

## Conditions de vie et lieu de résidence Living conditions and place of residence

Céline Mercier

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031525ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031525ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Mercier, C. (1989). Conditions de vie et lieu de résidence. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 158–171. <https://doi.org/10.7202/031525ar>

Résumé de l'article

Dans la perspective du retour ou du maintien dans la communauté des personnes qui ont des problèmes sévères de santé mentale, le logement apparaît d'emblée comme un point critique. Jusqu'ici, la littérature spécialisée a surtout porté sur la description et l'évaluation de différents programmes résidentiels de réadaptation. Rarement a-t-on cherché à connaître les conditions de vie des personnes psychiatisées et leur opinion sur leur milieu de vie. À partir d'une recherche conduite auprès de 151 personnes avant déjà été hospitalisées en psychiatrie, cet article fait état des conditions de vie de ces personnes en regard de leur type de résidence. Les données de l'enquête permettent 1) de mettre en rapport différents types d'arrangement résidentiel avec les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des personnes, et 2) de considérer l'impact du type de résidence sur d'autres domaines de la vie. Ces informations sont ensuite mises en relation avec l'évaluation subjective que les personnes font de leurs conditions de vie.

## Conditions de vie et lieu de résidence

Céline Mercier<sup>1\*</sup>

Dans la perspective du retour ou du maintien dans la communauté des personnes qui ont des problèmes sévères de santé mentale, le logement apparaît d'emblée comme un point critique. Jusqu'ici, la littérature spécialisée a surtout porté sur la description et l'évaluation de différents programmes résidentiels de réadaptation. Rarement a-t-on cherché à connaître les conditions de vie des personnes psychiatriquées et leur opinion sur leur milieu de vie.

À partir d'une recherche conduite auprès de 151 personnes ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie, cet article fait état des conditions de vie de ces personnes en regard de leur type de résidence. Les données de l'enquête permettent 1) de mettre en rapport différents types d'arrangement résidentiel avec les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des personnes, et 2) de considérer l'impact du type de résidence sur d'autres domaines de la vie. Ces informations sont ensuite mises en relation avec l'évaluation subjective que les personnes font de leurs conditions de vie.

### Conditions de vie et lieu de résidence

On a pu dire de la désinstitutionnalisation que c'était «une idée fantastique, mais qui n'a jamais été vraiment essayée» (Marshall, 1982 cité dans Boudreau, 1986), en particulier parce que les fonctions traditionnellement assumées par les institutions psychiatriques n'ont pas été reprises dans la communauté. Des études sur les circonstances de la réadmission à l'hôpital psychiatrique de patients chroniques ont révélé que de 60% à 80% des patients avaient été réhospitalisés pour des raisons médicales et sociales et non pour des raisons psychiatriques (Dorvil, 1987; Harris et al., 1986). Bien que l'on considère maintenant que «beaucoup de malades mentaux chroniques ont aujourd'hui des vies plus heureuses, mieux remplies et plus intéressantes qu'à l'époque de l'institution» (Bachrach, 1987), on constate aussi que pour beaucoup les conditions de vie demeurent très précaires.

D'après des études américaines et canadiennes, on sait déjà que le type de résidence détermine un style de vie en même temps qu'il influence les rapports au milieu. Pour ceux et celles qui vivent en famille d'accueil ou en pavillon, l'existence quoti-

dienne peut être fortement calquée sur celle de l'hôpital, à cette différence près que les ressources en loisirs et les possibilités d'activités y sont plus limitées (Allen, 1974; Carlson, 1979; Murphy et al., 1972; Schmidt et al., 1977; Shadish et al., 1985).

Les personnes qui vivent dans leur famille y trouvent généralement de meilleures conditions de vie, sont moins préoccupées de leurs conditions matérielles et jouissent d'un meilleur soutien social (Nelson et Earls, 1986). Elles risquent cependant d'être exposées à différentes formes de stress et de pression, liées en particulier aux attentes qu'on entretient à leur égard (Exner et Murillo, 1975). Elles peuvent aussi se retrouver dans un environnement parfaitement sclérosé (Trémine, 1981) ou propre à encourager la dépendance et l'inactivité (Jilek, 1968).

Parmi les ex-patient/e/s en résidence autonome, beaucoup vivent dans des maisons de chambres. À cause de leurs faibles revenus aussi bien que de la discrimination, ils/elles se trouvent souvent repoussé/e/s vers les quartiers les plus délabrés des centre-villes où ils/elles tendent à former des ghettos (Aviram et Segal, 1973; Humphrey, 1982 cité dans Toews et Barnes, 1982).

Quant aux programmes résidentiels, on reconnaît leur pertinence et leur efficacité (Garant, 1985; Tessier et al., 1985). Mais leurs principales caractéris-

\* Docteure en psychologie, professeure adjointe, département de psychiatrie, Université McGill et Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

tiques semblent être leur rareté, leurs listes d'attente et leurs critères d'admission assez sélectifs. De façon générale, la question du logement semble fort préoccupante, que ce soit en termes de pénurie ou de conditions de logement :

«Le nombre considérable de sujets qui vivent dans des conditions de logement inadéquates et insatisfaisantes, six mois après leur congé de l'hôpital, et le recours à grande échelle à des maisons de chambres commerciales comme services d'hébergement constituent un piètre substitut à des programmes résidentiels.» (Wasylenki et al., 1985, 334).

L'instabilité résidentielle semble aussi caractériser une partie des personnes qui souffrent de troubles émotifs sévères. Lamb (1980), puis Caton et Goldstein (1984) ont étudié la grande mobilité résidentielle de certains ex-patients psychiatriques. Suivant l'étude de Lamb, cette mobilité est particulièrement importante chez les personnes de moins de 30 ans, qui ont été hospitalisées dans la dernière année et qui veulent changer quelque chose dans leur vie. Ces personnes, dans un désir d'autonomie, font des essais répétés d'arrangement résidentiel indépendant. «Pour quelques-uns, déménager semble représenter une solution géographique à des problèmes internes» (p. 135). Dans l'enquête de Caton et Goldstein (1984), les raisons associées au déménagement sont principalement des conflits interpersonnels avec des co-résidents (37%), le désir de plus d'indépendance et d'intimité (37%), les conditions physiques et financières (21%). Les auteures observent aussi, à la suite de Kinard et Klerman (1980), une corrélation entre la fréquence des hospitalisations et le nombre de déménagements.

Ce tableau plutôt sombre des conditions résidentielles mérite cependant d'être nuancé. Wolpert et Wolpert (1974), Cohen et Sokolowsky (1978) aussi bien que Dear (1982, cité dans Toews et Barnes, 1982) rappellent que les «ghettos» ne doivent pas être condamnés trop rapidement. Les occupants des maisons de chambres peuvent y trouver un minimum de soutien et de vie communautaire. Ils y sont moins stigmatisés et leurs comportements étranges sont moins remarqués. Lorsque Lamb (1979) observe que dans les résidences, les pensionnaires mènent une existence sans but, dénuée de sens et dominée par le sentiment d'échec, il souligne aussi le soulagement que certains éprouvent d'avoir

trouvé un lieu de vie qui les protège des pressions extérieures.

Les études de suivi font apparaître que la satisfaction des personnes face à leur milieu résidentiel et le sentiment que celui-ci correspond bien à leurs besoins facilitent l'ajustement social et ont une influence positive sur le maintien dans le milieu (Coulton et al., 1984, 1985; Dellario, 1982, Falloon et Marshall, 1983; Randolph et al., 1986; Trute, 1986). Suite à une recension des écrits, Cournois (1987) conclut que, «dans la plupart des études, les variables du milieu sont de meilleurs prédicteurs de résultats que les variables reliées au patient» (p. 848).

Cet aperçu de la littérature spécialisée révèle combien, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, le type de logement représente un élément-clé de la réinsertion sociale. À ce titre, le logement est investi de fonctions qui dépassent largement la simple dimension résidentielle. Les possibilités d'arrangements résidentiels sont beaucoup plus étendues pour les personnes psychiatisées que pour la population générale. Centre d'accueil, pavillon, famille d'accueil régulière, spécialisée ou de réadaptation, maison de transition, foyer de groupe, appartement supervisé et satellite, le logement devient une structure polymorphe, appelée à répondre à des besoins multiples pour une clientèle diversifiée. Cet article rapporte des données d'enquête sur les relations entre le type d'arrangement résidentiel, les caractéristiques des personnes, leurs conditions de vie et leurs perceptions de leur qualité de vie. Il s'agit ici d'observer si à différents types de résidence correspondent des profils types de résidents, des conditions de vie particulières et des niveaux de satisfaction spécifiques.

## L'enquête

Les données ont été recueillies dans le cadre d'une recherche<sup>1</sup> sur la contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques chroniques (Mercier, 1987, 1990). Des entrevues ont été réalisées avec 151 personnes qui avaient obtenu un congé en 1983-84, soit d'un hôpital psychiatrique, ou d'un centre de psychiatrie communautaire du Sud-ouest de Montréal, soit d'un département de psychiatrie d'un hôpital général de la Rive-sud de Montréal.

Ces entrevues permettent de décrire les conditions de vie des personnes rencontrées et de connaître leur appréciation subjective de ces conditions de vie : aspects positifs et négatifs, sources de satisfaction et aspirations. Le schéma d'entrevue comprend des questions à choix multiples et des questions ouvertes, en rapport avec sept domaines de la vie : le lieu de résidence, la gestion de la vie quotidienne, la situation financière, la santé, l'organisation du temps, les relations interpersonnelles, les contacts avec la justice. On utilise aussi une échelle de qualité de la vie (Baker et Intagliata, 1982; Mercier, 1987) et de niveau fonctionnel, le *Global Assessment Scale* (G.A.S., Endicott et al., 1976; Fillion, 1987).

Les personnes interviewées étaient âgées de 18 à 65 ans, avaient obtenu leur congé de l'un des hôpitaux en 83-84, avaient toutes un diagnostic de schizophrénie ou de psychose affective et avaient connu une première hospitalisation depuis au moins deux ans au 1er avril 1985. Les personnes nées à l'étranger, habitant l'extérieur de Montréal, présentant un problème de santé physique ont été exclues de la population d'enquête. On doit aussi ajouter que les personnes rencontrées présentaient de plus la caractéristique d'avoir pu être rejointes de deux à trois ans après leur sortie de l'hôpital. En ce sens, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des personnes qui ont obtenu leur congé, mais plutôt de celles qui se maintiennent dans le milieu, par opposition à celles qui sont hospitalisées (46), en prison (6) ou décédées (22); ont une adresse (55 sont sans adresse); ont accepté de participer à l'enquête (69 ont refusé)<sup>2</sup>.

La population d'enquête est ainsi formée de 92 personnes (60,9%) qui habitent le Sud-ouest de Montréal et de 59 personnes (39,1%) qui résident sur la Rive-sud. Elle compte 73 hommes (48,4%) et 78 femmes (51,6%). L'âge moyen est de 40,4 ans. Les célibataires (72) représentent 47,4% du groupe, les personnes mariées (39), 25,7% et les personnes séparées et divorcées (41), 26,9%.

Du point de vue clinique, 90 personnes (59,6%) ont reçu un diagnostic de schizophrénie et 61 (40,4%) de troubles affectifs bipolaires. La première hospitalisation en psychiatrie remonte en moyenne à 12,1 ans. Depuis leur première admission, les personnes ont passé en moyenne 19,6% de leur vie à l'hôpital. À l'échelle de fonctionnement

général, la moyenne est de 53,2, ce qui correspond au niveau «symptômes modérés ou fonctionnement général avec certaines difficultés».

## Les types d'arrangement résidentiel

Le recrutement des sujets a en lui seul fourni de précises indications sur l'accessibilité à des formes variées et adaptées d'arrangement résidentiel. La majorité des personnes (96; 63,6%) pour lesquelles le milieu résidentiel est connu habitent ce qu'il est convenu d'appeler une résidence autonome. Le second groupe le plus important est celui des 42 personnes (27,8%) en famille d'accueil. Seule une minorité (4 personnes; 2,6%) est inscrite à un programme résidentiel. Neuf personnes (6,0%) habitent en centre d'accueil ou en pavillon.

Ces données illustrent bien combien, dans les sous-régions étudiées, l'accessibilité à des programmes résidentiels est réduite. La famille d'accueil demeure l'option de placement la plus courante. Par ailleurs, les personnes qui vivent en milieu ouvert connaissent une variété d'arrangements résidentiels suivant qu'elles vivent seules, avec des membres de leur famille, des co-locataires. La question est de savoir si les personnes se distribuent dans l'un ou l'autre type de résidence en fonction de caractéristiques individuelles et quelle est l'influence de ces arrangements sur le mode de vie, et la perception de la qualité de la vie. On a donc regroupé les personnes en quatre groupes : celles qui vivent seules (27; 17,9%); celles qui vivent avec des membres (père, mère, frère, soeur, etc) de leur famille d'origine; celles qui vivent avec des membres (conjoint/e, enfants) de leur famille de création (49; 32,5%); et celles qui vivent avec d'autres (3 avec des ami/e/s, 55 avec des corésident/e/s; 38,4%). On a parfois aussi utilisé la distinction entre personnes qui vivent en milieu protégé (centre d'accueil, pavillon, famille d'accueil, programmes résidentiels) et celles qui sont en milieu ouvert.

## Les caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Au tableau 1, on constate l'existence de relations entre le milieu de vie et les caractéristiques des personnes. Les personnes qui vivent en milieu protégé sont plus nombreuses à n'avoir jamais été mariées

(64,4%) et à avoir un diagnostic de schizophrénie (75,6%). Il s'est écoulé en moyenne 14,7 ans depuis leur première hospitalisation et elles ont passé 29,1% du temps à l'hôpital, depuis cette première hospitalisation. Leur niveau fonctionnel peut être décrit comme bas (niveau de 40-50 au GAS).

Davantage de personnes sont mariées (33,6%) en milieu ouvert et on y trouve des personnes souffrant de schizophrénie (52,3%) et de troubles affectifs bipolaires (47,7%) à part presque égale. Ces personnes ont été moins hospitalisées en psychiatrie (15,6% du temps, en moyenne) et leur première hospitalisation est plus récente (11,1 ans). Elles sont aussi plus fonctionnelles (niveau de 50-60 au GAS).

Comme on peut s'y attendre, les caractéristiques des personnes qui habitent avec d'autres résidents recoupent celles des personnes qui vivent en milieu protégé. Les personnes en famille d'accueil présentent la caractéristique de compter une forte proportion de schizophrènes (77,6%) et d'avoir été

davantage hospitalisées que les autres (28,2%) (Tableau 2). Par ailleurs, en milieu ouvert, ce sont surtout des femmes (65,3%) et des personnes avec un diagnostic de troubles affectifs bipolaires (67,3%) qui habitent avec la famille de création (conjointes et enfants). Chez ces personnes, la première hospitalisation a été beaucoup plus tardive (à l'âge de 33,6 ans en moyenne) que chez les autres (25 ans). Les personnes qui habitent avec leurs parents (famille d'origine) sont majoritairement célibataires (76,5%) et schizophrènes (64,7%). La différence d'âge moyen est importante entre les personnes avec leur famille d'origine (35,1) et celles avec leur famille de création (44,3). Du point de vue fonctionnel, les personnes qui vivent avec leur conjoint et / ou leurs enfants et celles qui vivent seules (niveaux moyens de 60,9 et de 57,3) se distinguent nettement de celles qui vivent en milieu protégé et avec leur famille d'origine (niveaux de 46,6 et 46,1).

TABLEAU 1

*Caractéristiques socio-démographiques et cliniques suivant le milieu de vie*

	Milieu ouvert			Milieu protégé			X <sup>2</sup>	F
	N	(%)	M	N	(%)	M		
Sexe								
Homme	51	(47,7)		22	(48,9)		,00	
Statut civil								
Célibataire	43	(40,2)		29	(64,4)			
Marié	36	(33,6)		3	(7,7)		,00	
Déjà marié	28	(26,2)		13	(28,9)		13,01 ****	
Âge			39,8			41,7		,85
Schizophrénie	56	(52,3)		34	(75,6)		6,14 ***	
Âge 1 <sup>ère</sup> hospitalisation			28,7			27,0		1,02
Carrière (ans)			11,1			14,7		5,62 *
% temps hospitalisé			15,6			29,1		15,28***
G.A.S.			56,2			46,2		12,85 ***

\* p < ,05; \*\* p < ,01; \*\*\* p < ,001

## Les conditions de vie

### Le logement

La stabilité résidentielle est beaucoup plus grande chez ceux et celles qui vivent en milieu ouvert que chez les personnes en milieu protégé. Les personnes du premier groupe habitent leur logement actuel depuis six ans en moyenne (73,6 mois). Celles du second groupe ont en moyenne un peu moins de deux ans d'ancienneté (20,8 mois) ( $F: 8,58; p < .0039$ ). Ce sont les personnes qui vivent avec leur famille d'origine qui font montre de plus de stabilité (10 ans en moyenne). Viennent ensuite les personnes qui sont avec leur famille de création (7,7 ans). Les personnes seules (2,6 ans) et les personnes en résidence (1,8 an) sont les moins stables. Comme ces personnes sont aussi celles qui ont davantage été hospitalisées, ces données vont dans le même sens que celles de la littérature (Caton et Goldsein, 1984; Kinard et Klerman, 1980) à propos d'une relation entre la fréquence des hospitalisations et l'instabilité résidentielle.

À la question ouverte «Quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes venu/e rester ici?», les personnes en milieu ouvert vont d'abord évoquer des motifs reliés à des préférences personnelles et à l'amélioration de leurs conditions de vie (47,8%, Tableau 3). Chez les personnes qui vivent en milieu protégé, c'est l'incapacité fonctionnelle qui a d'abord présidé au choix du logement (41,5%). Les différences de proportion entre les deux groupes sont significatives ( $\chi^2: 34,21; p < .003$ ).

Suivant qu'elles habitent en milieu ouvert ou protégé, les personnes ne vont pas motiver leur satisfaction face à leur lieu de résidence sur les mêmes critères. Les réponses à la question ouverte sur ce qu'on apprécie davantage dans son logement actuel ont été regroupées en quatre catégories: l'autonomie; le compagnonnage; les conditions matérielles; l'environnement (Tableau 4). Les personnes qui vivent en milieu ouvert accordent la première place à l'environnement (43,0% des motifs de satisfaction), puis aux conditions matérielles (24,4%) et à l'autonomie (15,9%). Chez les personnes qui vivent en milieu protégé, les conditions matérielles

TABLEAU 2

*Caractéristiques socio-démographiques et cliniques suivant le type d'arrangement résidentiel*

	Seul		Origine		Création		Accueil		X <sup>2</sup>	F
	%	M	%	M	%	M	%	M		
Sexe										
Homme	63,0		51,9		34,7		51,7		6,37***	
Statut civil										
Célibataire	51,9		70,5		12,2		67,2			
Marié	14,8		...		65,3		5,2			
Âge		38,3		35,1		44,3		39,2		3,6**
Schizophrénie	63,3		61,7		32,7		77,6		22,74***	
Âge 1 <sup>ère</sup> hospitalisation		25,4		24,6		33,6		25,8		9,6***
Carrière (ans)		12,9		10,5		10,7		13,4		1,1
% temps hospitalisé		17,4		15,5		11,9		28,2		6,9***
G.A.S.		57,3		46,1		60,9		46,6		9,8***

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$

TABLEAU 3

*Raison principale du choix de la résidence suivant le milieu de vie*

	Milieu ouvert		Milieu protégé		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Incapacité fonctionnelle	5	(5,4)	17	(41,5)	22	(16,5)
Raisons financières	10	(10,9)	-	-	10	(7,5)
Circonstances extérieures	18	(19,3)	8	(19,4)	26	(19,5)
Meilleures conditions	44	(47,8)	7	(17,1)	51	(38,3)
Autres	15	(16,3)	9	(22,0)	24	(18,0)

Tableau significatif à  $p < ,003$ 

TABLEAU 4

*Sources de satisfaction quant à la résidence suivant le milieu de vie*

	Milieu ouvert		Milieu protégé		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Autonomie	17	(15,9)	7	(14,6)	24	(15,5)
Compagnie	6	(5,6)	13	(27,1)	19	(12,3)
Conditions matérielles	25	(24,3)	18	(37,5)	44	(28,4)
Environnement	46	(43,0)	7	(14,6)	53	(34,2)
Rien	2	(1,9)	1	(2,1)	3	(1,9)
Tout	3	(2,8)	1	(2,1)	4	(2,6)
Autres	7	(6,5)	1	(2,1)	8	(5,2)

Tableau significatif à  $p < ,007$ 

(37,5%) occupent la première place, puis la compagnie (27,1%), suivie par l'environnement (14,6%) et l'autonomie (14,6%). La différence entre les deux groupes est significative au seuil de 0,007 ( $\chi^2 = 17,53$ ).

Une proportion à peu près égale de personnes disent avoir des problèmes de logement en milieu ouvert (20,4%) ou protégé (27,9%). Cependant,

parmi les résidents en milieu protégé, 20,9% disent avoir des problèmes avec les autres, ce qui n'est le cas que de 7,8% des personnes en milieu ouvert. Les problèmes avec les installations matérielles sont également répartis entre les deux groupes (7,8% et 7%). Les personnes en milieu ouvert sont les seules à faire référence à des difficultés avec les responsables du logement. Parmi les personnes qui

vivent en milieu ouvert, celles avec leur famille d'origine sont plus nombreuses à avoir des problèmes (40% contre 18,5% seul; 17% famille de création et 23,2% corésidants) et 26,7% de ces problèmes sont avec les autres.

### Les relations avec le voisinage

Le type d'arrangement résidentiel influence aussi le rapport au voisinage: 82,8% des personnes qui vivent en milieu ouvert connaissent leurs voisins, contre 25% de celles qui vivent en milieu protégé ( $\chi^2$ : 40,97;  $p < .0000$ ). Il existe un écart considérable dans la connaissance des voisins entre les personnes qui vivent avec leur famille d'origine (92,9% les connaissent), leur famille de création (89,4%) ou seules (80,8%) et les personnes qui vivent avec des corésidants: seulement 31,9% de ces personnes connaissent leurs voisins ( $\chi^2 = 44,15$ ;  $p < .0000$ ).

Dans le même sens, 36,4% des personnes en milieu ouvert ont des activités avec leurs voisins contre seulement 5,6% des personnes en milieu protégé ( $\chi^2$ : 17,84;  $p < .0001$ ). Ce sont les personnes qui vivent seules (42,3%) ou avec la famille de création (42,6%) qui ont le plus d'activités avec le voisinage. Très peu de personnes avec leur famille d'origine (14,3%) ou en famille d'accueil (10,6%) en ont ( $p < .003$ ;  $\chi^2$ : 19,79).

La moitié des personnes (55,7%) en milieu ouvert se sentent à l'aise pour demander de petits

services à leurs voisins. Le quart seulement (25,7%) de celles qui vivent en milieu protégé sont dans la même situation ( $\chi^2$ : 13,36,  $p < .0013$ ). Ce sont surtout les personnes seules qui ont établi des relations d'entraide avec leurs voisins (72%). Viennent ensuite les personnes avec leur famille de création (55,3%), celles avec leur famille d'origine (35,7%) et celles en résidence (28,9%) ( $\chi^2$ : 16,90;  $p < .0097$ ).

Ces distinctions se vérifient dans les faits. Parmi les 50 personnes qui ont déjà effectivement demandé des services à des voisins, 45 vivent en milieu ouvert ( $\chi^2$ : 13,41;  $p < .0012$ ). Il s'agit d'abord de personnes qui vivent avec leur famille de création (22; 44,9%) ou seules (16; 32,7%). Huit personnes en résidence (16,3%) ont déjà demandé des services et trois (6,1%) de celles qui vivent avec leur famille d'origine ( $\chi^2$ : 24,0;  $p < .0005$ ).

Les résidents en milieu protégé apprécient à part égale dans leur quartier l'environnement physique, la proximité des services et des commodités et l'atmosphère générale (17,2% pour chacun de ces motifs). Les résidents en milieu ouvert sont plus nombreux à faire référence aux services et commodités (33,3%). L'environnement physique vient en seconde position (21,5%), suivi par l'atmosphère (19,4%) ( $\chi^2$ : 14,06;  $p < .0153$ ) (Tableau 5). Les personnes seules accordent plus d'importance à la proximité des services (50%), alors que les personnes avec leur famille d'origine sont plus souvent

TABLEAU 5  
*Critères d'appréciation du quartier suivant le milieu de vie*

	Milieu ouvert		Milieu protégé		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Services	31	(31,3)	5	(17,2)	36	(29,5)
Environnement humain	10	(10,8)	3	(10,3)	13	(10,7)
Environnement physique	20	(20,5)	5	(17,2)	25	(20,5)
Situation	11	(11,8)	4	(13,8)	15	(12,3)
Atmosphère	18	(19,4)	5	(17,2)	23	(18,9)
Autres	3	(3,2)	7	(24,1)	10	(8,2)

Tableau significatif à  $p < .0153$



sensibles à l'environnement physique (46,2%). Les personnes avec leur famille de création vont faire référence plus souvent que les autres à l'atmosphère du quartier (28,6%).

Les personnes qui ont émis des critiques sur leur quartier (61) ont surtout évoqué l'environnement humain (24,6%) et physique (24,6%), puis l'atmosphère (13,1%); autres raisons (moins de 10%). Les personnes en milieu ouvert sont plus sensibles à l'environnement humain (29,2%), celles en milieu protégé, à l'environnement physique.

### La gestion de la vie quotidienne

La proportion de personnes qui trouvent très difficile de «faire les choses de tous les jours en général» est sensiblement la même dans les deux groupes: 8,4% en milieu ouvert et 8,9% en milieu protégé. Cette donnée cache cependant d'importantes différences parmi la population en milieu ouvert. La proportion de personnes qui connaissent d'importantes difficultés dans la gestion de leur vie quotidienne est de 29,4% chez celles qui vivent avec leur famille d'origine. Cette même proportion est beaucoup plus basse dans les autres groupes: 3,7% chez les personnes seules; 6,1% en famille de création et 6,9% en coresidence.

### Les conditions matérielles

La majorité des personnes rencontrées tirent leur subsistance de l'aide sociale (60,9%). Quelques-unes ont des revenus d'emploi (13,8%), du conjoint (13,0%) ou de pension (12,3%). Certaines complètent leurs revenus à différentes sources: aide de la famille; travail au noir; assurances.

Les personnes qui vivent en milieu protégé sont beaucoup plus nombreuses à dire ne pas avoir suffisamment d'argent pour vivre (34,3% contre 17,0%). Cette différence atteint un seuil de signification assez élevé ( $p < .057$ ). Si on la départage suivant le type d'arrangement résidentiel, elle est encore plus flagrante: 31,9% des personnes en famille d'accueil disent ne pas avoir suffisamment d'argent pour vivre; 26,9% des personnes qui vivent seules, 20% de celles qui sont avec leur famille d'origine et seulement 8,7% de celles avec leur famille de création ( $p < .048$ ). Il n'est donc pas surprenant que 38,2% des personnes en milieu

protégé ne puissent «se payer de petits luxes» (26,3% en milieu ouvert).

Ces différences apparaissent aussi lorsqu'on s'intéresse à l'accessibilité à des biens d'usage courant (Tableau 6). La presque totalité des personnes ont à leur disposition le téléphone (96,3%), la télévision (97,1%) et la radio (92,6%). Les personnes seules ont moins souvent le téléphone chez elles (84,6%), alors que le pourcentage de personnes ayant accès à une radio est moins élevé en famille d'accueil (82,6%) qu'ailleurs. Pour des biens tels que le câble, les systèmes de son et de vidéo, le baladeur, les personnes avec leur famille d'origine ou de création apparaissent nettement privilégiées par rapport à celles qui vivent seules ou en famille d'accueil.

Du point de vue des moyens de transport, le contraste est énorme entre les personnes en famille d'accueil, lesquelles n'ont pratiquement pas de moyens de se déplacer, et les personnes en famille de création. Pour l'ensemble du groupe, la bicyclette est le transport le plus accessible.

Enfin, il est intéressant d'observer qu'un animal de compagnie, des plantes, des assurances sont des biens plus accessibles dans le cadre de la famille de création que partout ailleurs. Une fois de plus, les résidents en famille d'accueil apparaissent particulièrement dépourvus.

### L'occupation du temps

Environ la moitié des personnes qui ont participé à l'enquête n'ont pas d'occupation principale; 52,0% en milieu ouvert et 42,1% en milieu protégé. Il existe une relation entre le milieu de vie et l'occupation (Tableau 7). Ainsi, tous les emplois compétitifs sont occupés par des personnes en milieu ouvert. Les personnes en milieu protégé ont plus de chances d'être inscrites dans un centre de travail adapté ou en centre de jour.

En ce qui concerne les activités de loisirs, les personnes en famille d'accueil sont moins actives que les autres, pour toutes les formes de loisirs (Tableau 8)<sup>3</sup>. Les personnes qui vivent seules pratiquent un sport et participent aux activités d'un centre de loisirs dans une plus grande proportion, alors que les personnes en famille de création sont plus souvent membres d'une organisation.

La participation à des activités sociales est réduite

TABLEAU 6

*Accessibilité à des biens courants suivant le type d'arrangement résidentiel*

	Seul %	Origine %	Création %	Accueil %	Total N	Total (%)
Téléphone	84,6	100,0	100,0	97,9	131	(96,3)
Radio	96,3	100,0	97,9	82,6	126	(92,6)
Télévision	92,6	93,3	100,0	97,8	132	(97,1)
Câble	28,0	46,7	51,1	33,3	53	(39,8)
Système de son	53,8	86,7	89,4	34,8	85	(63,0)
Baladeur	15,4	33,3	38,3	17,4	35	(25,9)
Vidéo	-	33,3	38,3	2,2	24	(18,0)
Voiture	20,0	33,3	61,7	6,5	42	(31,3)
Moto	8,0	6,7	8,5	-	7	(5,2)
Bicyclette	50,0	60,0	61,7	21,7	61	(45,2)
Animal	38,5	26,7	51,1	17,4	49	(36,3)
Plantes	33,0	60,0	76,6	26,1	66	(48,5)
Assurances-vie	40,7	14,3	70,2	19,0	54	(41,2)
Assurances feu-vol	23,1	64,3	72,3	19,5	57	(44,2)

TABLEAU 7

*Activité principale suivant le milieu de vie*

	Milieu ouvert		Milieu protégé		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Travail temps complet	10	(10,0)	-	-	10	(7,2)
Travail temps partiel	5	(5,0)	-	-	5	(3,6)
Centre de travail t.c.	1	(1,0)	2	(5,3)	3	(2,2)
Centre de travail t.p.	1	(1,0)	2	(5,3)	3	(2,2)
Études	3	(3,0)	-	-	3	(2,2)
Travail bénévole	8	(8,0)	1	(2,6)	9	(6,5)
Travail domestique	2	(2,0)	4	(10,5)	6	(4,3)
Centre de jour	11	(11,0)	9	(23,7)	20	(14,5)
Recherche d'emploi	7	(7,0)	4	(10,5)	11	(7,9)
Sans occupation	52	(52,0)	16	(42,1)	68	(49,3)

Tableau significatif à  $p < ,0114$

TABLEAU 8

*Participation à des activités de loisirs suivant le type d'arrangement résidentiel*

	Seul %	Origine %	Création %	Accueil %	Total N	Total (%)
Loisirs en général	45,8	46,7	53,3	35,4	59	(44,4)
Passe-temps	46,2	41,2	47,5	35,3	58	(41,1)
Sport	46,2	17,6	32,6	15,7	38	(27,0)
Centre de loisirs	30,8	11,8	23,1	8,7	25	(19,9)
Organisation	34,6	23,5	38,5	12,5	29	(20,6)

TABLEAU 9

*Participation à des activités sociales suivant le type d'arrangement résidentiel*

	Seul %	Origine %	Création %	Accueil %	Total N	Total (%)
Loisirs	79,2	78,6	86,4	67,5	95	(77,9)
Visite rendue	83,3	93,3	93,2	81,0	109	(87,2)
Visite reçue	83,3	86,7	95,5	64,3	102	(81,6)
Téléphone placé	91,7	86,7	97,7	76,2	110	(88,0)
Téléphone reçu	91,7	85,7	97,7	81,0	111	(89,5)
Party/fête	72,0	78,6	83,7	58,5	89	(72,4)

chez les résidents en famille d'accueil, comparativement aux autres groupes. Ils ont moins souvent l'occasion de partager des activités de loisirs, de participer à des fêtes, reçoivent moins des visites et d'appels téléphoniques (Tableau 9).

### La qualité de la vie

De ce qui précède, on peut conclure qu'il existe des relations entre le lieu de résidence, les caractéristiques personnelles et les conditions de vie. Ainsi, les personnes qui vivent seules changent souvent de logement, sont sensibles à l'environnement et aux services du quartier, ont davantage de contacts avec leurs voisins et participent à une plus grande variété d'activités de loisirs.

Les personnes en famille de création sont les plus fonctionnelles et celles qui ont été le moins hospitalisées. Elles sont plus stables du point de vue résidentiel, fréquentent leurs voisins, disposent d'une grande variété de biens et participent à plusieurs formes d'activités.

Les personnes qui vivent avec leur famille d'origine ont aussi une grande stabilité résidentielle et ont accès à plusieurs biens courants. Elles connaissent leurs voisins mais partagent peu d'activités avec eux, tout comme de façon générale elles ont peu d'activités de loisirs.

Les personnes en famille d'origine et en famille d'accueil sont les moins fonctionnelles. Celles en famille d'accueil ont davantage été hospitalisées. Elles changent souvent de logement et celui-ci doit

compenser leur incapacité fonctionnelle. Par rapport à leur lieu de résidence, elles apprécient surtout les conditions matérielles et l'environnement physique. Certaines d'entre elles ont un meilleur accès à des activités de réadaptation, mais beaucoup vivent isolées du voisinage et de la vie sociale en général, en plus d'être dépourvues du point de vue matériel.

À partir de l'échelle de qualité de la vie (Tableau 10), il apparaît que ces quatre groupes ont des perceptions différentes de leurs conditions de vie. Lorsqu'on leur demande d'exprimer sur une échelle de 7 à 1 comment elles se sentent par rapport à leur vie en général, les personnes en famille de création démontrent un plus haut niveau de satisfaction (5,4) que les personnes en famille d'accueil (4,8), seules (4,7) ou avec leur famille d'origine (4,3). La satisfaction chez les personnes en famille de création est particulièrement élevée par rapport aux autres groupes pour tout ce qui concerne le lieu de résidence,

la situation financière, l'occupation du temps, les relations avec les corésidents et la vie sentimentale. Dans de très nombreux domaines, soit la santé, les relations avec les corésidents, les amis, la famille, les autres en général, la vie sentimentale, l'activité principale, les divertissements et la situation financière, les personnes en famille d'origine sont les moins satisfaites des trois groupes. Les personnes seules ont des niveaux moindres de satisfaction par rapport à la nourriture. Quant aux personnes en famille d'accueil, elles se maintiennent dans la moyenne dans tous les domaines.

D'après ces données, il n'existerait pas de relations directes entre les conditions objectives de vie et la perception de la qualité de la vie. Ainsi, les personnes qui vivent dans leur famille d'origine et celles qui vivent avec leur famille de création semblent connaître des conditions objectives de vie plus favorables que celles qui vivent seules ou en famille

TABLEAU 10

*Perception de la qualité de la vie suivant le domaine et le type d'arrangement résidentiel*

Domaines	Seul M	Origine M	Création M	Accueil M	Total N
Résidence	5,7	5,4	6,0	5,5	5,7
Quartier	5,7	5,4	6,0	5,4	5,7
Services du quartier	5,6	5,1	5,9	5,5	5,6
Nourriture	5,2	5,4	6,0	5,8	5,7
Vêtements	5,6	5,1	5,5	5,2	5,4
Santé	4,7	3,9	4,8	4,7	4,6
Finances	4,0	3,6	5,2	4,6	4,6
Activité principale	5,1	3,9	5,3	5,0	5,0
Temps libre	4,7	4,6	5,3	5,1	5,0
Divertissements	5,0	4,6	5,6	5,3	5,3
Famille	5,4	4,5	5,5	5,4	5,3
Ami(e)s	5,8	5,1	5,9	5,9	5,8
Co-résident(e)s	–	4,6	6,1	5,4	5,5
Vie sentimentale	4,6	4,1	5,3	5,0	4,9
Autres	5,3	5,0	5,7	5,5	5,5
Vie en général	4,7	4,3	5,4	4,8	4,9

d'accueil. Pourtant, l'insatisfaction des personnes en famille d'origine est manifeste. Par contre, les personnes en famille d'accueil vivent de fort peu, mais elles sont majoritairement satisfaites de leurs conditions de vie.

## Conclusion

Les données de cette enquête révèlent une relation entre certaines caractéristiques personnelles et le type de milieu résidentiel. Les personnes qui vivent en milieu protégé sont plus nombreuses à n'avoir jamais été mariées. Elles ont plus souvent reçu un diagnostic de schizophrénie, ont davantage été hospitalisées et leur niveau fonctionnel est peu élevé. Parmi les personnes en milieu ouvert, celles qui vivent avec leur famille de création sont plus souvent des femmes, sont plus âgées et comptent une majorité de troubles affectifs bi-polaires. Ces personnes ont connu moins d'hospitalisations et sont les plus fonctionnelles. En contraste, une majorité de célibataires et de schizophrènes habitent avec leurs parents. Ces personnes sont aussi peu fonctionnelles que celles qui vivent en famille d'accueil. Ces caractéristiques personnelles associées au lieu de résidence trouvent leur pendant dans les critères de choix d'une résidence et les motifs de satisfaction face au logement et au quartier.

Les entrevues font aussi apparaître que le type d'arrangement résidentiel a des répercussions sur l'ensemble des conditions de vie, qu'il s'agisse de l'accès à des biens ou de l'occupation du temps. D'après cette recherche, il semble aussi que le lieu de résidence contribue à définir un style de vie et un mode particulier d'insertion sociale. Par exemple, les personnes qui vivent seules et avec leur famille de création sont beaucoup plus intégrées au voisinage que ne le sont celles en famille d'accueil ou avec leur famille d'origine.

Les indicateurs utilisés dans cette recherche sont restreints, de telle sorte que les extrapolations ne peuvent être que prudentes. Pourtant, il semble possible d'observer que les personnes qui vivent avec leur famille de création sont celles qui se rapprochent le plus de la population générale du point de vue clinique, fonctionnel, des conditions matérielles de vie et de la participation à la vie sociale. Ce sont aussi celles dont la satisfaction face à la vie en général est la plus élevée.

À l'opposé, les personnes qui vivent avec leur famille d'origine et en famille d'accueil ont un lourd passif de prise en charge, en relation avec une incapacité fonctionnelle plus grande. L'isolement et un faible niveau d'activités semblent caractériser ces deux groupes, auxquels s'ajoute la pauvreté des ressources matérielles pour les personnes en famille d'accueil. Pour le groupe avec sa famille d'origine, ces conditions de vie sont perçues comme largement insatisfaisantes, alors que celui en famille d'accueil arrive à s'en satisfaire.

Les contrastes nombreux entre la famille de création et la famille d'origine attirent l'attention sur les situations différentes et les besoins spécifiques des familles face à l'un de leur membre qui connaît des problèmes sévères de santé mentale. La distinction entre famille de création et famille d'origine apparaît ici particulièrement utile.

Par ailleurs, l'écart de satisfaction entre les personnes en famille d'accueil et les personnes en famille d'origine force la réflexion. Les deux groupes semblent avoir également besoin d'un milieu de vie qui les soutienne. Le fait que le milieu en famille d'origine soit plus riche en ressources n'affecte pas la perception négative que les gens en ont. Par contre, les personnes en famille d'accueil semblent avoir appris à se satisfaire de peu. Les aspirations et les attentes pourraient expliquer ces résultats paradoxaux.

La situation des personnes qui vivent seules apparaît comme très précaire du point de vue résidentiel et des conditions matérielles de vie. Chez certains, cette fragilité semble compensée par un engagement plus actif dans la sphère du voisinage et du temps libre. La nécessité pourrait ici être un stimulant à l'insertion sociale, pour autant bien sûr que le milieu soit lui-même favorable.

Ces observations vont une fois de plus dans le sens de l'hétérogénéité des populations en besoin de services. Mais elles mettent aussi l'accent sur le fait qu'une intervention ou un service viennent s'inscrire dans une situation objective et subjective. À ce titre, il importe de s'interroger non seulement sur le bien-fondé d'un service (la réponse à un besoin), mais aussi sur son sens pour le récipiendaire (la réponse à une aspiration ou à une attente). On peut aussi considérer qu'un même service peut répondre à des besoins différents, suivant les conditions de vie des personnes. Par exemple, pour une personne en

famille d'accueil, la participation aux activités d'un centre de jour peut d'abord répondre à un besoin de stimulation, alors que pour la personne avec sa famille d'origine, le centre de jour permet l'accès à un autre milieu de vie. La personne qui vit seule pourra apprécier d'autres aspects du centre de jour (les repas communautaires, les activités de loisirs et d'apprentissage des aptitudes sociales), en relation avec le fait qu'elle trouve peu de protection naturelle dans son milieu de vie. Pour les personnes en famille de création, le centre de jour peut représenter un milieu de transition, suite à une hospitalisation. Dans tous les cas, c'est la polyvalence du service qui en fait sa pertinence.

Si on applique cette notion de polyvalence à la question du logement, les faits rapportés dans cette enquête militent en faveur du développement d'une gamme beaucoup plus étendue de services résidentiels. Ce développement pourrait prendre deux formes, soit des formes variées de logement, accessibles à une plus grande proportion de la population-cible, soit des services complémentaires de soutien pour pallier les limites inhérentes et inévitables de chaque type de milieu résidentiel.

#### Notes

1. Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (RS1024-084) et du Programme de Subvention nationale au Bien-être social de Santé et Bien-être social Canada (no 4554-47-3). Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à cette recherche et en particulier celles qui ont accepté de partager leur expérience avec les interviewers.
2. Les personnes qui ont refusé de participer à l'entrevue ne présentent aucune différence significative sur les variables socio-démographiques et cliniques avec les personnes interviewées. Les personnes hospitalisées diffèrent cependant des personnes interviewées. Les hommes, les jeunes (35 ans et moins) et les ex-patients de l'hôpital psychiatrique sont plus nombreux parmi les hospitalisés. Les personnes hospitalisées comptent également une plus grande proportion de schizophrènes que les personnes interviewées.
3. Les pourcentages aux tableaux 7 et 8 expriment la proportion de personnes qui ont participé au moins une fois pendant la dernière année aux activités mentionnées.

#### Références

- Allen, P.L., 1974, A consumer's view of California's mental health care system, *Psychiatric Quarterly*, 48, 1-13.
- Aviram, U., Segal, S.P., 1973, Exclusion of the mentally ill, *Archives of General Psychiatry*, 29, 126-131.
- Bachrach, L.L., 1987, Sociological thought in psychiatric care, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 8, 819-820.
- Baker, F., Intagliata, J., 1982, Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Boudreau, F., 1986, De l'asile à la santé mentale, *Santé Mentale au Canada*, 34, no 1, 5-8.
- Carlson, J.I., 1979, Community adjustment of chronically mentally ill patients in Northeast Oregon, *National Institute of Mental Health, Evaluation in Practice*, Rockville, Md, U.S., Department of Health and Human Services, 152-153.
- Caton, C.L., Goldstein, J., 1984, Housing change of chronic schizophrenia patients: A consequence of the revolving door, *Social Science and Medicine*, 19, no 7, 759-764.
- Cohen, C.I., Sokolowsky, J., 1978, Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city, *Schizophrenia Bulletin*, 4, no 4, 546-560.
- Corin, E., Lauzon, G., 1985, La chronicisation des problèmes psychiatriques: contribution anthropologique, *Transitions*, 20, 141-160.
- Coulton, C.J., Holland, T.P., Fitch, V., 1984, Person-environment congruence and psychiatric patient outcome in community care homes, *Administration in Mental Health*, 12, no 2, 71-88.
- Coulton, C.J., Fitch, V., Holland, T.P., 1985, A typology of social environments in community care homes, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, no 4, 373-377.
- Cournos, F., 1987, The impact of environmental factors on outcome in residential programs, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 8, 848-852.
- Dellario, D.J., 1982, On the evaluation of community-based alternative living arrangements (ALAs) for the psychiatrically disabled, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 35-40.
- Dorvil, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-Hyppolithe Lafontaine, *Santé mentale au Québec*, XII, no 1, 79-90.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Cohen, J., 1976, The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Exner, J.E., Murillon, L., 1975, Early prediction of post-hospitalization relapse, *Journal of Psychiatric Research*, 12, 231-237.
- Falloon, I.R.H., Mashall, G.N., 1983, Residential care and social behavior: A study of rehabilitation needs, *Psychological Medicine*, 13, 341-347.
- Filion, J., 1987, Une échelle de niveau fonctionnel, *Santé mentale au Québec*, XII, no 2, 180-1.
- Garant L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Miméo.
- Harris, M., Bergman, H.C., Bachrach, L.L., 1986, Psychiatric and non psychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, no 6, 630-631.

- Jilek, W.G., 1968, The residual dimension. A study of residual syndromes in veterans with chronic psychiatric illness, *Psychiatry Clinica*, 1, 175-218.
- Kinard, E.M., Klerman, L.V., 1980, Changes in life style following mental hospitalization, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 666-672.
- Lamb, H.R., 1979, The new asylums in the community, *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- Lamb, H.R., 1980, Board-and-care home wanderers, *Archives of General Psychiatry*, 37, 135-137.
- Mercier, C., 1987, *Rapports entre la position dans le réseau psychiatrique, l'utilisation des services et la qualité de la vie chez des patients psychiatriques chroniques*, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Verdun, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Mercier, C., 1990, *La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté*, Rapport présenté au Programme de Subventions nationale au Bien-être Social, Verdun, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Murphy, H.B.M., Pennee, B., Luchins, D., 1972, Foster homes: The new back wards?, *Canada's Mental Health*, Supplement no 71, 1-17.
- Nelson, G., Earls, M., 1986, An action-oriented assessment of the housing and social support needs of long-term psychiatric clients, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5, no 1, 19-30.
- Randolph, F.L., Lindenberg, R.E., Menn, A.Z., 1986, Residential facilities for mentally ill: Needs assessment and community planning, *Community Mental Health Journal*, 22, no 2, 77-89.
- Schmidt, L.J. et al., 1977, The mentally ill in nursing homes. New backwards in the community, *Archives of General Psychiatry*, 34, 687-691.
- Shadish, W.R., Orwin, R.G., Silber, B.G., Bootzin, R.R., 1985, The subjective well-being of mental patients in nursing homes, *Evaluation and Program Planning*, 8, 239-250.
- Tessier, L., Lavoie, F., Lamontagne, Y., 1985, *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement ?*, 4, *L'efficacité de la réadaptation*, Québec, Gouvernement du Québec, Éditeur officiel.
- Toews, J., Barnes, G., 1982, *Chronic Mental Disorders in Canada: A Needs Assessment Projet*, Canadian Mental Health Association, Miméo.
- Tremine, T., 1981, Chronicités nouvelles: les usagers, *L'Information Psychiatrique*, 57, no 10, 1113-1126.
- Trute, B., 1986, Sheltered housing for the chronic psychiatric patient: The influence of operators of board and care facilities on community participation of their residents, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5, no 1, 31-38.
- Wasylenki, D., Goering, P., Lancee, W., Fischer, L., Freeman, S.J.J., 1985, Psychiatric aftercare in a metropolitan setting, *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 329-336.
- Wolpert, E., Wolpert, J., 1974, From asylum to ghetto, *Antipode*, 6, 63-76.

## SUMMARY

When looking at how people with severe mental disorders reintegrate the community, housing stands out as a key factor. Until now, the specialized press has mostly focused on the description and assessment of various residential programs that deal with readaptation. Rarely have we attempted to find out from psychiatric outpatients themselves what their living conditions are like or what opinion they have on their environment.

Based on research conducted on a group of 151 individuals who had received care in a psychiatric ward, this article reports on the person's living conditions relating to their type of accommodations. Survey data shows the possibility for: 1) comparing various types of housing arrangements with the individuals' clinical and socio-demographic characteristics; and 2) considering the impact of the type of residence on other areas of life. These informations are also put into perspective with the individual's own assessment of his or her living conditions.