



Constats des difficultés de collaboration entre les secteurs du logement et de la santé mentale

Travail réalisé dans le cadre du groupe de travail « logement et santé mentale » au sein de la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale

07/05/2014

Ce document a été rédigé à l'initiative du groupe de travail « logement et santé mentale » organisé par la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Ce groupe de travail a comme objectif premier de réunir des acteurs du secteur des soins en santé mentale et du secteur logement et, ainsi, d'ouvrir un dialogue sur les problèmes intersectoriels. La mise en place de ce groupe de travail entend également améliorer le flux d'informations et mettre l'accent sur les bonnes pratiques et les initiatives d'hébergement pour un public fragilisé. L'objectif étant de les partager et de les diffuser à toute institution directement ou indirectement concernée par la problématique.

Ce groupe se compose de représentants issus de différentes institutions : des Initiatives d'Habitations Protégées et la FFIHP (Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées), les projets initiés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale et les équipes mobiles correspondantes, des hôpitaux psychiatriques, des services de santé mentale, des équipes Outreach (cellule d'appui du SMES-B, Eolia,...), les projets pilotes de soins psychiatriques à domicile (SPAD), des associations de patient et de proches (Similes Bruxelles), le Réseau Bruxelles-Est, Infirmiers de Rue asbl et différentes Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) à Bruxelles.

Le groupe s'est donné comme objectif de rédiger un rapport (voir ci-dessous) qui décrit la situation actuelle et les difficultés de collaboration entre le secteur du logement et celui de la santé mentale. Ce rapport dresse six constats qu'il conviendrait d'aborder prioritairement pour favoriser cette articulation intersectorielle.

Les élections du 25 mai 2014 constituent le moment idéal pour communiquer au monde politique les points névralgiques en termes d'articulation intersectorielle. Avec la sixième réforme de l'Etat et le transfert de compétences d'une partie de la santé mentale vers les entités fédérées, nous souhaitons que les collaborations entre le secteur du logement et celui de la santé mentale puissent être renforcées. Ce document a été envoyé à tous les partis politiques et aux autorités concernées tant au niveau fédéral et régional qu'au niveau communal.

Par la suite, le groupe de travail « logement et santé mentale » poursuivra ses travaux en décortiquant les bonnes pratiques en matière de collaboration intersectorielle. Pour la fin de l'année 2014, nous projetons d'interpeller le politique sur base de recommandations concertées. Celles-ci seront prioritairement adressées aux personnes en charge des compétences logement et santé mentale à Bruxelles.

Les six constats :

1. Au niveau politique et organisationnel :

Constat 1 : Manque de collaboration entre les politiques en matière de logement et de santé mentale

Les politiques en matière de logement et de santé (santé mentale en particulier) sont segmentées et non coordonnées au plus haut niveau. En découle des mesures peu harmonieuses et peu cohérentes en matière de continuité des soins, de maintien en logement, et dont les conséquences se font ressentir sur le terrain. En effet, les différences de normes administratives et de modes de financement des secteurs (enveloppes budgétaires par secteur) compliquent la collaboration.

En ce sens, il est surprenant de constater que la situation de la région Bruxelles-Capital est très différente de celle de la Wallonie et de la Flandre. Dans celles-ci, un seul ministre est compétent pour les secteurs du handicap, de la santé et du social. A Bruxelles par contre ce sont 3 compétences différentes avec 5 ministres compétents.

Nous invitons les différents Cabinets ministériels à œuvrer en faveur d'une politique articulée et véritablement intégrative, qui aurait de réelles répercussions positives sur le terrain. En outre, il conviendrait de soutenir des mesures de simplifications administratives (uniformisation des listes d'attente et des conditions d'accès pour un logement public, simplification de l'accès au prêt de garantie locative, etc.) et de fournir une information précise au sujet des aides à l'accès au logement.

2. Au niveau de l'accès au logement

Constat 2 : L'insuffisance de logements accessibles aux personnes à bas revenus a pour conséquence un engorgement des structures résidentielles en santé mentale.

A Bruxelles, le prix des loyers privés rend les logements inaccessibles au public avec lequel nous travaillons. Il est, par ailleurs, utile de rappeler que le logement public ne représente que 8 % du parc immobilier bruxellois et que plus de 44.000 ménages sont sur listes d'attente d'un logement social. Nous soutenons l'idée que chaque nouvelle construction de logements devrait comprendre un certain nombre de logements publics comme mentionné dans le Plan Régional de Développement Durable.

Du fait de l'inaccessibilité du logement, de nombreuses personnes sont contraintes de rester vivre en institution (Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)), sont forcées de rester dans leur milieu familial ou cumulent les séjours hospitaliers. Or, pour certaines de ces personnes, un projet de vie individuel serait opportun. La recherche de logement privé s'avère toutefois compliquée. D'une part, leurs revenus précaires (mutuelle ou allocations de handicap) rebutent certains propriétaires ; d'autre part, la complexité des démarches à entreprendre freine l'accès au logement autonome. Enfin, il existe peu de structures qui proposent un accompagnement concret pour la recherche de logement. Par conséquent, la transition d'une IHP ou MSP à un logement privé est un processus difficile sur le plan socio-émotionnel.

Nous constatons une augmentation de la durée moyenne des séjours en IHP et MSP, ce qui contribue à son tour à l'allongement des listes d'attente et à l'engorgement de ces structures. L'accès à ces institutions est devenu très problématique.

Une solution alternative est alors possible et consiste à chercher dans des structures d'hébergement non agréés (SHNA), mais d'autres problèmes se posent. Un groupe de travail, coordonné par La Strada en collaboration avec l'Observatoire de la santé et du social, l'AMA, Famihome, SMES-B et la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale s'est réuni par rapport à cette problématique. Les constats et recommandations de ce groupe sont repris dans le document « A propos des structures d'hébergement non-agrées en Région de Bruxelles-Capitale ». Le Cabinet Grouwels et Huytebroeck élaborent actuellement une convention de reconnaissance de ces structures en tant que pensions sociales.

L'ADIL (allocation de déménagement) pourrait constituer une solution financière pour quitter une IHP et trouver un logement privé. Certaines personnes en difficulté psychique devraient aussi pouvoir bénéficier de l'ADIL pour une durée indéterminée, moyennant d'une attestation d'invalidité à plus de 66 %. Cependant, certains usagers ne sont pas en faveur de cette possibilité, souvent perçue comme stigmatisante.

Enfin, la maladie mentale rencontre toujours une perception négative du grand public, ce qui constitue un frein supplémentaire à l'accès au logement et à l'intégration dans un quartier. Il est nécessaire de mettre sur pied une politique de sensibilisation au respect et à la tolérance des publics fragilisés.

3. Au niveau des conditions de vie

Constat 3 : Les conditions de logement ont un impact sur l'état mental d'une personne

Des logements insalubres ou inadaptés ont une influence considérablement négative sur la santé et peuvent renforcer les inégalités sociales et les problèmes psychologiques.

Les personnes qui quittent une institution pour un logement social n'auront pas le choix de leur environnement de vie, lequel peut s'avérer anxiogène (grande tour, quartier difficile, etc.). La présence d'infrastructures dans le quartier, ainsi qu'une bonne interaction entre les différents acteurs présents sont primordiaux pour garantir une bonne santé mentale.

La mise en place de « référents logement » spécialisés en santé mentale dont la mission est d'accompagner et de soutenir la personne dans la recherche de logement, tout en collaborant avec le réseau existant, pourrait apporter un certain réconfort et aider la personne à se maintenir dans le logement. Ce type de professionnel existe déjà en Flandre et en Wallonie dans le cadre de la réforme en santé mentale, mais pas encore à Bruxelles.

Une autre initiative intéressante a été développée à Charleroi et Namur : le capteur de logement. Son rôle est de chercher des logements. Pour cela, il contacte et rencontre des propriétaires, ce qui permet alors de démystifier les idées sur ces personnes fragilisées. Le groupe de travail « logement et santé mentale » au sein de la Plate-forme se penchera sur la faisabilité de ces initiatives à Bruxelles.

Les projets « Housing First » constituent également une piste intéressante en matière de création de nouveaux logements durables pour les personnes qui souffrent de problème de santé mentale (cf. constat 2), tout en leur proposant un accompagnement ambulatoire et en prenant soin de créer un réseau local, essentiel à l'intégration du patient dans la cité. Les résultats en d'autres lieux sont fort prometteurs.

Nous constatons que le statut de cohabitant contraint certaines personnes à rester dans des situations de vie qu'elles n'ont pas choisies. Quitter une IHP pour emménager avec une autre personne, et passant ainsi du statut d'isolé au statut de cohabitant, entraîne une importante perte de revenu, et par conséquent d'autonomie. Il en va malheureusement de même pour les personnes souhaitant habiter dans des structures d'habitations communes (cfr. Habitat solidaire). Ce principe nous paraît, discriminatoire pour les personnes incapables de vivre seules, ou ayant fait le choix de ne pas vivre seules. En période de pénurie de logements, le statut de cohabitant crée une situation irresponsable qui pousse à l'isolement et brise les solidarités.

4. Au niveau des Chaînon manquants entre logement et santé mentale

Constat 4 : Il subsiste un chaînon manquant entre l'hôpital et le logement (social)

Cette problématique concerne surtout les personnes qui n'ont besoin que d'un soutien léger sur le long terme ainsi que celles qui nécessitent une prise en charge plus conséquente mais qui ne souhaitent pas rester dans une institution.

Malgré les quelques progrès faits en la matière, nous continuons de constater que, lors d'une hospitalisation, le travail en réseau est souvent affaibli. Il arrive encore trop fréquemment que la sortie ne soit pas annoncée, ni même préparée de concert entre les acteurs hospitaliers et les membres du réseau ambulatoire formel et informel des patients. De manière générale, il est nécessaire d'améliorer cette transition ainsi que la coordination entre tous acteurs qui gravitent autour de la personne qu'ils soient professionnels ou non.

Il faudrait être plus attentif à l'accompagnement et à l'orientation de ces personnes. L'une des difficultés est qu'actuellement, il y a peu de mobilité dans le secteur de la santé mentale. Les équipes mobiles dans le cadre des projets de la réforme de la santé mentale, les services de soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD) et des autres équipes comme les Infirmiers de Rue peuvent intervenir à ce niveau. La continuité de ces dispositifs est toutefois incertaine. Il leur faudrait acquérir une reconnaissance et un financement structurel que ne leur garantit pas leur statut actuel de projet-pilotes. En effet, cette précarité financière entraîne une difficulté majeure dans le nombre de suivis durables possibles. Nombreux sont ces services dont les listes d'attentes sont immenses et dont les refus d'intégration de nouveaux patients, pourtant dans le besoin, sont quotidiens. En outre, une meilleure couverture de l'ensemble de la Région bruxelloise devrait être assurée. Il nous semble anormal que, faute de ressources financières, certaines communes ne soient pas suffisamment desservies par les projets créés dans le cadre de la réforme de la santé mentale.

Par-là, nous voulons souligner l'importance des concertations entre les différents acteurs qui composent le réseau du patient. Un manque de collaboration entre les secteurs, notamment en termes de secret professionnel, peut clairement desservir la personne et alourdir le travail déjà complexe des acteurs de terrain. Certaines informations doivent pouvoir être partagées avec l'accord de la personne concernée et les services sociaux des logements sociaux, de quartiers, etc. (secret partagé).

Une autre solution pourrait être une IHP qui travaillerait en collaboration avec une Société Immobilière de Service Public ou une Agence Immobilière Sociale. La supervision et le suivi de la personne seraient garantis par l'IHP. Le développement de projets d'accompagnement continus quel que soit le lieu de résidence des patients est à promouvoir, tout en créant des places de logements à loyers abordables (Ex : projets Housing First). Cette solution est possible, mais elle est encore trop minoritaire et n'est pas suffisamment soutenue par les pouvoirs publics.

Le cloisonnement et la segmentation des secteurs impliquent également des difficultés d'accès pour certaines populations spécifiques (bas seuil, multi-diagnostics, etc.). Nous voulons par-là épingler le manque de reconnaissance des structures à bas seuil (par exemple le Pianocktail, le Bric à Brac à Tournai) où les gens peuvent s'installer, rencontrer d'autres personnes de manière inconditionnelle – inconditionnalité de soins, de fréquence, de participation. Ces structures ont une contribution importante à la bonne santé mentale des personnes qui les visitent. Elles sont malheureusement mises à mal par le manque de places mais aussi par le manque de financement. Nous invitons au renforcement du nombre de ces lieux d'accueil à bas seuil non seulement parce qu'ils permettent une complémentarité des structures existantes mais également parce qu'ils offrent une possibilité de choix pour les personnes qui souhaitent, selon leurs affinités ou leurs possibilités, fréquenter un lieu en particulier.

5. Au niveau de la communication

Constat 5 : Il existe un manque de communication et une méconnaissance entre les deux secteurs et leurs services respectifs

Nous constatons que les acteurs du secteur du logement ont parfois peu de connaissance du secteur des soins de santé mentale et vice versa. Une plus grande concertation entre les différents acteurs nous paraît indispensable, tant au niveau préventif qu'au niveau du maintien de la stabilité des personnes (santé, logement). La piste des formations intersectorielles, à destination de chaque acteur œuvrant à la croisée de ces métiers et qui pourrait non seulement mieux comprendre le travail de l'autre mais aussi acquérir des compétences spécifiques, est à creuser.

Il est donc nécessaire d'organiser de manière régulière et formelle des réunions intersectorielles, visites et échanges afin d'améliorer la connaissance réciproque, d'appréhender les cadres légaux et fonctionnels de chacun et de faciliter la communication. Non seulement autour de thèmes spécifiques, mais également en vue de proposer des modalités de prise en charge intégrée qui permettent la continuité des soins.

6. Au niveau financier

Constat 6 : Travailler sur la continuité des soins permet de réaliser des économies substantielles

En ces temps de crise, il est important de souligner que le fait de maintenir une personne dans son logement se révèle beaucoup moins coûteux qu'une expulsion ou une hospitalisation. Un logement en IHP est, par exemple, quinze fois moins cher qu'une prise en charge hospitalière. Il est donc nécessaire de soutenir la création de places en IHP, afin de diminuer les séjours hospitaliers lorsque ceux-ci se révèlent inadéquats.

Ce constat est encore renforcé par le fait que les personnes en difficulté psychique qui quittent une IHP pour un logement social et qui ont pu construire un réseau, parviennent à se stabiliser. *A contrario*, quitter une IHP dans des circonstances moins idéales induit un risque plus fréquent de réhospitalisation et, par conséquent, entraîne un coût autrement plus élevé pour l'utilisateur et la collectivité.

Les services qui travaillent sur la multidisciplinarité, la continuité et l'intersectorialité sont malheureusement peu nombreux. Les équipes mobiles (projet 107, SPAD, SMES-B, etc.) sont celles qui travaillent le plus dans cette logique. Plus récemment encore, Les projets « Housing First » en sont une application concrète.

Leur petit nombre s'explique par le fait qu'ils sont souvent considérés comme des initiatives et ne sont pas agréées et financées structurellement. Cependant, la transversalité est un élément essentiel, un exemple de bonne collaboration entre secteurs, que nous voulons soutenir et voir soutenu. Nous soulignons donc l'importance de poursuivre le financement des projets de travail en réseaux existant et de stimuler la création de nouveaux projets qui privilégient l'intersectorialité et la multidisciplinarité.