

Nouvelles pratiques sociales



Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009, 151 p.

Lisa Benisty

Volume 23, numéro 1, automne 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1003184ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1003184ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Benisty, L. (2010). Compte rendu de [Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009, 151 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 283–288. <https://doi.org/10.7202/1003184ar>

HÉBERGEMENT, LOGEMENT ET RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE : POURQUOI ET COMMENT FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES ?

**Jean-François PELLETIER, Myra PIAT, Sonia CÔTÉ
et Henri DORVIL (dir.)**

Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009, 151 p.

À la suite du colloque « Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ? » qui a eu lieu à Québec en mai 2008, dans le cadre du 76^e congrès de l'Association francophone pour le savoir (Acfas), un livre portant le même titre a été publié. Sous la direction de Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil, ce recueil propose cinq communications en français et quatre en anglais. Parmi les auteurs issus principalement du Québec, mais aussi de l'Ontario, des États-Unis et du Royaume-Uni, on retrouve différents experts ayant eu des expériences en gestion, en coordination de programmes, en recherche et même des expériences personnelles de démarche de rétablissement à la suite d'un problème de santé mentale.

André Delorme, directeur national de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, débute en soulignant que le sujet de ce colloque va dans le même sens que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du gouvernement québécois. Ce plan d'action, intitulé « La force des liens (PASM) », insiste sur le processus de rétablissement, sur la reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes de santé mentale et sur l'importance d'agir sur une base intersectorielle. Delorme reconnaît qu'il n'existe pas actuellement une offre de services de soutien significativement structurée et satisfaisante dans la communauté pour répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles mentaux graves. Aussi, de nombreuses ressources en hébergement ne s'inscrivent pas dans une dynamique de soutien au rétablissement de la personne. Le réseau public de la santé et des services sociaux doit donc développer davantage des approches d'intervention axées sur le rétablissement.

C'est dans ce contexte qu'on doit situer le Cadre national de soutien communautaire en logement social adopté en 2007 par le gouvernement du Québec. Ce cadre invite au partenariat entre le réseau de l'habitation et celui de la santé et des services sociaux. Il vient également préciser la nature des services de soutien communautaires à offrir dans les logements et identifie les clientèles vulnérables prioritaires. Si le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demeure le pivot de l'action gouvernementale en ce qui a trait aux déterminants de la santé mentale, une collaboration intersectorielle entre ministères est jugée essentielle pour favoriser l'intégration sociale des personnes ayant un trouble de santé mentale.

Claude Roy, conseiller à la Société d'habitation du Québec, et Odette Perron, du ministère de la Santé et des Services sociaux, font état de l'expérience d'intersectorialité ayant été conduite entre leurs institutions respectives. Ils présentent le Cadre de référence sur le soutien communautaire, outil de mobilisation et d'action intersectorielle entre les partenaires du réseau de l'habitation et celui de la santé et des services sociaux. Selon les auteurs, ce partenariat est relativement récent comparativement à celui développé avec les organismes du logement social et communautaire qui ont été les premiers à mettre en place le soutien communautaire. Les objectifs du Cadre de référence sont de consolider les pratiques déjà existantes, de développer des projets de logements sociaux avec soutien communautaire, de mobiliser et d'encourager le partenariat autour des clientèles communes ainsi que d'assurer la pérennité des services en organisant une réponse continue aux besoins des personnes. La définition du soutien communautaire utilisée s'apparente à celle développée par la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal et recouvre un ensemble d'actions : accueil, référence, accompagnement, gestion de conflits entre locataires, etc. Bref, ces pratiques relèvent généralement de l'accompagnement social des individus et/ou des groupes, incluant la gestion des baux.

Jean-François Pelletier, doctorant en sciences politiques de l'Université du Québec à Montréal, présente un modèle global de rétablissement pour intégrer la santé mentale à la santé publique. En s'inspirant de Lester Breslow, il retrace d'abord les grandes révolutions en matière de santé publique. Selon lui, au fil de son évolution, la santé publique est passée d'une prévention typiquement médicale des maladies à une promotion proactive de la santé. La troisième révolution de la santé publique consiste d'ailleurs à augmenter le capital de santé et le capital social des personnes et des communautés de manière à ce qu'ils exercent davantage de contrôle sur leur vie, ce qui correspond à la notion d'*empowerment*. Rappelant que la santé mentale est généralement laissée pour compte lorsqu'il est question de promotion de la santé, Jean-François Pelletier souligne que c'est aussi

le cas pour la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Il revisite les cinq stratégies de cette Charte, proposant du même coup que la santé mentale soit véritablement intégrée à la promotion de la santé avec la notion du rétablissement. Il présente aussi un modèle global de rétablissement en santé mentale développé avec Larry Davidson de l'Université de Yale. Ce modèle reprend les dimensions du modèle écologique, où les interventions peuvent cibler les personnes sur les dimensions interpersonnelle, organisationnelle, communautaire et politique, tout en y ajoutant l'individu comme acteur et non seulement comme cible d'intervention. Le modèle assure alors à l'individu un rôle actif dans son propre rétablissement. De plus, il place la dimension politique au cœur même du rétablissement rappelant ainsi que les personnes sont appelées à intervenir dans tous les domaines qui les concernent. On passe donc d'un modèle bio-psycho-social à un modèle de rétablissement bio-psycho-socio-politique.

Intéressé, lui aussi par le modèle écologique, Geoffrey Nelson, professeur de psychologie à l'Université Wilfrid Laurier en Ontario, a fait une présentation intitulée: « Au cœur de l'écologie du rétablissement, un chez-soi ». Avec une perspective écologique, il présente à l'aide d'un diagramme, la relation entre la qualité de vie et l'hébergement. Cette présentation explique comment le système macro influence le système méso, qui à son tour influence les problèmes de santé, la qualité de vie subjective et le fonctionnement positif de la personne. Sur le plan du macrosystème, on retrouve des indicateurs sociaux de qualité de vie tels que le capital économique (offre et distribution de logement), le capital social (les politiques sociales) et la discrimination. Sur le plan du mésosystème, on retrouve les conditions de vie, ce qui inclut la question de l'itinérance et du logement ainsi que les facteurs liés au logement tels que le quartier et le support social. À cet égard, le logement est, pour la qualité de vie, à la fois une composante essentielle et un contribuant. Si les conditions qui relèvent du niveau macro telles que la pauvreté, la discrimination et l'appauvrissement du capital social influencent la santé et la qualité de vie, alors le logement permet d'intervenir sur ce lien.

Directeur du soutien communautaire et de l'équipe de recherche du Center for Addiction and Mental Health (CAMH) en Ontario, John Trainor retrace brièvement l'évolution des politiques en santé mentale et celles liées au logement. Avec l'évolution des modèles d'habitation (foyers offrant des soins spéciaux, foyers de groupes et coopératives, appartements subventionnés, soutien au logement, etc.), on constate à quel point certains modèles favorisent ou pas la démarche de rétablissement en santé mentale. Selon l'auteur, deux éléments marquent la manière avec laquelle un type de logement influence le rétablissement: d'une part, la structure dans laquelle

se trouve la personne et, d'autre part, les processus du quotidien que génère cette structure. L'identité des individus est grandement influencée par la manière dont ils sont perçus dans leur milieu de vie, ainsi que par le fonctionnement de ces lieux. Si les résidents sont perçus comme des patients nécessitant des interventions plutôt que comme des citoyens, l'offre de service sera la même pour tous et non adaptée aux besoins de soutien de chacun, comme le veut le rétablissement. Toujours avec l'idée de repenser l'offre de services, John Trainor présente un modèle revu de l'organisation du système de santé mentale, où l'on passe d'un système de santé mentale basé sur les ressources de la communauté à un système basé sur les ressources de la personne concernée.

Thomas A. Kirk et Paul J. Di Leo, respectivement commissaire et commissaire-assistant du Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS), aux États-Unis, font part, à l'aide d'exemples chiffrés et détaillés, des mesures qu'ils ont prises afin d'investir un maximum dans le rétablissement et dans l'hébergement. Par exemple, toute agence engagée pour offrir ses services doit obligatoirement avoir un plan de rétablissement, tel qu'il l'est inscrit dans les contrats. C'est une façon de fixer les standards de pratique et les mesures de performance, sans avoir à investir davantage. Sur le plan de l'hébergement, on souligne l'importance de créer un continuum de services avec différents niveaux de soins, permettant ainsi aux individus d'y circuler au rythme de leur cheminement. Les conditions d'accès au logement sont également examinées. Selon les auteurs, l'hébergement ne peut pas être conditionnel à certains comportements ou être attribué sous la forme d'une récompense. L'accès au logement relève du droit. Les auteurs font d'ailleurs une mise en garde : si le seul moyen d'obtenir de l'hébergement est de passer par l'hôpital, on court le risque d'encourager ce type de parcours. Dans les autres mesures mises en place par le DMHAS pour soutenir le rétablissement, on souligne l'embauche et la rémunération de *coachs* en rétablissement (pairs aidants). L'organisme développe également des programmes de réhabilitation par l'emploi. Ainsi, par une planification individualisée du rétablissement, le plan de traitement se transforme en plan de rétablissement.

Rapportant l'expérience de l'Angleterre, Shulamit Ramon, professeure et chercheuse principale d'un Centre de recherche pour le rétablissement en santé mentale, situe le logement comme une condition indispensable à l'exigeant parcours qu'est le rétablissement. Elle dresse le portrait de la situation du logement en Angleterre qui, avec l'Italie, a fermé des hôpitaux pour entamer un véritable processus de désinstitutionnalisation plutôt que de seulement réduire le nombre de patients. En 1990, un intérêt marqué a été porté au logement avec la mise en œuvre d'une politique spécifique en

raison de la fermeture des hôpitaux : 10 000 personnes ont dû être réinstallées et la plus grande partie du financement est allée au logement. Au départ, la solution retenue a été les foyers de groupe gérés par des organisations à but non lucratif et des foyers d'accueil tenus par des familles. On s'est toutefois rendu compte que ces foyers se transformaient souvent en mini-institutions et que les relations entretenues entre les résidents et les employés étaient infantilisantes. D'ailleurs, les foyers d'accueil familiaux n'existent plus et les foyers de groupe ont fait d'importants changements afin que les résidents aient davantage d'autonomie et de responsabilité. Parmi les défis de relocaliser les 10 000 personnes, l'auteure rapporte ce que plusieurs autres auteurs ont aussi identifié comme défi rencontré, la levée de boucliers associée au phénomène « *not in my back yard* ». Dix-huit mois après la mise en place du projet d'habitation et du travail de sensibilisation, on constate qu'il n'y a eu aucun problème avec les voisins, mais les rapports avec la communauté locale restent marqués par une certaine indifférence.

Parmi les initiatives créées pour soutenir le rétablissement en Angleterre, on note la formation des « Support, Time and Recovery workers ». Ce sont 1 500 anciens usagers des services en santé mentale qui ont reçu une formation pour offrir un soutien individualisé et flexible à des usagers durant leur processus de rétablissement. L'évaluation du projet est très positive, tant pour la personne accompagnée que pour l'accompagnateur et les professionnels du milieu.

Shulamit Ramon consacre une partie de sa présentation aux personnes itinérantes, puisqu'une grande partie d'entre elles souffrent de troubles mentaux. Plus précisément, elle présente une nouvelle problématique des mandats donnés pour comportements dits antisociaux (*Anti-social Behavior Order*). Ces mandats donnés par un magistrat interdisent certains comportements et la fréquentation de certains lieux pendant deux ans, lieux qui sont souvent ceux où la personne habite. Si le mandat n'est pas respecté, la personne risque d'être emprisonnée. Ce qui est inquiétant, c'est que ces mandats donnés de façon croissante sont aussi en train de judiciairiser des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de les exclure de leur espace de vie sociale dans lequel elles étaient, jusque-là, relativement acceptées.

Afin de faire valoir un autre point de vue, un des chapitres du livre a été consacré à la perspective sur le logement de trois personnes en processus de rétablissement au Québec. Une des invitées illustre comment les problèmes de logement peuvent être le résultat, mais aussi la cause d'instabilité d'humeur. Elle raconte son envie de s'investir dans son rétablissement, née d'une expérience positive d'implication citoyenne et surtout soutenue par le fait d'avoir eu un logement dans un Centre résidentiel et communautaire.

Elle explique comment le fait de payer un loyer, qui représente 25 % de son revenu, lui a donné le temps nécessaire pour trouver sa voie et pour faire un retour aux études. Travaillant maintenant au projet d'habitation Clé-en-main, elle rappelle que d'avoir accès à un logement abordable et salubre est indispensable pour s'investir dans un processus de rétablissement.

Pour conclure, ce recueil rappelle bien que si jusqu'à une certaine époque, il y avait d'un côté le milieu de la santé mentale et de l'autre le milieu de l'habitation, avec l'approche du rétablissement, cette division ne peut être maintenue. Comme il ne suffit pas d'obtenir un logement mais d'y vivre et de le conserver, la nécessité d'un travail de collaboration pour créer des ponts entre le milieu de la santé et de l'habitation est indiscutable, d'où l'importance du soutien communautaire en logement social. Tour à tour, en mettant l'accent sur un aspect ou un autre, les auteurs ont démontré la nécessité d'avoir accès à un logement et, plus particulièrement, l'urgence d'agir puisque le rétablissement prend racine, entre autres, dans un chez-soi. Ce que l'on constate aussi, c'est que les formules d'hébergement sont loin de toutes favoriser de la même manière le rétablissement en santé mentale. Ainsi, de même que les pratiques et la place des usagers tendent à évoluer, les options d'hébergement doivent évoluer afin d'être cohérentes avec une approche de rétablissement. Il est donc inspirant de connaître des exemples d'initiatives dans le domaine du logement grâce à ce recueil de textes. Ces exemples sont bien la preuve qu'il est possible pour le milieu de s'adapter à l'ère du rétablissement et de faire évoluer ses pratiques. Cependant, il serait intéressant de mieux comprendre ce qui entrave à cette mise à jour des pratiques. Étant donné que la nécessité et les bénéfices d'aligner le logement avec le rétablissement en santé mentale ne semblent plus à démontrer, la question qui reste est celle-ci : quels sont les freins qui font que ces pratiques tardent à se généraliser ?

Lisa BENISTY

Étudiante de 2^e cycle en service social
Université de Montréal