

Entre l'asile et le refuge :

Repères d'un parcours

« 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, p. 352}

Introduction

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 sans les officines ministérielles. Puis elles vinrent au jour ; elles furent adoptées et rendues publiques. Les choses allaient enfin pouvoir changer, pour le mieux...

Avec d'autres, j'ai pu participer à la mise en œuvre 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 son orientation très claire vers le maintien et l'intégration des personnes dans la communauté, la transformation 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 à la communauté, mais mes préoccupations étaient enracinées ailleurs. Beaucoup des 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 étaient tellement difficile pour elles, 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 : celui de l'errance.

Dans cet article, je vais d'abord présenter ce point de vue. Puis, je vais présenter brièvement les trois axes de développement des activités du Centre Le Havre de Trois-Rivières. Élaborés au cours des dix dernières années, à partir du point de vue de l'errance, elles conjuguent une même conviction : la participation des personnes vulnérables et démunies à la vie commune est un enrichissement collectif.

I – Un point de vue

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

Au cours des années 70, la question de la santé mentale se conjugait autour de la problématique de l'institutionnalisation. La parution et la diffusion du livre d'Irving Goffman : *Asylums*, avait rendu transparent le fonctionnement totalitaire des institutions psychiatriques du monde industriel. (Goffman, 1961) Ainsi, le comportement des

personnes « aliénées » devenait intelligible en dehors des catégories de la psychopathologie. Encore d'avantage, on comprenait que le manque d'autonomie des personnes pouvait être une réponse adaptée aux contraintes institutionnelles. Encore mieux, 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. Il restait à le 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 hommes jeunes adultes, il y a beaucoup plus de risques aujourd'hui d'être enfermés dans l'errance que dans une institution psychiatrique. Tel est le point de vue que nous avons acquis sur la santé mentale : elle se situe dans un contexte global caractérisé par la montée du risque de désaffiliation sociale. (Bélanger & Desrosiers, 1996)

Les premières constatations de cette montée 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, on constata que le phénomène prenait de l'ampleur. Au milieu des années 80, on découvrit qu'une part importante des individus « itinérants » présentaient des troubles mentaux graves ou des toxicomanies sévères. (Mercier, 1996) La réflexion fit son chemin, et, vers la fin des années 80, l'importance et la gravité des problèmes vécus par les individus de plus en plus nombreux ayant des problématiques multiples devint un des arguments dans la remise en cause des pratiques instituées dans les champs de la santé mentale et de la toxicomanie. (Côté, 1990) Mais les choses ne se sont pas arrêtées 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, les admissions au service d'hébergement d'urgence ont plus que doublées entre 1994 et 1999, passant de 261 à 585 annuellement. Seulement au cours de l'année 1999, nous avons dû refuser plus de 269 demandes, dont 105 faute de place. C'est tout de même significatif comme augmentation. 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 représentent 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 & Roy, 1994)

2 - L'errance : de quoi parlons-nous ?

D'emblée écartons deux façons de concevoir l'errance sociale encore présentes aujourd'hui dans les représentations populaires : l'errance comme un choix de vie et 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

Faisons un bref retour en arrière, au temps de la féodalité. Il sera plus facile, par la suite, de comprendre la place qu'occupe l'errance comme choix de vie 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 le cadre de 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'appartient pas à leur état, c'est être en dehors de son état « naturel ». De sorte que, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, le vagabondage demeurera un crime. (Aranguiz & Fecteau, 1998)

Mais déjà les choses avaient changées 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 garantie par l'État, depuis la fin du XVIII^e 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. Et que 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 individuel. 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 21^{ème} 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 avons alors été étonné 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 générale, chez les intervenants de la santé et des services sociaux, dans les milieux d'affaires et même chez les personnes ayant vécues 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'itinérance 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 la dominance dans les sociétés occidentales de 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 associés des expertises techniques spécifiques aptes à les résoudre. La seconde raison, c'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 d'handicap. La contrepartie de cette intégration, c'est le caractère stigmatisant du statut négatif de malade. Les praticiens de la réadaptation psychosociale savent 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 les rencontres fréquentes et régulières que nous avions, 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 m'est toujours restée.

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 devenue un antidote contre la tentation de m'installer trop confortablement dans une compréhension trop superficielle de la liberté humaine.

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 qu'à cet égard, elle n'est pas tant l'opposée 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 –, vers 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 traversées 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, c'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 relier 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 niveau 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, elles-mêmes 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 intact 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 un peu direct 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 son isolement qu'à la fois elle recherche et fuit. Lorsqu'elle ne trouve aucun appui autour d'elle et qu'elle sent son équilibre fragile 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 aventure ou initiation. L'errance y apparaît comme un voyage sans but ni repère précis qui n'a de sens que 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 vrai, plus réel que notre façon de vivre 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. Pour vivre ainsi l'aventure comme une initiation à la liberté, cela 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 Bowlby 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, Bowlby, Chauvin et al., 1974; Harlow, 1971) Quoi qu'il en soit, 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. Mais, 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 nourrit 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 et 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 permette 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, même dans le délire où elle reconstruit de monde et redéfinit son rapport et s'attribue une position centrale à la fois restauratrice et destructrice, parce que 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. 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 qui met 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 débarrasser par la force du remord, 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 certains, de plus en plus nombreux, se tournent vers la rue et « choisissent » la rupture pour échapper au désespoir du lien social, d'autres s'enlèvent la vie. Et beaucoup oscillent entre les deux. Mais dans l'un et l'autre cas, choix toujours lourdement chargé d'impuissance.

C'est 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.

II Trois axes de développement

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 ; partant ce point de vue, nous avons cherché et essayé de développer des réponses cohérentes avec cette vision, dans le cadre du Centre Le Havre de Trois-Rivières. Ce sont les « résultats » provisoires de cette recherche sur le terrain avec les personnes en situation de rupture sociale que nous allons voir maintenant. Il ne s'agit pas des résultats de nos services ou de notre programme, mais des axes de développement de nos activités. On peut en distinguer trois qui nous apparaissent essentiels :

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

3 - Aménager l'accueil dans un contexte d'urgence sociale

Voilà bien le premier défi auquel nous avons été confronté et auquel nous sommes toujours confronté : 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 que nous avons élaboré dans cet axe de développement, il est important d'identifier certaines résistances inhérentes à l'environnement sociosanitaire.

Résistances

Ces résistances sont de nature très différentes, voire opposées ; mais ensembles, 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. Commençons par la résistance des établissements publics.

La démission du réseau public

Cette résistance m'apparaît plus comme une démission que comme une opposition. Les établissements publics ont démissionné de leur rôle d'asile, qu'ils avaient confisqués 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, c'est une protection, un soutien et le réconfort d'être comprises et acceptées telle qu'elles sont. (Bernier, Mercier, Perreault, & Tardif, 1999) Et 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, voire des obligations de cohérence à l'égard de principes ou de constats.

Au cours des premières années de mon travail en urgence social, 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, alors les choses devenaient sérieusement compliquées. Assez, qu'il m'est déjà arrivé de quitter d'urgence la salle d'urgence avec une personne atteinte de schizophrénie, pour la protéger de l'agression imminente du milieu à son endroit. On ne peut être plus éloigné de la fonction d'asile !

À l'opposé, j'ai rencontré et je rencontre encore beaucoup de résistance 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 rencontré 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.

Le repli sur soi de certains organismes communautaires

Il s'agit d'une attitude de fermeture de certains organismes qui consiste à tracer une frontière entre ce qui relève de la « santé mentale » et ce qui relève de « l'itinérance », en considérant que ce qui relève de l'un est étranger à l'autre. Cette confrontation aux mécanismes d'exclusion au sein même des organismes oeuvrant en santé mentale a certainement été l'élément déclencheur de ma remise en cause de la notion d'itinérance. Elle m'est apparu et m'apparaît toujours comme une catégorie piégée qui confère un statut négatif absolu, c'est-à-dire sans contre partie positive. L'itinérance, c'est le dehors du social. Et l'itinérant, c'est celui qui habite cette extériorité négative, cette absence d'identité positive. Et, entre ce monde « hors du social » et celui institué 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 rencontré 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 résistante 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 concrètes 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 devenue 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 prêt à en payer le prix ? Car il doit être très claire 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, c'est celle que j'ai rencontrée en premier. C'est une résistance passive. La résistance attachée aux façons de faire héritées du monde industriel, qu'il faut pourtant dépasser. Depuis la fin du XIX^e 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 & Fecteau, 1998) La première offre une réponse intégrée à l'ensemble des besoins des personnes en situation de rupture sociale, mais fermée sur elle-même. C'est un modèle « asilaire » de réponse à la grande pauvreté. Le risque est bien connu, c'est l'institutionnalisation. La seconde offre une réponse limitée aux besoins les plus primaires : 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 de 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, qui soit mieux adapté aux besoins des personnes les plus vulnérables et démunies en situation de rupture sociale et plus cohérent avec les valeurs associées à une volonté d'intégration de ces personnes à la vie commune. Le défi, c'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 avec 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 résidents doivent quitter la résidence pour faire des démarches d'insertion ou suivre des programmes de thérapies ou n'importe quoi d'autre. 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'extérieure, **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 principale 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 que nous hébergeons 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 : 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, c'est un moment à l'intérieur d'une crise du lien sociale. Ainsi, le lien social est l'horizon de notre intervention.

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 permette aux personnes de reconquérir leur intégrité. Cela est 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 de Emmanuelli, la conquête de l'altérité. (Emmanuelli, 1999) 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. Pour soutenir ce travail de rétablissement, nous avons instaurer un accompagnement continu des personnes dans un cadre de groupe et/ou individuel.

4 – Instaurer 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 ultime 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'exclue pas que la personne soit malade, et qu'à cet égard elle soit l'objet de soins. Il n'exclue 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 clair voyance 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, comme paradigme relationnel, est la pierre angulaire sur laquelle repose tout l'édifice de l'intervention. À cet égard, il est essentiel de bien comprendre les éléments qui le structure. Toutefois, il serait trop long d'en faire un exposé détaillé dans le cadre de cet article. 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 de groupe. Il 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 de la personne, l'accompagnement ne va nul 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 et rempli d'obstacles et de pièges. (Poirier, 1996)Quoi qu'il en soit, 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 n'est pas possible. 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'intérieure 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 des processus d'accueil, des processus de résolution de problèmes, des processus de soutien et d'accompagnement, des processus d'intégration et de développement, etc..

La continuité

Dernier élément, la continuité. Certes, l'accompagnement ne peut être et ne doit pas être toujours sans limite, mais la continuité doit être possible, lorsque la vulnérabilité de la personne le justifie. Fondamentalement, la continuité du lien est ce qui peut assurer 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 pour effectuer un processus de rétablissement sans trop de violence. Elle implique la liberté des intervenants vis-à-vis le service d'hébergement d'urgence ; ils doivent pouvoir se déplacer et, plus fondamentalement, centrer leur

attention sur la personne et non sur les services. Et, pour le faire, ils doivent être soutenu très clairement par la direction.

Toutefois, si l'aménagement de l'accueil dans un contexte d'urgence social et l'instauration de l'accompagnement des personnes s'avèrent nécessaires pour permettre la conquête de l'intégrité et de l'altérité, pour 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 social et instaurer l'accompagnement continu des personnes vulnérables et démunies, il nous a fallu intégrer la santé et le social, pour améliorer leurs conditions de vie et assurer leur participation sociale, il nous faut intégrer le politique.

5 - Améliorer les conditions de vie et assurer la participation sociale

Au milieu des années 90, il est devenu très clair que les « succès » de notre service d'urgence et d'accompagnement des personnes, nous conduisaient directement dans une 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 œuvre un plan de développement social durable, spécifiquement adapté aux personnes les plus vulnérables et démunies. Ce plan est extrêmement simple. Il comporte cinq éléments.

Une vision globale et solidaire 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. Plus précisément, ce sont des aspects des droits sociaux inscrits aux articles 22 à 27, dans la charte des droits de l'homme 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 humainement, comme citoyen.

Deux objectifs

Une vision globale doit s'incarner dans des objectifs précis et réalisables quelque part. 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. D'une façon un peu plus précise, on peut formuler ainsi ces deux objectifs.

- l'accès ou le développement de logements abordables, de qualité avec soutien communautaire, où les personnes sont chez elles ;
- 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, c'est la nécessité de mobiliser des partenaires de 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 de se trouver des partenaires. Mais ce n'est pas la seule. Considérant à la fois l'ampleur des objectifs visés et la complexité et la gravité des problèmes vécues par les personnes, le partenariat nous apparaissait –et nous apparaît encore- comme une nécessité. Certes, il peut prendre différentes formes, certaines plus heureuses que d'autres, mais il nous semble une condition de réussite incontournable. Il faut aussi considérer la force de représentation que procure une association d'organisations provenant de divers horizons autour d'un projet commun, qui transcende les intérêts particuliers de chacune des organisations ; en même temps qu'elle facilite un réseautage intersectoriel.

La participation des usagers

Dès les débuts, nous avons associé des personnes utilisatrices des services au processus de développement et de réalisation des objectifs. Cela s'est avéré d'une aide précieuse de plusieurs façons. 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 toute sorte de tâches essentielles.

Une structure autonome

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

À l'heure actuel nous avons donné naissance à deux corporations. La première, le Service Intégration Travail a réalisé pleinement les objectifs que nous avons fixés et même d'avantage, 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. Disons qu'actuellement, un douzaine d'unités de logements subventionnés ont pu soi être créés ou rendus accessible 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, dans

un environnement social de plus en plus exigeant et dangereux. Ces défis nous sont apparus sur trois axes : celui de l'urgence, celui de l'accompagnement et celui de l'intégration sociale. Lequel de ces axes est prioritaires ? Si l'on parle des personnes bloquées dans les impasses de l'errance, la réponse est simple. Ils le sont tous. Non pas 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. Cela 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, pour les personnes les plus vulnérables et démunies. Ce sont ces résistances et cet aveuglement qui, en parties, sont responsables de l'apartheid qui maintien à l'écart des soins et des services et, au bout du compte, de la communauté, les personnes bloquées dans l'errance.

Michel Simard, 29 mai 2000

Références

1. Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R. et al. (1974). L'attachement. Neuchâtel (Suisse): Delachaux Niestlée.
2. Aranguiz, M., & Fecteau, J.-M. (1998). Le problème historique de la pauvreté extrême et de l'errance à Montréal, depuis la fin du XIXe siècle. Nouvelles Pratiques Sociales, 11(1), 83-98.
3. Bélanger, J.-P., & Desrosiers, G. (1996). Nouvelles orientations des politiques sociales pour une société en mutation : éléments de diagnostic et de solution. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
4. 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.
5. Carling, P. J. (1995). Return to community. Building support systems for people with psychiatric disabilities. New-York: Guilford press.
6. Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers De Recherche Sociologique, (22), 11-25.
7. Castel, R. (1995). Les métamorphoses de la question sociale. Paris: Fayard.

8. Côté, M.-Y. M. (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.
9. Emmanuelli, X. (1999). Dernier avis avant la fin du monde. Paris: Albin Michel.
10. Goffman, E. (1961). Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New-York: Anchor Books.
11. Harlow, H. F. (1971). Learning to love. New-York: Albion Publishing Company.
12. Laberge, D., & Roy, S. (1994). Interroger l'itinérance : stratégies et débats de recherche. Cahiers De Recherche Sociologique, (22), 93-112.
13. Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. Santé Mentale Au Québec, XXII(2), 7-24.
14. Mercier, C. (1996). Un aperçu historique. dans L. Fournier, & C. Mercier Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype (pp. 19-24). Montréal: Méridien.
15. Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. Cahiers De Recherche Sociologique, (27), 87-97.
16. Ricoeur, P. (1967). Philosophie de la volonté. Tome I : le volontaire et l'involontaire. Paris: Aubier/Montaigne.
17. Séguin, P. (2000). La mondialisation sonne-t-elle le glas du politique ? Montréal: Fides.
18. Sibony, D. (1998). Violence : Traversées. Paris: Seuil.
19. Simard, M. (2000). Rapport annuel 1999. Trois-Rivières: Centre Le Havre de Trois-Rivières.
20. Vexliard, A. (1957,1998). Le clochard. Paris: Desclée de Brouwer.
21. Wolf, M. (1999). Témoignage. Les soins partagés...ou abandonnés... Santé Mentale Au Québec, XXIV(2), 182-190.