

## Article

---

« Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive »

Myra Piat, Alain Lesage, Henri Dorvil, Richard Boyer, Audrey Couture et David Bloom  
*Santé mentale au Québec*, vol. 33, n° 2, 2008, p. 247-269.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/019677ar>

DOI: 10.7202/019677ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive

Myra Piat\*

Alain Lesage\*\*

Henri Dorvil\*\*\*

Richard Boyer\*\*\*\*

Audrey Couture\*\*\*\*\*

David Bloom\*\*\*\*\*

Cet article présente les résultats d'une étude exploratoire portant sur les préférences résidentielles de 315 personnes souffrant de troubles mentaux graves hébergées dans sept types d'hébergement à Montréal. Le portrait d'ensemble qui se dégage de cette étude met en évidence que 22,0 % des usagers préféreraient habiter dans leur propre appartement, 16,0 % dans les HLM ou OSBL, 14,1 % dans les appartements supervisés et 11,5 % dans les ressources de type familial. On note aussi que 31,7 % d'entre eux préfèrent le type de logement dans lequel ils habitaient au moment de l'étude. Notre réflexion sur les résultats de cette étude nous amène à conclure qu'une variété de types de ressources résidentielles demeure nécessaire pour rencontrer la diversité de besoins des usagers.

**C**et article présente les résultats d'une étude sur les préférences résidentielles de personnes qui souffrent d'une maladie mentale

\* Ph.D., Chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas ; Professeur adjoint, Départements de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill.

\*\* MD., Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal ; Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\*\* Ph.D., Professeur titulaire, École de travail social de l'UQAM ; Chercheur, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal ; Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\*\*\* Ph.D., Chercheur agréé, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal ; Chercheur agréé, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\*\*\*\* MSc., Coordinatrice de recherche, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

\*\*\*\*\* MD, Chef médical, Chef médical de programme des troubles psychotiques ; Chercheur clinique, Hôpital Douglas.

grave et qui habitent dans sept types d'hébergement à Montréal. L'accès à un logement décent et abordable est l'un des éléments les plus importants dans l'intégration des personnes qui souffrent de maladies mentales graves dans leur communauté, et est essentiel pour leur rétablissement. Le logement est un droit humain fondamental et disposer d'un endroit où se loger est indispensable pour vivre en société (Beaulieu et Dorvil, 2004 ; Dorvil et Morin, 2001). L'accès au logement est aussi la pierre angulaire qui permet d'avoir accès aux autres services comme l'eau, l'électricité, l'éducation et la santé (Dunn, 2000, 2002 ; Parmentier, 1997).

De nombreux efforts ont été faits au cours de la dernière décennie pour évaluer l'hébergement de cette population (Centre for Addiction and Mental Health, 2003 ; Ducharme et Vaillancourt, 2002 ; Health Canada, 2002 ; Health Systems Research Unit, 1997 ; Morin et al., 2001 ; Ogilvie, 1997 ; Piat et al., 2001-2005 ; Piat et al., 2005 ; Trainor, 2002). Par contre, l'accès à long terme à un logement stable pour cette population demeure problématique au Québec et ailleurs au Canada (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 2001a, 2001b ; Sylvestre et al., 2001). Cela s'explique en partie par le fait qu'au cours des quarante dernières années, les professionnels de la santé mentale ont planifié et implanté des services résidentiels sans consulter au préalable ceux qui avaient à y vivre (Cohen et Anthony, 1988 ; Lesage et al., 2002). En conséquence, une panoplie de types d'hébergement pour les personnes souffrant de maladies mentales graves a été créée sans tenir compte des préférences des usagers en terme d'hébergement et de soutien. La présente étude a sondé l'opinion d'un échantillon représentatif d'usagers qui vivent dans sept types d'hébergement supervisés par le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

### **L'hébergement : une priorité de l'organisation des services en santé mentale**

L'accès à un logement adéquat pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave est central dans l'organisation des services en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 2001a, 2001b, 2005). Sans logement adéquat, l'intégration dans la communauté n'est pas possible. Durant les quarante dernières années, deux modèles principaux d'hébergement ont été développés pour ces personnes ; le modèle traditionnel, appelé le « continuum résidentiel », et le modèle d'hébergement alternatif (Carling, 1993 ; Ridgway et Zipple, 1990 ; Trainor et al., 1993). Le modèle alternatif d'hébergement « supported housing » a émergé en réponse aux critiques faites au modèle d'hébergement traditionnel : ne pas répondre adéquatement aux besoins et aux préférences des usagers (Hogan et Carling, 1992 ; Parkinson et

al., 1995). Ce modèle est caractérisé par le développement de logements dits « normaux ». Les services de soutien reçus y sont tout à fait indépendants de la ressource d'hébergement.

Au Québec, le modèle résidentiel privilégié depuis les 30 dernières années est le modèle traditionnel, qui se caractérise par un continuum linéaire de ressources d'hébergement. Dans ce modèle, la personne est supposée progresser d'un type d'hébergement plus encadré à un autre qui l'est moins au fur et à mesure qu'elle acquiert de l'autonomie (Murphy et al., 1972). Ces ressources d'hébergement sont les pavillons, les ressources de type familial (résidence d'accueil), les foyers de groupes et les appartements supervisés. Elles sont supervisées par des professionnels. L'évaluation des besoins pour ces ressources destinées aux personnes de moins de 65 ans souffrant de troubles mentaux graves, a été réalisée dans une étude montréalaise. On évalue que 130 ressources par 100 000 habitants correspondraient aux besoins manifestés. Mais seulement 113 ressources par 100 000 sont actuellement disponibles. Ce nombre de ressources requises correspond presque aux recommandations faites dans deux provinces canadiennes, l'Ontario et la Colombie-Britannique (103 à 122 par 100 000), et à la moyenne des secteurs urbains britanniques (113 par 100 000). Dans les pays scandinaves, les recommandations sont un peu plus élevées. Par exemple, à Copenhague au Danemark, il est fait mention de 176 ressources par 100 000 habitants, et de 58 à 126 ressources par 100 000 habitants en Grande-Bretagne (Lesage et al., 2003).

Quant au Plan d'Action en santé mentale du Québec 2005-2010 (PASM), il recommande 120 places ou ressources par 100 000 habitants. Afin de donner une perspective, le même PASM recommande pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves ceci : 15 lits hospitaliers de longue durée et 25 lits hospitaliers pour hospitalisation brève par 100 000 habitants (la moyenne de séjour est de 14 jours). Ces chiffres correspondent à environ 1000 et 2000 personnes souffrant de troubles mentaux graves par 100 000 habitants. Le PASM recommande aussi un suivi intensif en équipe pour 100 personnes, un suivi d'intensité variable dans la communauté pour 250 personnes et un suivi ambulatoire spécialisé pour 750 à 1000 personnes par 100 000 habitants. Au Québec comme au Canada, on favorise également le modèle d'hébergement alternatif, c'est-à-dire la création de logements avec soutien (supported housing) au lieu d'accroître le nombre de places en ressources d'hébergement. On favorise aussi la réduction du nombre de ressources pavillonnaires et de type familial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a, 2001b, 2005 ; Sylvestre et al., 2005 ; Trainor, 2002).

## **Recherches sur les préférences résidentielles**

Les études sur les préférences résidentielles des usagers en santé mentale ont émergé à la fin des années 1980. Tanzman (1990, 1993) a été la première à réaliser une méta analyse de 43 études sur les préférences résidentielles entre 1986 et 1992. Elle a remarqué que plusieurs articles n'avaient pas été publiés dans des revues scientifiques, mais sous forme de rapports non officiels. Depuis lors, de nombreuses études sur les préférences ont conclu que les usagers en santé mentale préféreraient vivre dans leur propre appartement (Browne et Courtney, 2005; Keck, 1990; Ogilvie, 1997; Srebnik et al., 1995; Tanzman, 1993; Thomas, 1987) indépendamment qu'ils soient hospitalisés (Gélinas et al., 2000; Palmer et al., 2000), qu'ils vivent dans leur propre appartement (Carling et Allott, 2000; Palmer et al., 2000), ou qu'ils résident dans un logement supervisé (Elliott et al., 1990; Rogers et al., 1991). Par contre, certaines études (Carling et Allott, 2000; Gélinas et al., 2000; Palmer et al., 2000) ont montré que les usagers qui vivaient déjà ou qui avaient déjà vécu dans leur propre appartement, étaient plus nombreux à préférer ce type de logement que les usagers qui vivaient dans des logements encadrés par des professionnels, telles les ressources de type familial (Elliott et al., 1990; Rogers et al., 1991; Thomas, 1987). Nelson et Peddle (2005) insistent pour dire que le choix de la résidence et l'intégration dans la communauté sont liés au statut économique de l'utilisateur et que sans les ressources financières nécessaires, l'appropriation du pouvoir ne peut être atteinte par les usagers. Fait intéressant, les familles (Friedrich et al., 1999; Rogers et al., 1994) et les professionnels (Massey et Wu, 1993; Minsky et al., 1995) préfèrent que les usagers vivent dans des environnements encadrés par des professionnels, dans une proportion plus importante que celle des usagers.

Les sans abris constituent un sous-groupe, objet de maintes études. Ils ont aussi exprimé leur préférence de vivre, si possible, dans leur propre appartement (Schutt et Goldfinger, 1996), et dans la même proportion que les autres usagers (Goering et al., 1990; Neubauer, 1993). Par contre, les professionnels sont moins enclins à choisir le logement autonome pour ces derniers (Goering et al., 1990; Goldfinger et Schutt, 1996). À ce jour, aucune étude ne s'est appuyée sur un échantillon représentatif des usagers vivant dans des ressources résidentielles pour mesurer les préférences résidentielles des personnes souffrant de maladies mentales graves qui résident dans les ressources d'hébergement supervisées par le réseau de la santé et des services sociaux.

## **Objectifs**

Cette recherche avait pour objectif d'établir les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves dans la région de Montréal. La question principale qui guide cette recherche était : Où les usagers, habitant dans les différents types d'hébergement actuellement disponibles et supervisés par les réseaux de la santé et des services sociaux, préfèrent-ils vivre ?

Un comité aviseur composé de seize personnes incluant des représentants des trois établissements gestionnaires des ressources d'hébergement (Hôpital Douglas, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hôpital Sacré-Cœur), des groupes communautaires impliqués au niveau du logement à Montréal (Fédération des OSBL d'habitation de Montréal, Échelon), des représentants des comités d'usagers des hôpitaux, des représentants de regroupements de ressources d'hébergement (Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec) et l'Office municipale de l'Habitation de Montréal ont parrainé la recherche. Ils se sont rencontrés à quatre reprises. En plus de leur rôle dans le partage de l'information tout au long de la recherche, ils ont aussi aidé à surmonter les difficultés liées au recrutement, et à disséminer les résultats dans leurs milieux respectifs.

## **Méthodologie**

### ***Milieu et échantillon***

Cette étude a été effectuée à Montréal, un grand centre urbain comptant une population de 1,6 millions d'habitants en 2006 (Gouvernement du Québec, 2007). La population de référence de l'étude inclut les adultes de moins de 65 ans souffrant d'une maladie mentale grave qui résident à Montréal dans un logement subventionné par le système public ou le système privé.

Cinq critères d'éligibilité étant exigés pour qu'une personne soit admissible à l'étude, soit (1) avoir un diagnostic de maladie mentale grave (par exemple, schizophrénie, bipolaire, dépression majeure); (2) résider dans son logement depuis au moins 6 mois; (3) être âgé de 18 à 64 ans, (4) ne pas avoir la déficience intellectuelle comme premier diagnostic et (5) être suivi depuis au moins 6 mois par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. Les personnes sous curatelle publique ont été incluses dans la population de référence.

### ***Éthique***

Les comités d'éthique de tous les hôpitaux et organismes communautaires ont approuvé la recherche. Les répondants ont signé un

formulaire de consentement et en ont conservé une copie. Aucune information identifiant les répondants n'est rapportée dans les résultats. Les participants ont reçu une compensation financière pour leur déplacement et le temps consacré à l'étude.

### **Échantillon**

La sélection de l'échantillon a impliqué un processus en trois étapes. D'abord, une liste exhaustive des différentes ressources d'hébergement disponibles pour cette population a été dressée en consultation avec les trois gestionnaires des ressources d'hébergement (Hôpital Douglas, Louis-H. Lafontaine et Sacré-Cœur), et l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Ce processus a résulté en un inventaire de toutes les ressources d'hébergement divisées en sept catégories: (a) les unités psychiatriques dans les hôpitaux, (b) les pavillons, (c) les foyers de groupe, (d) les ressources de type familial, (e) les appartements supervisés, (f) les logements sociaux, et (g) les maisons de chambres privées. Plus de 5 591 personnes vivaient dans ces ressources.

Par la suite, avec l'aide des établissements gestionnaires et des groupes communautaires, une liste de toutes les personnes résidant dans chacune des sept catégories d'hébergement a été dressée. La répartition de ces résidents est représentée dans le tableau suivant (tableau 1).

Tableau 1  
**Répartition des résidents  
par catégories de ressources résidentielles**

Ressources de type familial	Foyers de groupe	Appar-tements supervisés	Pavillons	Centres hospitaliers	Logements sociaux	Maisons de chambres privées	Total
2034	705	302	687	168	372	1323	5591

Finalement, un échantillon aléatoire stratifié de 48 personnes par catégorie d'hébergement a été sélectionné. Dès que le nom d'une personne était sélectionné, leur intervenant pivot (travailleur social, infirmier, psychologue, intervenant communautaire ou médecin traitant) initiait le contact avec la personne, et lui proposait de participer à la recherche. En cas de refus, une autre personne habitant dans la même catégorie a été sélectionnée, jusqu'à ce que le nombre de 48 pour chaque catégorie soit atteint. Au total, cinq des sept catégories ont atteint le nombre requis. Pour le cas des unités psychiatriques, tous les répondants éligibles ont dû être contactés ( $n = 220$ ), mais seulement 38 personnes

ont accepté ou étaient aptes à participer. Dans la catégorie des maisons de chambres privées, un total de 37 personnes ont accepté ou étaient aptes à participer. Cela peut être expliqué par le fait que ces deux catégories d'hébergement sont temporaires et que la clientèle n'y est que de passage. Au total, 557 personnes ont été contactées pour participer à l'étude. De ce nombre, 85 personnes ne pouvaient y participer selon le jugement des intervenants concernant l'inaptitude ou la fragilité ponctuelle de ces usagers. Des 472 personnes éligibles, 157 ont refusé de participer, principalement par manque d'intérêt. Le taux de participation est donc de 57 %.

### ***Instruments***

Pour évaluer les préférences résidentielles, nous avons utilisé la version courte du *Consumer Housing Preference Survey*. Ce questionnaire, développé par Tanzman (1990), consiste en 22 énoncés sur la situation résidentielle actuelle, la situation résidentielle préférée. La grande majorité des items du questionnaire comporte un choix de réponse. Malgré le fait qu'aucune étude de validation formelle de ce questionnaire n'ait été entreprise, ce questionnaire est l'un des plus utilisés pour mesurer les préférences résidentielles (Goering et al., 1990). Le questionnaire a été traduit en français par Gélinas et al. (2000).

Afin de refléter la réalité actuelle de l'hébergement à Montréal, la liste originale du choix de ressources d'hébergement de Tanzman a été modifiée par un processus de consultation avec des différents acteurs clé. La liste des choix possibles a été présentée et validée auprès de cinq groupes : (1) les établissements gestionnaires des ressources d'hébergement ; (2) l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal ; (3) un panel de personnes anglophones utilisatrices des services de santé mentale ; (4) un panel de personnes francophones utilisatrices des services de santé mentale et (5) la Fédération des OSBL en habitation de Montréal (FOHM). La version finale de la liste des choix d'hébergement est passée de 12 à 15 choix (voir Appendice A).

Pour obtenir des données sociodémographiques, ainsi que des informations sur le diagnostic, l'historique psychiatrique et professionnel, nous avons utilisé les versions anglaise et française du *Canadian Toolkit for Measuring Psychosocial Rehabilitation Outcomes* (Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs (OFCMHAP), 1999).



### **Collecte de données**

Au total, 315 personnes hébergées dans sept types de ressources résidentielles ont été interrogées entre le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le 3 avril 2006. Les interviewers avaient une formation en travail social, en sciences infirmières ou en réadaptation avec une expérience avec cette population. Ceux-ci ont été formés par l'équipe de recherche. Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure à une heure trente, se déroulaient à un endroit au choix du répondant, soit la résidence du répondant (48,0 %), un bureau à l'hôpital (23,2 %), un endroit public (restaurant, café, parc) (23,1 %), un local communautaire ou un bureau dans la résidence du répondant (5,7 %).

### **Analyses**

Les résultats descriptifs des préférences résidentielles sont présentés sous forme de pourcentages. Ceux-ci furent obtenus après l'application d'une procédure de pondération qui permet de tenir compte de l'importance relative de chaque type de ressource résidentielle parmi l'ensemble des ressources disponibles à Montréal.

### **Résultats**

#### **Portrait des répondants**

L'échantillon (voir Tableau 2) est composé de 57,0 % d'hommes et la moyenne d'âge est de 48,6 ans (écart-type de 9,6).

Dans 73,2 % des cas, les répondants indiquent le français comme langue maternelle, 17,5 % l'anglais et 9,3 % une autre langue (espagnol, italien ou autre). La majorité des répondants sont célibataires (79,1 %). De plus, 75,4 % des répondants ont révélé souffrir de schizophrénie, 4,5 % de dépression majeure, 7,0 % de bipolarité et 13,1 % d'un autre diagnostic. Dans 99,2 % des cas, ils ont indiqué prendre une médication psychiatrique au moment de l'entrevue.

#### **Préférences résidentielles globales**

Au total, 315 usagers ont exprimé leur opinion sur leurs préférences résidentielles. Près du quart (22,0 %) indiquent préférer vivre dans leur propre appartement, soit dans un lieu où ils sont entièrement responsable de leur logis à titre de locataire ou de propriétaire (voir Tableau 3).

Une proportion substantielle de répondants (16,0 %) a identifié les HLM ou OSBL comme l'endroit dans lequel ils préféreraient vivre. Au troisième rang des préférences résidentielles, nous retrouvons les

**Tableau 2**  
**Comparaison des résidents des différentes ressources d'hébergement**  
**pour la démographie et l'histoire psychiatrique**

Variables démographiques	Types de logements							
	Centre hospitalier	Pavillon	Foyer de groupe	Ressource de type familial	Appartement supervisé	Logement social	Maison de chambres	Moyenne échantillon
Âge	52,4 (7,3)	51,7 (8,5)	47,3 (10,9)	50,8 (8,2)	42,9 (10,1)	45,9 (9,8)	48,6 (9,4)	48,6 (9,6)
Genre								
Hommes	69,2	68,3	53,8	45,7	69,0	55,0	71,4	57,0
Femmes	30,8	31,7	46,2	54,3	31,0	45,0	28,6	43,0
Langue maternelle								
Français	84,6	73,2	80,8	62,9	81,0	87,2	59,1	73,2
Anglais	7,7	12,2	9,6	29,5	11,9	5,1	27,3	17,5
Autre	7,7	14,6	9,6	7,6	7,2	7,7	13,5	9,3
Statut civil								
Célibataire	84,6	78,6	90,4	72,6	76,2	80,0	85,7	79,1
Marié	7,7	2,4	5,8	8,5	2,4	2,5	14,3	0,6
Séparé	7,7	4,8	1,9	17,0	19,0	15,0		4,1
Divorcé		4,8	1,9	1,9	2,4	2,5		13,0
Veuf		4,8						0,9
Conjoint de fait		2,4						1,3
Séparé du conjoint de fait		2,4						0,6
Autre								0,3
Diagnostic								
Schizophrénie	83,3	85,4	92,3	71,4	73,8	47,5	87,5	75,4
Dépression majeure	8,3	2,4	3,8	3,8	4,8	17,5	4,8	4,5
Bipolaire	8,3	2,4	3,8	8,6	14,3	5,0	9,5	7,0
Autre		9,8		16,2	7,1	30,0		13,1
Prise de médication psychiatrique								
Oui	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	95,0	100,0	99,2
Non	7,1					5,0		0,8

Notez que pour l'âge, la moyenne et l'écart type sont présentés en années, tandis que pour les autres variables, ce sont plutôt les pourcentages

**Tableau 3**  
**Préférences résidentielles par type de logement (%)**

Préférence résidentielle	Logement actuel							Total préférences résidentielles
	Centre hospitalier	Pavillon	Foyer de groupe	Ressource de type familial	Appartement supervisé	Logement social	Maison de chambres	
Mon propre appartement ou ma propre résidence	15,4	22,0	22,0	21,0	19,0	27,5	27,3	22,0
Coopérative d'habitation				1,9	2,4	5,0		1,6
HLM ou OSBL	7,7	7,3	10,0	12,4	23,8	40,0	9,1	16,0
Maison de chambre -sans services							4,5	,3
Logement (ami/coloc.)	7,7		6,0	8,6	7,1	7,5	4,5	6,4
Logement (conjoint)		4,9	10,0	6,7	4,8	12,5	4,5	7,0
Résidence de mes parents	15,4	14,6	4,0	3,8			9,1	5,1
Appartement supervisé	15,4	7,3	8,0	10,5	42,9	7,5	13,6	14,1
Maison de chambre -avec services	7,7	7,3	4,0	1,9			22,7	4,2
Foyer de groupe		4,9	30,0	3,8			4,5	7,0
Pavillon	7,7	29,3	2,0					4,5
Résidence d'accueil	15,4	2,4	4,0	29,5				11,5
Unité psychiatrique CHSLD	7,7							0,3
Autre								
Total – Type de logement	4,2	13,1	16,0	33,5	13,4	12,8	7,0	100,0

appartements supervisés (14,1 %) alors que les ressources de type familial ont été choisies par 11,5 % des répondants.

Lorsque l'on combine tous les choix définis comme autonomes (propre logement ou résidence, une coopérative d'habitation, un HLM ou un OSBL, une maison de chambres sans service, un logement avec un ami, un colocataire ou encore avec un conjoint), plus de la moitié des répondants (53,3 %) indiquent préférer une résidence de ce type.

### ***Préférences résidentielles selon le logement actuel***

Près du tiers des répondants (31,7 %) vivaient dans le type d'hébergement qu'ils préféreraient. Puisque les ressources de type familial, les foyers de groupe, les appartements supervisés et les pavillons sont les types de ressources d'hébergement avec le plus grand nombre de personnes hébergées au moment de l'étude, nous nous y attarderons plus en profondeur.

#### ***Les ressources de type familial***

Dans le cas des répondants qui résident dans les ressources de type familial (voir Tableau 2), un peu moins du tiers d'entre eux (29,5 %) ont indiqué leur préférence pour demeurer dans ce type de ressource. Vingt et un (21,0) % préféreraient vivre dans leur propre appartement. Les HLM et OSBL représentent la préférence de 12,4 % des répondants. L'appartement supervisé a été retenu par 10,5 % de ceux-ci.

#### ***Les foyers de groupe***

De même, près du tiers des répondants (30,0 %) qui résident dans les foyers de groupe au moment de l'entrevue préféreraient demeurer dans ce type de ressource. L'appartement autonome est un choix populaire parmi ce sous-échantillon de répondants. Il est la préférence résidentielle de 22,0 % d'entre eux. Dix pour cent des répondants ont statué préférer les HLM ou OSBL d'habitation et une même proportion a indiqué préférer le logement avec conjoint.

#### ***Les appartements supervisés***

Avec le pourcentage le plus élevé (42,9 %), les répondants qui habitent dans les appartements supervisés préféreraient demeurer dans ce type de ressource. Près du quart des répondants (23,9 %) ont identifié les HLM ou OSBL d'habitation comme préférence résidentielle. Dix-neuf pour cent de ce sous-échantillon préférerait habiter dans son propre appartement.

### ***Les pavillons***

Les répondants qui résident dans les pavillons ont indiqué leur préférence pour demeurer dans ce type de ressource dans 29,3 % des cas. Les personnes en pavillon ont aussi statué qu'ils préféreraient habiter dans leur propre appartement dans 22,0 % des cas. Près de 15 % des répondants ont quant à eux indiqué qu'ils préféreraient vivre dans la résidence de leurs parents.

### **Discussion**

Les résultats de cette étude sont intéressants à divers points de vue. C'est la première fois qu'un échantillon représentatif de personnes souffrant de maladie mentale grave est interviewé sur ses préférences résidentielles. Pour ce faire, 315 répondants, habitant une des sept catégories d'hébergement disponibles à Montréal, se sont exprimés sur leurs préférences résidentielles.

Globalement, nous avons observé que les quatre choix les plus populaires sont : vivre dans son propre appartement, dans un HLM ou dans un OSBL d'habitation, dans un appartement supervisé et dans une ressource de type familial. Ces choix représentent 63,6 % des réponses et correspondent à l'opinion de la majorité des répondants. De plus, près du tiers des personnes rencontrées désirent demeurer dans le même type d'hébergement que celui où ils habitaient au moment de l'étude. Ce sont chez les répondants habitant en appartements supervisés et en logements sociaux que nous observons les préférences les plus marquées pour leur catégorie d'hébergement actuelle, comptant respectivement pour 42,9 % et 40,0 % de ces sous échantillons. À l'opposé, l'unité psychiatrique est le type de ressource la moins populaire chez les répondants y habitant au moment de l'étude (7,0 %).

Un résultat nouveau et très intéressant est le suivant. Contrairement à la majorité des études publiées dans lesquelles les répondants préféreraient en forte majorité vivre dans leur propre appartement, seulement 22 % des répondants de cette étude ont cette préférence. Il est probable que la composition de l'échantillon explique cette différence. En effet, dans les études antérieures (Carling et Allott, 2000 ; Elliott et al., 1990 ; Gélinas et al., 2000 ; Palmer et al., 2000 ; Rogers et al., 1991 ; Thomas, 1987), les répondants avaient résidé ou résidaient au moment de l'étude en logement autonome. Ils étaient peut-être plus enclins à préférer ce type de logement. Dans le cas de cette étude, les répondants résidaient dans tous les types de ressources gérées par le réseau, excluant les personnes habitant leur propre logement.

De plus, les résultats démontrent que les logements sociaux, les HLM et les OSBL d'habitation ne sont pas aussi populaires qu'attendu. Malgré que ce type de ressource soit particulièrement avantageux financièrement, on constate qu'ils représentent la préférence de 16,0 % des répondants. On postule que ce type de ressource était peut-être méconnu de cette population.

Les résultats de cette étude arrivent à un moment crucial dans la planification des services. En effet, dans le *Plan d'action en santé mentale au Québec 2005-2010 (PASM)*, on reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix, et de participer aux décisions qui les concernent malgré la présence de certains symptômes. Le *PASM* vise à augmenter le nombre de *places autonomes en logements avec soutien*, soit les types de ressources de l'étude : propre appartement, appartements supervisés, HLM ou OSBL d'habitation. Le plan vise à diminuer le nombre de places dans les ressources de type familial et les ressources intermédiaires. Nos résultats indiquent que 52,1 % des répondants préfèrent habiter *de façon autonome en logement avec soutien*. De fait, près de la moitié des répondants préfèrent habiter dans un autre type de ressource. Une diversité de types de ressources résidentielles demeure donc nécessaire pour satisfaire la variété des besoins des usagers. Par ailleurs, on devrait aussi tenir compte des besoins en ressources résidentielles des personnes qui vivent d'autres situations non investiguées ici : personnes hospitalisées pour une courte durée (Lesage et al., 2003) ; personnes de 65 ans et plus ; personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves ; personnes emprisonnées et souffrant de troubles mentaux graves ; personnes souffrant de troubles mentaux graves qui vivent en CHSLD ; personnes seules ou vieillissantes et vivant avec leur famille.

Les résultats de cette étude pourraient être utiles aux planificateurs et décideurs. Ces derniers doivent tenir compte de l'opinion des principaux intéressés qui veulent prendre part aux décisions qui les concernent. Une attention particulière doit être accordée aux souhaits/désirs des usagers. Contrairement aux opinions souvent exprimées, les résultats de cette étude auprès d'un échantillon représentatif des usagers suggèrent que la majorité des usagers ne tient pas, au moment du sondage, à habiter en logement autonome. À l'exception du centre hospitalier, entre 30 % et 40 % des personnes souhaitent demeurer où ils habitent, d'autres souhaitent plutôt franchir une autre étape.

## Forces et limites de l'étude

Il est important de rappeler que l'échantillon, représentatif, était constitué d'un grand nombre de répondants qui vivent dans tous les types de ressources d'hébergement de Montréal. Il faut aussi ajouter que la taille considérable de l'échantillon appuie les résultats obtenus. Par contre, le taux de participation de 57 % des sujets suggère que certains biais peuvent affecter la validité des résultats. Le profil des répondants diffère-t-il de celui des personnes qui ont été contactées, mais qui ont refusé de participer ? D'autre part, même si les entrevues étaient confidentielles et conduites en un lieu choisi par le répondant, une certaine part de désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des usagers. Certains pourront aussi soutenir que les répondants ne sont peut-être pas nécessairement réalistes dans leur préférence résidentielle, compte tenu de leurs besoins. Cependant, il faut reconnaître que même si toutes les possibilités leurs étaient offertes, c'est une minorité de répondants qui a choisi de vivre dans son propre appartement. Ce pourcentage est beaucoup moins élevé que les estimations de plusieurs experts des études (Browne, 2005, 431 ; Keck, 1990, 499 ; Ogilvie, 1997, 540 ; Tanzman, 1993, 191 ; Thomas, 1987, 194 ; Nelson, 2003, 1109}. Peut-être les répondants sont-ils conscients, dans une certaine mesure, de leurs limites et du soutien nécessaire pour vivre dans le type de ressource de leur choix.

On peut par contre se demander si les préférences des usagers doivent être les seules à être considérées dans la planification des ressources résidentielles ? D'autres perspectives sur les besoins comme celles des intervenants, des décideurs, ne devraient-elles pas aussi être incluses avant de suggérer des cibles éclairées aux décideurs ? Il serait aussi très utile de comparer les préférences des usagers avec celles des intervenants ; de vérifier dans quel(s) domaine(s) se situent leurs besoins et si leur choix est réaliste ou si celui-ci nécessiterait trop de soutien. Cela fait l'objet d'un autre article en préparation.

## Références

- BEAULIEU, A., DORVIL, H., 2004, *Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*, Université Laval, Sainte-Foy.
- BROWNE, G., COURTNEY, M., 2005, Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study, *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326.
- CARLING, P. J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice, *Hospital & Community Psychiatry*, 44 (5), 439-449.

- Carling, P. J., Allott, P., 2000, *Assuring Quality Housing and Support for Walsall Residents with Mental Health Needs: An Action Research Report*, University of Central England in Birmingham, Centre for Mental Health Policy.
- CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH, 2003, *Housing Stability Benchmarking Study and Educational Workshops*, Centre for Addiction and Mental Health, Community Support and Research Unit, Toronto.
- COHEN, M., ANTHONY, W., 1988, A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding pitfalls of the past, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 1, 69-72.
- Dorvil, H., Morin, P., 2001, Présentation: Multiples enjeux et perspectives diverses, in Dorvil, H. et Morin, P., éd., *Nouvelles Pratiques sociales: Le logement social et l'hébergement*, 14, 2, Presses de l'université du Québec, 20-27.
- DUCHARME, M.-N., VAILLANCOURT, Y., 2002, *Portrait des organismes sans but lucratif d'habitation sur l'île de Montréal*, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales et la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM).
- DUNN, J. R., 2000, Housing and health inequalities, Review and prospects for research, *Housing Studies*, 15, 3, 341-366.
- DUNN, J. R., 2002, Housing and inequalities in health: A study of socio-economic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 9, 671-681.
- ELLIOTT, S. J., TAYLOR, S. M., KEARNS, R. A., 1990, Housing satisfaction, preference and need among the chronically mentally disabled in Hamilton, Ontario, *Social Science and Medicine*, 30, 1, 95-102.
- FRIEDRICH, R. M., HOLLINGSWORTH, B., HRADEK, E., FRIEDRICH, H. B., CULP, K. R., 1999, Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 50, 4, 509-514.
- GÉLINAS, D., LESAGE, A., BISSON, J., 2000, *Identification des ressources résidentielles et des modalités de suivi nécessaires à la poursuite du traitement psychiatrique dans un contexte ambulatoire à l'Hôpital Charles LeMoyne*, Hôpital Charles LeMoyne, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- GOERING, P., PADUCHAK, D., DURBIN, J., 1990, Housing homeless women: a consumer preference study, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 7, 790-794.



- GOLDFINGER, S. M., SCHUTT, R. K., 1996, Comparison of clinicians' housing recommendations and preferences of homeless mentally ill persons, *Psychiatric Services*, 47, 4, 413-415.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2007, *Le Québec chiffres en main*, Institut de la Statistique du Québec.
- HEALTH CANADA, 2002, *A Report on Mental Illness in Canada*, Health Canada, Ottawa.
- HEALTH SYSTEMS RESEARCH UNIT, 1997, *Review of Best Practices in Mental Health Reform*, Ministry of public works and government services, Ottawa.
- HOGAN, M. F., CARLING, P. J., 1992, Normal housing: a key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities, *Community Mental Health Journal*, 28, 3, 215-226.
- KECK, J., 1990, Responding to consumer housing preferences: The Toledo experience, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 4, 51-58.
- LESAGE, A., GÉLINAS, D., ROBITAILLE, D., DION, É., FREZZA, D., MORISSETTE, R., 2003, Towards benchmarks for tertiary care facilities and residential facilities for adults with severe and persistent mental disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 7, 485-492.
- LESAGE, A. D., BONSAK, C., CLERC, D., VANIER, C., CHARRON, M., SASSEVILLE, M., 2002, Alternatives to acute hospital psychiatric care in east-end Montreal, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 1, 51-57.
- MASSEY, O. T., WU, L., 1993, Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 2, 81-92.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Direction de la planification et de l'évaluation, gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001a, *Cibles prioritaires adoptées au forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001b, *État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*, Ministère de la santé et des services sociaux.

- MINSKY, S., GUBMAN RIESSER, G., DUFFY, M., 1995, The eye of the beholder : Housing preferences of inpatients and their treatment teams, *Psychiatric Services*, 46, 2, 173-176.
- MORIN, P., ROBERT, D., DORVIL, H., 2001, Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles, in Dorvil, H., Morin, P., éd., *Nouvelles Pratiques sociales : Le logement social et l'hébergement*, 14, 2, Presses de l'Université du Québec, 88-105.
- MURPHY, H. B. M., PENNEE, B., LUCHINS, D. J., 1972, Foster homes : The new back wards ? *Canada's Mental Health*, Supplement No. 71, Sept-Oct.
- NELSON, G., HALL, G. B., FORCHUK, C., 2003, Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22, 1, 5-19.
- NELSON, G., PEDDLE, S., 2005, *Housing and Support for People Who Have Experienced Serious Mental Illness : Value Base and Research Evidence*, Centre for Research on Community Services, Université d'Ottawa.
- NEUBAUER, R., 1993, Housing preferences of homeless men and women in a shelter population, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 5, 492-494.
- OGILVIE, R. J., 1997, The state of supported housing for mental health consumers : a literature review, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 2, 122-131.
- ONTARIO FEDERATION OF COMMUNITY MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS PROGRAMS (OFCMHAP), 1999, *The Canadian toolkit for measuring psychosocial rehabilitation outcomes*, from <http://www.psr.ofcmhap.on.ca/>
- PALMER, H. P., MACFARLANE, D., STUART, H., DURBIN, J., COCHRANE, J., GOERING, P., 2000, *Kingston Psychiatric Hospital Comprehensive Assessment Project Final Report*, Kingston Psychiatric Hospital.
- PARKINSON, S., NELSON, G., HORGAN, S., 1999, From housing to homes : a review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18, 1, 145-164.
- PARMENTIER, C., 1997, *Le logement : Domaine d'intérêt général européen ?* Paper presented at the Séminaire européen : Intérêt général européen et logement, Bruxelles.
- PIAT, M., PERREAULT, M., BLOOM, D., 2001-2005, *Evaluation of Services Provided in Foster Homes for Persons with Serious Mental Illness, A Consumer's Perspective*, Montréal, Subvention des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC).

- PIAT, M., RICARD, N., LESAGE, A., TROTTIER, S., 2005, Le point de vue des responsables des ressources de type familial sur les transformations des services de santé mentale au Québec, *Santé mentale au Québec*, 30, 2, 209-231.
- RIDGWAY, P., ZIPPLE, A., 1990, The paradigm shift in residential services : From the linear continuum to supported housing approaches, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 4, 11-31.
- ROGERS, E. S., DANLEY, K. S., ANTHONY, W. A., MARTIN, R., WALSH, D., 1994, The residential needs and preferences of persons with serious mental illness: a comparison of consumers and family members, *Journal of Mental Health Administration*, 21, 1, 42-51.
- ROGERS, E. S., WALSH, D., MASOTTA, L., DANLEY, K. S., 1991, *Massachusetts Survey of Client Preferences for Community Support Services*, Massachusetts Department of Mental Health, Boston.
- SCHUTT, R. K., GOLDFINGER, S. M., 1996, Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons, *Psychiatric Services*, 47, 4, 381-386.
- SREBNIK, D., LIVINGSTON, J., GORDON, L., KING, D., 1995, Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness, *Community Mental Health Journal*, 31, 2, 139-151.
- SYLVESTRE, J., NELSON, G., DURBIN, J., GEORGE, L., AUBRY, T., OLLENBERG, M., 2005, *Housing for People with Serious Mental Illness : Challenges for System-level Development*.
- SYLVESTRE, J., TRAINOR, J., HOPKINS, M., ANUCHA, U., ILVES, P., RAMSUNDAR, N., 2001, À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, in Dorvil, H. et Morin, P., éd., *Nouvelles Pratiques sociales : Le logement social et l'hébergement*, 14, 2, Presses de l'université du Québec, 59-74.
- TANZMAN, B., 1990, *Researching the Preferences of People with Psychiatric Disabilities for Housing and Supports*, Centre for Community Change, Burlington.
- TANZMAN, B., 1993, An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 5, 450-455.
- THOMAS, J. E., 1987, A study of expatients' perspectives on their housing experiences and options, *Smith College Studies in Social Work*, 57, 3, 199-217.

TRAINOR, J., 2002, *Housing Discussion Paper*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.

TRAINOR, J., MORRELL-BELLAI, T., BALLANTYNE, R., BOYDELL, K., 1993, Housing for people with mental illness : A comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 494-501.

## Appendice A

Liste des choix résidentiels suggérés

### 1. Logement autonome (ou sa propre résidence)

La personne est entièrement responsable de son logis à titre de locataire (**signe un bail**) ou de propriétaire.

### 2. Logement en Coopérative d'habitation (COOP)

La personne est entièrement responsable de son logis à titre de locataire (**signe un bail**). Les **tâches d'entretien et de gestion de l'immeuble sont partagées** entre les individus qui y habitent.

### 3. Logement autonome en H.L.M ou O.S.B.L d'habitation (logement social)

La personne est entièrement responsable de son logis à titre de locataire (signe un bail). Des services de soutien et de support minimum peuvent être dispensés par un organisme communautaire. **Le tarif locatif est modique et fonction du revenu** du locataire.

### 4. Maison de chambres sans services, soutien ou assistance

La personne occupe une **chambre individuelle avec ou sans accès à des pièces partagées** (salle de bain, salon, cuisine, etc.). Les résidents doivent respecter des règlements mais aucune supervision spécifique n'est exercée de la part des propriétaires. Les résidents ne reçoivent **sur place ni services de soutien, ni assistance**.

### 5. Logement autonome avec un(e) ami(e) ou un(e) colocataire

La personne partage la responsabilité du logis à titre de colocataire ou cohabite avec un(e) ami(e) qui assume la responsabilité du logement. Aucun service sur place n'est prévue d'emblée.

### 6. Logement autonome avec un conjoint

La personne partage la responsabilité de son logis avec son conjoint ou cohabite avec un conjoint qui assume seul la responsabilité du logis. Aucun service sur place n'est prévue d'emblée.

### 7. Résidence de ses parents ou d'un membre de la famille de la personne

La personne habite avec des membres de sa famille qui prennent soin *de facto* d'elle, notamment en assumant certains services (un gîte, un couvert, etc.) et en exerçant une certaine supervision.

### 8. Appartement supervisé (partagé ou non)

La personne habite un **appartement** de type studio (1½, 2½, etc.) au sein d'un immeuble où les résidents reçoivent sur place certains services

de soutien et d'assistance (**pas de signature de bail**). Les résidents doivent consentir à une certaine supervision exercée par des **intervenant**s durant la journée. Une programmation et certains services de soutien et d'assistance peuvent être dispensés sur place.

#### **9. Maison de chambre avec services, soutien et/ou assistance**

La personne occupe une **chambre individuelle avec ou sans accès à des pièces partagées** (salle de bain, salon, cuisine, etc.). Les résidents reçoivent **sur place certains services de soutien et d'assistance** dispensés par le propriétaire et/ou par un intervenant du milieu qui est engagé par le propriétaire.

#### **10. Foyer de groupe**

La personne habite une installation où les résidents vivent au **sein d'un groupe**, ont accès à des pièces communes (salle de bain, salon, cuisine, etc.) et doivent **suivre un horaire et des activités de réadaptation (durée limitée)**. Du personnel professionnel (infirmières, intervenants, etc.) offre certains services (gîte, couvert, assistance, etc.) et est **disponible 24 heures sur 24**.

#### **11. Pavillon**

La personne habite une installation de type longue durée où les résidents vivent **au sein d'un groupe** (10-30 personnes) et ont accès à des pièces communes (salle de bain, salon, cuisine, etc.). Les propriétaires doivent offrir certains services (gîte, couvert, assistance, etc.). **Les propriétaires ne résident pas nécessairement sur place**.

#### **12. Résidence d'accueil ou RTF (autrefois appelée Famille d'accueil)**

La personne habite dans une installation qui peut accueillir jusqu'à neuf (9) personnes. Les résidents ont accès à des pièces communes (salle de bain, cuisine, salon, etc.). **Les propriétaires** doivent offrir certains services (gîte, couvert, assistance, etc.) et ils **doivent résider sur place**.

#### **13. Centre hospitalier ou unité psychiatrique**

#### **14. Centre hospitalier de soins de longue durée — CHSLD (Centre d'accueil).**

La personne habite dans une installation offrant des soins infirmiers et d'assistance pour des personnes âgées ou des adultes en perte d'autonomie physique.

#### **15. Autre (spécifiez).** \_\_\_\_\_

**ABSTRACT****Housing preferences of people with severe mental illness: a descriptive study**

This article presents the results of an exploratory study on housing preferences of 315 people with serious mental illness living in seven types of housing in Montreal. The overall portrait that emerged from the study revealed that 22,0 % of the participants prefer to live in their own apartment, 16,0 % in HLM or OSBL, 14,1 % in a supervised apartment, and 11,5 % in a foster home. In addition, 31,7 % prefer the type of housing they were living in at the time of the study. The authors conclude that a variety of housing resources are necessary to meet the diverse needs of consumers.

**RESUMEN****Las preferencias residenciales de las personas que sufren de trastornos mentales graves: Un estudio descriptivo**

Este artículo presenta los resultados de un estudio exploratorio acerca de las preferencias residenciales de 315 personas que sufren de trastornos mentales graves albergadas en siete tipos de alojamiento en Montreal. La imagen global que se desprende de este estudio pone en evidencia que 22.00% de los usuarios prefieren vivir en su propio apartamento, 16.00% en las habitaciones de renta módica (HLM) u organismos no lucrativos (OSBL), 14.1% en los apartamentos supervisados y 11.5% en los recursos de tipo familiar. Notamos también que 31.7% de ellos prefiere el tipo de vivienda en la que habitan en el momento del estudio. Nuestra reflexión acerca de los resultados de este estudio nos lleva a concluir que sigue siendo necesaria una variedad de tipos de recursos residenciales para enfrentar la diversidad de las necesidades de los usuarios.

**RESUMO****Estudo descritivo sobre as preferências residenciais das pessoas que sofrem de transtornos mentais graves**

Este artigo apresenta os resultados de um estudo exploratório que trata das preferências residenciais de 315 pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, instaladas em sete tipos de hospedagem em Montreal. O quadro geral obtido pelo estudo evidencia que 22% dos usuários preferem morar em seu próprio apartamento, 16% nos abrigos HLM (habitação de aluguel módico) ou Organismos Sem Fins

Lucrativos, 14,1% em apartamentos supervisionados e 11,5% em recursos de tipo familiar. É possível notar também que 31,7% destas pessoas preferem o tipo de alojamento no qual eles moram no momento do estudo. Nossa reflexão sobre os resultados deste estudo nos leva a concluir que uma variedade de tipos de recursos residenciais continua sendo necessária para atender à diversidade de necessidades dos usuários.