuissances et à leurs déterminations psychiques, sociales et historiques que le stéréotype de l'errance comme choix de vie est aveugle ; aveuglé par une compréhension trop superficielle et illusoire de la liberté.

Trois axes de développement au Centre Le Havre

En partant du point de vue que la montée du risque de désaffiliation sociale indique un déplacement de l'axe social de la problématique de la santé mentale, et que l'errance exprime une crise du lien social, une impuissance à prendre racine dans le monde, nous avons cherché et tenté de développer des réponses cohérentes à cette vision dans le cadre du Centre Le Havre de Trois-Rivières. Examinons maintenant, les < résultats > provisoires de cette recherche sur le terrain avec les personnes en situation de rupture sociale. Il n'est pas question ici, de résultats de nos services ou de notre programme, mais des axes de développement de nos activités. On en distingue trois qui nous apparaissent essentiels

- o Aménager l'accueil dans un contexte d'urgence sociale;
- o Instaurer l'accompagnement continu des personnes;
- o Améliorer les conditions de vie et assurer la participation sociale des personnes.

Axe1 : Aménager l'accueil dans un contexte d'urgence social

Le premier défi auquel nous avons été confrontés et auquel nous sommes toujours confrontés: aménager l'accueil des personnes les plus vulnérables et démunies dans un contexte d'urgence sociale. Avant de présenter brièvement les composantes du dispositif d'urgence, il est important d'identifier certaines résistances inhérentes à l'environnement sociosanitaire.

Résistances

Les résistances sont de nature très différentes voire opposées; mais ensemble, elles contribuent à faire l'impasse sur l'urgence sociale. À cet égard, elles sont inévitablement sur le chemin du développement de l'accueil et de l'intervention en urgence sociale. Elles se situent essentiellement à deux niveaux : celui des établissements publics et celui des organismes communautaires. Examinons la résistance des établissements publics.

Le réseau public : démission

Cette résistance apparaît davantage comme une démission que comme une opposition. Les établissements publics ont démissionné de leur rôle d'asile qu'ils avaient confisqué aux communautés religieuses au début de la révolution tranquille. Nous le savons, les personnes vulnérables et démunies au sein de la communauté risquent fort de se retrouver isolées, coincées dans une errance dysfonctionnelle. Or, ce que cherchent d'abord ces personnes, est la protection, le soutien et le réconfort d'être comprises et acceptées telles qu'elles sont (Bernier et al., 1999). C'est précisément devant ce défi, je dirais cette obligation de la solidarité sociale, que les établissements publics ont démissionné. Ils ont démissionné de la relation afin de mieux se consacrer à l'atteinte de résultats ciblés (Wolf, 1999). Finance oblige .. Ce qui ne veut pas dire. qu'il n'y a pas d'autres raisons à ce déplacement vers l'efficacité. Mais, les raisons financières apparaissent comme des nécessités alors que les autres apparaissent comme des possibilités, des obligations de cohérence à l'égard de principes ou de constats.

Au cours des premières années de mon travail en urgence sociale, particulièrement auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves, j'avais l'impression que la rue était le déversoir des impasses hospitalières: sortie côté rue... Le problème, c'est qu'il y avait de plus en plus de monde sur cette voie sans issue. Et, de l'autre côté, lorsqu'il s'agissait d'entrer, les choses se compliquaient sérieusement. Tellement, qu'il m'est déjà arrivé de quitter précipitamment la salle d'urgence avec une personne atteinte de schizophrénie, afin de la protéger de l'agression imminente du milieu à son endroit. On ne peut s'éloigner davantage de la fonction d'asile!

Au contraire, j'ai rencontré et je rencontre encore beaucoup de résistances de la part d'organismes communautaires et du milieu communautaire en général, à reconnaître et à assumer réellement cette fonction, surtout à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux graves. Je crois qu'ici, il faut distinguer trois choses ou, plus précisément, trois niveaux de résistance. Voyons la première, même si je l'ai rencontrée après les autres, lorsque finalement le travail d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de rupture sociale commençait à être un peu plus reconnu.

Organisme communautaire

Le repli sur soi de certains

On peut parler ici, d'une attitude de fermeture de la part de certains organismes qui consiste à tracer une frontière entre ce qui relève de la < santé mentale > et ce qui relève de < l'itinérance > sous prétexte que ce qui relève de l'un est étranger à l'autre. Cette confrontation aux mécanismes d'exclusion au sein même des organismes qui oeuvrant en santé mentale a certainement été l'élément déclencheur de ma remise en question de la notion d'itinérance.

Organisme communautaire (suite)

Elle m'est apparue et m'apparaît toujours comme une catégorie piégée qui confère un statut négatif absolu sans contre partie positive. L'itinérante est le dehors du social. Et l'itinérant, celui qui habite cette extériorité négative, cette absence d'identité positive. Et, entre ce monde < hors du social > et celui où s'inscrit la plupart de nos pratiques en santé mentale, existe un apartheid difficilement surmontable. Et, cet apartheid, on le retrouve partout, même au sein de certains organismes communautaires.

Le refus de cautionner la démission de l'État

L'autre résistance, je l'ai rencontrée plus tôt. Et, si je puis dire d'une façon plus intime, puisque je l'ai moi-même partagée. Il s'agit du refus de cautionner la démission de l'État en suppléant à ses obligations. Mais, en ce qui me concerne, cette résistance a cédé devant deux arguments. Le premier est celui de l'urgence de la situation. Les principes peuvent être bons, mais l'urgence impose sa loi. Devant la détresse sociale de personnes réelles sans aucune issue, il faut faire des choix, et les faire rapidement. Soit qu'on les laisse à leur sort, soit qu'on s'en occupe comme on peut. J'ai choisi la seconde alternative en me disant que ça ne pouvait être pire que de ne rien faire. Le second argument s'est imposé plus tardivement; il a pris plus de temps à mûrir. Devant l'allure que prend le développement des services publics, il me semble tout à fait irréaliste d'attendre des établissements publics qu'ils assument ce rôle d'asile auprès des populations vulnérables et démunies. Par ailleurs, il est tout à fait possible et souhaitable que des organismes communautaires jouent ce rôle devenu si nécessaire dans un monde de plus en plus dangereux socialement. En fait, la vraie question est politique: avons-nous la volonté de créer les conditions qui assurent la participation de l'ensemble des citoyens et citoyennes à la vie sociale, et, sommes-nous prêts à en payer le prix ? Car, il doit être très clair que l'émergence et la croissance continue du mouvement communautaire, depuis les 20 dernières années, plus particulièrement, même s'il s'accompagne de dévouement et de gratuité, n'est pas un retour nostalgique à la charité privée. Il est essentiellement un appel à l'urgence d'agir ensemble pour reconstruire les outils de la solidarité sociale.

Un héritage difficile à dépasser

La dernière résistance est celle que j'ai rencontrée en premier. Il s'agit d'une résistance passive, celle qui est attachée aux façons de faire héritées du monde industriel qu'il nous faut pourtant dépasser. Depuis la fin du XIX siècle, la réponse à l'errance et à la grande pauvreté qui envahissaient les centres urbains s'est développée essentiellement sous deux formes: les < maisons d'industrie > et les refuges de nuit (Aranguiz et Fecteau, 1998). La première offre une réponse intégrée à l'ensemble des besoins des personnes en situation de rupture sociale, mais elle est fermée sur elle-même. Une espèce de modèle < asilaire > en réponse à la grande pauvreté. Le risque est bien connu, c'est l'institutionnalisation. La seconde offre une réponse limitée aux besoins les plus essentiels: un toit pour la nuit et un repas le soir et le matin, avant de quitter. Le jour, les personnes doivent trouver refuge ailleurs... C'est le modèle du refuge, le plus courant des deux. C'est un modèle éclaté de services. Le risque que pose ce modèle est de favoriser le développement de l'itinérance comme mode de survie dans un environnement social offrant le minimum de protection et d'issue.

Vers un équilibre entre le refuge et l'asile

Aujourd'hui, on retrouve encore essentiellement ces deux approches de la grande pauvreté. Au Centre Le Havre de Trois-Rivières dans les premières années, nous les avons expérimentées et nous avons décidé de les abandonner afin de trouver au niveau de la structure d'accueil, un équilibre entre l'asile et le refuge mieux adapté aux besoins des personnes les plus vulnérables et démunies, et plus cohérent avec les valeurs associées à une volonté d'intégration de ces personnes à la vie commune. Le défi est de construire une organisation qui à la fois offre l'accessibilité et la tolérance du refuge et la réponse globale aux besoins de l'asile sans reproduire leurs effets pervers: la double impasse de l'itinérance et de l'institutionnalisation.

Après dix ans d'existence, voici quelques composantes essentielles de la structure d'hébergement d'urgence sociale du Centre Le Havre de Trois-Rivières.

- Une équipe d'intervention formée de personnes qualifiées est intégrée au service d'hébergement d'urgence.
- Des liens de collaboration étroits sont établis avec les services des établissements publics, notamment les services en santé mentale, en toxicomanie et les services judiciaires et correctionnels, particulièrement les services de police.
- L'hébergement est directement accessible sans référence, 24 heures par jour, 7 jours semaine.
- Le lieu de résidence est disponible en tout temps pour les personnes. Il n'y a pas d'heures dans la journée où les résidants doivent quitter pour faire des démarches d'insertion ou suivre des programmes de thérapies ou autres. Par ailleurs, tout n'est pas offert dans la maison; lorsqu'il s'agit d'amorcer un processus de réinsertion, souvent après un travail de crise plus ou moins long, la personne est accompagnée vers l'extérieur, sans rupture du lien.
- Les durées de séjour sont modulées en fonction des besoins des personnes, des capacités et des limites du milieu de soutenir la personne. Il n'y a pas de limite de séjour fixée administrativement. Toutefois, la durée moyenne de séjour à la résidence d'hébergement d'urgence du Centre Le Havre de Trois-Rivières, était de 10 jours en 1999.
- Le niveau de vulnérabilité des personnes est le principal critère d'admission alors que la motivation devient un critère plus important pour prolonger la durée du séjour.
- Il n'y a pas dans la résidence, de programme uniforme exigeant la participation de tous. Nous ne croyons pas que les personnes hébergées soient toutes motivées à travailler sur elles-mêmes et nous ne croyons pas non plus, qu'elles soient toutes aptes à le faire, du moins dans la phase d'urgence de leur séjour, et, finalement, nous n'avons pas d'attente à cet égard, du moins, dans la première étape de l'intervention qu'est l'urgence.
- Notre approche est transversale, c'est-à-dire que l'horizon de notre intervention n'est pas défini par une catégorie de déficience individuelle, mais par une condition commune d'existence: la rupture sociale. Et, la rupture sociale est un moment à l'intérieur d'une crise du lien social. Ainsi, le lien social est l'horizon de notre intervention.

Vers un équilibre entre le refuge et l'asile (suite)

Dans un monde où le risque de rupture et de désaffiliation sociale est très élevé, nous devons penser l'organisation des services en conséquence. Il faut aménager des structures d'accueil dans des contextes d'urgence sociale afin de réduire les risques reliés aux situations de rupture et permettre aux personnes de reconquérir leur intégrité. Cela s'avère absolument nécessaire et incontournable. Toutefois, la conquête de l'intégrité n'est que la première marche du processus de rétablissement. La seconde, on pourrait l'appeler, en suivant les indications d'Emmanuel (1999), la conquête de l'altérité. Pour les personnes enfermées dans l'errance, parfois depuis plusieurs années, cette conquête est loin d'aller de soi. Et, pourtant, elle est un passage obligé vers une vie sociale autonome. Afin de soutenir ce travail de rétablissement, nous avons instauré un accompagnement continu des personnes dans un cadre de groupe et/ou individuel.

Axe2 : Instauration de l'accompagnement continu des personnes

L'accompagnement continu des personnes s'est imposé assez rapidement comme une condition nécessaire à l'insertion sociale des personnes les plus vulnérables et démunies enfermées dans l'errance. Elle n'est pas un service parmi d'autres, mais la garantie de la primauté du lien personnel sur la logique des services.

Un paradigme relationnel

L'accompagnement, c'est d'abord un paradigme relationnel qui instaure un rapport de collaboration et de solidarité entre les personnes; on est engagé avec elle dans l'atteinte de ses objectifs. Dans le cadre de ce rapport, la personne n'est pas d'abord positionnée comme < patient > ou comme < usager >, mais comme personne. Et, la différence est plus que sémantique; elle exige des intervenants professionnels et des organisations une vision à la fois globale et intégrée du développement, et, surtout, une capacité de transcender les intérêts particuliers associés à leurs rôles et à leurs mandats pour se mobiliser autour des intérêts des personnes, comme citoyens et citoyennes (Carling, 1995). Le but de l'accompagnement, ce n'est pas la guérison, ni la satisfaction du service reçu, mais la reconnaissance mutuelle comme fondement du sentiment d'appartenance à la communauté. Toutefois, et malgré ce qui vient d'être dit, il est essentiel de bien comprendre que l'accompagnement comme paradigme relationnel n'est pas exclusif, mais inclusif par rapport aux autres paradigmes relationnels. Il n'exclut pas que la personne soit malade et qu'à cet égard, elle soit l'objet de soins. Il n'exclut pas non plus qu'elle ait besoin de services publics de qualité et qu'à cet égard, elle soit usager de ces services. Au fond, l'essentiel, c'est de ne pas s'enfermer dans un cadre trop rigide. Il faut à la fois beaucoup, beaucoup de souplesse, de tolérance, de sollicitude et de clairvoyance pour accompagner les personnes en situation de rupture sociale sans bifurquer dans les impasses de la prise en charge ou de la démission. L'accompagnement est un paradigme ouvert qui fait appel à l'engagement et au discernement des personnes. Il n'est pas concurrent, mais inhérent aux pratiques professionnelles de la relation d'aide. Il représente leur point d'ancrage commun dans la relation interpersonnelle.

Cinq éléments essentiels

L'accompagnement des personnes est la pierre angulaire sur laquelle repose tout l'édifice de l'intervention. Il est essentiel de bien comprendre les éléments qui le structure. Toutefois, il serait trop long d'en faire un exposé détaillé ici. Contentons-nous de les identifier brièvement. On peut en distinguer cinq: le contexte, la demande, l'alliance, les processus et la continuité .

Le contexte

Le contexte dans lequel se déroule l'accompagnement est soit individuel soit en groupe. Il se réfère aussi à la situation dans laquelle émerge la demande de la personne: situation de crise, situation relativement stable ou situation de développement. Ou, encore, à la motivation de la personne.

La demande

La demande est l'élément central de l'accompagnement. Sans demande, l'accompagnement ne va nulle part. Il est sans objet ou, plus précisément, sans légitimité. Mais, il faut bien l' < entendre >, la < voir > et soutenir activement son expression. Car la demande est un processus assez complexe, rempli d'obstacles et de pièges (Poirier, 1996). Ce n'est qu'à partir de la demande comme point d'appui que l'on peut agir avec la personne sur des éléments contextuels.

L'alliance

L'alliance suppose la reconnaissance des rôles de chacun, autour de la demande de la personne. Alliance et demande sont inséparables. Sans demande, l'alliance est impossible. Dans certains contextes d'urgence, il arrive que la méfiance ne puisse être surmontée et que l'on se trouve dans une situation où le niveau de danger devient très élevé sans qu'il soit possible de le contrôler à l'intérieur du cadre de l'accompagnement. On doit alors intervenir, mais nous ne sommes plus dans le cadre de l'accompagnement.

Les processus

Les processus à gérer sont multiples et complexes. Pour ne nommer que les principaux, il y a l'accueil, la résolution de problèmes, le soutien et l'accompagnement, l'intégration et le développement, etc.

La continuité

La continuité constitue le dernier élément. Certes, l'accompagnement ne peut être et ne doit pas être toujours sans limites, mais la continuité doit être possible lorsque la vulnérabilité de la personne le justifie. Fondamentalement, la continuité du lien est ce qui assure à la personne vulnérable la sécurité nécessaire à l'intégration des discontinuités inhérentes à la pensée, aux relations humaines et à l'organisation sociale. Pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves enfermées dans l'errance, cette continuité est une condition nécessaire et préalable au processus de rétablissement sans trop de violence. Elle implique la liberté des intervenants vis-à-vis le service d'hébergement d'urgence.

La continuité (suite)

Ces derniers doivent pouvoir se déplacer et, plus particulièrement, centrer leur attention sur la personne et non sur les services. Et, pour y arriver, ils doivent être soutenus très concrètement par la direction. Toutefois, si l'aménagement de l'accueil dans un contexte d'urgence sociale et l'instauration de l'accompagnement des personnes s'avèrent nécessaires pour permettre la conquête de l'intégrité et de l'altérité et monter l'autre marche, celle de la citoyenneté active, il faut faire un pas de plus et s'engager comme individu et comme organisation dans une action solidaire, au-delà des frontières traditionnelles de la santé et du social. En d'autres mots, si pour aménager l'accueil dans un contexte d'urgence sociale et instaurer l'accompagnement continu des personnes vulnérables et démunies, il nous a fallu intégrer la santé et le social, pour améliorer les conditions de vie et assurer la participation sociale, il nous faut aussi intégrer le politique.

Axe 3: Améliorer les conditions de vie et assurer la participation sociale

Au milieu des années 90, il est devenu clair que les < succès > de notre service d'urgence et d'accompagnement des personnes nous dirigeait vers l'impasse. À défaut d'alternative valable et durable, les personnes les plus vulnérables demeuraient le plus longtemps possible en hébergement - ce qui contribuait à l'engorgement - ou se désorganisaient et revenaient rapidement dans nos services. Ainsi, on se retrouvait devant un problème de porte tournante. Pour sortir de cette impasse, nous avons mis en oeuvre un plan de développement social durable, spécifiquement adapté à ces personnes. Ce plan, extrêmement simple, comporte cinq éléments.

Une vision globale et solitaire de l'intervention

Avoir une place dans la communauté, y exercer des rôles valorisants, participer à la vie collective, développer son potentiel, ce ne sont pas des privilèges, mais des droits. Ce sont des aspects des droits sociaux inscrits aux articles 22 à 27 de la charte des droits humains de l'ONU. Accompagner les personnes vulnérables et démunies dans la conquête de leur citoyenneté, exige un engagement solidaire pour la défense, le respect et la réalisation de ces droits.

Il ne suffit pas d'être compétent, ouvert, sympathique et dévoué. Il faut aussi prendre des risques et s'engager comme citoyen.

Deux objectif

Une vision globale doit s'incarner dans des objectifs précis et réalisables. Je me rappelle lorsque j'en ai parlé la première fois avec Alain Levasseur, (aujourd'hui responsable du Service intégration travail), deux cibles sont apparues comme des priorités incontournables : le logement et le travail. On peut formuler ainsi ces deux objectifs.

Deux objectif (suite)

- o l'accès ou le développement de logements abordables, de qualité avec soutien communautaire où les personnes sont chez elles;
- o l'accès ou le développement d'emplois stables où les personnes sont appelées à jouer des rôles sociaux valorisants et à se percevoir comme travailleurs.

Des partenariats

Comment réaliser ces objectifs ? La première chose qui nous est apparue nécessaire était de mobiliser des partenaires d'autres organisations publiques et communautaires qui partageaient notre vision, du moins pour l'essentiel, et qui étaient prêtes à consentir à un partage des ressources et des risques pour réaliser ces objectifs. Il était évident que le Centre Le Havre ne possédait pas les ressources suffisantes pour mener à terme ces projets. C'est déjà une bonne raison, mais non la seule, de se trouver des partenaires. Considérant à la fois l'ampleur des objectifs visés et la complexité et la gravité des problèmes vécus par les personnes, le partenariat nous semblait comme une nécessité. Certes, il peut prendre différentes formes, certaines plus heureuses que d'autres, mais le partenariat apparaît comme une condition de réussite incontournable. Il faut aussi considérer la force de représentation de la concertation d'organisations de divers horizons autour d'un projet commun; une association qui transcende les intérêts particuliers de chaque partenaire et qui facilite du même coup, le réseautage intersectoriel.

La participation des usagers

Dès le début, nous avons associé des personnes usagères au processus de développement et déréalisation des objectifs. Ceci s'est avéré d'une aide précieuse à plusieurs égards. Certes, parce qu'il est plus difficile de rester bloqué dans nos problèmes de culture organisationnelle, mais aussi - et peut-être surtout - parce que ces personnes apportent une contribution positive et un soutien important dans toutes sortes de tâches essentielles.

Une structure autonome

Rapidement, la question du véhicule s'est posée. Si on veut atteindre nos objectifs, il nous faut un véhicule capable de nous y conduire. Après quelques hésitations, un choix s'est imposé. Il fallait créer pour chaque objectif, une corporation à but non lucratif indépendante, c'est-à-dire son propre conseil d'administration et une autonomie financière suffisante pour assumer au moins le salaire de la direction.

À l'heure actuelle, nous avons donné naissance à deux corporations. La première, le Service Intégration Travail a réalisé pleinement les objectifs fixés et même davantage, en donnant naissance à un consortium régional d'organismes dédiés au travail, provenant de différents secteurs. La seconde, le Réseau d'Habitation Communautaire de la Mauricie est plus jeune. Elle en est à ses débuts. Actuellement, une douzaine d'unités de logements subventionnés ont pu être créées ou rendues accessibles grâce au réseau de partenaires oeuvrant au sein de la corporation.

Conclusion

Le déplacement de l'axe social de la problématique de santé mentale ne peut pas être compris uniquement comme un échec des processus de désinstitutionnalisation. Il participe aux mutations profondes de la société québécoise depuis les trente dernières années. Il nous oblige à recadrer nos pratiques et nos priorités en fonction des défis que pose l'intégration des personnes vulnérables et démunies à la vie de la collectivité au sein d'un environnement social de plus en plus exigeant et dangereux. Ces défis sont apparus sur trois axes: celui de l'urgence, celui de l'accompagnement et celui de l'intégration sociale. Lequel de ces axes est prioritaire ? Si l'on parle des personnes bloquées dans les impasses de l'errance, la réponse est simple. Ils le sont tous. Non seulement parce que les situations sont urgentes à tous les niveaux. Mais, surtout, parce que si l'on veut créer des conditions de développement social durable, et sortir des impasses de la logique fragmentaire des services et des programmes, il faut un développement simultané de chacun des axes. C'est-à-dire un développement intégré, lié à un territoire. Et, le développement intégré n'est pas un processus séquentiel, mais simultané. Ceci étant dit, il faut bien reconnaître l'importance et la profondeur de la résistance, voire de l'aveuglement, parfois volontaire, à l'égard des exigences, des obligations et des conséquences de la montée continue du risque de désaffiliation sociale des personnes les plus vulnérables et démunies. Ces résistances et cet aveuglement sont en partie responsables de l'apartheid qui maintient les personnes bloquées dans l'errance, à l'écart des soins et des services et, au bout du compte, de la communauté.

RÉFÉRENCE

- Anzieu, D., BOWLBY J., CHAUVIN, R., 1974, L'attachement, Neuchâtel, Delachaux Niestlée.
- ARANGUIZ, M., Fecteau, J.-M., 1998, Le problème historique de la pauvreté extrême et de l'errance à Montréal, depuis la fin du XIX siècle, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 11, 1, 83-98.
- BÉLANGER, J.-P., DESROSIERS, G., 1996, Nouvelles orientations des politiques sociales pour une société en mutation: éléments de diagnostic et de solution, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- BERNIER, J., MERCIER, C., PERREAULT, M., TARDIF, H., 1999, L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles. *Santé mentale Au Québec*, XXIV, 2, 28-51.
- CARLING, P. J., 1995, *Return to Community Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*, New York, Guilford Press.
- CASTEL, R., 1994, La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation, *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-25.
- CASTEL, R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- COTÉ, M.-Y M., 1990, Une réforme axée sur le citoyen, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- EMMANUELLI, X., 1999, *Dernier avis avant la fin du monde*, Paris, Albin Michel.
- GOFFMAN, E., 1961, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Anchor Books.
- HARLOW, H. F., 1971, *Learning to Love*, New York, Albion Publishing Company.
- LABERGE, D., Roy, S., 1994, Interroger l'itinérance: stratégies et débats de recherche, *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 93-112.
- LECOMTE, Y., 1997, De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale Au Québec*, XXII, 2, 7-24.
- MERCIER, C., 1996, Un aperçu historique, in Fournier, L., et Mercier, C., eds., *Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype*, Montréal, Méridien, 19-24.
- POIRIER, M., 1996, La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants, *Cahiers de recherche sociologique*, 27, 87-97.
- RICOEUR, P., 1967, *Philosophie de la volonté. Tome 1: le volontaire et l'involontaire*, Paris, Aubier/Montaigne.
- SÉGUIN, P., 2000, *La mondialisation sonne-t-elle le glas du politique ?*, Montréal, Fides.
- SIBONY, D., 1998, *Violence: Traversées*, Paris, Seuil.
- SIMARD, M., 2000, *Rapport annuel 1999*, Trois-Rivières, Centre Le Havre de Trois-Rivières.
- VEXLIARD, A., 1957, 1998, *Le clochard*, Paris, Desclée de Brouwer.
- WOLF, M., 1999, Témoignage. Les soins partagés ou abandonnés, *Santé mentale au Québec*, XXIV, 2, 182-190.