

*Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole*

**Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U.)
« Santé mentale dans la communauté : étude et application »**

ANNEE 2013

De la question de l'accès
à un lieu de vie dans la communauté pour les
personnes vivant avec un trouble de santé mentale

-
Initiatives, besoins et perspectives
d'hébergement/logement encadré
en France et en Belgique

Didier DE RIEMAECKER, Namur, Belgique

Tutrice du mémoire : Madame Aude CARIA

De la question de l'accès
à un lieu de vie dans la communauté pour les
personnes vivant avec un trouble de santé mentale

-
Initiatives, besoins et perspectives
d'hébergement/logement encadré
en France et en Belgique

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I. <u>Introduction</u> | 8 |
| II. <u>Accès au logement et santé mentale</u> | 10 |
| A. Les enjeux de l'accès au logement | 10 |
| B. La Réforme Belge des soins de santé mentale et ses enjeux | 11 |
| III. <u>Analyse descriptive : les dispositifs de logement/hébergement (en Belgique et en France)</u> | 12 |
| A. Les dispositifs de logement/hébergement existant en Belgique | 12 |
| A.1. Les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) | 13 |
| a) <i>Définition</i> | 13 |
| b) <i>Objectifs de soins</i> | 13 |
| c) <i>Modalités pratiques d'organisation</i> | 13 |
| d) <i>Durée de séjour</i> | 13 |
| e) <i>Financement</i> | 14 |
| f) <i>Quelques chiffres</i> | 14 |
| A.2. Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) | 14 |
| a) <i>Définition</i> | 14 |
| b) <i>Objectifs de soins</i> | 15 |
| c) <i>Modalités pratiques d'organisation</i> | 15 |
| d) <i>Durée de séjour</i> | 15 |
| e) <i>Financement</i> | 15 |
| f) <i>Quelques chiffres</i> | 15 |
| B. Comparaison de l'offre de logement/hébergement encadré en Belgique et en France | 17 |
| B.1. La dynamique d'accès au logement « par palier » | 17 |
| B.2. La dynamique d'accès direct en logement | 18 |
| B.3. Les dynamiques de facilitation d'accès aux logements issus du parc immobilier privé | 20 |
| C. En résumé | 22 |
| IV. <u>Enquête qualitative : Besoins et perspectives en matière de logement/hébergement encadré à Namur (Belgique)</u> | 23 |
| A. Méthodologie | 23 |
| A.1. Elaboration du questionnaire pour l'enquête qualitative | 23 |
| a) <i>Rédaction de la première version – Rencontres partenariales préliminaires</i> | 23 |
| b) <i>Relecture de la première version</i> | 24 |
| c) <i>Rédaction de la seconde version – Rencontres partenariales élargies</i> | 24 |
| d) <i>Validation de la version définitive</i> | 24 |
| A.2. Modalité d'envoi du questionnaire | 24 |
| B. Description de l'échantillon | 25 |
| C. Analyse des résultats | 25 |
| C.1. Situation actuelle en matière de logement/hébergement encadré sur Namur | 25 |
| a) <i>Connaissance des dispositifs existants</i> | 25 |
| b) <i>Accompagnement vers un logement ou un hébergement conventionnel</i> | 26 |

| | |
|--|----|
| c) <i>Accompagnement vers un hébergement spécialisé en santé mentale</i> | 26 |
| d) <i>Accueil au sein de structure de logement ou d'hébergement</i> | 27 |
| e) <i>Remarques générales concernant la situation actuelle (question ouverte)</i> | 27 |
| C.2. Analyse des besoins | 27 |
| a) <i>Eléments favorables au développement d'un sentiment de bien-être dans un logement/hébergement encadré</i> | 27 |
| b) <i>Eléments principaux qui peuvent ou pourraient jouer un rôle thérapeutique dans un logement/hébergement encadré</i> | 28 |
| C.3. Perspectives | 28 |
| a) <i>Quel type de logement/hébergement encadré développer, sur Namur ?</i> | 28 |
| b) <i>Durée de séjour au sein du logement/hébergement encadré</i> | 29 |
| c) <i>Modalités de l'encadrement à proposer en logement/hébergement encadré</i> | 29 |
| d) <i>Type d'encadrement (en terme de fréquence de passage) à proposer en logement/hébergement encadré</i> | 29 |
| e) <i>Intérêt de fixer des critères d'admission au sein du logement/hébergement encadré</i> | 30 |
| f) <i>Intérêt d'établir un contrat d'encadrement au sein du logement/hébergement encadré</i> | 31 |
| g) <i>Intérêt de mettre en place une concertation autour de l'utilisateur, au sein du logement/hébergement encadré</i> | 31 |
| h) <i>Type de contrat de bail pour le logement/hébergement encadré</i> | 30 |
| i) <i>Remarques générales concernant le type de logement/hébergement encadré qui serait à créer sur Namur (question ouverte)</i> | 32 |
| j) <i>Facteurs de succès dans le développement d'un projet de logement/hébergement encadré sur Namur (question ouverte)</i> | 32 |
| D. En résumé | 32 |
| E. La « captation de logement », une perspective envisagée sur Namur | 34 |
| V. <u>Conclusion</u> | 36 |
| BIBLIOGRAPHIE | 38 |

REMERCIEMENTS

à ma fille, Juliette

Merci à mon épouse sans le soutien de laquelle cette aventure n'aurait pas été possible.

Merci à Jean-Luc ROELANDT pour la force de ses convictions, le combat mené depuis de nombreuses années afin que celles-ci puissent devenir réalité et, enfin, pour le travail de transmission, de « passation de flambeau » qu'il assure ; notamment au travers de ce D.I.U..

Merci à Aude CARIA non tant seulement pour tout le soutien qu'elle a pu m'apporter (pour ce mémoire, pour mon projet,...) que pour la façon avec laquelle elle a apporté ce soutien.

Humilité. Humour. Gentillesse. Disponibilité. Conviction. Simplicité. Cordialité. Pertinence.

Merci à Bernard JACOB et au Docteur Benoît DELATTE de même qu'à Messieurs Francis PITZ et Jean-Claude FROGNEUX pour m'avoir ouvert la voie du D.I.U..

Merci aux partenaires du « Réseau Santé Namur » et aux usagers qui ont pris le temps de compléter le questionnaire d'enquête et/ou qui ont contribué, directement ou indirectement, à son développement.

Merci à Aurélie DANSART pour l'incroyable soutien dans l'encodage des données issues de l'enquête qualitative et pour l'avoir réalisé avec autant de patience et de perfectionnisme.

Merci à l'ensemble des professeurs, des orateurs et des praticiens qui, au long de ces trois semaines de D.I.U., ont partagé leurs idées, leurs pratiques et leurs expertises.

Merci, tout particulièrement, aux professionnels qui nous ont ouvert les portes de leurs institutions à l'occasion des visites organisées dans le cadre du D.I.U..

Merci aux organisateurs logistiques et administratifs de ce D.I.U..

Merci à vous tous, camarades de promotion, collègues des soins dans la communauté, chevaux du carrousel et loups de la meute. Merci pour la qualité de nos réflexions, la richesse de nos échanges et la convivialité des moments partagés.

I. Introduction

La psychiatrie est en mouvement ; nous irions jusqu'à dire en (r)évolution.

L'histoire de la psychiatrie est marquée d'étapes de changement ou de basculement de paradigme ; depuis certaines évolutions antérieures concernant les modes de prises en charge (enfermement, asile, hôpital,...), les approches médicamenteuses, les approches thérapeutiques, etc. jusqu'à d'autres évolutions, plus récentes celles-ci, en lien avec la désinstitutionnalisation, la trans-muralité ou encore ce que d'aucun appelle la psychiatrie « hors les murs ».

En 2001, au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soutient, au travers de ses recommandations en matière santé mentale, une dynamique de « soins dans la communauté » ; c'est-à-dire l'accompagnement psychosocial et le soin des patients dans un lieu de vie autre que l'hôpital.¹ En 2013, dans son « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 », l'OMS confirme et poursuit cette dynamique notamment en invitant les Etats membres à « mettre en place des services de santé mentale et de protection sociale complets, intégrés et réactifs dans un cadre communautaire ».

Ce mouvement est en œuvre en France, depuis les années soixante (et la psychiatrie de secteur) jusqu'à aujourd'hui. Si les modalités et les mots changent, la dynamique reste la même : aller dans le sens d'un passage de la psychiatrie à la santé mentale (Piel & Roelandt, 2001).

En Belgique, certaines étapes ont déjà été menées, à cet égard, notamment par le développement de structures ambulatoires de proximité et par le déploiement de structures résidentielles en-dehors des institutions hospitalières. Actuellement, faisant suite à la signature de la Convention ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, à Helsinki, en 2005, ce mouvement des soins dans la communauté se développe, en Belgique, au travers d'une Réforme fédérale visant la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie et

¹ Cfr. « *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* » (OMS, 2001), troisième recommandation : « Soigner dans la communauté ».

la création de réseaux trans-sectoriels.² Nous détaillerons certains de ces éléments dans le décours de notre propos.

Ainsi, ce mouvement général va dans le sens, autant que possible, d'une beaucoup plus grande inclusion dans la communauté des personnes vivant avec des troubles de santé mentale.

Or, dès lors que l'on souhaite mettre en œuvre un système de soins soutenant l'inclusion et le soin de l'utilisateur au sein de la société, se pose la question de l'accès au logement. En effet, comment soigner un usager dans la communauté si celui-ci n'arrive pas à y prendre part ?

L'objet de ce mémoire est, donc, de questionner les modalités actuelles et les perspectives futures en matière d'accès au logement pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale en Belgique et principalement sur Namur.

Afin d'étayer notre propos autour de cette question, nous avons souhaité réaliser ce mémoire autour de deux axes de réflexion : d'une part, (1) identifier et décrire les différents dispositifs existant, en la matière, en Belgique puis comparer ceux-ci avec les dispositifs développés en France et, d'autre part, (2) effectuer une enquête, sur la région namuroise, concernant les besoins et les perspectives en matière de création d'initiatives de logement/hébergement encadré pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

² Cfr. « *Guide : Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins* » (SPF, 2010). Cette réforme est initiée par le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, en association avec les Régions et les communautés, et avec le soutien de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Veuillez trouver, en Annexe n°1 du présent mémoire, différentes informations relatives à l'organisation des soins de santé mentale en Belgique.

II. Accès au logement et santé mentale

A. Les enjeux de l'accès au logement

Autour de l'accès au logement, réside tout d'abord des enjeux financiers. En effet, les personnes vivant avec des troubles de santé mentale sont souvent en situation de précarité financière ; que celle-ci soit cause ou conséquence du trouble de santé mentale (Guesdon, Petit et Roelandt, 2003 ; Martin, 2011 ; RSUN, 2011 ; Van de cloot & Van Herck, 2013). Leur accès au logement est, donc, souvent compromis en raison de ces difficultés financières.

Dans la région de Namur, à l'instar d'autres régions en Belgique, il existe, pour toute personne, un manque de logements à loyer abordable. Que cela soit dans les logements sociaux ou via les Agences Immobilières Sociales, les usagers en santé mentale ne disposent pas d'une accessibilité facilitée au logement « conventionnel » ; et ce, à défaut d'un statut spécifique lié au trouble de santé mentale (comme, par exemple, la reconnaissance du « handicap psychique », en France)³. Ils se retrouvent, donc, sur les mêmes listes d'attente que n'importe quel autre citoyen.

Lorsqu'il s'agit de chercher un logement conventionnel, dans le parc immobilier privé, les usagers en santé mentale se déclarent souvent victimes de discrimination en lien avec, d'une part, une stigmatisation de la maladie mentale et, d'autre part, les craintes projetées par les propriétaires quant aux implications du statut d'allocataire social (crainte de loyers impayés, de détérioration du bien,...).

Il existe également un enjeu citoyen autour de cette question de l'accès au logement. En effet, le droit au logement est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 comme un des éléments du droit à un niveau de vie suffisant.⁴

³ Cfr. Loi handicap du 11 février 2005 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

⁴ Ainsi, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme en son premier paragraphe : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement (...) ».

B. La Réforme belge des soins de santé mentale et ses enjeux

En Belgique, l'évolution vers une psychiatrie "hors les murs" s'est déjà entamée au travers de plusieurs étapes progressives de développement : les soins ambulatoires en santé mentale⁵, l'hébergement encadré en dehors des hôpitaux psychiatriques⁶, la concertation transversale entre les acteurs de santé mentale⁷, les premiers projets-pilote d'équipes mobiles en psychiatrie⁸ et la concertation clinique⁹.

La dernière Réforme belge des soins de santé mentale permet d'initier des avancées majeures en matière de santé mentale dans la communauté.

Elle se développe au travers de deux modalités innovantes par rapport à l'organisation historique des soins de santé mentale en Belgique¹⁰ : (1) la création de nouveaux dispositifs de soins dans la communauté (des équipes mobiles de suivi intensif, d'une part, et des équipes mobiles de suivi continu, d'autre part)¹¹ et (2) la création de réseaux locaux et transversaux rassemblant les acteurs soignant et non-soignant d'un territoire déterminé (oscillant entre 70.000 et 400.000 habitants) en vue de favoriser la création d'initiatives partenariales axées vers les soins dans la communauté, la réhabilitation psychosociale et l'empowerment.¹²

Concernant les réseaux trans-sectoriels, le Guide de la Réforme belge¹³ identifie cinq fonctions fondamentales qui doivent être organisées/développées au travers de la mise en place des réseaux.¹⁴ Par l'attribution à une de ces fonctions (la cinquième) de l'Habitat (logement et hébergement spécialisé ou non), la Réforme accorde une place importante aux défis relatifs au logement et à l'hébergement des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

⁵ Dans les années soixante-dix, création des Centres de guidance, aujourd'hui appelés "Services de Santé Mentale" (SSM).

⁶ En 1990, création des Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) et des Maisons de Soins Psychiatriques (MSP).

⁷ En 1996, création des Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale.

⁸ En 2001, mise en place du projet-pilote "Soins Psychiatriques A Domicile" (SPAD) : toujours en cours.

⁹ En 2006, mise en place du projet-pilote "Projets Thérapeutiques" : arrêté en mars 2012.

¹⁰ Cfr. Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique (SPF, 2011)

¹¹ Ces nouveaux dispositifs d'équipes mobiles en psychiatrie sont mis en place à partir des moyens des hôpitaux psychiatriques et généraux via un gel de lits permis par l'application de l'article 107 de la loi des hôpitaux.

¹² Par la création de ces réseaux trans-sectoriels, l'actuelle Réforme belge suit une logique similaire à celle de la création des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) en France ; bien que des différences caractérisent ces deux modèles. Pour plus de renseignements à propos des CLSM, veuillez trouver, en Annexe n°2 du présent mémoire, les « Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale » (Publication du Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), France).

¹³ Cfr. « Guide : Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » (SPF, 2010).

¹⁴ Veuillez trouver, en Annexe n°3 du présent mémoire, le schéma présentant les 5 fonctions de la Réforme belge des soins de santé mentale.

En parallèle du soutien aux soins dans la communauté, un des objectifs corollaires de la Réforme belge est l'intensification des soins hospitaliers et, par voie de conséquence, la réduction de la durée de séjour en hôpital psychiatrique, voire la réduction progressive du nombre de lits psychiatriques. C'est pourquoi la création de partenariat autour de cette question de l'Habitat est un enjeu fondamental.

A titre d'exemple, citons le "Réseau Santé Namur" (RSN) ; un des projets reconnus et mis en place dans le cadre de la Réforme belge des soins de santé mentale. Il est le fruit d'une collaboration entre l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon. Il concerne un territoire de 315.000 habitants et rassemble une centaine de partenaires dont 65 % sont « hors du soins ». Dans le RSN, à l'instar des autres réseaux issus de la Réforme, un « Comité de fonction 5 » a été constitué. Il rassemble des acteurs de structures de logement et d'hébergement conventionnelles de même que des acteurs de structures de logement et d'hébergement spécialisées en santé mentale.

Les rencontres qui ont lieu dans le cadre de ce Comité de fonction 5 permettent, d'une part, la création de ponts entre des secteurs partageant une certaine méconnaissance réciproque et, d'autre part, l'identification de problématiques communes en matière d'accès au logement. De la sorte, les membres du Comité ont, notamment, identifié certains manques dans l'offre d'hébergement spécialisé en santé mentale tant en terme de places disponibles qu'en terme d'offre proposée – celle-ci ne suffisant pas à couvrir la diversité des besoins existants (avec pour conséquence la création de « bouchons » à l'entrée des institutions spécialisées) et des délais de liste d'attente considérables avant l'octroi d'un logement public (avec pour conséquence la création de « bouchons » à la sortie des institutions spécialisées).

En matière de logement/hébergement encadré, beaucoup de projets sont à créer. Il y a un besoin manifeste et partagé par la majorité des acteurs en terme de développement de nouvelles structures.

Outre l'identification des défis à relever, le Comité de fonction 5 favorise le partenariat de même que l'émergence d'initiatives communes entre les secteurs (projets transversaux, procédures partagées, outils en commun,...). A cet égard, nous évoquerons, ultérieurement dans notre propos, le projet « Captation de logement » qui se développe à partir, notamment, du Comité de fonction 5 du RSN.

III. Analyse descriptive : Les dispositifs de logement/hébergement existant en Belgique

A. Les dispositifs de logement/hébergement existant en Belgique

« Il y a donc quelques années déjà que les premiers pionniers se lançaient “corps et biens” dans une aventure qui visait à permettre à des malades mentaux, trop souvent hospitalisés pour de longues durées, de vivre la vie de Monsieur et Madame “tout le monde”. »

(Petit, 2010)

Entre 1990 et 2000, ont eu lieu deux importantes vagues de restructuration des soins de santé mentale confirmant la volonté des autorités de démanteler progressivement les soins en institution au profit de soins au sein de la société.¹⁵

Cette restructuration est basée sur une stratégie de reconversions des lits¹⁶ qui a pris place au travers de deux phases. La première phase de reconversion a été entamée en 1990 débouchant sur la création de deux alternatives à l'hospitalisation psychiatrique classique : les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)¹⁷ et les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)¹⁸. La Seconde phase de reconversion a poursuivi cette volonté de diversification de l'offre et d'incitation aux soins extra-hospitaliers par la création de structures semi-ambulatoires comme les centres de jour, les hôpitaux de jour ou de nuit et par l'augmentation du nombre de places dans les IHP et les MSP.

Certes, « l'offre de soins a été diversifiée mais le caractère résidentiel des nouvelles structures d'accueil (IHP, MSP) est dominant et les hôpitaux psychiatriques continuent à jouer un rôle curatif prépondérant en matière de soins de santé mentale en Belgique ».¹⁹

¹⁵ Cfr. Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique (SPF, 2011)

¹⁶ Suivant des règles légales de reconversion, la désaffectation d'un certain nombre de lits peut donner lieu à la création d'autres lits ou places dans d'autres services ou nouvelles structures d'accueil.

¹⁷ Cfr. Arrêté Royal IHP du 10 juillet 1990.

¹⁸ Cfr. Arrêté Royal MSP du 10 juillet 1990.

¹⁹ Cfr. Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique (SPF, 2011)

A.1. Les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)

a) *Définition :*

Considérées comme des structures résidentielles alternatives et complémentaires à l'hôpital psychiatrique, les IHP accueillent des patients qui ne requièrent pas de traitement continu en hôpital mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement, en vue d'acquérir les aptitudes sociales nécessaires afin d'être totalement (ré-)intégrés dans la société.

b) *Objectifs de soins :*

Les I.H.P. ont pour objectifs de soins principaux la « réduction du comportement symptomatique » et l'« amélioration du fonctionnement psycho-social ». ²⁰ Ces structures offrent aux patients psychiatriques la possibilité de vivre hors du centre psychiatrique de manière individuelle et organisée, tout en en bénéficiant de l'accompagnement régulier d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistants sociaux...).

c) *Modalités pratiques d'organisation :*

La législation prévoit qu'une IHP est organisée sous la forme d'une association qui dépend d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général (secteur résidentiel) et d'un service ou centre de soins de santé mentale (secteur ambulatoire). Plusieurs formules d'hébergement sont proposées : hébergement semi-communautaire, chambre individuelle et lieux communs partagés, appartements individuels, possibilité d'accueil de couples. Certaines initiatives se sont plus orientées vers des groupes cibles spécifiques tels que : les mères avec enfants, les couples, les psychopathes chroniques, les toxicomanes, les jeunes adultes...

d) *Durée de séjour :*

L'Arrêté Royal ne détermine pas de limite dans le temps : « le séjour en IHP est justifié aussi longtemps que la personne concernée ne peut être totalement réintégrée dans la vie sociale ». ²¹

²⁰ Source : SPF Santé publique, base de données « Registres de données Psychiatriques Minimales » (RPM), 2009.

²¹ « Ainsi, certaines structures définissent une échéance – par exemple, deux années maximum. Ceci constitue un élément du projet de vie du résidant et des évaluations régulières ponctuent ce séjour. A l'inverse, d'autres prévoient des conventions à durée indéterminée, sans pour autant faire l'impasse sur des moments réguliers de structuration et d'évaluation de l'évolution du séjour et des projets du résidant. » (Petit, 2010)

e) Financement :

L'IHP trouve ses ressources dans la participation financière des résidents (en moyenne 300 à 350 euro par mois) et dans un prix de journée, fixé par le SPF Santé Publique, facturé trimestriellement aux mutualités. Ce prix de journée couvre pour l'essentiel les rémunérations des membres du personnel (1 intervenant temps plein pour huit places d'IHP) et la rémunération du médecin responsable du cadre, tel que définit par la loi.

f) Quelques chiffres :

On compte 85 associations d'IHP pour toute la Belgique dont 49% sont situées en Flandre, 32% en Wallonie et 19% à Bruxelles.²² Le nombre total de places dans les habitations protégées est de 3916 places dont 68% sont situés en Flandre, 20% en Wallonie et 12% à Bruxelles.²³ Le ratio nombre de places pour 1000 habitants est de 0.4 en Flandre et de 0.25 pour la Wallonie. Le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service est de 0,5 unités par 1000 habitants.²⁴

A.2. Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)

a) Définition :

Les MSP sont des institutions qui dispensent des soins et offrent un ensemble de services résidentiels permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter à des personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé, et à des personnes handicapées mentales qui nécessitent un accompagnement continu. C'est une forme d'habitat collectif protégé pour des patients psychiatriques qui ne requièrent pas de traitement hospitalier et ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique ininterrompue, mais qui ne possèdent pas toutes les facultés nécessaires pour pouvoir vivre de manière autonome ou séjourner dans une autre collectivité (Maison de repos et de Soins (MRS), IHP ou institution médico-pédagogique (I.M.P.)).

²² Source : SPF Santé publique, base de données RPM, 2009

²³ Source : SPF Santé publique, base de données RPM, 2010

²⁴ Cfr. Arrêté Royal du 05 juin 2000.

b) Objectifs de soins :

En comparaison des IHP, les M.S.P. visent davantage la stabilisation. Elles ont pour objectifs de soins principaux la « stabilisation de la symptomatologie psychiatrique » et le « maintien de l'adaptation psychosociale ».²⁵

c) Modalités pratiques d'organisation :

Les MSP sont organisées en unités fonctionnelles de 10 lits au minimum et de 60 lits au maximum. Une M.S.P. se caractérise par une approche multidisciplinaire. L'équipe est supervisée par un spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Elle propose un accompagnement continu. Les résidents font appel à leur médecin généraliste pour les problèmes médico-somatiques.

d) Durée de séjour :

L'Arrêté Royal ne détermine pas de limite dans le temps. Dans la réalité, la diversité des publics accueillis en MSP ne permet pas d'émettre une durée de séjour moyenne pertinente. Cependant, il est à noter que le positionnement des MSP a évolué, depuis leur création, d'une logique plutôt résidentielle au départ vers une logique plus transitionnelle actuellement (notamment en lien avec la dernière Réforme belge des soins de santé mentale et à l'attention portée au développement de projet d'intégration d'un lieu de vie autonome).

e) Financement :

La MSP trouve ses ressources dans la participation financière des résidents (en moyenne 950 euros par mois) et dans un prix de journée, fixé par le SPF Santé Publique (à 115 euros, en moyenne). Le financement des MSP repose également sur l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé (dans le cadre de conventions entre les MSP et les organismes assureurs) et les subsides des Régions (travaux de construction, aménagements...).

f) Quelques chiffres :

On compte actuellement 42 MSP dont 24, soit 57%, sont situées en Flandre, 13 en Wallonie et 5 à Bruxelles.²⁶ La capacité d'accueil globale des MSP s'élève à 3.280 lits agréés dont 2.230 lits, soit 68%, sont localisés en Flandres, 793 lits en Wallonie et 257

²⁵ Source : SPF Santé publique, base de données RPM, 2001

²⁶ Source : SPF Santé publique, base de données RPM, 2008

à Bruxelles.²⁷ Le nombre maximum de places en MSP pouvant être mis en service est de 0.6 lits MSP pour 1000 habitants en Belgique.²⁸

B. Comparaison de l'offre de logement/hébergement encadré en Belgique et en France

La comparaison que nous souhaitons réaliser brièvement ici entre ces pays limitrophes, que sont la Belgique et la France, est en lien avec le fait que ceux-ci paraissent suffisamment proches – tant sur les plans sociologiques, démographiques que socioculturels – pour qu'un regard croisé puisse y être posé.

Nous avons, afin de réaliser cette comparaison, identifié trois axes de lecture, à savoir trois dynamiques à l'œuvre dans ces deux pays en matière d'accès au logement : la dynamique d'accès au logement dite « par palier », la dynamique d'accès direct en logement et les dynamiques de facilitation d'accès aux logements issus du parc immobilier privé.

B.1. La dynamique d'accès au logement « par palier » :

Ce modèle évolutif de cheminement vers le logement – autrement appelé modèle « en escalier » ou encore « continuum de soins » – est en cours depuis de nombreuses années, en Belgique comme en France (Pleace, 2010). Ce modèle privilégie le rétablissement progressif avant l'entrée en logement. Suivant ce modèle, on développe ainsi un parcours constitué de plusieurs échelons, transitoires, que la personne doit chaque fois gravir pour accéder au niveau supérieur. Des structures spécifiques sont mises en place afin d'assurer les différentes étapes de cette progression vers le logement autonome. A chaque étape, des conditions, normes et degrés d'autonomie différents sont imposés et requis (Martin, 2011).

Afin de soutenir notre approche comparative, nous avons cherché, pour chacun des deux pays concernés, à différencier les structures de logement/hébergement encadré selon deux continuums : l'un axé autour des questions d'autonomie et d'encadrement

²⁷ Source : SPF Santé publique, base de données RPM, 2010

²⁸ Cfr. Arrêté ministériel du 10 juillet 1990

(allant d'un faible degré d'autonomie associé à un grand encadrement vers un haut degré d'autonomie associé à un faible encadrement) et l'autre axé autour du degré d'inclusion dans la communauté (allant de structures sous forme de service semi-résidentiel vers des structures incluses dans la communauté).

En croisant ces deux continuums sur un même schéma (cfr. Graphique 1 et Graphique 2 présenté en l'Annexe n°4 du présent mémoire), nous pouvons constater, d'une manière générale, que la Belgique dispose d'un moins grand nombre de « structures-paliers » que la France afin de permettre une progression d'un type de besoin (faible degré d'autonomie et haut besoin d'encadrement en service semi-résidentiel) à un autre (haut degré d'autonomie et faible besoin d'encadrement dans la communauté).²⁹

Une partie des structures permettant, en France, qu'existe ces « paliers » sont issues de structures sociales ou médico-sociales et ce, grâce à la reconnaissance du statut de « handicap psychique ». Indépendamment du débat qui pourrait avoir lieu sur l'intérêt de la création d'un tel statut en Belgique, il est intéressant de noter que ce décloisonnement sectoriel permet d'augmenter la diversité de l'offre et, par voie de conséquence, l'adaptabilité aux besoins de l'utilisateur.

B.2. La dynamique d'accès direct en logement :

Le modèle d'accès direct en logement – communément appelé « Housing First » – est né en 1992 à New York avec le projet « Pathways to Housing ». Ce projet s'adressait uniquement à des personnes vivant en rue et combinant des problèmes de santé mentale et d'assuétudes (Tsemberis, 2010).³⁰

Contrairement aux approches basées sur la supposition que les personnes confrontées à l'absence de chez-soi doivent se « reconstruire » ou « devenir aptes pour un logement » (« le traitement d'abord »), les stratégies alternatives cherchent à les faire accéder à un logement permanent aussi vite que possible (« le logement d'abord »).³¹

²⁹ Ces schémas ont davantage vocation à être exemplatifs qu'exhaustifs. Ils ont été réalisés par l'auteur de ce mémoire sur base des sources citées en Annexe n°4 du présent mémoire et n'engage que celui-ci.

³⁰ Les principes sur lequel se base ce modèle sont : le logement comme droit fondamental pour tous, le choix du client, le principe de réduction des risques et de rétablissement/guérison (recovery), et l'intégration au sein de la communauté.

³¹ Cfr. « Plan de lutte contre la pauvreté », Belgique (2012).

Le modèle d'« Housing First » peut être mis en application suivant des déclinaisons variables³² dont les points communs sont :

- un accès immédiat à un logement abordable permanent ;
- le traitement est encouragé mais non obligatoire. Il est assuré par une équipe ACT (Assertive Community Treatment) ;
- le suivi du logement est séparé de l'accompagnement afin de garantir la qualité de ce dernier³³ ;
- le logement est fourni sur base d'un bail standard (sans limites dans le temps) et les services sont disponibles aussi longtemps que nécessaire ;
- le locataire choisit son logement (lieu, meubles etc.) ainsi que les modalités de l'accompagnement (type et fréquence des services) ;
- les logements sont dispersés dans la ville pour favoriser une intégration des personnes au sein de la communauté.

En France, le programme expérimental « Housing First / Chez soi d'abord » se met en place, depuis 2009, avec pour objectif de produire, au terme d'une période de quatre ans, des preuves visant, dans un deuxième temps, à la mise en place d'une politique nationale efficace, susceptible de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être de toutes les personnes sans-abri (Girard, Estecahandy & Chauvin, 2009).³⁴

L'expérimentation est réalisée sur quatre sites en France. Sur chaque site, 100 personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et sans-abri, vont être accompagnées et orientées, si elles le souhaitent, directement vers un logement ordinaire par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale. Le ratio envisagé est d'un accompagnateur pour 10 accompagnements. Les personnes qui vont rentrer dans le programme seront recrutées par une équipe de recherche avec l'aide d'équipe mobile psychiatrie / précarité (EMPP).³⁵

³² Citons à titre d'exemple : le logement d'abord regroupé ou Communal Housing First (CHF) et le logement d'abord "léger" ou Housing First Light (HFL), (Pleace, 2010).

³³ L'équipe peut donc suivre l'ex-locataire après une expulsion et assurer une continuité de l'accompagnement, tout comme le locataire reste dans le logement même s'il ne souhaite pas utiliser les services de l'équipe.

³⁴ Ce programme a été initié sur base de recommandations présentées dans le Rapport sur « La santé des personnes sans chez soi » (Girard, Estecahandy & Chauvin, 2009). A l'occasion de la remise du rapport, la ministre de la santé et des sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, et le secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, M. Benoist Apparu, ont décidé de lancer l'expérimentation de ce programme qui participe de la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées.

³⁵ Ce programme se fera en articulation avec un autre programme national expérimental, le programme médiateur de santé/pair aidant. Ainsi trois des dix médiateurs formés par site seront inclus dans les équipes.

En Belgique, un programme expérimental – intitulé « Housing First Belgium » – va également être déployé, au travers de six projets répartis sur cinq sites (Bruxelles, Charleroi, Liège, Anvers et Gand).³⁶ Ce programme se compose de 2 niveaux d'actions : d'une part, l'expérimentation sociale sur le terrain (renforcement ou constitution d'équipes d'accompagnement) et, d'autre part, un processus d'observation, d'évaluation et de formulation de recommandations.

L'objectif, au terme de ce programme expérimental de deux ans, est de relever les conditions d'application et d'efficacité de la méthodologie « Housing First » en Belgique, et d'élaborer, dans un deuxième temps, un manuel d'implémentation, au niveau national, des innovations sociales en matière de relogement des personnes sans-abri.

Le groupe expérimental visé, pour l'ensemble du programme, est d'environ 100 personnes insérées en logement. Pour cinq des six projets, le public-cible concerne les personnes précarisées en rue. Pour un des projets (mis en place à Bruxelles), le public cible est constitué des personnes précarisées en rue qui présentent un trouble de santé mentale. En matière d'intensité et de fréquence d'accompagnement, le ratio envisagé est d'un accompagnateur pour 8 à 10 accompagnements. La phase d'expérimentation débute en septembre 2013.³⁷

B.3. Les dynamiques de facilitation d'accès aux logements issus du parc immobilier privé :

Dans un contexte marqué par un déficit d'une offre accessible aux plus modestes (logement social, parc HLM,...), la mobilisation du parc privé – qui, de fait, loge déjà largement les personnes à faibles ressources – est donc essentielle pour augmenter et diversifier le parc de logements disponibles à la location.³⁸

³⁶ Ce programme est mis en place dans le cadre de l'action n°76 du Plan Fédéral de Lutte contre la Pauvreté (2012) qui prévoit que « La Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté, Mme Maggie De Block, appliquera le principe du « Housing First » dans au moins cinq grandes villes du pays (deux en Flandre, deux en Wallonie et une à Bruxelles) ».

³⁷ Cfr. « Housing First Belgium : expérimentations d'innovations sociales en matière de relogement des personnes sans-abri » (2013). Document non publié transmis par la coordinatrice fédérale du projet, Madame Coralie Buxant, dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

³⁸ Cfr. « *Intermédiation locative & mobilisation du parc privé* » (2009), fiche publiée par les Services du Premier ministre (France) dans le cadre du Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées.

En France, depuis les années 1990, divers dispositifs ont été créés afin de poursuivre cet objectif : agences immobilières à vocation sociale, baux glissants, gestion locative adaptée, etc. En novembre 2008, un programme expérimental d'« intermédiation locative » démarre, en Ile-de-France, sous l'appellation « Solibail ». L'intermédiation locative est un dispositif qui souhaite répondre à deux conditions nécessaires pour parvenir à mobiliser des logements privés : assurer, d'une part, au propriétaire un revenu satisfaisant, eu égard aux conditions du marché et lui apporter, d'autre part, la garantie qu'il retrouvera, à la sortie de la période de location, un bien en bon état (Ferre, Moriceau & Rossini, 2012).

Après cette première expérimentation qui a porté sur 300 logements, le programme a pu connaître un développement important en 2009, grâce au Plan de Relance de l'économie : est ainsi fixé un objectif de 5 000 logements ciblés sur les régions les plus en tension au regard des demandes de logement et d'hébergement.

En Belgique, un dispositif similaire à l'intermédiation locative et appelé « Agence Immobilière Sociale » (AIS) existe depuis le début des années quatre-vingt-dix et a été pérennisé en 1998.³⁹

Une AIS est une agence qui joue le rôle d'intermédiaire entre les locataires à faibles revenus et les propriétaires de logements privés. Elle contribue à augmenter l'offre de logements à prix modérés. Une AIS s'engage à assurer une gestion du bien et garantit au propriétaire : le paiement régulier du loyer (que le locataire paie ou non), la prise en charge des vides locatifs et le respect de l'état des lieux et l'exécution des travaux incombant aux locataires.

L'AIS répond, donc, à la fois aux besoins des plus démunis en leur facilitant l'accès à des logements en tant que garant financier et aux désirs des propriétaires de neutraliser les risques financiers associés à l'image des locataires à faibles revenus. Les logements proposés, disséminés dans la ville (pas de formation de ghettos), sont des parties de maisons particulières (pas de building) qui ne se distinguent en rien des autres logements (pas d'étiquette).⁴⁰

³⁹ Cfr. Ordonnance du Conseil de la Région de Bruxelles-Capitale du 12 février 1998 et Arrêté du Gouvernement wallon du 17 mars 1999.

⁴⁰ Cfr. Fiche descriptive de l'AIS "Gestion Logement Namur" (GLN) sur le site internet de la Ville de Namur (<http://appli.ville.namur.be/Association/ficheAsbl.asp?idAsbl=362>).

C. En résumé :

Il existe actuellement, en Belgique, deux types de dispositifs spécifiques de soins « hors les murs » (Initiatives d'Habitations Protégées et Maisons de Soins Psychiatriques) ; fruits d'une première vague de désinstitutionalisation initiée dans les années quatre-vingt-dix.

En France comme en Belgique, l'accès au logement, spécialisé ou non en santé mentale, se décline selon trois dynamiques. L'analyse descriptive que nous en avons réalisé permet de dresser les constats suivants.

La dynamique d'accès au logement « par palier », est davantage développée en France qu'en Belgique en raison de l'existence d'un plus grand nombre de « structures-paliers » ; s'expliquant, notamment, par le fait qu'une partie de ces « paliers » sont financés au travers de la reconnaissance du statut de « handicap psychique » (inexistant en Belgique).

La dynamique d'accès direct en logement (Housing First / Chez soi d'abord) est l'objet de programmes expérimentaux en France (depuis 2009) comme en Belgique (démarrage en 2013). Si la méthodologie est similaire, ces programmes diffèrent en terme de public-cible ; le programme français étant focalisé sur le public des personnes précarisées présentant un trouble de santé mentale tandis qu'en Belgique le public-cible est presque exclusivement orienté vers les personnes précarisées.

La dynamique de facilitation d'accès aux logements issus du parc privé est soutenue, depuis de nombreuses années, en Belgique, au travers de la mise en place des Agences Immobilières Sociales (AIS). Développés dans les années quatre-vingt-dix, ces structures ont pour vocation de favoriser la mise en location, à loyer modéré, de biens privés dont la mise en gestion auprès de l'AIS permet de rassurer les propriétaires quant aux risques de vide locatif ou de dégradation du bien. Depuis 2008, le programme expérimental d'« intermédiation locative », en France, propose un dispositif similaire afin de faciliter l'accès à un logement privé pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

IV. Enquête qualitative : Besoins et perspectives en matière de logement/hébergement encadré à Namur (Belgique)

Cette deuxième partie présente une enquête qualitative effectuée dans le cadre de ce mémoire, afin d'évaluer les besoins et les perspectives, sur la région namuroise, en matière de création d'initiatives de logement/hébergement encadré à destination des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Les résultats devront permettre de faire des recommandations pour le développement de ces alternatives, en tenant compte des attentes des différents partenaires du réseau namurois.

A. Méthodologie

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par questionnaire auprès des publics suivants : personnes vivant avec des troubles de santé mentale ; responsables de service public ; professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement « conventionnel » ; professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement spécialisé en santé mentale et professionnels du secteur de la santé mentale. Dans ce choix de composition de l'échantillon, nous n'avons volontairement pas eu le souhait de viser l'exhaustivité, ni la représentativité de l'ensemble des partenaires du territoire namurois. Nous avons eu à cœur de cibler des personnes directement concernées par notre thématique. Les critères fixés en vue de la constitution de cet échantillon sont, d'une part, que chacun des publics-cible définis préalablement participent à l'enquête pour un minimum attendu de 4 représentants par groupe-cible et, d'autre part, que l'échantillon dépasse le nombre total de 30 participants.

A.1. Elaboration du questionnaire pour l'enquête qualitative

Pour l'élaboration du questionnaire d'enquête nous avons procédé par différentes étapes afin d'assurer un processus de validation de celui-ci avant envoi.

a) Rédaction de la première version – Rencontres partenariales préliminaires

La première version du questionnaire a été rédigée consécutivement à différentes rencontres du Comité de fonction 5 du Réseau Santé Namur (RSN)

et avec l'objectif de refléter une partie des questionnements et des préoccupations évoquées par les partenaires au sein de ce Comité.⁴¹

b) Relecture de la première version

La première version du questionnaire a été proposée, pour relecture, à un représentant des usagers (membre de l'association Psytoyens), une professionnelle du secteur logement/hébergement « conventionnel » (travaillant dans une maison d'accueil) et une professionnelle du secteur logement/hébergement « spécialisé en santé mentale » (travaillant dans une IHP). Ceux-ci ont proposé des adaptations et modifications du questionnaire.

c) Rédaction de la seconde version – Rencontres partenariales élargies

Une seconde version du questionnaire a été rédigée à partir, d'une part, des adaptations et modifications évoquées ci-avant et, d'autre part, d'une rencontre partenariale au cours de laquelle un grand nombre de professionnels du secteur du logement et du secteur social ont évoqué leurs réalités et leurs difficultés dans la gestion des situations en lien avec des personnes en logement vivant avec un trouble de santé mentale.⁴²

d) Validation de la version définitive

Le questionnaire a été finalisé après relecture et adaptation par Madame Marie TEMPELS, coordinatrice de la Cellule de Recherche et Publication Scientifique (CRPS, Namur) de même qu'après approbation par la référente du mémoire, Madame Aude CARIA.⁴³

A.2. Modalité d'envoi du questionnaire

Nous avons souhaité, dans notre méthodologie, adresser le même questionnaire à des personnes appartenant à des publics-cibles différents ; poursuivant l'objectif de recueillir le point de vue de différents secteurs sur les mêmes thématiques.

⁴¹ Rencontres partenariales qui ont eu lieu, entre novembre 2012 et mai 2013, dans le cadre du Comité de fonction 5 du « Réseau Santé Namur ».

⁴² Rencontre partenariale qui a eu lieu, le 16 mai 2013, dans le cadre du Groupe « Logement » organisé par le Conseil Consultatif du Social » (CCS) de la Ville de Namur.

⁴³ Veuillez trouver, en Annexe n°5, la version définitive du questionnaire pour l'enquête qualitative de ce mémoire.

Le questionnaire a, ainsi, été adressé à des personnes vivant avec des troubles de santé mentale, des responsables de service public, des professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement « conventionnel » (logement social, A.I.S., maison d'accueil,...), des professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement spécialisé en santé mentale (I.H.P. et M.S.P.) et des professionnels du secteur de la santé mentale (hôpital, S.S.M., équipe mobile,...)

B. Description de l'échantillon

L'échantillon est constitué, au total, de 44 participants : 7 personnes vivant avec des troubles de santé mentale (ci-après dénommées « usagers »), 6 responsables de service public (ci-après dénommés « SP »), 4 professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement « conventionnel » (ci-après dénommés « LHC », 7 professionnels du secteur du logement ou de l'hébergement spécialisé en santé mentale (ci-après dénommés « LHSM ») et 20 professionnels du secteur de la santé mentale (ci-après dénommés « SM »). (Annexe n°6, Information générale, graphique a)

Le taux de participation est de 50%. Le questionnaire a été l'objet de 89 envois directs à des partenaires du « Réseau Santé Namur » ainsi qu'à des usagers.⁴⁴

C. Analyse des résultats

Conformément au questionnaire, l'analyse des résultats est constituée de trois parties : (1) situation actuelle en matière de logement/hébergement encadré sur Namur, (2) analyse des besoins et (3) perspectives.

C.1. Situation actuelle en matière de logement/hébergement encadré sur Namur

a) Connaissance des dispositifs existants :

L'échantillon a globalement une bonne connaissance des dispositifs existant en matière de logement/hébergement sur la région namuroise. Les principaux dispositifs

⁴⁴ Plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans l'explication de ce taux de retour. Citons notamment, à titre d'exemple, (1) la période d'envoi des questionnaires (juin et début juillet) qui correspond soit à une période très active professionnellement, soit au démarrage des périodes de congés et (2) le fait que les partenaires du "Réseau Santé Namur" aient été, par ailleurs, fortement sollicités dans le cadre d'un programme de recherche scientifique mis en place afin d'évaluer la Réforme.

sont connus à hauteur maximale de 77% (Initiatives d'Habitations Protégées, IHP) et à hauteur minimale de 56% (Agence Immobilière Sociale, AIS).

Notons que 45% des professionnels SM ne connaissent pas ou n'ont pas fait appel aux Sociétés de logement social ou aux AIS. Par ailleurs, les Maisons de soins psychiatriques (MSP) ne sont pas connues ou n'ont pas été sollicitées par 50% des professionnels LHC. (cfr. Annexe n°6, Question 1 – Graphique b)

b) Accompagnement vers un logement ou un hébergement conventionnel :

Il est estimé difficile par 55% des participants – et très difficile par 28% - d'accompagner ou d'être accompagné dans la recherche d'un logement ou d'un hébergement conventionnel sur Namur (logements sociaux, maisons d'accueil,...) pour une personne vivant avec un trouble de santé mentale (cfr. Annexe n°6, Question 2 – Graphique a). Les usagers sont majoritaires à estimer cela très difficile (40%) et les professionnels LHSM, quant à eux, sont majoritaires à estimer cela difficile (71%) (cfr. Annexe n°6, Question 2 – Graphique b).

Les raisons invoquées sont : les listes d'attente et la durée des processus d'admission (24% au total dont respectivement 17% et 7%), la stigmatisation, les préjugés et le rejet liés au trouble de santé mentale (19%), le prix des loyers (18%) et le manque de logement et d'hébergement (17% au total dont respectivement 11% et 6%) (cfr. Annexe n°6, Question 2 – Graphique c).

c) Accompagnement vers un hébergement spécialisé en santé mentale :

Il est estimé difficile par 63% des participants d'accompagner ou d'être accompagné dans la recherche d'un hébergement spécialisé en santé mentale, sur Namur (IHP, MSP,...) pour une personne vivant avec un trouble de santé mentale (cfr. Annexe n°6, Question 3 – Graphique a). A l'inverse, 19% des participants estiment que cela est facile (dont principalement les professionnels LHSM, 29%, et les professionnels SM, 25%) (cfr. Annexe n°6, Question 3 – Graphique b).

Les raisons invoquées sont : les listes d'attente et la durée des processus d'admission (42% au total dont respectivement 27% et 15%), les critères d'admission (17%) et le manque de logement et d'hébergement (17% au total dont respectivement 6% et 11%) (cfr. Annexe n°6, Question 3 – Graphique c). Notons que 43% des usagers identifient également le prix des loyers comme une difficulté (cfr. Annexe n°6, Question 3 – Graphique d).

d) Accueil au sein de structure de logement ou d'hébergement :

Les professionnels LHC estiment, pour 50% d'entre eux, qu'il est difficile et, pour 25% d'entre eux, qu'il est très difficile d'accueillir une personne vivant avec un trouble de santé mentale dans leurs structures de logement ou d'hébergement (cfr. Annexe n°6, Question 4 – Graphique b). Les raisons invoquées par ces professionnels LHC sont l'instabilité liée au problème de santé mentale (75%) et les difficultés avec le voisinage (50%) (cfr. Annexe n°6, Question 4 – Graphique d).

Les professionnels LHSM sont, quant à eux, plus contrastés sur cette question. Ils estiment cela difficile pour 57% d'entre eux et, à l'inverse, facile pour 43% d'entre eux (cfr. Annexe n°6, Question 4 – Graphique b). Les difficultés qu'ils invoquent sont la durée des processus d'admission (43%), les listes d'attente (43%), les critères d'admission (43%) de même que l'instabilité liée au problème de santé mentale (43%) (cfr. Annexe n°6, Question 4 – Graphique d).

e) Remarques générales concernant la situation actuelle (question ouverte) :

A la question ouverte « Quel avis ou remarque auriez-vous à formuler concernant la situation actuelle, sur Namur, en matière de logement/hébergement encadré », les réponses qui sont le plus souvent évoquées sont le manque de places disponibles (N=12), le manque d'offres à loyer abordable (N=9) de même que le jugement et la stigmatisation (N=8) (cfr. Annexe n°6, Question 5 – Tableau a).

C.2. Analyse des besoins

a) Éléments favorables au développement d'un sentiment de bien-être dans un logement/hébergement encadré :

Les professionnels – tout secteur confondu – identifient comme principal élément favorable au développement d'un sentiment de bien-être en logement/hébergement encadré les dispositifs de suivi à domicile dont l'aide au quotidien par des aides familiales (62%) et l'accompagnement par des équipes mobiles (57%).

Ceci contraste avec le point de vue des usagers interrogés qui, eux, identifient principalement comme éléments favorables la sécurité de l'environnement (57%), le faible coût du logement (57%) et les relations au voisinage (43%).

Les usagers ne plébiscitent les modes de suivi à domicile comme éléments favorables au développement de bien-être en logement/hébergement encadré, qu'à hauteur de 0% pour l'aide au quotidien et de 14% seulement pour l'accompagnement par des équipes mobiles. (cfr. Annexe n°6, Question 6 – Graphique c).

b) Eléments principaux qui peuvent ou pourraient jouer un rôle thérapeutique dans un logement/hébergement encadré :

Ici aussi, le contraste entre le point de vue des professionnels et des usagers est intéressant. En effet, l'élément principal pouvant jouer un rôle thérapeutique dans un logement/hébergement encadré, selon les professionnels tout secteur confondu, est le fait de pouvoir développer un réseau social (68%). Or, cet item n'a pas été identifié comme pertinent par les usagers (0%). De la même façon, les professionnels tout secteur confondu sont seuls à avoir identifié comme élément principal le fait de bénéficier d'un encadrement intermittent (32%), de participer à l'organisation de ses soins (30%) et de s'installer dans un contexte de vie réelle (19%).

Les points de vue entre professionnels et usagers s'accordent autour de l'item « pouvoir développer son autonomie » (71% des usagers et 59% des professionnels). De leur côté, les usagers identifient comme élément principal pouvant jouer un rôle thérapeutique dans un logement/hébergement encadré, le fait de pouvoir établir un projet de réhabilitation (71%) et le fait de vivre en collectivité (57%) (cfr. Annexe n°6, Question 7 – Graphique c).

C.3. Perspectives

a) Quel type de logement/hébergement encadré développer, sur Namur ?

Quant au type de logement/hébergement encadré qu'il faudrait développer, en priorité, sur Namur, tous les publics interrogés (professionnels et usagers) s'accordent majoritairement en faveur de logements individuels avec encadrement (35%) et d'hébergements de transition (19%) (cfr. Annexe n°6, Question 8 – Graphique a et b).

Cette dernière proposition s'intègre à la dynamique d'accès au logement « par paliers », évoquée plus avant, et apporterait une réponse à un manque actuel sur la région namuroise. La proposition de logement individuel avec encadrement soutient la perspective d'un usager habitant dans un logement « conventionnel » (un « chez soi »), intégré à la cité, et au sein duquel s'organise l'accompagnement.

b) Durée de séjour au sein du logement/hébergement encadré :

Globalement, l'ensemble des personnes interrogées plébiscitent la possibilité de longues durées de séjour en logement/hébergement encadré : entre 1 an et 2 ans (34%) et plus de 2 ans (25%) (cfr. Annexe n°6, Question 9 – Graphique a).

Les professionnels LHC se montrent principalement favorables à une durée de séjour entre 1 an et 2 ans (75% d'entre eux). Les professionnels LHSM optent majoritairement pour une durée de séjour de plus de 2 ans (57%).

La perspective d'une durée de séjour illimitée est presque exclusivement plébiscitée par les professionnels SP (50%).

Seuls les usagers plébiscitent une durée de séjour plus proche d'une logique de transition (entre 6 mois et 1 an). Il s'agit même de leur choix majoritaire (43%).

c) Modalités de l'encadrement à proposer en logement/hébergement encadré :

Les deux propositions « extrêmes » ne sont pas/peu plébiscitées : encadrement prédéfini et appliqué automatiquement (0%) et encadrement « à la carte » élaboré par l'utilisateur (4%). La grande majorité des participants optent pour un encadrement « à la carte » élaboré en concertation avec l'utilisateur (61%) (cfr. Annexe n°6, Question 10 – Graphique a).

Il est intéressant de relever que les usagers sont presque seuls à soutenir l'intérêt d'un encadrement « à la carte » élaboré par les professionnels (29% d'entre eux) (cfr. Annexe n°6, Question 10 – Graphique b).

d) Type d'encadrement (en terme de fréquence de passage) à proposer en logement/hébergement encadré :

Le type de fréquence plébiscité par l'échantillon est, le plus souvent, l'option « à la demande » et ce quel que soit le type de dispositif proposé. Deux dispositifs ont été envisagés également comme importants à un rythme mensuel : les médecins psychiatres (63%) et les médecins traitants (48%). Trois dispositifs ont été envisagés comme pouvant être importants à un rythme hebdomadaire : les équipes mobiles PLEIADE (39%)⁴⁵, les soins à domicile (36%) et l'accompagnement social (32%) (cfr. Annexe n°6, Question 11 – Graphique a).

En analysant les résultats par sous-groupes, il est intéressant de noter que les usagers sont presque les seuls à envisager l'intérêt d'un encadrement quotidien par certains

⁴⁵ Les équipes mobiles en psychiatrie "PLEIADE" sont les nouveaux dispositifs de soins dans la communauté mis en place, sur Namur, dans le cadre de la Réforme.

dispositifs : les équipes mobiles PLEIADE (29% d'entre eux), les soins à domicile (43% d'entre eux) et l'accompagnement social (29% d'entre eux) (cfr. Annexe n°6, Question 11 – Graphique b, c et d).

e) Intérêt de fixer des critères d'admission au sein du logement/hébergement encadré :

Selon les moyennes générales, l'échantillon est majoritairement favorable à la mise en place de critères d'admission au sein du logement/hébergement encadré (69%) (cfr. Annexe n°6, Question 12 – Graphique a).

En analysant les réponses par sous-groupes, nous pouvons relever que les usagers estiment, pour 57% d'entre eux, qu'il n'est pas opportun de fixer des critères d'admission. Les professionnels LHSM et les professionnels SM sont, quant à eux, majoritairement favorables à l'instauration de critères d'admission (respectivement 100% et 75%) (cfr. Annexe n°6, Question 12 – Graphique b).

Quant au type de critères d'admission qui pourrait être posé (question ouverte), les participants de l'échantillon évoquent majoritairement la stabilisation du/des symptôme(s) (N=9), l'accompagnement psycho-médico-social (N=6) et la prise en charge d'une pathologie spécifique (N=6) (cfr. Annexe n°6, Question 12 – Tableau a).

f) Intérêt d'établir un contrat d'encadrement au sein du logement/hébergement encadré :

L'échantillon est, selon les moyennes générales, très nettement en faveur de la mise en place d'un contrat d'encadrement au sein du logement/hébergement encadré (83%) (cfr. Annexe n°6, Question 13 – Graphique a).

L'analyse des réponses par sous-groupes permet de noter que les professionnels sont majoritairement favorables à un contrat d'encadrement (professionnels SP, 100%, et professionnels LHC, 100%, professionnels LHSM, 100% et professionnels SM, 85%). Les usagers, quant à eux, adoptent une réponse plus contrastée. En effet, 43% d'entre ne sont pas favorable à l'instauration d'un contrat d'encadrement au sein du logement/hébergement encadré (cfr. Annexe n°6, Question 13 – Graphique b).

Selon les participants à l'enquête (question ouverte), l'utilisateur pourrait ou devrait, dans un contrat d'encadrement, s'engager au respect du règlement interne (N=10), au respect des lieux (N=7) et au développement d'un projet de réhabilitation ou de réinsertion (N=7) (cfr. Annexe n°6, Question 13 – Tableau a).

L'équipe du logement/hébergement encadré devrait, selon l'échantillon (question ouverte), s'engager dans ce contrat d'encadrement à assurer un suivi régulier (psycho-médico-social) de l'utilisateur (N=8), à le soutenir et l'aider dans la réalisation de projets (N=7) et à lui fournir aide, écoute et disponibilité à la demande (N=5).

g) Intérêt de mettre en place une concertation autour de l'utilisateur, au sein du logement/hébergement encadré :

La réponse unanime des participants (tout sous-groupes confondus) va dans le sens d'un avis favorable à la mise en place de concertations autour de l'utilisateur au sein du logement/hébergement encadré (100%) (cfr. Annexe n°6, Question 14 – Graphique a et b).

Quant aux modalités d'organisation de ces concertations, les avis majoritaires plébiscitent, selon les moyennes générales, une mise en place systématique (38%) voire une mise en place obligatoire (condition du contrat) (22%) (cfr. Annexe n°6, Question 14 – Graphique c).

Les réponses par sous-groupes révèlent que les usagers envisagent, en ce qui les concerne, majoritairement que la concertation soit mise en place à la demande de l'utilisateur (57% d'entre eux) ; ils sont soutenus dans cette approche par les professionnels LHSM (29%) et les professionnels SM (20%) (cfr. Annexe n°6, Question 14 – Graphique d).

h) Type de contrat de bail pour le logement/hébergement encadré :

Selon les moyennes générales, les options privilégiées sont le bail avec la structure de logement/hébergement encadré (46%) et le bail direct avec le propriétaire moyennant un tiers garant (42%) (cfr. Annexe n°6, Question 15 – Graphique a). L'analyse des résultats par sous-groupes nous montrent que cette première option est davantage soutenue par les usagers (57%) et que la seconde est davantage prônée par les professionnels tout secteur confondu (46% en moyenne des pourcentages cumulés) (cfr. Annexe n°6, Question 15 – Graphique b). Les professionnels seraient donc plus soutenant d'une démarche autonome des usagers vis-à-vis du propriétaire.

L'option alternative d'un bail direct avec le propriétaire sans garantie externe n'est plébiscitée qu'à hauteur de 12% (cfr. Annexe n°6, Question 15 – Graphique a).

L'analyse des résultats par sous-groupes indiquent que les usagers interrogés ne soutiennent pas cette option alternative (0%) ; qui pourrait pourtant être, de prime

abord, envisagée comme gage et recherche d'une autonomie importante. (cfr. Annexe n°6, Question 15 – Graphique b).

i) Remarques générales concernant le type de logement/hébergement encadré qui serait à créer sur Namur (question ouverte)

Le développement d'un nouveau projet devrait impliquer une collaboration entre propriétaire, intervenants psycho-médico-sociaux et réseau (N=3). Le logement devrait idéalement être situé à proximité des commerces, des administrations ; c'est-à-dire être inclus dans la communauté (N=3). Certains participants à l'enquête plébiscitent, dans leur réponse, le projet de « captation de logement » qui est en cours de développement (N=2) ; d'autres évoquent des possibilités telles que la création de maisons de repos psychiatriques (N=2), des structures avec des séjours illimités dans le temps (N=2) et des logements individuels et communautaires (N=2).

j) Facteurs de succès dans le développement d'un projet de logement/hébergement encadré sur Namur (question ouverte)

L'échantillon identifie majoritairement, comme facteur de succès d'un projet de logement/hébergement encadré sur Namur, la collaboration entre acteurs/secteurs (logique de réseau impliquant l'utilisateur) (N=8), une dynamique de concertation permettant d'inclure toutes les personnes concernées (N=7), l'octroi de moyens financiers supplémentaires (N=7) et, enfin, des ressources humaines formées et spécialisées (N=6).

D. En résumé

Des résultats de notre enquête, il ressort qu'en l'état actuel, sur la région namuroise, selon les 44 personnes constituant notre échantillon, il est difficile – voire très difficile – pour une personne vivant avec un trouble de santé mentale d'accéder à un logement ou à un hébergement « conventionnel » et ce, principalement en raison du manque de places disponibles (et, par voie de conséquence, des délais d'attente) de même qu'en raison de la stigmatisation et/ou du rejet qui découlent de la problématique de santé mentale. Le contexte de crise économique de même que la croissance du nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté augmente considérablement le décalage entre l'offre et la demande de logements à loyer modéré. Cette situation peut être encore plus problématique pour certains publics-

cibles – dont les personnes vivant avec un trouble de santé mentale – confrontés aux préjugés et à la méfiance.

Par ailleurs, il est difficile pour une personne vivant avec un trouble de santé mentale de trouver une place dans un hébergement spécialisé en santé mentale. Les raisons invoquées par notre échantillon sont, ici aussi, les délais d'attente (en lien avec le manque de place disponibles), mais également les critères d'admission. Dans le cadre d'une dynamique d'accès au logement « par paliers », une offre de services non suffisamment diversifiée court le risque *de facto* d'écarter certains usagers ne rentrant pas dans les critères d'admission. Des réponses à cette problématique peuvent être trouvées notamment dans la création de plusieurs structures à destination de nouveaux public-cibles (augmentation du nombre de « paliers » ; à l'instar du système en France) ou dans la création de structures adaptatives à la diversité des besoins.

D'une manière générale, si la création de nouvelles initiatives devait être envisagée sur la région namuroise, celles-ci devraient être attentives, selon les professionnels, à ce qu'un suivi à domicile soit assuré par des services généralistes d'aide à domicile (par exemple, aides familiales) et par des équipes mobiles spécialisées en santé mentale (par exemple, équipes mobiles PLEIADE). Les usagers souhaitent, quant à eux, que ces dispositifs soient attentifs à leur environnement (sécurité et relations avec le voisinage) de même qu'à leur accessibilité financière (coût du logement).

De tels dispositifs de logement/hébergement encadrés peuvent, selon les usagers de notre échantillon, jouer un rôle dans leur rétablissement de par le fait de favoriser le développement de l'autonomie ainsi que le développement de projets de réhabilitation. Pour les professionnels, ce qui peut revêtir un rôle thérapeutique, dans ce type de dispositif, est principalement le fait d'y proposer une adaptabilité de l'encadrement et des soins ; ceux-ci seraient activés de manière intermittente (« à la demande » ou « en fonction des besoins ») et l'utilisateur participerait activement à l'organisation de ceux-ci.

S'ils devaient imaginer un dispositif à créer, sur la région namuroise, les professionnels interrogés envisagent un logement individuel de moyenne ou longue durée (de 1 an à plus de 2 ans). L'encadrement y serait proposé « à la carte » et serait élaboré en concertation avec l'utilisateur. Le type d'encadrement proposé de même que la fréquence de passage ou

d'activation de celui-ci devrait également être proposé « à la demande » (même s'ils soulignent l'importance d'un suivi mensuel par le médecin traitant et par le médecin psychiatre). Des critères d'admission seraient établis et un contrat d'encadrement serait prévu. La concertation autour de l'utilisateur serait organisée de manière systématique – voire obligatoire en tant que condition du contrat. Le contrat de bail serait conclu directement par l'utilisateur avec le propriétaire moyennant un tiers garant.

Si les utilisateurs interrogés devaient, quant à eux, imaginer un dispositif à créer, sur la région namuroise, ils envisagent un dispositif relativement proche de celui proposé par les professionnels. Il s'agirait d'un hébergement transitoire avec une durée de séjour entre 6 mois et 1 an. L'encadrement y serait proposé « à la carte » et serait élaboré en concertation avec l'utilisateur. Le type d'encadrement proposé de même que la fréquence de passage ou d'activation de celui-ci devrait également être proposé « à la demande ». Les utilisateurs soulignent, eux aussi, l'importance d'un suivi mensuel par le médecin traitant et par le médecin psychiatre. Ils estiment que certains dispositifs pourraient être utiles à un rythme quotidien (tel que : équipes mobiles spécialisées en santé mentale, soins à domicile et accompagnement social). Les utilisateurs ne sont pas favorables à la mise en place de critères d'admission. Ils pensent, en revanche, qu'un contrat d'encadrement serait opportun. La concertation autour de l'utilisateur serait organisée « à la demande » de l'utilisateur. Le contrat de bail serait conclu par l'utilisateur avec la structure de logement/hébergement encadré.⁴⁶

D'une manière générale, les facteurs de succès identifiés par l'échantillon comme propice au développement d'un nouveau projet de logement/hébergement, sur Namur, sont : initier des collaborations entre propriétaires et intervenants psycho-médico-sociaux, soutenir la dynamique de réseau entre acteurs/secteurs, favoriser une dynamique de concertation, œuvrer à l'obtention de moyens financiers adaptés et viser des logements de proximité (càd inclus dans la communauté).

E. La captation de logement, une perspective envisagée sur Namur

Une perspective est actuellement envisagée sur la région namuroise, sous la forme d'un projet de partenariat rassemblant le secteur de la santé mentale (au travers du Réseau Santé Namur),

⁴⁶ Le lecteur désireux d'approfondir ces questions, trouvera de plus amples précisions en consultant l'annexe n°6, « Analyse des résultats : tableaux et graphiques ».

le secteur de l'action sociale (au travers du Relais Social Urbain Namurois) ainsi qu'une Agence Immobilière Sociale locale (Gestion Logement Namur). Ce projet est inspiré d'un projet-pilote mis en place, dans la région de Charleroi, pour les personnes précarisées.

L'objectif du projet « captation de logement » est de « capter » des logements dans le parc immobilier privé. Le public-cible, sur Namur, est constitué par des personnes en situation de précarité et/ou vivant avec un trouble de santé mentale.

Plusieurs dispositifs sont développés afin de rassurer le propriétaire du bien et de favoriser la mise à disposition du logement pour ce public-cible spécifique : un accompagnement psycho-social est coordonné autour de chaque personne logée (cet accompagnement serait assuré par les partenaires de ce projet en concertation avec l'utilisateur), une attention particulière est portée au développement de projets de réhabilitation, le bien peut être mis en gestion auprès de l'AIS (afin d'assurer tout vide locatif ou dégradation du bien), plusieurs contrats de bail peuvent être proposés au propriétaire (citons, à titre d'exemple, le « bail glissant »⁴⁷), enfin, le « capteur de logement » assure un rôle de triangulateur entre le propriétaire, l'utilisateur et les professionnels (il réalise les premières visites du bien, il joue le rôle d'intermédiaire entre les acteurs, etc).⁴⁸

La finalité est bien (une fois le propriétaire rassuré et le bien « capté ») que l'offre de soins et de services s'articule autour de l'utilisateur à domicile en fonction des besoins de celui-ci. Il ne s'agit, donc, plus d'une logique dans laquelle l'utilisateur s'adapte au service proposé (par exemple au sein d'une institution résidentielle d'hébergement encadré). Ce sont, en revanche, les services qui s'adaptent aux besoins de l'utilisateur vivant dans son logement autonome. Ceci est notamment rendu possible par l'action novatrice des équipes mobiles en psychiatrie qui peuvent jouer un rôle déterminant dans l'organisation de l'accompagnement psycho-social dans le cadre de ce projet.

⁴⁷ Le « bail glissant » est un contrat de bail qui lie, dans un premier temps, le propriétaire et une institution garante (ex. IHP) puis qui peut, dans un second temps et par un effet de glissement, lier directement le propriétaire et l'utilisateur.

⁴⁸ Veuillez trouver, en Annexe 4 – Graphique n°3, le Schéma, pour la Belgique, des structures d'hébergement et de logement intégrant le projet « Captation de logement » ; ce schéma est réalisé selon le modèle de continuum utilisé au Chapitre B.1. de ce mémoire afin de présenter la dynamique d'accès au logement « par palier ».

V. Conclusion

Se poser la question de l'accès au logement pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale revient à poser la question de la place que nos sociétés accordent à celui qui souffre, à celui qui est en difficulté avec sa santé mentale. Autrefois, la place du « fou » était hors de la ville. Et aujourd'hui, la ville est-elle prête à l'accueillir ? Est-ce tant le défi de l'usager que celui des professionnels, d'œuvrer à ce que cet accueil soit facilité ou rendu possible ?

Cette thématique d'accès au logement renvoie également à notre conception même de ce qui « est soignant » pour la personne, de ce qui vécu et théorisé comme facteurs favorisant le rétablissement. Nous avons évoqué trois dynamiques différentes d'accès au logement ; aux extrêmes desquelles s'opposent deux points de vue sur l'*être en soin* : Est-ce le fait d'être rétabli qui est gage d'une réussite de l'entrée en logement et en autonomie (dynamique d'accès au logement « par palier ») ? Ou est-ce le fait d'être en logement qui est un facteur favorable au rétablissement de la personne (Housing First / Chez soi d'abord) ?

Au travers des pages de ce mémoire, nous relevons que de nombreux défis se posent autour de cette question de l'accès au logement : faire face au manque de places dans les structures de logement et d'hébergement (que celles-ci soient spécialisées ou non), négocier le virage de l'intensification des soins qui est porté par la Réforme belge des soins de santé mentale, créer des partenariats avec le secteur du logement public (en passant par l'implication des élus locaux et des pouvoirs politiques), augmenter le nombre de logements privés mis à disposition d'usagers, etc.

En regard des contextes actuels de crise économique qui, d'une part, sont peu favorables au déploiement de moyens supplémentaires pour de nouveaux projets et qui, d'autre part, ont des implications directes en terme d'augmentation du nombre de personnes à la recherche de logements à loyer modéré, cette question de l'accès au logement des personnes vivant avec un trouble de santé mentale impose aux professionnels de santé, aux professionnels de logement/hébergement et aux professionnels du secteur social de développer des dynamiques partenariales fortes ; seuls leviers pour une prise en charge partagée et collective de ces défis.

Que l'on soit usager, proche d'usager, professionnel du secteur de la santé mentale ou non, face à la question de l'accès à un lieu de vie dans la communauté pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale, nous partageons les mêmes défis. Nous recherchons les mêmes solutions. Nous avons, donc, tous, un intérêt commun à chercher, trouver et mettre en place ces solutions à plusieurs plutôt que seul.

*« Tu es le seul qui peux le faire
mais tu ne peux le faire seul »
(Richard BEAUVAIS)*

BIBLIOGRAPHIE

CCOMS (2013). *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (Clsm)* (Février 2013). Publication du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS).

{<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsfév13.pdf>}

Ferre, P.-G., Moriceau, C. & Rossini, N. (2012). *Evaluation du programme d'intermédiation locative – Comment mobiliser le parc privé à des fins sociales*. Paris : Plein Sens – Caisse des dépôts).

{http://www.anil.org/fileadmin/ANIL/Ref_HA/131/intermediation_locative.pdf}

Girard, V., Estecahandy, P. & Chauvin, P. (2009). *Rapport sur « La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen »*

{http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf}

Guesdon, I., Petit, V. & Roelandt, J.-L. (2003). Diogène : 5 années d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité. *L'Information Psychiatrique. Volume 79, Numéro 5, 439-44, Mai 2003, question ouverte*. Paris.

{<http://www.jle.com/fr/print/e-docs/00/03/FA/20/article.phtml>}

Housing First Belgium : expérimentations d'innovations sociales en matière de relogement des personnes sans-abri (2013). Manuscrit non publié transmis par la coordinatrice fédérale du projet, Madame Coralie Buxant, dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Intermédiation locative & mobilisation du parc privé (2009), fiche publiée par les Services du Premier ministre (France) dans le cadre du Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées.

{www.deuxsevres.pref.gouv.fr/content/download/1807/13228/file/fiche_parc_privé.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=be&client=safari}

Martin, L. (2011). *Vers un programme de housing first à Bruxelles ?*. Bruxelles : SMES-B

{<http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>}

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé.

{http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf}

Organisation Mondiale de la Santé (2005). *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale : Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, Relever les défis, trouver des solutions*. Helsinki (Finlande): Organisation Mondiale de la Santé

Piel, E. & Roelandt, J.-L. (2001). *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale* (Rapport de mission pour le ministère de l'emploi et de la solidarité). Paris : Rapport public.

{http://fr.wikipedia.org/wiki/Rapport_Piel-Roelandt}

Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Genève (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé

{http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf}

Petit, C. (2010). Les IHP dans le paysage des institutions de soins en santé mentale et d'aide

sociale. In *L'Autonomie en question : lien social et santé mentale* (sous la direction de Van de Plan Fédéral de Lutte contre la Pauvreté (2012). Bruxelles : Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté.

{http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/fpa_2012_fr.pdf}

Pleace, N. (2010). *Le logement d'abord*. Paris : Observatoire Européen sur la sans-abrisme

{http://www.drihl.ile-de-france.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Pleace_Synthese_GB_FR_Logement_d_abord_A4_light_cle0a4c36.pdf}

RSUN (2011). *Matinée d'échanges sur la santé mentale et la grande précarité (organisée par le Relais social urbain namurois en collaboration avec la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale) : les actes*. Manuscrit non édité mais publié par le Relais Social Urbain Namurois (RSUN).

{<http://rsun.jimdo.com/publications/de-la-coordination/>}

Service Public Fédéral (SPF) (2010). *Guide : Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Bruxelles : Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

{<http://psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf>}

Service Public Fédéral (SPF) (2011). *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique*. Bruxelles : Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – Direction générale de l'organisation des établissements de soins, service comptabilité et gestion des hôpitaux

{http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19073085_fr.pdf}

Tsemberis, S. (2010). *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Dartmouth : Psychiatry Research Center (PRC) (Etats-Unis).

UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) (2009). *Livre Blanc sur le logement des personnes en difficulté psychique à Paris*. Paris : UNAFAM délégation Paris.

Van de cloot, I. & Van Herck, P. (2013). *Quel est l'état de santé des soins de santé mentale en Belgique ?*. Bruxelles : Itinera Institute

{http://www.itinerainstitute.org/fr/bibliotheque/_paper/quel-est-l-etat-de-sante-des-soins-de-sante-mentale-en-belgique-la-realite-derriere-les-mythes/}

Wijngaert, T. & de Coninck, F. (2010). *Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française (Cocof), n° 25, 2010*. Bruxelles : Cocof

{[http://www.francoisdeconinck.be/media/ecrit-textes/L%20AUTONOMIE%20EN%20QUESTION\(S\).pdf](http://www.francoisdeconinck.be/media/ecrit-textes/L%20AUTONOMIE%20EN%20QUESTION(S).pdf)}

RESUME

Soutenir la mise en place de soins dans la communauté – comme, par exemple, au travers de la Réforme belge des soins de santé mentale – revient à se questionner sur les possibilités d'accès au logement existantes pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

Il existe actuellement, en Belgique, deux types de dispositifs spécifiques de soins « hors les murs » (Initiatives d'Habitations Protégées et Maisons de Soins Psychiatriques) mais il apparaît que de nouveaux dispositifs sont à créer, à inventer. En France comme en Belgique, l'accès au logement, spécialisé ou non en santé mentale, se décline selon trois dynamiques : l'accès au logement « par palier », l'accès direct en logement (Housing First / Chez soi d'abord) et la facilitation d'accès aux logements issus du parc privé. Des similitudes et des différences existent dans la façon de soutenir ces dynamiques en France et en Belgique.

Ce manuscrit présente les résultats d'une enquête qualitative réalisée afin d'analyser les besoins et les perspectives en matière de création de structures de logement/hébergement encadré sur un territoire spécifique tel que celui de Namur en Belgique. Nous présentons également quelques éléments d'information concernant un projet de « captation de logement » qui est en train d'être développé entre plusieurs partenaires namurois.

Si, face à la question de l'accès à un lieu de vie dans la communauté pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale, nous partageons les mêmes défis – que l'on soit usager, proche d'usager, professionnel du secteur de la santé mentale ou non – il paraît plus qu'opportun et nécessaire d'œuvrer, ensemble, à la recherche de solutions collectives et partagées.

MOTS-CLEFS

Santé mentale / Accès au logement / Hébergement spécialisé en santé mentale /
Soins dans la communauté / Réforme belge des soins de santé mentale