

Le logement social étant une alternative aux réalités socio-économiques difficiles que vit notre clientèle, comment assurer la mission sociale de ces habitations en débordant le cadre strictement administratif ?...

G.Biard

## TABLE DES MATIERES

	PAGE
1. INTRODUCTION	1
2. METHODOLOGIE	2
3. ELABORATION DU PROFIL TYPE DE L'ITINERANCE ET DU LIBERE:	3
3-1 Définition des Sans-abri	5
3-1-1 - qui sont-ils	
- où sont-ils	
3-2 Profil type de la clientèle desservie	7
3-2-1 - provenance;	
- antécédents; scolaires, judiciaire ...	
- réseau social;	
- réalité financière;	
- réalité personnelle	
4. REALITE DE L'INDIVIDU QUI QUITTE LE PENITENCIER:	12
4-1 Réalité sociale, réalité financière, et personnelle.	
5. EVALUATION DES BESOINS	13
6. ALTERNATIVE A L'INCARCERATION, L'ITINERANCE:	14
6-1 Vérification des six hypothèses posées.	
6-1-1 - hypothèse #1	15
6-1-2 - hypothèse #2	16
6-1-3 - hypothèse #3	17
6-1-4 - hypothèse #4	18
6-1-5 - hypothèse #5	18
6-1-6 - hypothèse #6	19
7. AUTRES FACTEURS POURQUOI INTERVENIR	20
8. RECOMMANDATIONS	22
9. ANNEXE	
10. REFERENCES	

## EXECUTIVE SUMMARY

This research is based on clients and their activities at a 9-unit project at 5290 Notre-Dame West Street in Montréal.

The proponent was required to prepare a report which would address the question: does social housing provide some alternatives to the socio-economic difficulties of a client in transit? How do we ensure that the social goal of this type of housing extends beyond the administrative framework? In the administrative plan one would think about the recruitment of candidates, the perceptions of the renters and maintenance of common areas.

Regarding the personal plan of residents, the entrepreneur poses questions related to the social re-integration of clients, getting used to living in housing again, organizing a budget and the inter-relationship between renters and community activities.

The clients that are housed in the project (even if they come from the Canadian Corrections Services), have often known the realities of homelessness. Sometimes they are destined to return there if services such as housing are not in place.

Themes that will be examined in the report include:

1. A definition of homelessness. Who are they and where are they?
2. Provide a profile of the residents in the project. Their origin, education and legal history and social network.
3. The social, financial and personal realities of the individual who leaves the penitentiary.
4. Alternatives to imprisonment and being transient and homeless. The report will look at housing, social re-integration, a new model of management to create membership as well as therapeutic support aimed at making people responsible.

The hypotheses to be verified include:

1. Is social housing realistic in the response that it brings to a client in a transitory phase or in a phase of social re-integration?
2. Can social housing be an alternative to imprisonment and being transient?
3. Must innovative and creative solutions call for a framework of more control or must they represent more individual membership and personal responsibility?
4. Will the new model of participatory management be appropriate for this client?
5. Can one community resource alone assume the cost of social re-integration via social housing.
6. Must one integrate a step for individual/personal therapy for the residents of social housing?

Findings of project:

The report provides a clear definition of homeless and transient persons. In addition a detailed quantitative and qualitative comparison is made

between the profile of typical homeless and transient people in today's society and the profile of a resident of "Maison Jeun'aide". The residents have an average age of 30 years, all have experienced imprisonment as well as many other parts of the institutional network. About 77% have problems with drug addiction which started at an average age of 16 years. About 53% do not have a fixed address and these mostly single people are faced with limited employment opportunities. Approximately 35% of the residents do not maintain relationships with their families. About 41% seemed to have lived with an alcoholic parent while close to 30% seemed to have lived with a parent who physically, psychologically and/or sexually abused them.

This profile of the clients of "Maison Jeun'aide" which closely matches that of transient persons, underscores the need for housing that will assist them in breaking the circle of their existence between being either homeless or institutionalized.

The section on the social, financial and personal realities and needs of residents essentially lists the services provided by "Maison Jeun'aide" such as housing and support related to alcoholism and drug addiction. A key objective is aimed at permitting clients to relearn life. Each resident is provided with a private unit and need not be concerned about a high rent level that will absorb most of their social welfare assistance. They are provided with opportunities to study and prepare themselves to enter the work force as well as learn skills in order to be able to re-establish links with other members of the community. In general their needs that must be addressed were identified in the areas of academic, finance, emotional, sexual, alcohol and drug abuse, mental and physical health and personal and societal values.

The report also attempts to provide some measure and statistics of the success of social re-integration. The point is made that it is difficult to measure the success because it really depends on the individual and his personal decision to break addictive habits. Interesting statistics and reasons for suspensions are included in the report, e.g. drug and alcohol consumption, repeat offenses etc. Factors which negatively and positively impact the rate of successful rehabilitation and social-re-integration are also outlined.

The fourth area of the report addresses the six hypotheses based on interviews with persons from the correctional services as well as others who work closely with these clients. The conclusions and recommendations which follow, also serve as the model which is referred to in the terms of reference. The following is a synopsis of the work in the fourth section of the report. The significance of each hypotheses is based on a statistical breakdown of respondents who agree, disagree or are undecided regarding each hypothesis. Responses were also qualified in terms of their acceptance or rejection.

The second hypotheses received most support. About 75% of respondents agreed that social housing can be an alternative to imprisonment and transience in a significant way. The 25% who were indecisive believed that it would only be viable if social housing was sufficiently structured and supervised and a framework of support was provided to residents in their step towards re-integration. Also, most respondents believed that programs

should aim at giving residents more responsibility for their lives rather than exerting more control on them. All respondents supported the idea that all community resources must share the costs of social re-integration via social housing.

The report also addresses problems as a result of AIDS. About one in 20 of the prison population (men and women) has AIDS. Housing support is very important for persons touched by this illness because it can respond to some fundamental needs. Patients usually do not have the support of friends or family. They are in a state of stress which is threatening to their health and must also have a fixed address in order to qualify for welfare and medication assistance. It is concluded that future social housing should bring with it support for AIDS patients.

The conclusions and recommendations essentially re-affirm the model of management described in the terms of reference and are based on the results of the six hypotheses. The model identifies the need for a professional on staff at the housing project who can assist residents. Medical and psychiatric services must also be available. Social housing can be a vehicle to be able to respond to these needs as well as reach the goal of social-integration.

# CMHC SCHL

Helping to  
house Canadians

Question habitation,  
comptez sur nous

National Office

Bureau National

700 Montreal Road  
Ottawa, Ontario  
K1A 0P7

700 chemin Montréal  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0P7

*Since a limited demand for this research document has been anticipated, only a summary of its contents has been translated.*

*If there is a significant demand for this report CMHC will proceed with translation.*

*By completing and returning this form you will help us to determine if there is a significant demand for this report in English. Mail the completed form to:*

*The Canadian Housing Information Centre  
Canada Mortgage and Housing Corporation  
C1-200  
700 Montreal Road  
Ottawa, Ontario  
K1A 0P7*

**REPORT TITLE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*I would prefer to have this report made available in English.*

**NAME** \_\_\_\_\_

**ADDRESS** \_\_\_\_\_  
*Street* \_\_\_\_\_ *Apt.*

\_\_\_\_\_ *City* \_\_\_\_\_ *Province* \_\_\_\_\_ *Postal Code*

**TELEPHONE** ( ) \_\_\_\_\_



TEL: (613) 748-2000

Canada Mortgage and Housing Corporation

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Canada

## INTRODUCTION

Cette étude a été réalisée dans le cadre du projet de recherche de la Société d'hypothèque et de logement sur le logement des sans-abri. L'étude vise à examiner les façons de procurer un logement aux sans-abri, partout au Canada. La présentation de cette recherche, est divisée en quatre parties. Premièrement l'élaboration et le parallèle du profil type de l'itinérance et du libéré. Pour faire suite les alternatives à l'incarcération, l'itinérance...,troisièmement répondre au hypothèses posées et pour terminer les recommandations.

## METHODOLOGIE

Cette étude comporte deux volets:

1-Profil type de la clientèle et la réalité de l'individu qui quitte le pénitencier:

L'échantillonnage de cette partie a été obtenu à partir des données compilées suite à la consultation des locataires actuels, des locataires anciens et futurs. Les variables observées sont:

- leur provenance
- leur réseau social
- leurs attentes
- leurs besoins
- leurs implications

2- Alternatives à l'incarcération, l'itinérance...

- Consultation des représentants du Service Correctionnel Canada.
- Consultation des ressources communautaires et ses intervenants.



La clientèle que nous hébergeons, même si elle provient du Service Correctionnel Canadien, a souvent connu la réalité des sans-abris et est parfois vouée à y retourner si des services ne sont pas mis en place, ce qui dépasse largement la simple question de l'Hébergement.

**OBJET :**

recherche communautaire sur le logement des sans-abris.

Il y a quelques années certaines personnes avançaient que l'itinérance était rare voire même en voie de disparition. Depuis, bien qu'il soit difficile d'en mesurer l'ampleur, il semble que ce phénomène jouisse d'une plus grande visibilité qu'auparavant.

L'itinérance semble davantage se concentrer dans les grandes villes. Aujourd'hui, à Montréal par exemple, on estime le nombre d'itinérants dépassant le 15,000, alors que dans les années 1985 on évaluait celui-ci entre 10,000 et 15,000. Il aurait été à peine de 5,000 dans les années 70 (1). Le stéréotype du clochard du début du siècle ne correspond donc plus au profil du sans-abri et/ou de l'itinérant d'aujourd'hui. L'idée, le concept du sans-abri qui se définit selon le Petit Robert comme: "l'absence de logement" ou encore comme: "absence d'un lieu à l'abri des intempéries ou des dangers potentiels", implique parallèlement

une absence d'emploi, de fonction, de rôle social, de groupe d'appartenance; cela inclut souvent la maladie physique et mentale. Parler de causes de l'itinérance c'est aussi parler de leurs complexités et de leurs multiples facettes. Sur le plan individuel, les causes les plus habituelles sont: l'insuffisance de revenus, la perte d'emplois, des problèmes importants de santé mentale et/ou l'abus de substances psychotropes. Dans le cadre environnemental, le développement urbain qui s'est fait au détriment du logement pour les plus démunis ainsi que le phénomène de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, collaborent à l'augmentation du nombre des sans-abris.

Le profil légendaire de l'itinérant s'est profondément modifié, au cours des dernières années par l'arrivée de nouvelles populations

Celles-ci sont essentiellement composées de jeunes âgés de 18 à 30 ans et de femmes.

**PROFIL TYPE DE L'ITINERANCE:**

Ainsi:

- 20% de ces hommes auraient déjà séjourné en institution psychiatrique
- 50% en établissements de détention;
- 75% d'entre eux sont célibataires et
- 50% sont âgés de plus de 45 ans (2).

Un grand nombre d'entre eux sont issus d'un milieu familial marqué par des problèmes de violence, d'inceste, et d'alcoolisme. Ces jeunes ont souvent rompu tous les contacts avec leur famille. Selon une enquête réalisée à Montréal, 80,3 % des jeunes itinérants n'entretiennent plus aucun rapport avec leur famille (3). De plus, plusieurs d'entre eux ont vécu les rouages du réseau institutionnel-- c'est-à-dire les familles d'accueil, les centres d'accueil et l'établissement de détention (prisons, pénitenciers).

Les itinérants sont confrontés à des problèmes sévères de pauvreté et de logement. Ne possédant pas d'adresse fixe, ils ne peuvent recevoir leurs prestations d'aide social et sans elles, ils ne peuvent être en mesure de se loger dans des endroits salubres et sûrs.

L'alcoolisme est également un problème important chez les itinérants, chez qui, pour plusieurs, cette problématique s'inscrit dans un cadre de polytoxicomanie. Quant au problème de santé mentale, il atteint 1/8 de la population itinérante.

Ce pourcentage est plus excessif chez les jeunes que chez les plus de 50 ans (4). Les itinérants connaissent également de sérieux problèmes de santé physique. La malnutrition, les maladies transmises sexuellement, " le SIDA " et les infections diverses, ont souvent une incidence supérieure à celle de l'ensemble de la population (5).

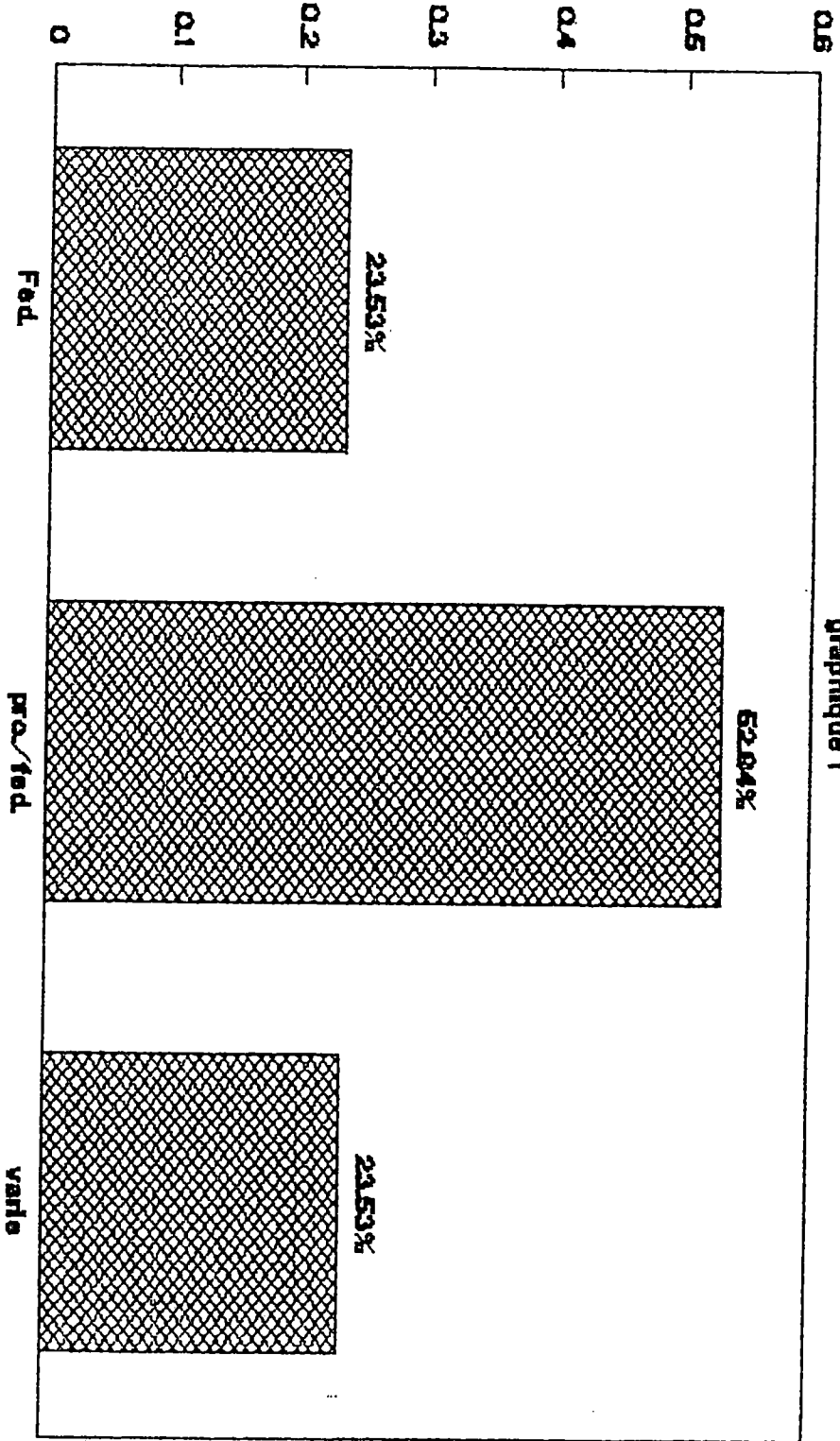
Pour terminer les itinérants n'ont pas le réseau social de la dite société, ni famille ni amis auprès de qui chercher de l'aide. S'ils nouent facilement des relations amicales au hasard des rencontres, il s'agit souvent de relations ponctuelles avec des personnes financièrement et émotionnellement aussi démunies qu'eux.

**PROFIL TYPE D'UN RESIDANT DE JEUN'AIDE:**

A la suite d'une évaluation de notre clientèle, il nous a été possible d'en tracer un " profil type ". Ce qui est intéressant, de constater ce sont les analogies qui existent entre notre clientèle et celle de l'itinérance. Les quelques lignes qui suivent en démontrent d'ailleurs les parallèles. La première variable et sans doute la plus représentative est au niveau de l'incarcération.

- Si 50% des hommes du profil de l'itinérance représente cette population, notre population se conforme à 100% à cette variable.
- 52.9% en sont à leur première sentence fédéral ayant été précédée d'une sentence provinciale,
- 23.5% vive leur première sentence et ce au fédérale, 23.5% semble répondre à une autre variété des deux sentences et plus.

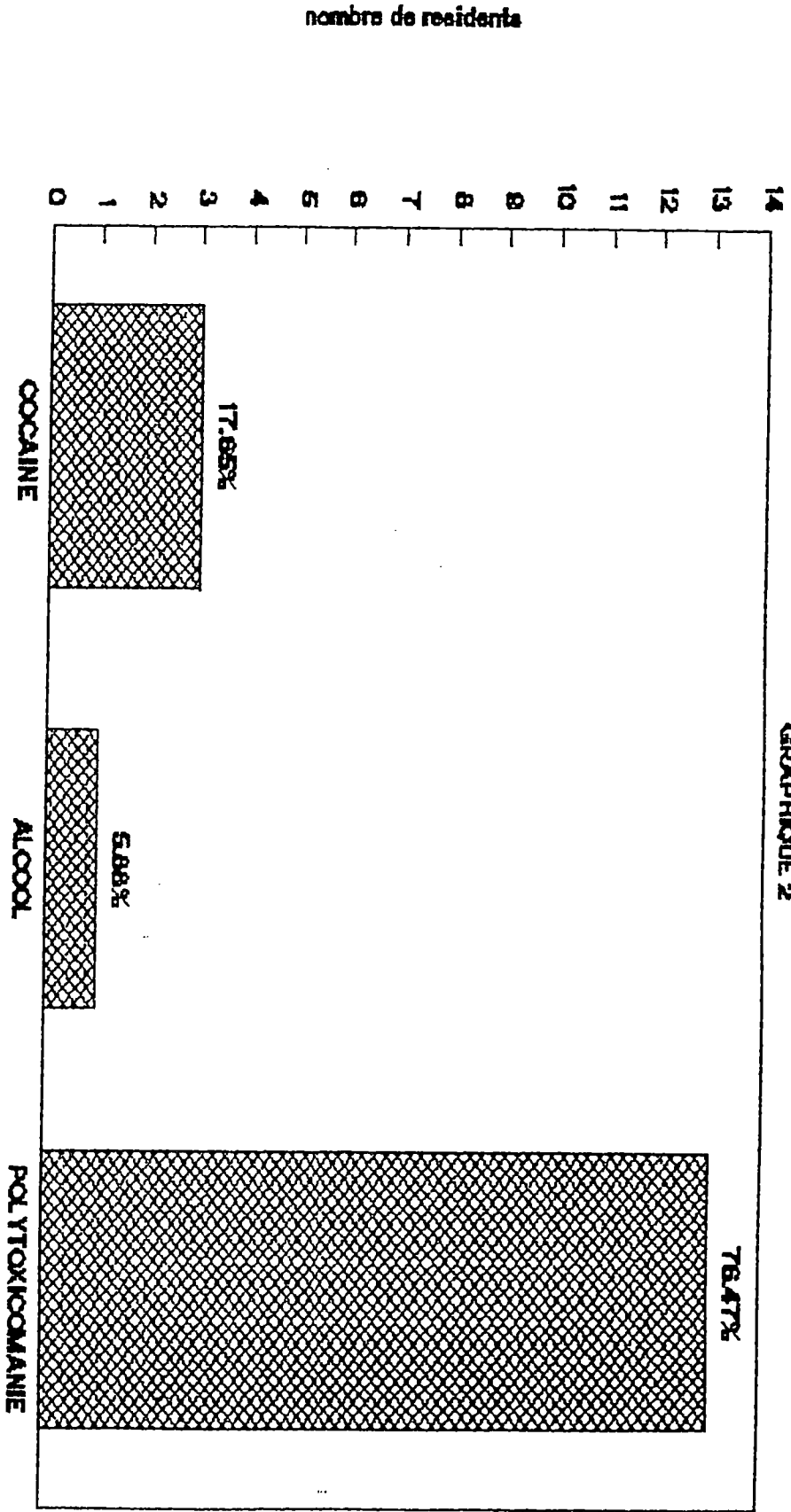
incarcerations  
graphique 1



Pour faire suite, c'est la polytoxicomanie que l'on retrouve à 76.6% dans notre clientèle. Ceci semble également un problème influent chez les itinérants.

# SUBSTANCES CONSOMMEES

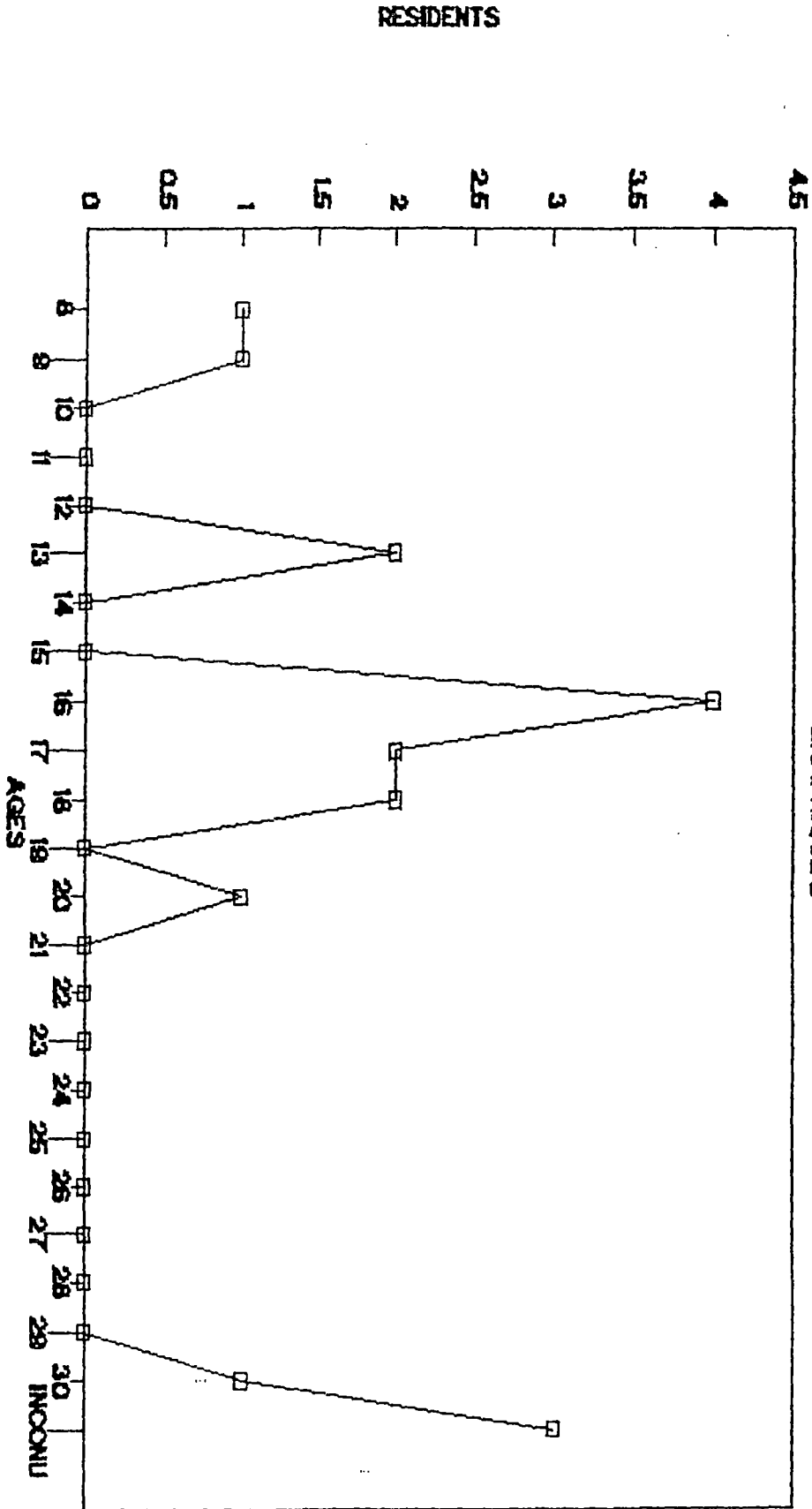
## GRAPHIQUE 2





Par contre il nous fut impossible de retrouver l'âge moyen du début de consommation chez les sans-abris. Ceci aurait surement été intéressant de la comparer à la notre qui s'inscrit à 16 ans.

AGE MOYEN DU DEBUT DE CONSOMMATION  
GRAPHIQUE 3

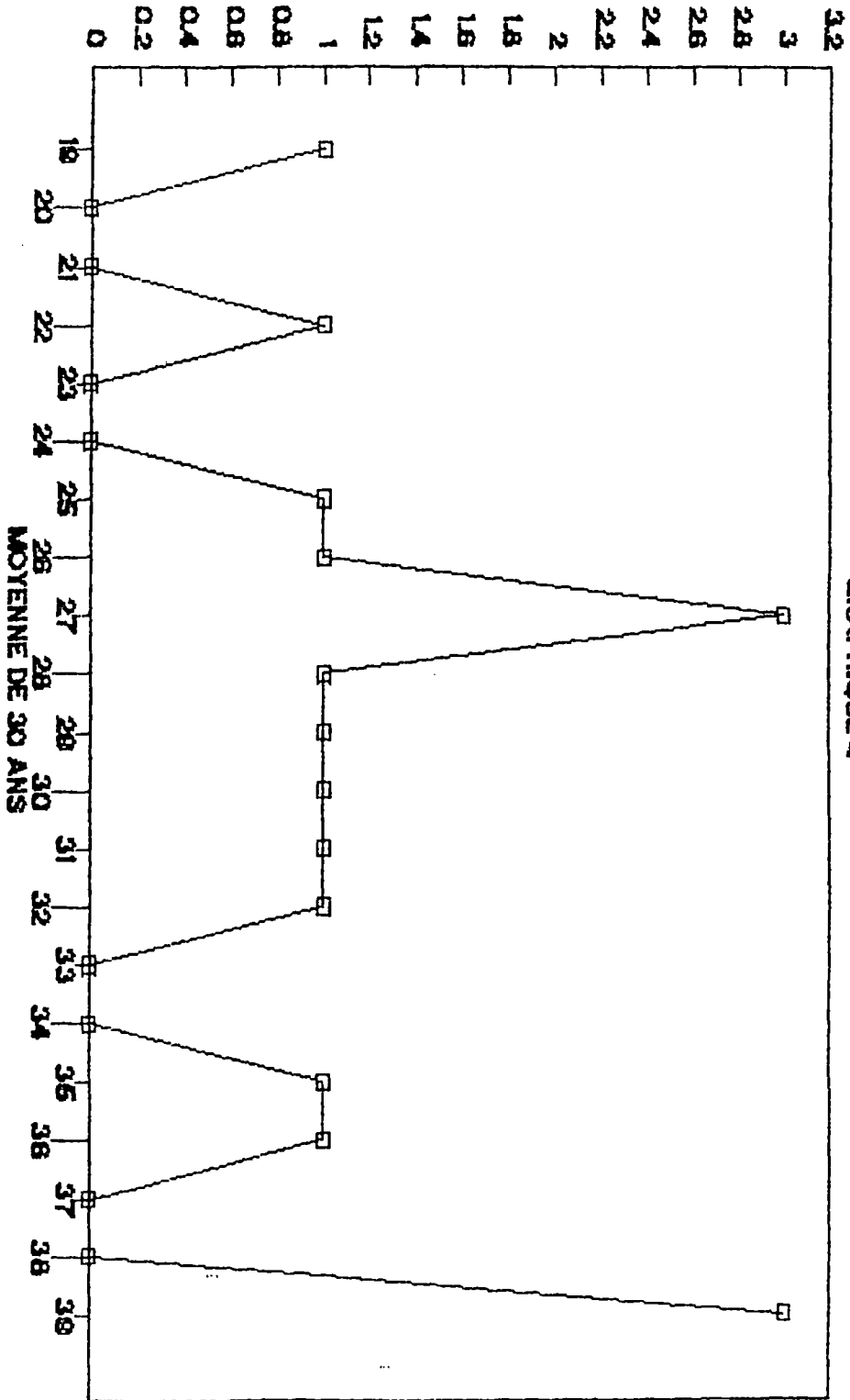


De plus, chez les sans-abris comme chez les délinquants le célibat semble bien représenter ces clientèles.

Pour ce qui est de la moyenne d'âge de nos clients soit 30 ans, celle-ci semble aussi se retrouver de plus en plus chez les l'itinérants.

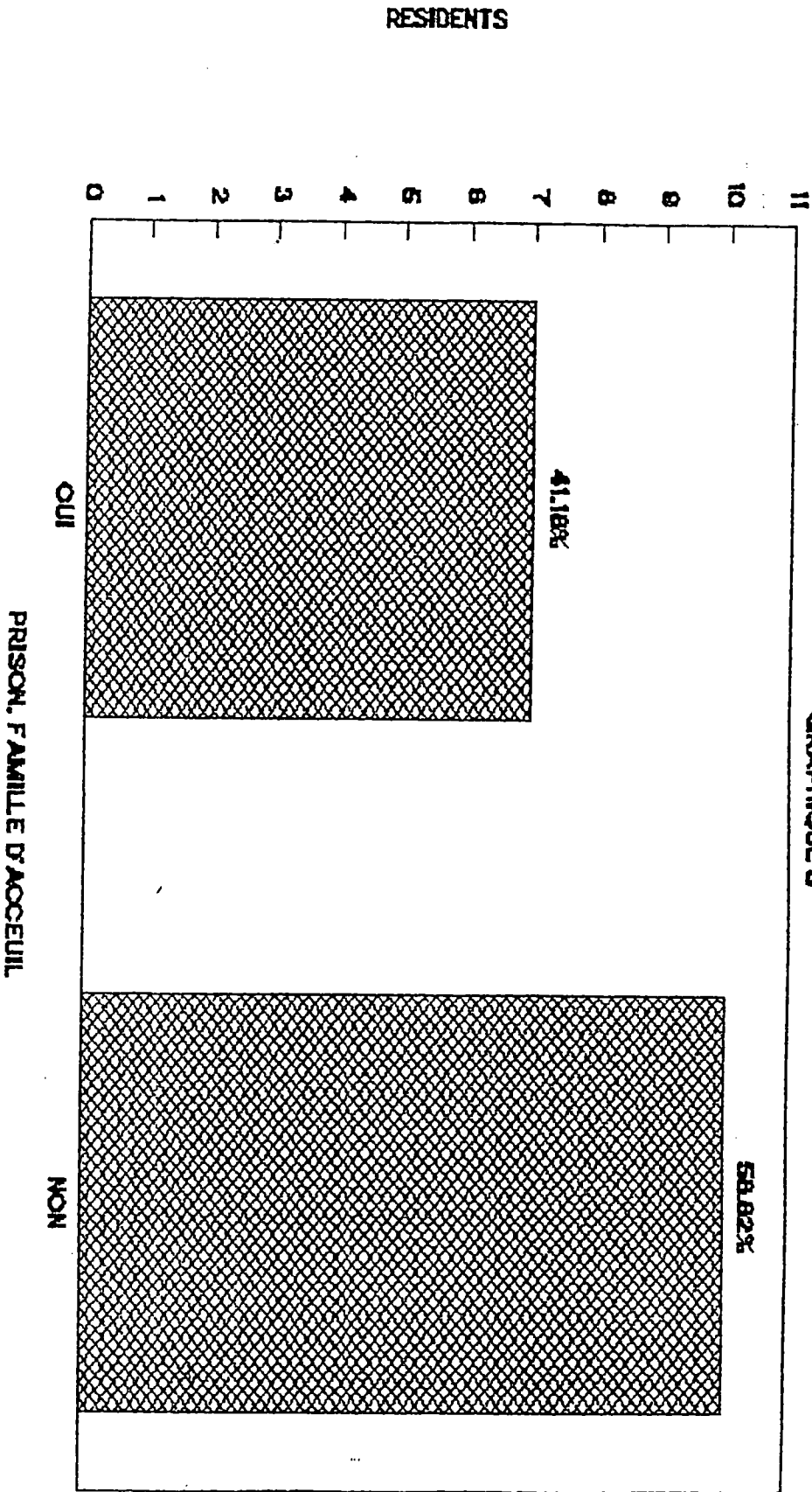
RESIDENTS

AGE DES RESIDENTS  
GRAPHIQUE 4



Plusieurs itinérants ont connu le rouage du réseau institutionnel, c'est à dire tel que mentionné auparavant : famille d'accueil, centre d'accueil et pénitenciers, ce fait confirme surement les chemins parcourus par nos résidants.

# INSTITUTION JUVENILE GRAPHIQUE 6

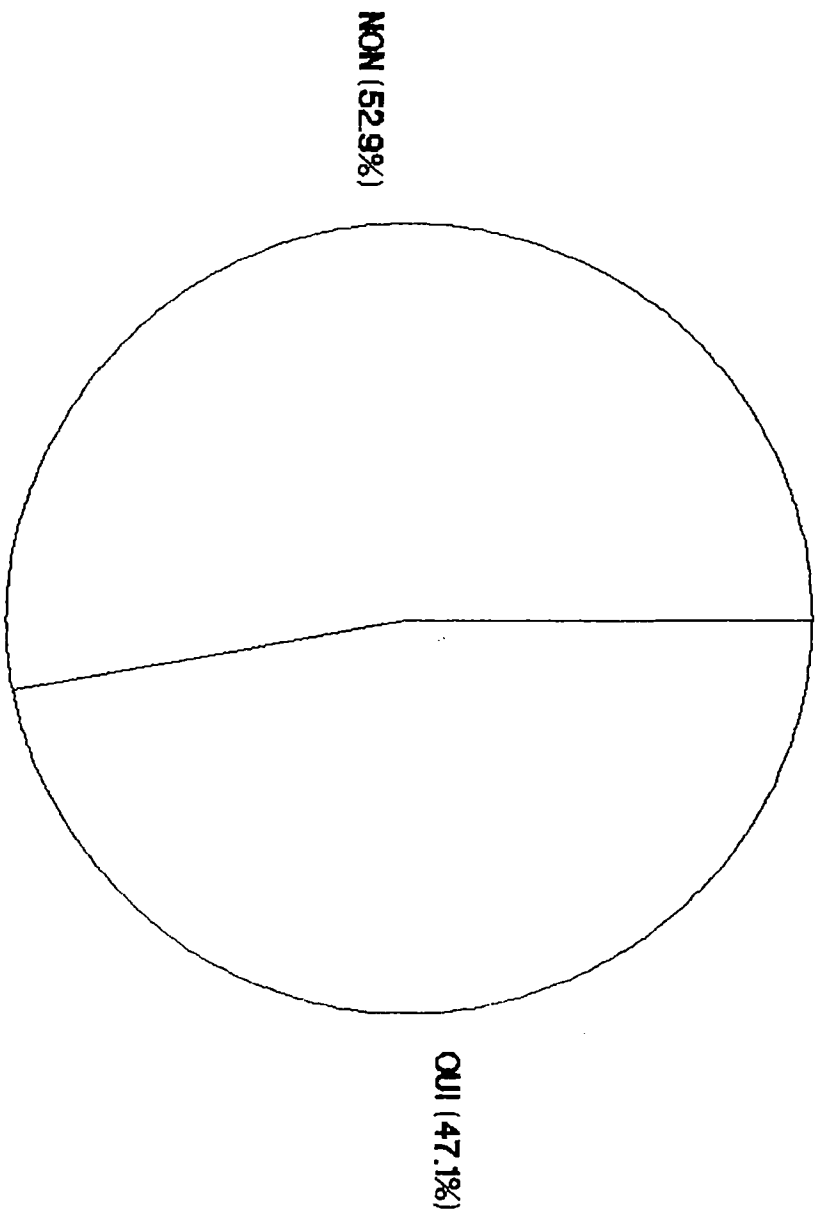


Au plan de la pauvreté et du logement, nos libérés comme les sans-abris sont confrontés à des problèmes sévères.

- 53% de notre clientèle sont sans adresse fixe.

RESIDENCE SIGNIFICATIVE

graphique 6

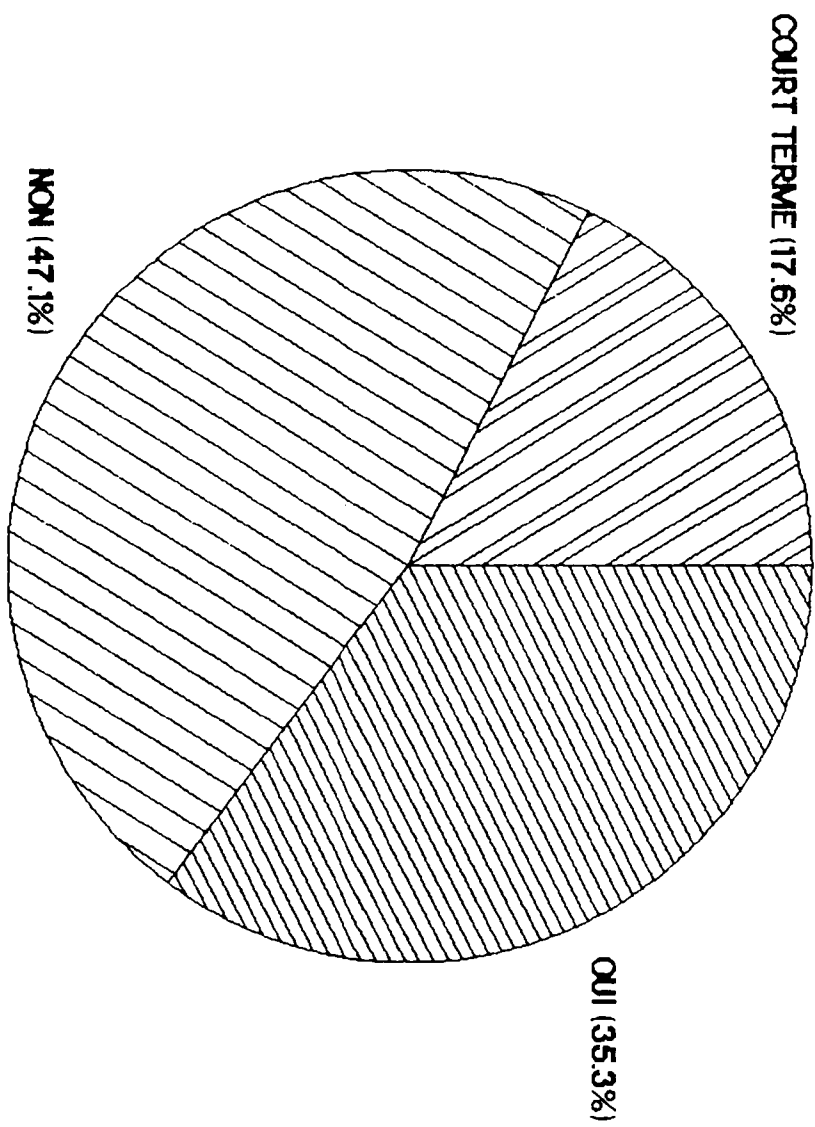




Pour ce qui est de leur source de revenu.

- 47.1% sont actuellement sans emploi,
- 35.3% possède un emploi
- 17.6% ont à l'occasion travailler à court terme.

TRAVAIL  
graphique 7



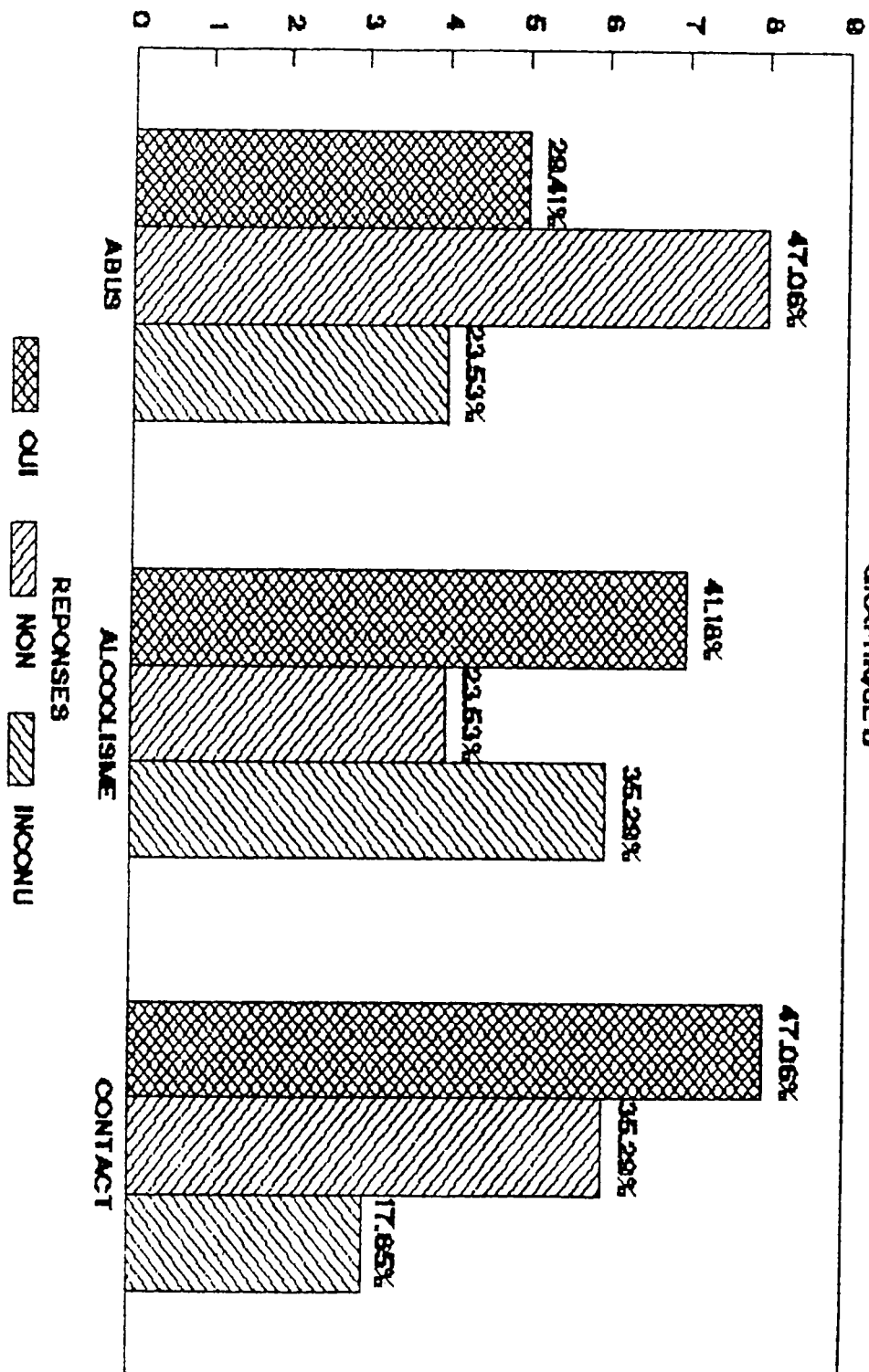
Pour terminer, lorsque l'on compare les clientèles dans leur milieu familial, un grand nombre d'entre eux sont issus d'un milieu familial marqué par de multiples problématiques.

Ce que l'on retrouve en général chez nos délinquants se définit comme suit:

- 35% non plus ou pas de contact avec leur famille,
- 41.2% ont coché oui à la case de l'alcoolisme parental,
- 29.4% semblent avoir vécu des abus de la part des parents soit: physiques, psychologiques, et/ou sexuels.

Ces chiffres semblent se joindre aisément au 80,3% des jeunes itinérants qui n'entretiennent plus aucun rapport avec leur famille.

SITUATION FAMILLIALE  
GRAPHIQUE B



## EN CONCLUSION:

A la lecture du profil de notre clientèle ainsi que celle des itinérants, il semble donc possible de confirmer la première partie de notre hypothèse de départ à savoir: " la clientèle du Service Correctionnel Canadien que nous hébergeons est vouée à vivre le phénomène de l'itinérance, si certains services nouveaux ne sont pas élaborés, mis en place et offerts à notre clientèle.

### REALITE SOCIALE, FINANCIERE ET PERSONNELLE.

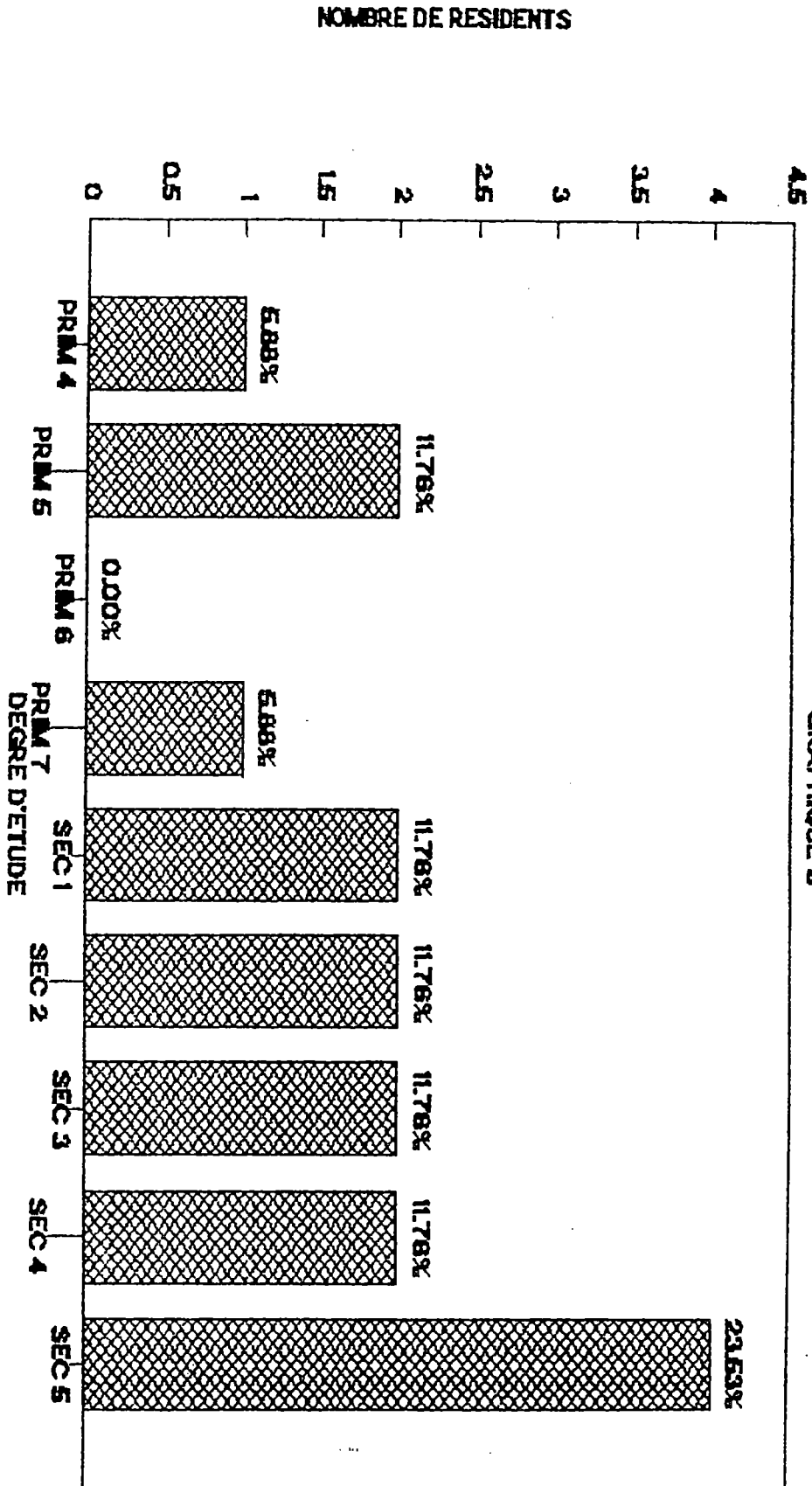
Les Logements Semi-Autonomes de la Maison Jeun'aide sont un milieu de transition qui favorise le développement personnel et la réarticulation sociale de l'individu. L'établissement situé au 5290 Notre Dame ouest, accueille nos résidents en libération conditionnelle totale, ainsi que ceux qui sont en provenance directe des pénitenciers et ce, jusqu'à la fin de leur mandat. Durant leur séjour, en plus de l'hébergement, des services de soutien en alcoolisme et toxicomanie leurs sont offerts. Notre clientèle est généralement défavorisée économiquement. Une grande majorité de celle-ci vit des allocations du Bien-Etre Social. Les caractéristiques que l'on retrouve habituellement chez ces résidants se résument comme suit:

- 33.3% sont actuellement sur le marché du travail.
- 50% reçoivent des allocations du Bien-Etre Social dans le cadre d'un programme pour le retour aux études.
- 13.6% vivent de l'assurance chômage.

L'un des objectifs visés est de permettre à la personne de faire un " apprentissage de vie " en appartement autonome sans avoir toutefois à s'inquiéter d'un loyer trop élevé compte tenu de leurs maigres revenus. De plus, cette période de résidence peut leur permettre de réintégrer sans trop de heurts, le marché du travail ou encore celui des études, car souvent leur degré de scolarisation est peu élevé.

# EDUCATION

## GRAPHIQUE 8



## EVALUATION DES BESOINS.

En plus de ses besoins face au travail et à la famille, la clientèle hébergée semble présenter des besoins affectifs. L'isolement et la solitude sont souvent des situations les plus signalées. Il serait donc important de miser sur des services et des moyens qui permettraient à ces individus de renouer des liens auprès d'autres membres de la communauté. Pour ce qui est de leurs problèmes en généraux nous nous contenterons simplement de les énumérer.

problèmes :

ACADEMIQUE	ALCOOL
FINANCE	DROGUE
AMI	MENTAL
EMOTION	SANTE
SEXUEL	VALEURS



## LES HYPOTHESES ALTERNATIVES A L'INCARCERATION ET/OU A L'ITINERANCE.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons entretenu plusieurs discussions avec les intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle carcérale ainsi que ceux qui opèrent avec des jeunes contrevenants et utilisant, eux aussi, les services du logement social.

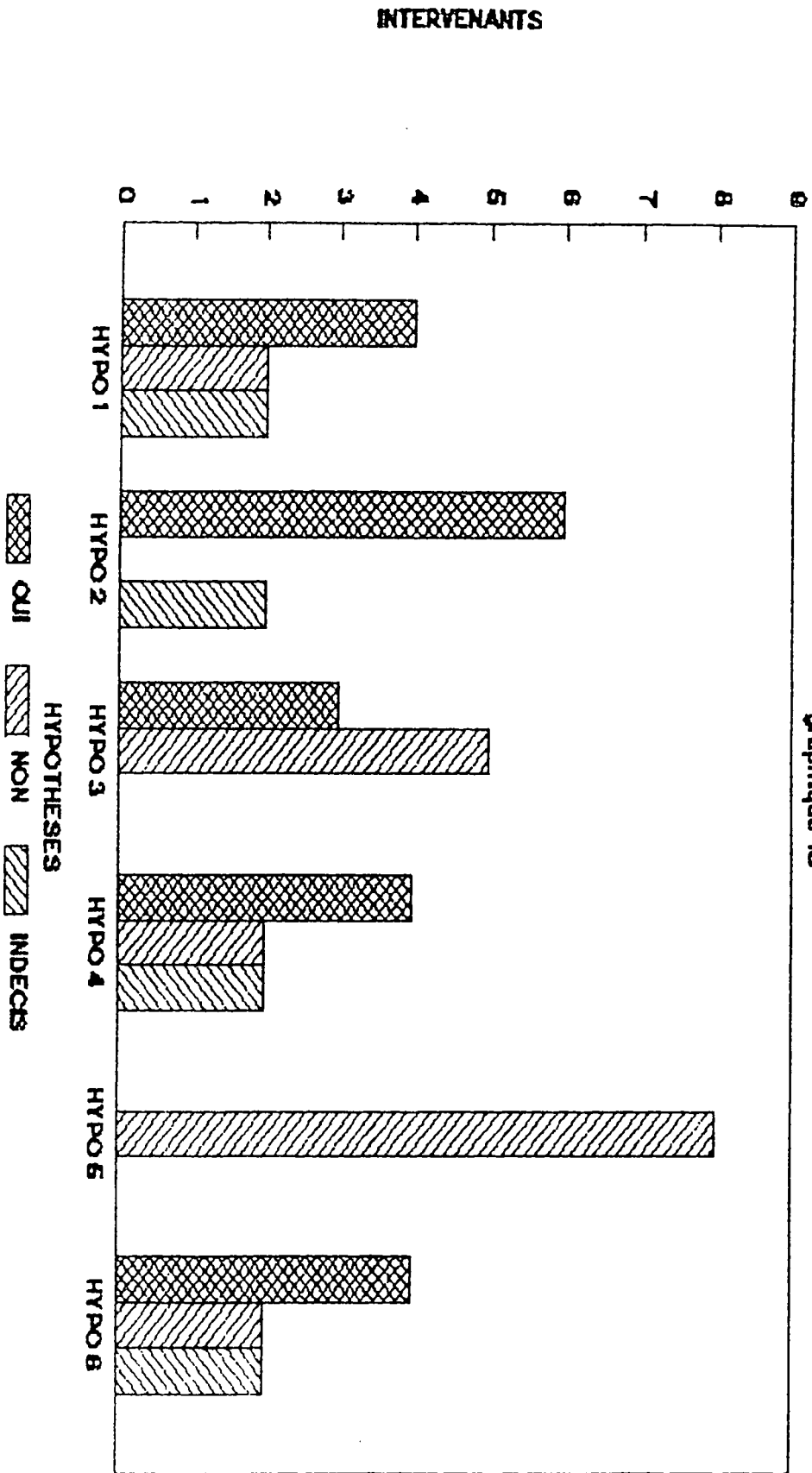
Afin de donner une direction linéaire aux discussions qui ont eu lieu lors de ces entrevues, nous avons formulé une série d'hypothèses à vérifier. Le texte qui suit énonce de façon statistique les réponses obtenues. Ces statistiques sont généralement présentées de la façon suivante:

- confirmation de l'hypothèse,
- négation de celle-ci
- indécision

Les orientations et les suggestions proposées comme solution sont présentées sous forme de pourcentage selon les réponses émises par les intervenants.

# RESULTATS DES HYPOTHESES

Graphique 10



INTERVENANTS

## HYPOTHESE # 1 #

Le logement social est-il réaliste dans la réponse qu'il apporte pour une clientèle en phase transitoire ou en réarticulation sociale...

A cette hypothèse, 50% des répondants ont répondu de façon positive. Pour ce qui est des réponses négatives et indécises, celles-ci se divisent à part égale. Ce qui semble ressortir davantage dans les suggestions émises, est ce qui suit:

-17.6% des répondants croient que le logement social doit offrir une forme de structure, incluant des normes de fonctionnement.

-17.6% affirment qu'on ne peut simplement offrir un gîte sans que celui-ci soit relié à une série de ressources répondant aux besoins de la clientèle hébergée.

-11.8% affirment que ce qui est offert actuellement ne répond que peu ou pas aux besoins de notre clientèle.

Parmi les autres commentaires retenus, ceux-ci se divisent également entre: le logement est réaliste puisqu'il brise la solitude vécue par ces individus ( celle-ci est souvent une variable importante à leur problème). Pour certains: le logement serait une alternative à l'itinérance ou à l'incarcération. Pour d'autres, l'orientation de l'intervention semble davantage aller dans le sens de la responsabilisation i.e. la personne qui veut se sortir de sa situation, réussira avec ou sans l'aide du logement social puisque celui-ci est souvent utilisé par ces derniers comme un palliatif temporaire.

## HYPOTHESE # 2 #

Le logement peut-il être une alternative à l'incarcération et à l'itinérance et ce, de façon significative...

La position qu'a adopté 75% des intervenants rencontrés est que le logement social est une alternative importante à l'itinérance et à l'incarcération. Par contre, malgré cette majorité, on retrouve 25% d'indécis. Les principales indécisions sont les suivantes:

-18% de ceux-ci croient que cette alternative ne peut être viable que si le logement est suffisamment structuré et supervisé.

- 9 % des intervenants sont en accord avec l'affirmation ci-haut mentionnée. Cependant pour eux, il ne suffit pas simplement d'offrir un gîte aux résidents; celui-ci doit s'accompagner d'une forme d'encadrement qui procurera aux résidents un soutien dans leur démarche de réarticulation.

Pour certains, le logement sert d'adresse fixe laquelle est nécessaire afin de recevoir leurs allocations du Bien-être Social. Pour d'autres, le logement devient un lieu significatif c'est à dire un endroit personnel où habiter; pour plusieurs de ces personnes ce logement est en fait le premier qui leur est propre. Enfin, pour certains, le logement peut s'inscrire tout simplement dans le cadre préventif de la récidive, du sans abris et/ou du libéré.

## HYPOTHESE # 3 #

Les solutions novatrices et créatrices doivent-elles faire appel à plus d'encadrement, de contrôle, ou doivent-elles s'inscrire dans une logique d'appartenance et de responsabilisation personnelle...

Parmi les répondants 37.5% croient que les solutions novatrices et créatrices doivent faire appel à plus d'encadrement et de contrôle. De plus 7.1% des intervenants mentionnent que celles-ci doivent se faire à l'intérieur de certaines limites qui s'inscrivent parmi les exigences et les règles de vie en société. Par contre on note que 62.5% s'opposent aux énoncés ci-haut mentionnés et croient même le contraire. A leurs yeux on ne doit pas faire du logement social une deuxième période de transition. Le résident doit faire le deuil de la relation d'aide, de la prise en charge par le système dont il bénéficiait auparavant. Il doit couper le cordon qui le relie aux services dont il disposait. Selon ces mêmes intervenants, l'individu connaît les normes et les règles de la vie en société. Il n'a donc pas besoin d'être confronté à des pressions de contrôle supplémentaire de la part des intervenants. Tous les répondants affirment que les solutions nouvelles et créatrices doivent s'inscrire davantage dans une logique d'appartenance et de responsabilisation visant l'autonomie. Cependant 21.4% semblent affirmer que la présence d'une personne pivot, capable d'écoute et de neutralité pourrait être une ressource utile. Cette personne pourrait mettre en place un service de référence qui serait à la disposition des résidents du logement social.

**HYPOTHESE # 4 #**

**Est-ce qu'un nouveau mode de gestion participatif serait approprié pour cette clientèle...**

Les réponses obtenues se divisent comme suit: 50% affirment que oui, 25% disent non et 25% demeurent indécis. Parmi ceux qui se rallient aux oui, 22.2% perçoivent ce mode de participation semblable à celui d'une COOP, c'est à dire que tous et chacun doivent voir au respect des lieux ainsi qu'à leur entretien. Tous doivent prendre part à la réglementation ce qui sous-tend une forme d'auto-discipline. Par contre 11.1% des intervenants croient qu'il est préférable de ne plus rien imposer à ces résidents car ceux-ci seraient saturés de la vie de groupe et auraient avantage à être considérés comme des individualistes.

**HYPOTHESE # 5 #**

**Une ressource communautaire peut-elle, à elle seule, assumer le coût de la réarticulation sociale via le logement social...**

Tous sont unanimes au fait qu'une ressource communautaire ne peut à elle seule assumer les coûts de réarticulation sociale. Par contre le concept qui fut avancé serait celui d'un modèle participatif même symbolique. Certains parlent de ce modèle participatif qui fonctionnerait à part égale entre la ressource (qui rend le service) et l'individu qui le reçoit. La participation du résident pourrait elle aussi évoluer de façon progressive. Le mode participatif énoncé ci-haut s'inscrirait dans le cadre d'un " contrat-échange "; la compensation pourrait prendre la forme de travaux communautaires à être accomplis par le résident. Il est d'ailleurs suggéré qu'une liste de ressources communautaires favorisant ce modèle d'échange soit établie.

## HYPOTHESE # 6 #

Doit-on intégrer une démarche personnalisée,  
thérapeutique pour les résidents de logements  
sociaux...

Alors que 30.8% des répondants, semblent favoriser l'idée d'intégrer une démarche de plus en plus spécialisée en rapport aux objectifs personnels du résidents, 23.1% parlent d'une démarche de soutien spécialisée. Celle-ci consisterait en une forme de soutien dans une démarche de recherche d'emploi ou celle d'un retour aux études ou encore de renouer des liens avec la famille, etc... D'autres semblent davantage se rallier à l'idée que le résident doit apprendre à fonctionner de façon autonome. En terminant certains intervenants affirment qu'eux aussi doivent faire cette coupure qui les lie aux résidents. Souvent ces liens remplissent nos besoins en tant qu'intervenant puisqu'ils justifient notre raison d'être dans ce système. Cependant il faut qu'un jour cette relation # **d'aidé aidant** # cesse, car le but de la réarticulation sociale ne peut s'inscrire que dans une démarche " **D'AUTONOMIE** " de la part du résident.

### NOS RESIDENTS ET LE " SIDA "

Dans un article paru dans la Presse du 10 octobre 1992, on évoquait en grand titre " HAUSSE EFFARANTE DU SIDA CHEZ LES TOXICOMANES DE MONTREAL ". On assiste donc, ipso facto, à une augmentation de la séropositivité chez cette clientèle. Selon le docteur Robert Rémis du Centre d'Etude sur le sida du Québec, 500 à 1,000 toxicomanes deviendraient infectés chaque année au Québec. Cette province en est la seconde la plus affectée au Canada avec ses deux mille et plus de cas de SIDA déclarés en 1992. Cette maladie frappe davantage les homosexuels, les bisexuels et les utilisateurs de drogues injectables ( U.D.I.). Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, l'utilisation de drogues injectables serait un phénomène important au Québec. Celui-ci semblerait atteindre 15 000 usagers regroupés en grande partie dans la région métropolitaine. Dans ses études effectuées dans les milieux carcéraux masculins et féminins, C Hankins (1992), déclare que un (1) détenu sur vingt (20) serait infecté par le V.I.H. . Cette clientèle qui est la nôtre, (i.e libérés conditionnels de jour) présente souvent les caractéristiques qui suivent: i.e. : utilisateur de drogues injectable ( U.D.I.) et aussi actif dans le milieu de la prostitution. Notre clientèle serait donc sûrement classée comme " A RISQUE ". De plus on semble constater que cette maladie atteint le plus souvent les personnes âgées de 20 à 39 ans; âge qui rejoint très exactement celle de nos résidents.

Assurer un hébergement sain aux personnes touchées, semble donc être d'une importance capitale. Les individus atteints du virus du V.I.H. de même que les personnes sidéennes, vivant des allocations du Bien-Etre Social se retrouvent souvent dans des appartements insalubres. Par le fait même, ceux-ci semblent incapables de pouvoir répondre à leurs besoins primaires ( besoins de survie). Enfin, ceux pour qui le support de la communauté ( famille, amis ) est manquant, éprouvent souvent des états de stress très menaçant à leur santé.



Les médicaments nécessaires sont généralement payés voir même distribués par le réseau médical du Bien-Etre Social, mais encore faut-il posséder une adresse fixe pour y être éligible. A ce titre, il serait intéressant de prendre connaissance de la " Stratégie Québécoise proposée en matière de lutte contre le SIDA ". ( phase 3, plan d'action 1992-1995 ). au paragraphe " offrir un toit aux personnes atteintes p.24 ". Afin d'en faciliter la lecture , je me suis permis de placer les photocopies en annexe .

Pour conclure, il semble que le logement social qui répond actuellement à certains besoins de nos libérés devra, et ce dans un avenir très rapproché, se donner comme nouvelle mission: \* celle d'accompagner et d'apporter un support à cette nouvelle clientèle, c'est à dire le " SIDEEN " \*.

Au fond, ne demeure t-elle pas toujours la nôtre quoique vivant une problématique de plus? Mais cette fois-ci, quelle problématique: celle de leur " VIE " !

## CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

### 1. Présence:

Au-delà d'une simple question d'hébergement, présence interne d'écoute, d'accompagnement pour une démarche personnalisée et de référence s'il y a lieu. Pour assurer une telle présence (année/personne), un financement devrait être prévu à cette fin.

### 2. Problématique:

Etre prêt à répondre aux besoins des toxicomanes, sidéens, en plus d'avoir passé par la détention, ainsi que toute personne provenant de la détention.

### 3. Monétaire:

Poursuivre l'expérience d'hébergement via un logement social tout en composant avec la contraction qui est: l'impossibilité de retrouver de telles conditions d'hébergement sur le marché privé.

### 4. Gestion participative:

La facilité, même si à certains égards, ces individus ont connu la dépendance institutionnelle par le passé, laisse peu de place à la gestion participative.

### 5. Phase transitoire:

Notre expérience actuelle nous démontre que l'individu provenant directement d'un établissement de détention assume mieux ses responsabilités (à tous les niveaux) que celui qui est passé par le circuit des maisons de transition et d'hébergement. Ces derniers auraient connu ou vivent le dû de la société à leur égard.

### 6. Coût:

Un financement pour une année/personne serait nécessaire afin d'assumer l'ensemble des exigences soit, présence/écoute, accompagnement, référence et gestion.

Si un individu doit passer par le logement social, ce n'est pas par hasard. Le phénomène du gîte est peu par rapport à cette difficulté de s'assumer. Le fait de s'assumer relève d'une toute autre dimension, soit celle du choix de sa personne, d'où l'importance d'une démarche personnalisée non imposée.

ANNEXE I

Le pourcentage de résidents aidés qui ont réussi leur réintégration à la société.

1 9 9 1

Nombre de résidents HEBERGES d'avril à septembre 1991	6	100%
Nombre de résidents SUSPENDUS	5	84%
Nombre de résidents DEPART VOLONTAIRE	1	16%

1 9 9 2

Nombre de résidents HEBERGES d'avril à septembre 1992	11	100%
Nombre de résidents SUSPENDUS	2	18%
Nombre de résidents ayant TERMINE leur SEJOUR	4	36%
Nombre de résidents DEPART VOLONTAIRE	1	10%
Nombre de résidents au 30 septembre 1992	4	36%

L'ensemble des gens suspendus, c'est-à-dire retournés en établissement, l'ont été pour bris de condition(s) particulière(s) de leur mise en liberté ou nouvelle(s) accusation(s).

Quel est le pourcentage des succès du traitement en alcoolisme / toxicomanie dans un tel milieu ?

Quel degré de succès est jugé acceptable et pourquoi ?

Le succès du traitement dépasse largement la simple question de non-consommation de psychotropes.

Evaluer le succès du traitement sur la non-consommation est très limité et ne reflète en rien la réalité que vit l'individu au plus profond de lui-même.

Notre définition de l'alcoolisme/toxicomanie dépasse une simple question de consommation, de comportements et d'attitudes. L'alcoolisme/toxicomanie est l'expression d'un symptôme plus profond et plus fondamental de l'angoisse et de la souffrance que vit un être humain.

L'objet drogue/alcool permet à l'individu d'éviter, de "geler" ce qui fait problème chez lui, et son utilisation permet au sujet de contourner et de camoufler la réalité. Le discours du sujet est à ce moment arrêté, ou du moins détourné.

Concevoir l'alcoolisme/toxicomanie comme un mal de société est une chose, mais cette société est formée d'individus vivant avec un conscient et un inconscient. Les psychotropes permettent au sujet-utilisateur de mettre un voile sur ce qui a été, et lui laissent croire qu'il souffre moins.

Le traitement à la Maison Jeun'aide passe par la parole. Cette prise de parole est un choix du sujet. La parole est l'outil privilégié pour dénouer ce qui fait problème pour lui. Le sujet doit dire ce qu'il sait déjà, mais qu'il se refuse à dire.

Cette prise de parole conduira progressivement l'individu à choisir de ne pas consommer. C'est lui qui choisit et non un(e) intervenant(e) qui, encore une fois, lui "fait-savoir" ce qu'il doit faire ou ne pas faire. Il est à prévoir que l'individu pourra répéter des situations de consommation car on ne fait pas le deuil de cet objet drogue/alcool facilement.

## REFERENCES

- 1- S. Roy, clochardise et marginalisation: deux concepts, une réalité, UQUAM, département de sociologie, août 1985, 171 p.
- 2- S.Roy, op. cit.
- 3- Y. Lamontagne et al., << Les jeunes itinérants de Montréal >>, dans perception, 1987, v.10, no 4.
- 4- S.Roy, op.cit.
- 5- C. Mercier, itinérance et alcoolisme, récénsion de publications, centre Préfontaine, février 1986, 62 p.

Donc, le succès du traitement, tant pour l'alcoolisme/toxicomanie que pour la criminalité, est relatif au choix de l'individu de s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique, démarche qui ne s'impose pas, mais qui est choisie librement par le sujet.

A cet égard, nous constatons que pour les individus passant d'un lieu très structuré, encadrant, supportant tel les établissements, les centres de cure, à une autonomie quasi totale, le choix n'est pas évident, il est plus évitant. Certains individus ont tendance à retourner à leur structurant, encadrant, n'ayant aucun choix à faire.

Si l'on parle de la problématique de l'alcoolisme/toxicomanie comme un mal de société, nous pourrions affirmer que la société est complice de la consommation étant donné que les moyens offerts renforcent l'individu à consommer.

En regard des statistiques disponibles, nous pouvons affirmer que 36% terminent leur séjour et, si les résidents actuels terminaient, le pourcentage pourrait passer à 72%. Statistiquement parlant, c'est bien, mais les gens sont-ils en harmonie, heureux dans leur choix...



Quel facteurs exercent une influence négative ou positive sur le taux de réussite de la réadaptation et de la réintégration sociale dans cet environnement ?

#### Les facteurs négatifs

- Croire que le centre, l'intervenant(e), peut changer quelque chose à la situation de l'individu toxicomane.
- Croire que le fait d'encadrer, supporter, soutenir un individu durant un certain temps, va changer quelque chose à la réalité de cet individu.
- Croire que le fait de "faire-savoir" va permettre un changement. On oublie qu'une multitude d'intervenant(e)s ont "fait-savoir" à l'individu, et que ce dernier ne veut rien savoir.
- Croire que "savoir" permet la transformation. La majorité sait et consomme, et on ne peut pas conclure que les consommateurs ne sont pas intelligents.
- Laisser croire au sujet consommateur que sa consommation n'est qu'une question de comportements et d'attitudes.
- Laisser croire aux alcooliques/toxicomanes que, s'ils font ce qu'on leur dit, ils vont s'en sortir.
- Prendre, d'une certaine façon, la responsabilité à leur place en imposant une démarche, un style de vie.
- Utiliser, encore aujourd'hui, le système de punitions dans le traitement.
- Réduire la réussite de l'individu à une simple question de connaissance et de compétence.
- Inonder les sujets de thérapies.

Ces facteurs (produits de la société donc des facteurs sociaux), sont complices des situations que nous vivons actuellement au Québec, et au Canada en particulier.

### Les facteurs positifs

- Affirmer que la toxicomanie et l'alcoolisme ne créent pas de personnalité toxicomane, car cela n'existe pas.
- Affirmer que la toxicomanie n'est pas une simple question de comportements et d'attitudes.
- Eclairer d'autres enjeux que la simple question de la toxicomanie.
- Le produit utilisé (licite ou illicite) est un remplacement, quelque chose d'autre, qui vient "geler" une angoisse, une souffrance.
- Créer un lieu permettant une rencontre et l'instauration d'un cadre assurant une écoute différente.
- Un lieu de prise de parole portant sur ce qui fait symptôme et assurer une écoute DIFFERENTE.
- Ecouter le discours latent et non le discours manifeste.  
(Ex.: "J'ai le goût de consommer".  
"de consommer" est manifeste;  
ce qui est latent c'est le goût de quoi ?)
- Que l'individu fasse SES CHOIX, non en fonction de ce qu'on lui a dit, mais à partir de lui-même.
- Laisser place à la répétition, car celle-ci donne l'opportunité de la parole.
- Reconnaître l'existence de l'inconscient et de son impact dans le choix de l'objet psychotrope.

La réintégration sociale de l'individu doit être la responsabilité entière du résident.

Pour ce faire, les divers(es) intervenant(e)s doivent s'inscrire dans un travail clinique avec ce que cela suppose comme conditions. Le travail clinique est mis en opposition au travail cognitif (transmission de compétences, approches coercitives).

Dans la tâche qui nous est confiée, nous avons à assurer la protection de la collectivité et en ce sens, le travail clinique nous permet d'évaluer la dangerosité de l'individu.

D'autre part, "le problème clinique qui se pose à nous, est d'accueillir cette problématique sociale qu'est la toxicomanie, et tenter d'y dégager d'autres enjeux: c'est-à-dire qu'il nous faudrait nous détacher de l'espace du regard pour tenter d'instaurer un cadre qui permette l'écoute". Antoine Natasé.

Le rôle de l'intervenant(e), dans un tel contexte, devient celui d'un(e) écoutant(e), à l'écoute de ce discours latent, de ce qui fait problème, de ce qui crée cette angoisse et de cette souffrance.

L'écoute et conséquemment la réponse différente, différente en ce sens de ne pas dire ce qu'il faut faire mais laisser le sujet se répondre, se dire ce qu'il sait déjà, conduira ce dernier sur le choix d'une démarche personnelle impliquant des choix et des réponses selon ses normes et non selon les lois et normes de l'autre.

S'inscrire dans une telle démarche, comme intervenant(e), suppose que l'on reconnaisse au sujet (client) un savoir, son propre savoir, et que l'on crée l'espace permettant à ce sujet d'actualiser à son rythme et à sa façon des choix dont lui seul est le maître. C'est en quelque sorte, mettre fin à ces interventions où il nous faut le maître [l'intervenant(e)] et l'esclave [le client].

ANNEXE II



maison  
**Jeun'aide**

POUR ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES 18-35 ANS

Du  
10 octobre 1990  
- au -  
31 octobre 1992

- D E U X   A N S -  
de travail avec la clientèle du  
SERVICE CORRECTIONNEL du CANADA

Préparé par:  
Guibert Biard  
Le 8 décembre 1992

"TOUT HOMME

promène

UNE STATUT IGNOREE"

Nous travaillons avec la clientèle du Service Correctionnel du Canada depuis le 10 octobre 1990. Cette clientèle en est une de semi-liberté avec une durée moyenne de six (6) mois de mise en liberté.

Notre C.R.C. propose aux résidants un programme en rapport avec la problématique de l'alcoolisme/toxicomanie.

Ce programme se déroule en deux étapes, soit:

- . une première partie du séjour comporte des ateliers/animations abordant des thèmes en rapport avec l'alcoolisme/toxicomanie. Au cours de ces rencontres, l'individu est sensibilisé à l'ensemble des impacts de son vécu et l'accent est porté sur l'au-delà de la toxicomanie à savoir, ce qui fait problème chez l'individu et qui l'inscrit dans un registre de répétitions que les gens appellent rechute.
- . la deuxième partie du séjour est en rapport avec la réinsertion sociale, soit: le retour aux études, la formation à l'emploi, la recherche d'emploi et le travail.

Afin de mieux évaluer le travail réalisé au cours de ces deux années, nous regarderons les statistiques en termes de terminaison de programme (six mois de séjour au C.R.C.) et de la réalité des suspensions. Nous ferons du travail réalisé en terme de questionnement et de certaines modifications apportées aux programmes. De plus, nous élaborerons sur la dimension clinique tant au niveau du réalisé que du projeté.

Ceci permettra, au lecteur et à nous du C.R.C., d'avoir un tableau plus global du travail accompli depuis deux ans.

S T A T I S T I Q U E S



Afin de vérifier l'évolution de la clientèle au cours de ces deux années de travail, nous avons pris les quarante-deux (42) premiers résidants qui ont séjourné au C.R.C./Jeun'aide du 10 octobre 1990 au 31 mars 1991 et, afin de poursuivre notre comparaison évolutive, nous avons repris un groupe de quarante-deux (42) résidants à compter du 10 octobre 1991, soit un an plus tard, et quarante-deux (42) autres résidants depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1992. Mais nous avons fait en sorte que les gens qui se retrouvent à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1992, ne font pas partie de l'échantillonnage de l'année précédente.

Nous situerons le programme qui était en vigueur à ce moment, le nombre de résidants ayant terminé le séjour au C.R.C., le nombre de suspensions, le nombre de résidants ayant terminé le programme et qui ont été suspendus au cours d'une libération conditionnelle totale ou d'une liberté surveillée, et les motifs des suspensions qui ont eu lieu au cours du séjour au C.R.C.

Au terme de ces divers tableaux, nous poserons certaines conclusions.

## P R E M I E R     E C H A N T I L L O N N A G E

-                    Du 10 octobre 1990 au 31 mars 1991                    -

### PROGRAMMATION

Durant cette période, au cours des huit (8) premières semaines de séjour:

- Le résidant participe à des ateliers/animations en rapport avec l'alcoolisme/toxicomanie;
- Aucune sortie n'est autorisée, sauf celles prévues en présence d'un membre du personnel;
- Des temps libres à l'intérieur du C.R.C. sont prévus en soirée;
- Toute sortie, même individuelle, se fait en présence d'un membre du personnel;
- Neuvième semaine et les suivantes: réinsertion sociale.

Nous avons utilisé un programme assez rigide en terme de contrôle à tous les niveaux. Il va de soi que le résidant rencontre son(sa) conseiller(ère) au moins une (1) fois / semaine.

Nombre de résidants: ayant SEJOURNÉ AU C.R.C.	42	---
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE PROGRAMME	15	35.7
Nombre de résidants: ayant ÉTÉ SUSPENDUS	27	64.3
Nombre de résidants SUSPENDUS:	27	---
Nombre de résidants SUSPENDUS: - en LIBERTÉ ILLÉGALE	11	40.7
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour CONSOMMATION	9	33.3
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour RECIDIVE	4	14.8
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour AUTRES MOTIF(S)	3	11.2
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE SÉJOUR	15	---
Nombre de résidants: en LIBERTÉ au 31-10-92	4	26.7
Nombre de résidants: SUSPENDUS au 31-10-92	11	73.3

Donc, sur 42 résidants ayant séjourné au C.R.C. et terminé le programme, il y a 9.5% de ces derniers qui sont en liberté au 31-10-92.

Nous constatons qu'à la lumière de ces données statistiques, nous avons dû composer avec un pourcentage impressionnant (40.7%) de libertés illégales.

Ce qui nous semble majeur est que 35.7% des résidents ayant terminé le programme sont encore en liberté et ce, après vérifications avec un représentant du S.C.C.. C'est-à-dire que quatre (4) sur 42 résidents n'ont pas été suspendus, soit 9.5% de ce bloque d'échantillon.

En regard de la clientèle que nous desservons, nous savons que cette dernière a participé, à l'intérieur des établissements et/ou au cours d'une semi-liberté, à divers programmes, ateliers, animations traitant de l'alcoolisme/toxicomanie. Qu'en est-il du discours entendu, le message véhiculé lors de leur séjour au C.R.C.? ... A quoi sert-il? .... A qui sert-il?

Ces questions pourront peut-être trouver certains éléments de réponse(s) dans notre réflexion sur la dimension clinique d'une intervention dans le cadre d'un C.R.C. spécialisé en toxicomanie.

## DEUXIEME ECHANTILLONNAGE

- Du 1<sup>er</sup> octobre 1991 au 28 février 1992 -

### PROGRAMMATION

Suite à une année de travail, nous avons, avec l'accord de la Commission Nationale de Libérations Conditionnelles du Canada et du Service Correctionnel du Canada, apporté quelques changements, et plus particulièrement quant à la durée de la première Phase du séjour. De huit (8) semaines, nous avons réduit à six (6) semaines:

- Participation à des ateliers/animations en rapport avec l'alcoolisme/toxicomanie;
- Sorties de groupe en présence d'un membre du personnel;
- Sorties libres les mardis / mercredis soirs: temps libres organisés conjointement avec le(a) conseiller(ère);
- Septième semaine et les suivantes: réinsertion sociale.

Les changements apportés ont une influence sur les temps de sorties libres qui n'étaient pas inclus au programme du premier groupe d'échantillonnage. Le contenu des ateliers et le temps d'ateliers est le même.

- Du 1<sup>er</sup> octobre 1991 au 28 février 1992 -

Nombre de résidants: ayant SEJOURNÉ AU C.R.C.	42	---
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE PROGRAMME	21	50.8
Nombre de résidants: ayant ÉTÉ SUSPENDUS	21	50.2
Nombre de résidants SUSPENDUS:	21	---
Nombre de résidants SUSPENDUS: - en LIBERTÉ ILLÉGALE	5	23.8
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour CONSOMMATION	11	52.4
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour RECIDIVE	3	14.3
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour AUTRES MOTIF(S)	2	9.5
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE SÉJOUR	21	---
Nombre de résidants: en LIBERTÉ au 31-10-92	14	66.6
Nombre de résidants: SUSPENDUS au 31-10-92	7	33.3

Donc, sur 42 résidants ayant séjourné au C.R.C. et terminé le programme, il y a 33.3% de ces derniers qui sont en liberté au 31-10-92.

Ces données statistiques, tenant compte des changements en matière de sorties libres les mardis/mercredis, nous montrent que 50% des 42 résidents faisant partie du groupe d'échantillonnage ont terminé le programme d'une durée de six (6) mois.

De ces gens ayant terminé le programme, 66.7% sont encore, au 31-10-92, en liberté suite à une vérification avec un représentant du S.C.C. C'est-à-dire que 33.3% des 42 participants sont en liberté.

	1 <sup>er</sup> Groupe		2 <sup>e</sup> Groupe	
Nombre de résidants: ayant SEJOURNÉ AU C.R.C.	42	---	42	---
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE PROGRAMME	15	35.7	21	50.8
Nombre de résidants: ayant ÉTÉ SUSPENDUS	27	64.3	21	50.2
Nombre de résidants SUSPENDUS:	27	---	21	---
Nombre de résidants SUSPENDUS: - en LIBERTÉ ILLÉGALE	11	40.7	5	23.8
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour CONSOMMATION	9	33.3	11	52.4
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour RECIDIVE	4	14.8	3	14.3
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour AUTRES MOTIF(S)	3	11.2	2	9.5
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE SÉJOUR	15	---	21	---
Nombre de résidants: en LIBERTÉ au 31-10-92	4	26.7	7	33.3
Nombre de résidants: SUSPENDUS au 31-10-92	11	73.3	14	66.7
Nombre de résidants: en LIBERTÉ sur l'ensemble des résidants ÉTUDIÉS	9.5		33.3	



Comparativement au groupe premier, c'est une augmentation de 23.8% de plus de résidants en liberté suite à un séjour au C.R.C./Jeun'aide.

De plus, il y a une nette amélioration quant aux gens suspendus pour liberté illégale.

Les mécanismes de contrôle utilisés sont essentiellement les mêmes quant au respect des normes régissant le contrat que nous avons avec le S.C.C.

Nous avons constaté que le fait de laisser des temps libres de sorties en soirée sur semaine et l'utilisation moins systématique des tests d'urine ont eu un impact sur le déroulement du séjour de l'individu. Le fait d'octroyer des sorties sur semaine permettait aux résidants de composer progressivement avec leurs ressources et en communauté, ce qui actualise la resocialisation. De fait, la resocialisation ne se fait pas sur papier ou par des exposés théoriques. Le savoir ne change en rien à la confrontation aux réalités quotidiennes.

Pour les tests d'urine, les directives reçues du laboratoire, quant au nombre d'échantillons par mois, nous ont obligé à réduire le nombre de tests. Cela n'a rien changé quant au nombre de suspensions en rapport avec la consommation. Du groupe I au groupe 2, il y a une augmentation des suspensions pour consommation de 19.1%.

L'élargissement, au niveau des sorties individuelles en communauté, n'a pas augmenté le nombre de suspensions. Au contraire avec ces changements, non dans le temps consacré aux animations/ateliers mais dans les heures de sorties, ont permis à un nombre plus grand de résidants de terminer leur séjour. De 35.7% au premier groupe, nous sommes passés à 50%, soit une augmentation de 14.3%.

Dans la deuxième partie de notre réflexion, plus particulièrement sur l'aspect clinique, nous dégagerons certains constats.

## TROISIEME ECHANTILLONNAGE

- Du 1<sup>er</sup> juillet 1992 au 31 octobre 1992 -

### PROGRAMMATION

- Premier séjour d'une durée de six (6) semaines avec ateliers/animations en rapport avec l'alcoolisme/toxicomanie;
- Sorties libres les mardis-mercredis soirs ainsi que les vendredis soirs, samedi de midi à minuit et le dimanche de midi à vingt-et-une heures.
- Septième semaine et les suivantes: réinsertion sociale.

Comme vous le constatez, dans la lignée de notre réflexion sur le fait de permettre à l'individu d'actualiser sa resocialisation, nous avons, suite à une entente avec le S.C.C., permis des sorties les vendredis-samedis et dimanches.

Nombre de résidants: ayant SEJOURNÉ AU C.R.C.	42	---
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE PROGRAMME	10	23.8
Nombre de résidants: ayant ÉTÉ SUSPENDUS	18	42.8
Nombre de résidants: au C.R.C.	14	33.4
Nombre de résidants SUSPENDUS:	18	---
Nombre de résidants SUSPENDUS: - en LIBERTÉ ILLÉGALE	1	5.5
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour CONSOMMATION	11	61.2
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour RECIDIVE	4	22.2
Nombre de résidants SUSPENDUS: - pour AUTRES MOTIF(S)	2	11.1
Nombre de résidants: ayant TERMINÉ LE SÉJOUR	10	---
Nombre de résidants: en LIBERTÉ au 31-10-92	8	80.0
Nombre de résidants: SUSPENDUS au 31-10-92	2	20.0

Donc, sur 42 résidants ayant séjourné au C.R.C. et terminé le programme, il y a 19.04% de ces derniers qui sont en liberté au 31-10-92.

Il est à noter que nous avons dans ce groupe 33.4% de résidents au C.R.C. au 92-10-31. A la lumière des informations que nous avons au sujet de ces individus, selon leur plan d'action et ses réalisations, nous croyons que ces quatorze (14) résidents de ce groupe de 42 devraient terminer sans problème leur séjour. Si notre hypothèse s'avère véridique, nous aurions 52.3% des résidents qui termineraient leur séjour au C.R.C.

Si nous considérons le nombre d'individus ayant terminé le programme, 80% de ces derniers sont en liberté, un a été suspendu et remis en liberté donc, nous passons à 90% de ce groupe d'échantillonnage. Nous convenons qu'il est trop tôt pour présumer que ces gens demeureront en liberté pour la vie, mais nous le souhaitons.

Ces statistiques du groupe 3 vont dans le même sens que le groupe 2 et nous croyons que les énergies, mises de l'avant pour permettre aux résidents dits alcooliques/toxicomanes d'actualiser leur resocialisation, doivent être maintenues et s'assurer que l'individu fait le choix de se resocialiser et non le faire au nom de quelqu'un d'autre.

**Les SUSPENSIONS**

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Nombre de SUSPENSIONS	27	21	18
LIBERTÉS ILLÉGALES	11 (40.7%)	5 (23.8%)	1 (5.5%)
CONSOMMATION	9 (33.3%)	11 (52.4%)	11 (61.2%)
RÉCIDIVES	4 (14.8%)	3 (14.3%)	4 (22.2%)
AUTRES	3 (11.2)	2 (9.5%)	2 (11.1%)

Nous voyons une diminution très significative au niveau des "LIBERTÉS ILLÉGALES".

Quant à l'augmentation des suspensions en rapport avec la "CONSOMMATION" des groupes 1 à 3, nous serions portés à croire qu'il y avait moins de suspensions pour "CONSOMMATION" lors d'un programme plus rigide comme dans le groupe 1. Nous savons que, sur les quinze personnes ayant terminé le programme, deux furent arrêtées pour trafic et huit pour "CONSOMMATION" et délit(s). Nous concluons que le fait de ne pas consommer pendant les six mois de séjour au C.R.C. ou, ne pas consommer de peur des conséquences, n'a rien à voir avec le choix de non-consommer suite à une démarche personnelle en regard des véritables raisons qui font problème pour l'individu.

Cinq personnes de ce groupe ont résidé au appartements que nous avons au 5290 Notre-Dame Ouest à Montréal. Même si nous n'en avons pas la surveillance, les informations reçues du S.C.C./Ville-Marie et nos propres observations en tant que propriétaires de l'immeuble nous permettent d'affirmer que ces cinq personnes ont repris leur consommation là où elles l'avaient laissé, soit 6 mois auparavant et pour les mêmes raisons car aucune démarche significative n'avait été entreprise. Pourquoi ?

De plus, nous pouvons affirmer sans difficulté que les 11 libertés illégales du groupe 1, c'est-à-dire le motif pour lequel le mandat de suspension a été émis, peuvent s'ajouter au motif "CONSOMMATION" car, lors de la visite post-suspension, nous apprenions que l'individu ne revenait pas au C.R.C. puisqu'il avait consommé donc, de 33.3% nous passons à 45% de suspensions pour "CONSOMMATION".

Si le nombre de suspensions du groupe 3 pour "CONSOMMATION" a augmenté, c'est que les résidants ne choisissent pas la liberté illégale et qu'ils se présentent en état d'ébriété, ou le disent aux personnes en présence. A ce dire, nous poserons un questionnement dans notre réflexion sur la dimension clinique de l'intervention. Le dire du sujet permet quoi?

Dans "AUTRES", nous entendons: menace(s), comportement(s) agressif(s), témoin d'un événement ou cause(s) en suspens.

Au sujet des "RÉCIDIVES", nous constatons une augmentation. Nous avons regardé de plus près de quelle nature étaient ces récidives.

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
VOL	3	1	-
VOL QUALIFIÉ	-	2	1
USAGE D'ARME	1	-	-
VOIE DE FAIT	-	-	1
CONDUITE en ETAT d'EBRIÉTÉ / REFUS d'ALCOOTEST	-	-	2

Nous voyons que les "RÉCIDIVES" du groupe 3 portent à 50% sur la consommation de psychotropes. Nous pouvons conclure que la récidive en terme de vol, vol qualifié, voie de fait, ... a diminué ou demeure quasi l'équivalent des groupes 1 et 2.

## BILAN de SÉJOUR

- Du 10 octobre 1990 au 31 octobre 1992 -

	10-10-90 31-03-91	01-04-91 31-03-92	01-04-92 31-10-92	TOTAL	%
Nbre de Résidants SÉJOURNÉS au C.R.C.	42	72	43	157	--
Nbre de Résidants ayant TERMINÉ SÉJOUR	--	28	18	46	29.3
Nbre de Résidants ayant été SUSPENDUS	16	46	28	90	57.3
Nbre de Résidants au C.R.C. au 31-10-92	--	--	21	21	13.4

### RÉPARTITION des SUSPENSIONS

Nbre de Résidants SUSPENDUS	90	--
pour LIBERTÉ ILLÉGALE	28	31.2%
pour CONSOMMATION	40	44.4%
pour RÉCIDIVE	13	14.4%
AUTRES MOTIFS	9	10.0%

## RÉPARTITION des SÉJOURS TERMINÉS

Nbre de Résidants ayant TERMINÉ leur SÉJOUR	46	--
. sont en LIBERTÉ au 31-10-92	26	56.5%
. ont été SUSPENDUS au cours de la TOTALE ou de la L.O.	20	43.5%

En tenant compte des résidants qui ont été suspendus suite à leur fin de séjour, voici la répartition:

Nbre de Résidants ayant SÉJOURNÉ au C.R.C. 10-10-90 - 31-10-92	157	--
Nbre de Résidants en LIBERTÉ après un SÉJOUR au C.R.C. au 31-10-92	26	16.6%
Nbre de Résidants SUSPENDUS AU COURS du séjour et APRES le séjour	110	70.0%
Nbre de Résidants au C.R.C. au 31-10-92	21	13.4%



Hypothèse concernant:

les RÉSIDANTS au C.R.C. au 31-10-92

Selon les informations que nous avons au sujet du déroulement du séjour de ces individus, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante:

. Nombre de résidants au C.R.C.	21
. Nombre de résidants qui ont été suspendus au cours de novembre 1992 et ceux qui pourraient l'être	6
. Nombre de résidants qui termineront le séjour	15

Si notre hypothèse est vérifiable, voici le résultat global sur 157 résidants:

. Nombre de résidants ayant séjourné au C.R.C.	157	
. Nombre de résidants ayant terminé le séjour et prévision de fin de séjour	61	38.9%
. Nombre de résidants ayant été suspendus ou pouvant l'être suspendus	96	61.1%

C O N C L U S I O N

"Le problème clinique qui se pose à nous est d'accueillir cette problématique sociale qu'est la toxicomanie pour tenter d'y dégager d'autres enjeux: c'est-à-dire qu'il nous faudrait nous détacher de l'espace du regard pour tenter d'instaurer un cadre qui permette l'écoute".

Antoine Natasi

### Au niveau du programme:

1. Les changements apportés sont au niveau du temps de sortie(s) libre(s) individualisée(s), ce qui permet au résidant, dès le début de son séjour au C.R.C., de confronter son discours à la réalité de la resocialisation.
2. Le contenu des ateliers/animations a évolué. Du "faire-savoir" au résidant, (ce qui est acceptable et non-acceptable), nous avons compris que ce dernier avait reçu ce discours à plusieurs reprises durant son incarcération, du fait qu'il a participé à divers programmes. Plusieurs intervenant(e)s, avant nous, avaient "fait-savoir" à l'individu ce qu'il doit faire et savoir pour répondre aux normes sociales. Nous avons déplacé notre discours pour permettre au résidant de prendre parole, de dire car, "un homme s'adresse à son semblable pour demander de l'aide à partir d'une souffrance: c'est un acte de discours" (Carlo Vigano). Ce déplacement se fait progressivement et nous considérons, à ce jour, en être au point de départ.
3. Ces deux changements ont contribué à responsabiliser progressivement l'individu séjournant au C.R.C. C'est ce qui peut expliquer en partie l'augmentation du nombre de résidants encore en liberté au 31-10-92 si nous comparons les résultats obtenus du groupe 1 au groupe 3.
4. Ces changements n'ont point modifié le respect et l'application des normes du S.C.C. et de la C.N.L.C.
5. Il serait tentant de prendre des cas isolés et de croire que ceux-ci permettent de conclure sur le rendement du C.R.C.

### La pratique du C.R.C.:

1. La toxicomanie ne produit pas une personnalité toxicomane.
2. La toxicomanie est l'expression d'un symptôme dépassant largement une simple question de problématique sociale, de comportements et attitudes.

3. Le produit utilisé (licite ou illicite) est un remplacement, un objet remplaçant quelque chose d'autre, objet qui vient "geler" une angoisse.
4. La rechute est vue comme la répétition des symptômes du plaisir tel qui passe par le chemin des psychotropes.
5. Le travail clinique consiste en la reconnaissance de la toxicomanie, telle que sommairement définie précédemment, en la création d'un lieu permettant la rencontre de deux personnes ou plus, et instaurant un cadre qui assure l'écoute différente.
6. La rencontre se veut un lieu où le demandeur (le résidant) est accueilli non pas pour lui "faire-savoir", car ce travaille, d'autres avant nous l'on fait. Par le biais d'une écoute différente et donc d'une réponse différente, amener le sujet à affronter "les symptômes masqués par la toxicomanie" alors qu'un des rôles de celle-ci était précisément des éviter.
7. Ce qui est dit par le sujet comporte un discours manifeste et un discours latent. A titre d'exemple, lorsque le résidant dit: "J'ai le goût de consommer", le discours latent est "le goût de quoi?" Cette réponse appartient au sujet (résidant), ce qu'il sait mais qu'il se refuse à savoir.
8. Généralement ce qui est entendu c'est le discours manifeste, ce qui entraîne comme réponse la punition (suspension et incarcération). Le fait de demeurer au niveau du discours manifeste ne fait qu'augmenter la résistance et de ce fait le sujet n'est pas amené à parler de ses symptômes ou de ce qui fait sa souffrance à lui. Cette réponse entraîne une frustration qui engendre ou peut engendrer une rechute.
9. Il est à noter que cette pratique que nous mettons en place progressivement ne change en rien la responsabilité que nous avons à l'égard de l'application des normes du S.C.C. et de la C.N.L.C.

## Le résidant:

1. Les résidants que nous hébergeons n'en sont pas pour une grande majorité à leur première semi-liberté.
2. Le fait de dire, de parler, si ce risque a déjà été pris de leur part, s'est soldé en suspension, parfois de façon automatique.
3. La parole est menaçante pour quiconque en prend le risque encore plus l'est-elle pour un résidant dans un C.R.C.
4. La réponse recherchée lors de la prise de parole par le résidant est souvent de l'ordre du quotidien, de la punition, de la récompense, tels que connus depuis toujours.
5. Le chemin à parcourir pour le résidant de passer de la directive, de l'encadrement, du soutien pur (le faire-savoir) à la responsabilisation personnelle subjective (me dire ce que je sais déjà et me refuse à savoir) n'est pas évident. Comme le dit si bien G. Miller, "ce qui apparaît le plus évident est le plus évitant". Il est vrai que cette phrase ne s'applique pas uniquement aux résidants mais à nous tous.
6. Ce passage ne se fait pas en six mois, ni pour les résidants, ni pour personne d'ailleurs. Il est parfois inévitable pour le résidant de faire face à des mesures comme la suspension qu'elle ait un caractère permanent (révocation) ou un caractère thérapeutique (annulation).
7. Dans le premier groupe de 42 résidants, nous avons entendu des gens tenir un discours pendant six mois et retourner en établissement après un mois de libération conditionnelle totale ou liberté surveillée. Le "faire-savoir" n'avait rien apporté de plus que de maintenir la répétition.

Conclusion générale:

1. Les quelques modifications apportées au programme (passer de 8 sem. à 6 sem., soirées libres le mardi et mercredi soirs, entrée plus tard les vendredis et samedis soirs et le déplacement progressif au niveau du discours contenu dans les ateliers) ont contribué à maintenir plus d'individus en liberté une fois le séjour au C.R.C. terminé.
2. Le questionnement mis en place au C.R.C. doit se poursuivre afin d'assurer un rapport de qualité dans les interventions cliniques.
3. Le partage de notre questionnement avec les divers représentants du S.C.C. et de la C.N.L.C. doit continuer afin que nous soyons au même niveau quant à nos interrogations et pouvoir trouver conjointement des réponses permettant l'avancement de nos pratiques respectives.