

**Faculté de santé publique**

**Objectivation et exploration de la  
situation des structures d'hébergement  
non-agrées pour personnes présentant  
des problèmes de santé mentale en  
Région de Bruxelles-Capitale**

Mémoire réalisé par  
**Ruth Loterie**

Promoteurs  
**Pablo Nicaise**  
**François Wyngaerden**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Objectivation et exploration de la situation des structures d'hébergement non-agréées pour personnes présentant des problèmes de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale**

Mémoire réalisé par **Ruth Loterie**

Promoteurs  
**Pablo Nicaise**  
**François Wyngaerden**

Année académique 2023-2024

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## **Remerciements**

Je remercie vivement mes promoteurs le Pr Pablo Nicaise et le Pr François Wyngaerden pour leur soutien, pour leurs précieux commentaires et pour leur encouragement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pris du temps pour répondre à mes nombreuses questions sur leur structure.

Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à la réalisation de ce mémoire.

## **Le plagiat**

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

## **Outils**

J'ai utilisé deux outils afin de m'assister dans la réalisation de ce mémoire.

Les deux outils utilisés sont Google Translate et Deepl. Ils ont été utilisés pour faciliter ma compréhension de certaines revues scientifiques et de certains chapitres de livres concernant ma thématique rédigés en anglais. Ces outils ont été uniquement utilisés pour traduire les documents identifiés comme pertinent pour ma recherche.

## **Table des matières**

Remerciements .....	4
Le plagiat.....	5
Outils .....	6
Table des matières .....	7
Liste des tableaux .....	9
Liste des abréviations .....	10
Introduction .....	12
Cadre théorique .....	13
Les troubles mentaux .....	13
La précarité sociale.....	13
Précarité et troubles mentaux .....	15
Le logement.....	15
L'importance du logement en santé mentale .....	18
Crise du logement à Bruxelles .....	19
Les différentes approches du logement en santé mentale .....	22
Logement avec soutien minimal (custodial housing).....	22
Logement avec soutien intégré (supportive housing).....	23
Sheltered housing .....	23
Les logements avec soutien externe (supported housing) ou Logement d'abord (Housing First) .....	23
MSP, IHP et les communautés thérapeutiques.....	28
MSP.....	30
IHP .....	31
Établissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adultes .....	31

Autres structures d'hébergement agréées accueillant des personnes ayant des problèmes de santé mentale .....	33
Autres structures d'hébergement pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale .....	35
Etats-Unis .....	35
Canada .....	35
Wallonie .....	36
Bruxelles-Capitale .....	38
Méthodes .....	41
Type d'étude .....	41
Technique d'échantillonnage .....	41
Méthode de recueil des données.....	43
Résultats .....	47
De l'arrivée dans la structure à la sortie de la structure .....	49
Discussion .....	74
Interprétation des résultats à la lumière de ce qui est déjà connu sur le sujet .....	74
Limites de l'étude .....	78
Conclusions .....	81
Perspectives .....	82
Bibliographie .....	83
Annexe 1 .....	92
Questionnaire sur les SHNA .....	92



## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Caractéristiques de l'approche au logement

Tableau 2 : Caractéristiques des MSP, communautés thérapeutiques et des IHP bruxelloises

Tableau 3 : Reprenant des informations de base sur les SHNA

Tableau 4 : Accueil des résidents à titre gracieux

Tableau 5 : éléments compris dans le prix de journée

Tableau 6 : Locaux communs

Tableau 7 : domaines d'intervention de l'institution

Tableau 8 : activités proposées par l'institution

Tableau 9 : collaboration

Tableau 10 : critères d'exclusion au cours du séjour

## **Liste des abréviations**

AIS : Agence immobilière sociale

AMA : Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris

ASBL : Association sans but lucratif

ATD Quart Monde : All together in dignity - Agir tous pour la dignité

AVIQ : Agence wallonne pour une vie de qualité

COCOF : Commission communautaire francophone

COCOM : Commission communautaire commune

CPAS : Centre public d'action sociale

FSPST : Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques

GAF : Global Assessment of Functioning

HoNOS : Health of the Nation Outcome Scales

IHP : Initiatives d'habitations protégées

INAMI : Institut national d'assurance maladie invalidité

KCE : Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise

MSP : Maison de soins psychiatriques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PVT : Psychiatrische verzorginstehuizen

RAPSIM : Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal

SHNA : Structures d'hébergements non agréées

SISP : Sociétés Immobilières de Service Public

SRL : Société à responsabilité limitée

SRO : Single room occupancy

STATBEL : Office belge de statistique

SUMHIT : Substance Use and Mental Health care Integration

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## **Introduction**

De nombreuses structures d'hébergements non agréées (SHNA) sont présentes en Région de Bruxelles-Capitale. Plusieurs rapports font état d'inquiétudes par rapport à ces structures (Walker, Nicaise, & Thunus, 2019), (Bruss'help, 2022) et (Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale, 2022). Comme ces structures ne sont ni agréées, ni subventionnées, il n'existe pas d'informations précises sur celles-ci (comme les coordonnées de toutes les structures, les informations sur les personnes accueillies et sur l'offre apportée aux résidents en termes d'accompagnement). L'objectif de ce mémoire est de pouvoir, entre autres, avoir des réponses concernant le nombre de structures présentes en Région de Bruxelles-Capitale, sur les types de profils des personnes accueillies et sur l'offre apportée aux résidents en termes d'accompagnement.

Avant de commencer la recherche à proprement parler, le cadre théorique permet de passer en revue les divers éléments du titre dont les troubles mentaux, le lien entre la précarité sociale et les troubles mentaux, le logement, l'impact du logement sur la santé, la crise du logement à Bruxelles, les différentes approches du logement en santé mentale dont les structures présentes à Bruxelles (MSP, IHP, communautés thérapeutiques et les maisons d'accueil) et pour finir, les autres structures d'hébergement pour des personnes ayant des problèmes en santé mentale qui se trouvent aux Etats-Unis, au Canada, en Wallonie et en région de Bruxelles-Capitale. La deuxième partie comprend les méthodes dont le type d'étude, la technique d'échantillonnage et la méthode de recueil des données. Cette partie explique les étapes qui ont permis d'élaborer une liste des structures présentes à Bruxelles. La troisième partie comprend les résultats. La quatrième et dernière partie comprend la discussion, les limites de l'étude, les questions soulevées à la suite des résultats, les conclusions et les perspectives.

## **Cadre théorique**

### **Les troubles mentaux**

Selon l'OMS, "un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants" (Organisation mondiale de la Santé, 2022). Au niveau mondial, une personne sur huit avait un trouble mental en 2019, "soit 970 millions de personnes" (2022). Les troubles les plus représentés étaient les troubles anxieux et les troubles dépressifs (2022).

Il existe plusieurs sortes de troubles mentaux : les troubles anxieux, la dépression, les troubles bipolaires, les troubles post-traumatiques, la schizophrénie, les troubles de l'alimentation, les comportements perturbateurs dyssociaux et les troubles neurodéveloppementaux (2022).

Parmi ces troubles, certains sont catégorisés comme sévère dont la schizophrénie, l'anxiété généralisée et la dépression sévère.

Pour considérer qu'il s'agit de troubles mentaux sévères, il faut que le trouble réponde à "3 critères (3 D) : diagnosis, disability, and duration" (Wyngaerden, 2023). Il faut un "diagnostic psychiatrique, une durée de prise en charge de 2 ans et des incapacités fonctionnelles mesurées par le GAF (Global Assessment of Functioning), le HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) ou par la présence de certaines difficultés cumulées (difficultés à gérer son logement et à répondre aux besoins de base, à assurer un travail ou un bénévolat, à chercher de l'aide, etc.)" (2023).

Au niveau mondial, 1 % de la population est concernée par la schizophrénie, 2 % par l'anxiété généralisée et 3 % par la dépression sévère (2023).

Vu les difficultés cumulées rencontrées par les personnes ayant un trouble mental sévère, ces personnes sont plus à risque d'être concernées par la précarité sociale.

### **La précarité sociale**

De nombreuses définitions de la précarité sont présentes dans les études sur le sujet. Une des définitions qui revient de manière récurrente est la définition se trouvant initialement dans un rapport du Conseil économique et social intitulé « Grande Pauvreté et la Précarité Économique et Sociale » que le père Joseph Wresinsky, fondateur d'atd (all together in dignity - Agir tous pour la dignité) Quart Monde a présenté lors d'une séance du conseil

économique et social : "La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et entraîner des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible" (Wresinski, 1987).

Ces insécurités sont liées à différents processus de précarisation dont l'instabilité de l'emploi et du travail, la dégradation des liens familiaux, les précarisations dues à la maladie (Haut comité de la santé publique, 1998). C'est un "enchaînement des événements et des expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale" (1998). Les personnes qui sont les plus touchées par ces processus de précarisation sont les personnes qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale dont les malades de longue durée, les chômeurs de longue durée, les travailleurs ayant un bas revenu, les personnes ayant des emplois précaires, ... (1998).

Ces processus de précarisation auront un impact sur la santé. En effet, les personnes qui sont touchées par ces processus de précarisation seront amenées à faire des choix pour vivre voire pour survivre. Certaines personnes feront le choix de se soigner plus tardivement ou n'auront pas la possibilité d'aller consulter un spécialiste. Dans certains cas, les personnes souffrent de carences alimentaires ou retardent leur accès aux soins. Le fait de loger dans un logement inadapté et/ou insalubre, les expose également à des problèmes de santé dont des problèmes respiratoires.

Dans d'autres cas, la maladie peut être également un facteur d'entrée dans les processus de précarisation. Une personne se trouvant en maladie de longue durée voit son revenu diminuer et ses charges de santé augmenter. Il y a un risque qu'elle perde son travail si elle travaillait. De plus, ses charges augmentant, elle risque d'avoir de plus en plus de difficultés à faire face aux autres dépenses qui sont le logement, l'alimentation... (Haut comité de la santé publique, 1998).

Les troubles mentaux font partie des facteurs qui contribuent au processus de précarisation. À contrario, la précarité peut être à l'origine de problèmes psychiques et/ou d'une augmentation des troubles (Haute Autorité de santé, 2021).

## Précarité et troubles mentaux

"Le lien entre santé mentale et précarité comporte deux dimensions. D'une part, le trouble mental tel que les psychoses ou les troubles de la personnalité participent à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles". "..."

"Inversement la situation d'exclusion et de précarité entraîne souvent l'apparition de troubles mentaux et la prévalence de la souffrance psychique" (Charrier, et al., 2010).

La personne qui cumule des troubles mentaux avec de la précarité est plus à risque de se retrouver sans logement. "Le rapport Samenta sur la santé et les addictions des personnes sans logement en Ile de France (janvier 2000) montre ainsi que le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale" (Charrier, et al., 2010). Ce même rapport explique "qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères ; c'est-à-dire troubles psychotiques, troubles de l'humeur, et troubles anxieux" (2010). Bien que ces chiffres se rapportent à la région de l'Ile de France, les chiffres se trouvant dans la synthèse du bilan de la feuille de route - santé mentale et psychiatrie de mars 2023 précise que "30 % du public accueilli en structure d'hébergement pour personnes en situation précaire est ainsi atteint de troubles psychiatriques ou en réelle souffrance psychique" (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). A Bruxelles, dans le rapport sectoriel de 2018 sur les maisons d'accueil agréées par la Commission communautaire française, les maisons d'accueil font état d'un nombre croissant de personnes ayant des troubles psychologiques qui sont présentes dans les maisons d'accueil (Mennig & Vanhessen, 2018).

Le logement est un facteur majeur du processus de précarisation. En effet, l'absence de logement, son emplacement, la salubrité du logement vont renforcer ou non cette précarisation.

## Le logement

Le droit au logement est un droit fondamental pour tous les êtres humains. Ce droit à un logement décent est prévu dans l'article 23 de la constitution belge (Ministère de l'Intérieur et de la Fonction publique, 1994). Au niveau des Droits de l'Homme, il est notifié que "Conformément au droit international, avoir un logement convenable signifie bénéficier de la sécurité d'occupation d'un logement, sans avoir peur d'être expulsé ou de perdre sa maison ou ses terres. Cela signifie vivre dans un endroit en accord avec sa culture, et avoir accès à des

services, des écoles et des emplois appropriés" (Haut-commissariat Nations Unies Droits de l'Homme).

L'OMS précise dans son rapport de 2009 que "l'accès à un logement et à un hébergement de qualité, à de l'eau propre et à des services d'assainissement est un droit de l'homme et une condition de base pour mener une vie saine" (Commission on Social Determinants of Health., 2009). Le logement fait partie des déterminants sociaux de la santé. Dans le rapport sur les déterminants sociaux de la santé de 2021, l'OMS explique que " les chances des individus d'être en bonne santé sont étroitement liées aux conditions dans lesquelles ils grandissent, s'instruisent, vivent, travaillent et vieillissent : certains groupes vivent dans des logements plus précaires, ont moins de possibilités d'accéder à l'éducation ou à l'emploi, et ont un accès réduit voire inexistant à un environnement sûr, à de l'eau potable, à de l'air propre, à la sécurité alimentaire et aux soins de santé" (Organisation Mondiale de la Santé, Conseil exécutif, 2021).

Selon l'étude de Lagausie et Sudres, le logement a également six fonctions qui sont la sécurité, l'ancrage, la limite, l'organisation, le lâcher-prise et l'expression. Au niveau de la sécurité, "l'habitation répond à la fois au besoin de protection physique et au besoin d'environnement stable et prévisible" (de Lagausie & Sudres, 2018). Si le logement apporte de la sécurité, " les activités à faible besoin de vigilance sont possibles. Ainsi, la personne peut réfléchir, lire, rêver, se relaxer, s'absorber dans un spectacle télévisuel, ou dans toute activité, sans veiller à son environnement" (2018). Le premier moyen permettant ce sentiment de sécurité est la solidité du bâti, le second est la maîtrise de l'intrusion et en dernier lieu, la propriété de son habitation (2018).

Au niveau de l'ancrage, il s'agit de l'enracinement dans un endroit précis (2018). Le logement "participe au repérage dans l'espace et dans le temps, il fait lien entre le sujet, un lieu et une époque" (2018). De ce fait, l'adresse fait partie de l'identité de la personne (2018).

La fonction de limite consiste au fait que le logement permet d'avoir une limite entre son domicile et chez l'autre (2018). Cette limite est permise grâce aux murs, aux clôtures, aux fenêtres... (2018).

La fonction d'organisation correspond à l'organisation spatiale tant de l'intérieur que de l'extérieur du logement. Le premier type d'organisation est les usages tels que dormir, se laver, faire à manger. Le deuxième type consiste à la régulation de l'intimité avec l'utilisation des espaces selon le besoin ou non d'intimité (2018).



La fonction de lâcher-prise correspond à la possibilité de s'autoriser à être soi-même (2018). " Le signe que l'espace personnel est bien investi par la fonction de lâcher-prise est l'utilisation de ce lieu pour des activités de défoulement, de décharge des tensions, tensions liées à la vie professionnelle ou provenant des rapports intrafamiliaux" (2018).

La fonction d'expression recouvre les actions d'appropriation de son logement par l'organisation du logement mais aussi par la décoration de celui-ci avec des plantes, des tableaux, ... (2018). "L'utilisation de la fonction d'expression dans l'habitat vient étayer le sentiment d'identité, elle répond au besoin d'investir le monde et d'y déployer sa subjectivité. Les murs peuvent servir à exprimer les affects positifs comme les négatifs" (2018).

Le fait d'avoir un toit au-dessus de sa tête permet à la personne de se sentir en sécurité lorsqu'elle dort, cela lui permet d'avoir un meilleur sommeil, d'avoir accès à de l'eau lui permettant de s'hydrater mais également de se laver. A contrario, le fait de ne pas avoir accès à un logement ou avoir "un logement de mauvaise qualité ne permet pas l'accès aux autres droits sociaux, comme le droit à l'éducation, le droit au travail ou à un revenu minimum d'existence, le droit à la santé et à la protection de la famille, ou le droit aux fournitures de base comme l'eau ou l'électricité. Ainsi conçu, le logement a un rôle fondamental pour la survie de l'homme, son aptitude au travail, la sécurité de la société et sa cohésion" (Dorvil, Morin, Beaulieu, & Robert, 2002).

Le logement est également un facteur d'intégration sociale. C'est pourquoi le "Housing First" ou "Le logement d'abord envisage l'intégration sociale comme le fait de permettre aux personnes sans domicile ayant des besoins élevés d'accompagnement de vivre de façon aussi autonome que possible dans un logement ordinaire et dans un quartier ordinaire. Dans le cadre de cette approche, on considère que l'intégration sociale est le résultat d'une certaine normalisation de la situation de vie liée à l'accès au logement. En donnant aux personnes anciennement sans domicile la possibilité de vivre de la même façon que n'importe qui d'autre, avec les mêmes possibilités de choix et d'interactions sociales avec le voisinage que n'importe qui d'autre, le logement d'abord cherche à promouvoir l'intégration sociale" (Housing First Europe Hub, 2024).

Selon l'étude sur les effets des approches du logement d'abord sur la santé et le bien-être des adultes sans abri ou à risque de le devenir, "les approches Housing First améliorent avec succès la stabilité du logement et peuvent améliorer certains aspects de la santé. La mise en œuvre de Housing First réduirait probablement le sans-abrisme et le recours non routinier aux

services de santé sans entraîner d'augmentation de la consommation problématique de substances" (Baxter, Tweed, Katikireddi, & Thomson, 2019).

Le logement est donc un droit fondamental, il fait partie des déterminants sociaux de la santé, il a plusieurs fonctions dont la sécurité, l'ancrage, ..., il est un facteur d'intégration sociale, il permet s'il est de bonne qualité de recouvrir ou d'améliorer la santé et de recouvrir aux autres droits sociaux. Celui-ci est également important pour les personnes souffrant de troubles mentaux parce qu'il apporte de la sécurité, l'intégration dans la société, une possibilité de rétablissement.

### L'importance du logement en santé mentale

De fait, "le logement est un facteur d'inclusion sociale et de rétablissement pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère ou un handicap mental" (Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020). Pour William Anthony, du Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, le rétablissement est « un processus profondément personnel et unique de changement des attitudes, des valeurs, des sentiments, des objectifs, des compétences et/ou des rôles d'une personne. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même avec les limitations causées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie à mesure que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale » (Anthony, 1993). Le fait d'avoir un logement permet à la personne d'avoir un nouveau but dans la vie.

De plus, "La résidence constitue une forme d'ancrage qui permet la reconstruction de relations sociales et une réflexion sur sa propre autonomie et ses projets futurs" (Piat, Boyer, Cloutier, Fleury, & Lesage, 2012). Le logement est donc une des premières étapes qui permet à la personne de se reconstruire. C'est pour cette raison que le "housing first" a été créé. Le but du "housing first" est de permettre d'avoir un accès à un logement sans condition, ni obligation de souscrire à une quelconque thérapie. L'accompagnement apporté par "un chez-soi d'abord" "vise à mettre en mouvement les personnes, à partir de leurs choix, et à respecter leur rythme dans leurs prises de décision, mais surtout à mobiliser « l'espoir », valeur socle qui fonde le rétablissement. Car celui-ci « se réfère à ce qu'une personne fait pour vivre sa maladie tout en poursuivant ses rêves et ses projets de vie" (Estecahandy, Revue, Sénat, & Billard, 2015).

Selon Myra Piat & al (2012) qui a interviewé des usagers vivants en hébergements communautaires (résidence d'accueil, en foyer de groupe ou encore en appartement supervisé) depuis au moins 6 mois, plusieurs facteurs liés au logement permettent d'améliorer le rétablissement. Ces facteurs sont le coût réduit du loyer, la qualité de l'alimentation dans le foyer, la qualité de leur environnement (localisation du logement, la présence de magasins, la grandeur de la chambre, avoir une fenêtre, ...), avoir de l'intimité, se sentir en sécurité dans le logement, la stabilité du logement (ne pas déménager de manière régulière, la peur de perdre sa place, ...), ....

Néanmoins, bien que le logement soit important pour les personnes souffrant de troubles mentaux, celles-ci font face à de nombreuses difficultés pour accéder à un logement soit parce qu'il y a de la stigmatisation de la part des propriétaires qui ne veulent pas héberger une personne qui a des troubles mentaux, soit pour des raisons financières (le logement coûte trop cher), soit parce que la personne est sans emploi et ne bénéficie pas de fiche de paie, soit parce que l'accès à un logement social ou une IHP ou une MSP est soumis à de longues listes d'attente (Walker, Nicaise, & Thunus, 2019).

Ce droit au logement est également contrecarré par la crise du logement qui sévit actuellement dans de nombreuses villes dont Bruxelles.

### *Crise du logement à Bruxelles*

La crise du logement est présente dans de nombreux pays. Selon le Rapporteur spécial sur le logement convenable, "1,6 milliard de personnes dans le monde n'ont pas de logement adéquat, un chiffre qui pourrait atteindre 3 milliards d'ici à 2030 alors que l'on estime à 100 millions le nombre de personnes sans abri dans le monde" (Nations Unies, 2023).

Bruxelles n'échappe pas à la crise du logement. La crise du logement peut avoir plusieurs causes, elle peut être due à des loyers trop élevés, à un manque de logements à loyer modéré ou à un manque de logements disponibles.

### *Loyer*

Selon le baromètre social de 2023, "le loyer médian pour un logement comprenant 1 à 2 pièces est de 650 euros." (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2024). En prenant en compte l'inflation, "les loyers ont augmenté de 43 % en Région bruxelloise entre 2012 et 2022. En neutralisant l'effet de l'inflation, le loyer moyen a augmenté de 15 % au cours de cette période à Bruxelles" (2024).

Dans le cas des nouveaux contrats de bail, "en se basant sur les données de l'enquête de Federia - CIB Vlaanderen, en 2022, le loyer médian des nouveaux contrats de location pour des habitations bruxelloises était de 955 euros. Il était de 955 euros pour les appartements, de 690 euros pour les studios et de 1500 euros pour les maisons mitoyennes" (2024).

"À titre indicatif, si une personne isolée percevant le revenu d'intégration sociale devait payer le loyer médian pour un appartement une chambre en région bruxelloise (650 €), elle devrait consacrer en moyenne près de 70 % de son budget au loyer (sur le marché locatif privé), et il ne lui resterait qu'entre 250 € et 300 € pour l'ensemble de ses autres dépenses mensuelles (Gillis & Mendes da Costa, 2020).

### *Logements à loyer modéré*

A Bruxelles, il existe également des logements dont les loyers sont modérés. Il s'agit des logements sociaux et des logements gérés par les agences immobilières sociales.

Au 31/12/2022, La région de Bruxelles-Capitale compte 40532 logements sociaux dont 4616 logements inoccupés (11,39%) (Société du logement de la région de Bruxelles-Capitale, 2023)

La totalité des Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) fonctionne avec des listes d'attente. L'attente pour avoir accès à un logement est variable selon les SISP (entre 11 à 12 ans pour un studio ou un appartement d'une chambre et plus de 20 ans pour un appartement de 5 à 6 chambres) (Logement Bruxellois). Le loyer est calculé selon les revenus du locataire.

En ce qui concerne les agences immobilières sociales, la plupart de celles-ci travaillent avec des listes d'attente.

### *Nombre de logements*

Par rapport au nombre de logements, selon le baromètre 2023, "Au 1er janvier 2022, la Région bruxelloise comptait officiellement 597915 logements et accueillait 563882 ménages". D'après ces chiffres, "le nombre de logements (dénombrés dans le cadastre) est supérieur au nombre de ménages (dénombrés dans le Registre de la population)" (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2024). De plus, "sur la période 2002-2022, le nombre de ménages a augmenté plus ou moins au même rythme que le nombre de logements en Région bruxelloise (+17 % pour les ménages contre +16 % pour les logements) (2024)". Ces écarts "doivent être interprétés de manière prudente étant donnée la qualité des statistiques, tant relatives aux ménages qu'aux logements (2024)". En effet, la population de personnes sans-

papiers n'est pas incluse dans les chiffres concernant les ménages et des erreurs peuvent exister parce que des personnes qui vivent dans des ménages collectifs (MR-MRS) sont encore domiciliées à leur ancienne adresse ou parce que les étudiants qui kotent, sont domiciliés à un autre endroit (parents). Au niveau des logements, il peut s'agir d'un retard de déclaration au Cadastre, d'une déclaration erronée (une habitation occupée par un seul ménage et déclarées comme ayant plusieurs logements), de transformations d'un logement d'une unité en plusieurs unités (2024). "Le fait que le nombre de logements soit supérieur au nombre de ménages peut s'expliquer par la présence de logements vides (temporairement ou de manière structurelle) ou par la présence d'habitants non domiciliés dans ces logements : étudiants encore domiciliés chez leurs parents, personnes sans titre de séjour, logement classique loué comme habitation de vacances, etc. Concernant les logements vides, il peut s'agir de logements en cours de rénovation, de secondes résidences, de logements appartenant à des propriétaires séjournant en maison de repos, de logements à l'abandon, etc." (2024).

#### *Taille et surpeuplement du logement*

Le fait que les loyers soient plus onéreux a pour conséquence que les personnes risquent de choisir un logement plus petit. Selon le baromètre 2023, "chez les Bruxellois en situation de risque de pauvreté, environ la moitié de la population vit dans un logement trop exigu" (2024).

Une autre conséquence de ce choix est qu'il y a un risque de surpeuplement lorsque plusieurs personnes logent sous le même toit. "30 % de la population bruxelloise vit dans un logement surpeuplé" (2024). Ce surpeuplement va avoir un impact sur la santé " (entre autres des problèmes de santé mentale du fait du stress induit, ou des pathologies respiratoires du fait de phénomènes de condensation et d'humidité de l'air), les modes d'alimentation (via l'incapacité/la difficulté à conserver et cuisiner des aliments frais), la réussite scolaire (via l'incapacité à disposer d'un espace pour étudier, faire ses devoirs ...), etc."(2024).

#### *Qualité du logement*

En plus du surpeuplement des logements et pour certaines personnes à cause de ce surpeuplement, de nombreux bruxellois (32 %) sont également confrontés à des problèmes dans leurs logements "tels que des problèmes d'humidité, de fuites dans la toiture, un manque de lumière ou l'absence de sanitaires à l'usage unique du ménage (2024) ".

En conclusion, des logements seraient disponibles sur le marché mais le loyer des logements ne sont pas accessibles à des personnes ayant un faible à un moyen revenu. De longues listes

d'attente sont présentes pour les logements dont les loyers sont modérés. De nombreux bruxellois sont confrontés au surpeuplement des logements ainsi qu'à des problèmes dans leurs logements.

A côté des logements classiques, différentes approches du logement ont vu le jour en santé mentale.

### Les différentes approches du logement en santé mentale

De nombreux auteurs ont essayé de différencier les types de logements dans le secteur de la santé mentale. Les premières différenciations ont mis en évidence le "custodial housing" qui apporte un soutien basique aux activités de la vie journalière, le "supportive housing" qui apporte un soutien en interne, une aide pour la réintégration et de la réadaptation et le "supported housing" qui est un système de soutien externe, l'accompagnement est fourni à l'extérieur de l'habitation (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999) et d'autres types de logement comme le sheltered housing qui consiste à un logement protégé de type IHP.

Bachrach décrit "la réadaptation psychiatrique comme étant une approche thérapeutique. Cette approche encourage une personne souffrant de maladie mentale à développer toutes ses capacités grâce à un apprentissage (learning) et à un environnement de soutien" (Bachrach, 1996).

Selon les auteurs, la définition de ces approches du logement est différente.

#### Logement avec soutien minimal (custodial housing)

A l'origine, ces logements accueillait les anciens patients d'hôpitaux psychiatriques. Les besoins de base (repas, hygiène, médicaments) sont apportés par le personnel de l'institution. Certains problèmes peuvent apparaître dans ces institutions liées par le manque de choix du résident concernant son logement, sur les personnes qui vivent avec lui et sur les activités de la vie quotidienne (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999). D'après Dorvil & al, ce courant offre "un hébergement de longue durée où les services sont offerts aux résidents par des non-professionnels dans la plupart des cas". "Le fait que les types d'habitations issues du custodial model soient des habitations privées semble être un facteur pour expliquer que les responsables fournissent peu, sinon pas du tout, de services de réadaptation. Ces services, en effet, engendrent des coûts supplémentaires sans rapporter davantage financièrement" (Dorvil, Morin, Beaulieu, & Robert, 2002).

### Logement avec soutien intégré (supportive housing)

Ces logements accueillent également des anciens patients d'hôpitaux psychiatriques. Le but de ce type de logement est d'amener les résidents vers l'indépendance avec le soutien du personnel en interne mais aussi des pairs. "Les résidents ont plus de choix en ce qui concerne la chambre, les personnes qui vivent avec lui et sur les activités de la vie quotidienne" (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999). "Le supportive housing model se veut une forme d'hébergement thérapeutique professionnel. En effet, ce modèle résidentiel mise sur la réhabilitation et le développement des compétences" (Dorvil, Morin, Beaulieu, & Robert, 2002).

### Sheltered housing

Il s'agit de logements protégés. "Les principales caractéristiques des logements protégés étaient que les résidents avaient leur propre chambre dans un complexe immobilier avec des installations communes telles qu'une buanderie, une salle à manger et un salon et des services fournis par le personnel interne. Les logements protégés représentent donc un mode de logement intermédiaire entre la vie indépendante dans la communauté et une institution résidentielle pour les personnes qui préfèrent vivre de manière indépendante, mais qui souhaitent la sécurité et la disponibilité d'une assistance et de soins en cas de besoin" (Roos, Bjerkeset, Søndena, Antonsen, & Steinsbekk, 2016).

### Les logements avec soutien externe (supported housing) ou Logement d'abord (Housing First)

Il s'agit d'appartements individuels. Le locataire détient tout le contrôle sur son habitation. Le personnel extérieur peut apporter une aide. C'est le locataire qui est responsable de ces choix (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999). Une distinction claire et nette est faite entre le logement et l'accompagnement et le traitement (Dorvil, Morin, Beaulieu, & Robert, 2002).

Huit principes clés régissent le logement d'abord en Europe. Ces principes clés sont les suivants : le logement est un des droits de l'homme ; le choix et le contrôle est effectué par les usagers des services ; Il y a une séparation entre le logement et le traitement; les services d'accompagnement sont orientés vers le «rétablissement»; il y a un principe de la réduction des risques; Il s'agit d'un engagement actif sans coercition; la personne est au centre de l'accompagnement; une souplesse de l'accompagnement est proposée aussi longtemps que de besoin. (Pleace, 2016)

Deux autres auteurs proposent dans leur chapitre sur les modèles d'hébergement pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères d'utiliser trois étapes pour différencier les

différents modèles d'hébergement (Nelson & Caplan, 2017){traduction libre}. La première étape consiste à vérifier si la structure est orientée vers le profit et s'il y a la présence d'un service de réhabilitation psychosociale axé sur le rétablissement (2017). "La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté" (Duprez, 2008).

Si l'une ou l'autre de ces deux caractéristiques est absente, il s'agit du custodial housing.

L'orientation vers le profit et l'absence de réhabilitation psychosociale sont des caractéristiques du "Custodial housing". Ex de custodial housing : single room occupancy (SRO), hotel rooms, ... (Nelson & Caplan, 2017). Tous les autres logements sont considérés comme des "supportive housing" (logements de soutien), offrant une réhabilitation psychosociale tout en étant une association sans but lucratif. Si le logement est considéré comme du "supportive housing", il faut passer à la seconde étape, si c'est du "custodial housing", c'est la dernière étape (2017).

La deuxième étape consiste à se poser la question si le logement offre des choix et une aide au loyer. Cette étape sert à différencier s'il s'agit d'hébergement supervisé sur un seul site ou sur plusieurs sites. Si les consommateurs ont le choix du lieu des personnes avec qui ils vivent et s'ils bénéficient d'une aide au loyer qui leur permettent de choisir un appartement dans la communauté de leur choix, ou tout autre type de logement qu'ils préfèrent, alors le programme est un logement supervisé sur plusieurs sites. À contrario, s'ils n'ont pas le choix ou s'ils n'ont pas d'aide au loyer, il s'agit d'un programme de logement supervisé sur un seul site (2017) .

Dans la troisième étape, la question suivante est posée : dans quelle mesure le programme est-il fidèle à ses composantes qui sont liées à des résultats positifs ? Cinq clés sont importantes pour les logements supervisés (supportive housing). La première clé concerne le choix du logement et de la structure qui inclus le choix, l'obtention d'un logement rapide, permanent, abordable (moins de 30 % du revenu consacré au loyer), sur des sites séparés (2017).

La deuxième clé consiste à la séparation entre le logement et les services cliniques qui inclus le fait qu'il n'existe pas de préconditions d'accès, la location n'est pas liée à la participation à un traitement, le bail est classique, un nouveau logement est offert aux personnes qui ont



perdu leur logement, les services continuent à être offerts si le locataire perd son logement, pas d'équipe sur le site (2017).

La troisième clé est la philosophie du service. Les consommateurs choisissent les services, aucune exigence en matière d'observance du traitement, une approche de réduction des risques, entretien motivationnel, planning individualisé... (2017).

La quatrième clé est le travail en réseau qui consiste à travailler avec des services pour maintenir le logement, les services psychiatriques, le traitement de la toxicomanie, les services de soins infirmiers... (2017)

La cinquième clé est la structure du programme. La priorité est donnée aux personnes ayant de multiples obstacles au logement, un faible ratio consommateurs/personnel, un seuil de contact minimal, le personnel fonctionne en équipe, la présence de pair aidant. (2017)

La majorité de ces clés et de leurs composantes sont repris dans les huit principes clés du logement d'abord (housing first).

Tableau 1 Caractéristiques de l'approche au logement

Ci-dessous se trouve un tableau inspiré d'un article de Parkinson & Al reprenant les différentes caractéristiques du "custodial housing", du "supportive housing" et du "supported housing" (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999)

Caractéristiques de l'approche au logement selon l'article de (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999) {traduction libre}			
Caractéristiques	Type de logement		
	Custodial (logement avec soutien minimal)	Supportive (logement avec soutien intégré)	Supported (logement avec soutien externe)
Valeurs sous-jacentes	Soins de base	Réhabilitation	Empowerment et intégration dans la communauté
Installations typiques	Pensions de famille, les maisons de chambre, les maisons de soins, single-room occupancy (SRO) hotel rooms (USA) et les familles d'accueil.	Groupe de maison, appartements groupés	Appartements
Localisation	Principalement dans les centres villes	Principalement dans les centres villes	N'importe où
Caractéristiques des résidents	Tous les usagers de la santé mentale ou les personnes handicapées. Les résidents sont souvent très dépendants et ont une longue histoire de problèmes de santé mentale.	Tous les usagers de la santé mentale. Les résidents ont une courte histoire de problèmes de santé mentale.	N'importe quelle personne, mais souvent des personnes à faibles revenus. Les locataires ont une histoire à durée variable en matière de problèmes de santé mentale.
Rôle du consommateur	Patient/client	Résident	Locataire/citoyen
Rôle du personnel	Prestataires de soins	Agent de réhabilitation	Facilitateur
Orientation de l'intervention	Focus sur les déficits	Focus sur les déficits et sur les forces	Focus sur les forces
Empowerment des résidents	Peu de choix en matière de logement, sur l'aide qu'ils reçoivent, de compagnons de vie et d'activités quotidiennes Présence de règles restrictives Le personnel a le contrôle sur la plupart des décisions prises dans la résidence.	Certains choix en matière de logement, de compagnons de vie et d'activités quotidiennes Présence de quelques règles Le contrôle est partagé entre le personnel et les résidents	Des choix considérables en matière de logement, de compagnons de vie et d'activités quotidiennes. Peu ou pas de règles Contrôle détenu par le locataire
Nature de l'intervention	Personnel interne. Orienté vers les soins et la dépendance	Personnel en interne et soutien par les pairs. Orientés vers l'indépendance	Personnel externe. Processus de soutien contrôlé par le locataire
Durée du séjour	Long terme	Peut-être à long terme mais utilisé usuellement pour un court terme	Long terme

Nature et conditions de l'aide fournie	Le personnel interne fournit des services de soins (par exemple, repas, nettoyage, médicaments). Les services de réadaptation peuvent être fournis par du personnel extérieur à l'établissement.	Les services de réadaptation sont acceptés par le résident comme une condition de l'hébergement. Les services de réadaptation peuvent être fournis par le personnel de l'établissement ou par du personnel extérieur à l'établissement.	Le personnel extérieur à l'établissement peut fournir des services de réadaptation. Les services de réadaptation fournis sont individualisés et adaptés à chaque personne
--	---	--	--

Au cours du temps, différentes approches du logement en santé mentale ont vu le jour en Belgique dont les MSP, les IHP et les communautés thérapeutiques.

## MSP, IHP et les communautés thérapeutiques

Tableau 2 : Caractéristiques des MSP, communautés thérapeutiques et des IHP bruxelloises

	MSP	Etablissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adulte = Communautés thérapeutiques	IHP
Types d'hébergement	Résidentiel/Hébergement collectif avec accompagnement par des professionnels 24h/24	Résidentiel/ Hébergement collectif avec continuité thérapeutique 24h/24	Maison communautaire avec chambre individuelle ou appartement individuel
Localisation	Aussi proche que possible de la communauté de vie locale	Aussi proche que possible de la communauté de vie locale	N'importe où
Caractéristiques des résidents	Les résidents sont souvent très dépendants et ont une longue histoire de problèmes de santé mentale. Il peut s'agir de personnes ayant un double diagnostic (troubles mentaux et handicap mental)	Tous les usagers de la santé mentale. Les résidents ont une longue histoire de problèmes de santé mentale.	Les locataires ont une histoire à durée variable en matière de problèmes de santé mentale.
Liste d'attente	Oui. Le temps d'attente peut atteindre les deux ans.	Oui. Le temps d'attente varie selon l'institution. Cela peut aller d'un mois et demi à un an d'attente.	Oui. Le temps d'attente est relativement long et peut atteindre les deux ans.
Durée de l'accompagnement	Longue durée	Courte durée (quelques mois à deux ans) (COCOF) à maximum 5 ans (Iriscare).	6 mois, renouvelable aussi longtemps que nécessaire
Objectif	Maintien et amélioration des capacités et de l'autonomie (Centre Hospitalier Jean Titeca, 2024) Accompagner les personnes stabilisées qui ne nécessitent plus d'un suivi à l'hôpital et qui souhaitent encore un encadrement psychosocial leur permettant de développer ou d'acquérir une autonomie fonctionnelle, afin de mettre en place leurs projets de vie futures. (Epsilon ASBL, 2024)	"Lieu de transition active entre un moment de crise et un moment de reprise, de réinsertion psychosociale" (Asbl Wolvendael vzw, 2024). C'est "un cadre vie communautaire" qui apporte également "un accompagnement psychologique, social et médical, dans le respect de la singularité de chacun" (Asbl Wolvendael vzw, 2024)	"Accueillir des personnes ayant des problèmes psychiques, qui ne leur permettent pas (encore) ou plus de vivre seules et qui ont besoin d'un accompagnement supplémentaire sans qu'une admission permanente dans un cadre psychiatrique soit nécessaire" (De Lariks, 2024)
Encadrement	Infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs, assistants sociaux...	assistants sociaux, psychologues, d'assistants en psycho, d'éducateurs, sociologue, infirmier, sociothérapeute	assistants sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues, infirmiers, ...)
Rôle du personnel	Prestataires de soins/agent de réhabilitation	Tous les membres du personnel font la même chose. Agent de réhabilitation	Agent de réhabilitation/facilitateur

Base de l'accompagnement	Réhabilitation psychosociale et rétablissement	"Accompagner chaque personne dans sa recherche de solution, en tenant compte des rythmes et des singularités de chacun" (L'équipe ASBL, 2021).	Apporter un soutien nécessaire dans les différents domaines de la vie (De Lariks, 2024), "l'objectif est de maintenir, d'améliorer ou de restaurer l'indépendance" (De Lariks, 2024).
Conditions d'admission	Oui (âge, personnes stabilisées avec projet de vie et abstinence)	Oui (autonomie, la capacité de se déplacer, âge, ne pas être en ordre de mutuelle)	Oui (être suffisamment autonome, avoir un potentiel de réhabilitation psychosociale suffisant, personnes stabilisées)
Critères d'exclusion	"Une consommation de produits stupéfiants active et problématique Des troubles neurologiques et dégénératifs Un retard mental sévère" (Centre Hospitalier Jean Titeca, 2024)	Violences verbales et physiques ou une consommation trop importante.	- Patients nécessitant une surveillance médicale continue et des soins médicaux continus du fait d'une pathologie organique. - Patients présentant des troubles du comportement majeurs - usage de drogues
Participation des résidents aux tâches quotidiennes	Non sauf dans les structures avec une partie en "autonomie"	Oui. Les résidents décident des repas. Selon les institutions, les résidents préparent tous les repas ou un repas sur deux, ils nettoient les communs, ...	Oui via leur propre logement
Réunion des résidents	Oui	Oui	Oui
Activités	Oui, activités thérapeutiques et occupationnelles	Oui, activités telles que bricolage, natation... + activités externes	Oui, activités et sorties culturelles
Agrément	Oui avec un contrôle des MSP	Non, ces institutions ont une convention (anciennement avec l'INAMI).	Oui avec un contrôle des IHP

## MSP

"Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) (« Psychiatrische verzorgingstehuizen », PVT) sont des structures résidentielles qui dispensent des soins aux personnes ayant une affection psychiatrique stabilisée de longue durée ou des capacités intellectuelles limitées, et qui nécessitent une surveillance ou des soins permanents. (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019)".

Ces structures ont pu être créées par suite d'un arrêté paru en 1990. Cet arrêté reprend des normes d'agrément (normes architecturales, de personnel, d'organisation, ...).

5 MSP sont présentes sur le territoire bruxellois (à Uccle, à Berchem-Sainte-Agathe, à Schaerbeek, à Ixelles et à Ganshoren). Cela représente 323 lits agréés en 2024 en région de Bruxelles-Capitale (62 (Bruxelles Social, 2021), 46 (Bruxelles Social, 2021), 60 (Bruxelles Social, 2021), 95 (Bruxelles Social, 2023) et 60 (Bruxelles Social, 2023)).

L'ouverture de nouveaux lits MSP est soumis à la programmation. Cette programmation est calculée sur base d'une formule se trouvant dans l'arrêté ministériel du 10/07/1990 fixant le nombre programme pour les maisons de soins psychiatriques. Selon l'article 1 de l'arrêté, "le nombre programme de lits dans les maisons de soins psychiatriques est fixé à 0,6 lits par mille habitants (Ministère des Affaires sociales, 1990)". Selon Statbel, au 1<sup>er</sup> janvier 2023, la population en région de Bruxelles-Capitale s'élevait à 1241 175 habitants (Structure de la population). En prenant en compte la population présente au 1<sup>er</sup> janvier 2023, il pourrait y avoir 745<sup>1</sup> lits MSP sur le territoire de Bruxelles-Capitale. Ce qui revient à dire que 422 places supplémentaires pourraient voir le jour.

En termes d'offre, il s'agit d'hébergements collectifs avec accompagnement par des professionnels 24h/24 qui accueillent des personnes ayant un long parcours en santé mentale.

Certaines MSP ont créés une partie permettant l'autonomie des résidents. En effet, les résidents se trouvant dans une partie plus autonome vivent en groupe de +/- 10 personnes. Ces résidents préparent leur repas, ils lavent la vaisselle, s'occupent de l'entretien de leur chambre, de l'entretien des communs, ils gèrent leur médication...

---

<sup>1</sup> Le calcul est le suivant :  $[(1241175/1000) * 0.6] = 744,705$  lits de MSP

## IHP

Les IHP ont également pu être créées par suite d'un arrêté paru en 1990. La définition se trouvant dans cette législation est la suivante : "On entend par initiative d'habitation protégée l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées § 2. Le séjour dans une initiative d'habitation protégée est justifié qu'aussi longtemps que la personne concernée ne peut pas être totalement réintégrée dans la vie sociale (Santé Publique et Environnement, 1990)".

Tout comme les lits en MSP, l'ouverture de places IHP est également soumise à une programmation. L'article 2 précise que "Le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service représente 0,5 par mille habitants" (Affaires sociales - Santé Publique et Environnement, 1999). Sur base de cette législation, il pourrait y avoir 621<sup>2</sup> places de IHP à Bruxelles. Selon le rapport du KCE, en 2017, il y avait, à Bruxelles, 18 IHP avec 560 places (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019).

Selon les IHP, il peut s'agir d'un appartement dans une maison communautaire ou d'un appartement privé. L'accompagnement se fait par des personnes externes. Les résidents sont tenus de participer aux réunions des résidents pour le reste, ils sont libres de participer aux activités proposées.

### Établissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adulte

Un autre type d'hébergement est également présent à Bruxelles. Il s'agit d'établissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adulte. Il existe deux sortes d'hébergement : "le premier propose des programmes spécifiques de durée limitée qui sont complémentaires aux autres traitements psychiatriques, tandis que le second cible les problèmes de dépendance" (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Quatre établissements proposant un hébergement sont présents à Bruxelles (à Uccle, à Woluwe-Saint-Lambert, à Saint-Gilles et à Anderlecht). Sur les sites internet de ces établissements, il y est noté que ce sont des communautés thérapeutiques qui visent la revalidation psycho-sociale. Des activités communautaires sont organisées dans les quatre structures.

---

<sup>2</sup> Le calcul est le suivant :  $[(1241175/1000) * 0.5] = 620,5875$  places d'IHP

L'OMS a défini, en 1996, la réadaptation psychosociale comme "un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. Elle consiste à la fois à améliorer les compétences individuelles et à modifier l'environnement de façon à créer une vie de la meilleure qualité possible » (World Health Organization. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness., 1996).

Sur le site de la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques (FSPST), sont notés les principaux objectifs thérapeutiques des établissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adulte. Il s'agit "de remédier à une « désadaptation sociale » liée à une pathologie psychiatrique. C'est-à-dire qu'ils prennent en charge des situations où la problématique entraîne une altération des fonctions psychiques et relationnelles conduisant à des répercussions sociales négatives (retrait social, perte d'emploi, apragmatisme, conduites sociales inadéquates, conflits intra-familiaux, manque d'autonomie, marginalisation...)" (FSPST, 2020). Toujours selon le site de la FSPST, "la revalidation pratiquée vise à remédier aux conséquences des troubles fonctionnels (et non lésionnels) de l'adaptation psychosociale, sur lesquels un traitement médicamenteux n'est que palliatif et pas directement curatif" (FSPST, 2020).



Les MSP et les IHP sont agréées à Bruxelles par Vivalis (l'administration de la COCOM) et financées par Iriscare via les organismes assureurs. Les communautés thérapeutiques (centre de revalidation psychosociale) ne disposent pas d'un agrément. Ce sont des anciennes conventions INAMI. Deux communautés thérapeutiques ont actuellement une convention avec Iriscare et les deux autres avec la COCOF.

Dans l'étude sur l'"Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale", il ressort que les professionnels du terrain sont préoccupés par les MSP et les IHP. "En effet, les places y sont peu nombreuses et les listes d'attente pour y accéder sont également de longue durée. Parmi les obstacles principaux, les critères d'admission seraient particulièrement stricts, en particulier pour les usagers qui cumulent plusieurs piliers de fragilité, tels que le handicap physique, la toxicomanie, la grande précarité, ou bien pour les usagers qui entretiennent des rapports conflictuels avec les structures de soin" (Walker, Nicaise, & Thunus, 2019). Pour contourner ces obstacles, les professionnels mettent en place des "pratiques informelles, telles que des préparations d'entretien d'admission par jeu de rôle" (2019). Les professionnels expliquent également que ces structures sont saturées.

D'autres structures se voient accueillir des personnes "ayant des troubles psychologiques, voire psychiatriques" (Mennig & Vanhessen, 2018), il s'agit des maisons d'accueil.

### Autres structures d'hébergement agréées accueillant des personnes ayant des problèmes de santé mentale

"Les maisons d'accueil sont des structures d'hébergement à destination des adultes, mineur·e·s émancipé·e·s, mères mineures, mineures enceintes, accompagnés ou non d'enfants, qui le demandent et qui sont dans l'incapacité temporaire de vivre de façon autonome" (Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune).

"Les maisons d'accueil offrent un hébergement d'une durée de deux ans, prolongeable, ainsi qu'une série de services dont un accompagnement psycho-social visant à retrouver une autonomie et à traverser les épreuves difficiles, un accompagnement administratif visant, notamment, à recouvrir les droits sociaux des personnes hébergées, un système de garde physique ou téléphonique visant à assurer un point de contact aux hébergés, la possibilité de cuisiner ou de bénéficier d'un repas par jour, un accompagnement post-hébergement, dont la durée est limitée à trois mois, renouvelable une fois pour une durée de trois mois" (Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune). "Ces institutions favorise la

réinsertion sociale des usagers, en les aidant dans la recherche d'un logement ou toute autre solution adaptée à leurs besoins" (Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune). "Une participation financière est demandée aux personnes hébergées, celle-ci étant établie en fonction des services fournis par la maison d'accueil et des revenus de la personne hébergée ; aucune participation financière ne peut être demandée pour les missions d'accompagnement" (Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune).

" Les personnes sans-abri ont la possibilité d'accéder à des toilettes, des sanitaires (douches, lavabo) un téléphone, une consigne ou un local sécurisé, un espace d'accueil pour les entretiens, une salle de séjour, une cuisine équipée et une salle à manger" (Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune).

Comme notifié dans le rapport sectoriel de 2018 sur les maisons d'accueil agréées par la Commission communautaire française, ces structures sont saturées (Mennig & Vanhessen, 2018). Ce qui fait que "chaque jour des dizaines de personnes subissent des refus. Il arrive également que l'on refuse un hébergement car l'établissement ne dispose pas des infrastructures et de l'encadrement suffisant pour accueillir certains profils. C'est le cas notamment pour des personnes présentant d'importants troubles psychiatriques, des handicaps lourds ou des problèmes de santé limitant leur autonomie, mais aussi les personnes déficientes intellectuellement, les toxicomanes, les alcooliques, les personnes relevant de la défense sociale, sortant d'institutions ou d'hôpitaux, ou encore qui ne sont pas en ordre sur le plan administratif et de séjour" (2018).

En conclusion, il n'y a pas assez de logements ou d'hébergements agréés ou conventionnés pour accueillir toutes les personnes ayant un problème de santé mentale en région de Bruxelles-Capitale et qui cumulent plusieurs piliers de fragilité telle que le handicap physique, le double diagnostic (handicap mental et maladie mentale), la consommation d'alcool et la toxicomanie active.

Face à cette problématique, d'autres types de structures d'hébergement ont vu le jour.

## Autres structures d'hébergement pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale

A côté des structures subventionnées et/ou agréées, ils existent des structures qui ne sont pas agréées. Ces structures existent dans d'autres pays comme aux Etats-Unis et au Canada et elles sont également présentes en Wallonie et à Bruxelles.

### Etats-Unis

Aux Etats-Unis, ces structures sont appelées des "single room occupancy" (SRO). Il s'agit comme son nom l'indique de chambres individuelles qui se trouvent soit dans des maisons, soit dans des hôtels (Sullivan & Burke, 2013). Les salles de bains sont le plus souvent communes (2013). Les loyers sont modérés (2013). Les logements sont le plus souvent situés dans le centre-ville, ce qui permet aux résidents d'avoir facilement accès aux transports en communs (2013). Les SRO sont "utilisés pour héberger les populations pauvres souffrant simultanément de problèmes de consommation de drogue et de santé mentale" (Knight, et al., 2014). Selon Knight & al, "le fait de vivre dans une SRO, par rapport à d'autres environnements de logement, a été associé à des taux plus élevés d'infection par le VIH, de recours aux services d'urgence, d'incarcération récente, d'agression physique, de consommation de crack et d'injection de cocaïne, d'héroïne et de méthamphétamine" (2014).

### Canada

Au Canada, ces structures sont soit appelées SRO, soit maisons de chambres. Il existe trois types de maisons de chambres : les maisons de chambres sociales, communautaires et privées. "Les maisons de chambres sociales et communautaires sont gérées par des organismes à but non lucratif et offrent généralement des chambres subventionnées dont le loyer est proportionnel au revenu du locataire. Certaines proposent également des interventions de soutien communautaire aux locataires" (Tessier, 2018). Le soutien consiste en des activités, un accompagnement... De plus, ces structures "garantissent un immeuble entretenu, sécuritaire et salubre" (RAPSIM, 2019). En ce qui concerne le loyer, "le locataire ne verse pas plus de 25% de son revenu pour le loyer (environ 250\$ par mois)" (RAPSIM, 2019). Il y a plus de 2000 personnes logées dans ces maisons.

Les maisons de chambres privées "offrent souvent des conditions de location souples qui peuvent être adaptées aux besoins de certaines personnes (ex. entrée et durée flexibles)" (RAPSIM, 2019). Cependant, elles proposent rarement un soutien communautaire. Le loyer

dans une maison de chambres privées à Montréal s'élève en moyenne à environ 450 \$ par mois en 2017 (2019). Il y a "environ 150 maisons pour 2400 chambres à Montréal" (2019).

Comme pour les SRO, les maisons de chambre permettent aux personnes célibataires ayant des faibles revenus d'avoir accès à un logement. Ces maisons se trouvent également dans des centres-villes, ce qui permet un accès aux facilités qu'apportent les grandes villes. "Cette forme de logement peut également constituer une première étape vers la stabilisation résidentielle" (Tessier, 2018). Ces maisons de chambres existent depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle (durant la révolution industrielle). Ils permettaient aux personnes seules de loger près des usines. Dans les années 60, à la suite de la désinstitutionnalisation, ces logements furent occupés par des personnes sortant des hôpitaux psychiatriques ainsi que part des personnes sans emploi (Tessier, 2018).

### Wallonie

En Wallonie, en 2018, une législation a été créée permettant à ces structures d'hébergement non agréées (SHNA) de recevoir une reconnaissance comme maisons d'hébergement collectif pour personnes en difficultés prolongées. Cette reconnaissance permet d'imposer une mise en conformité sur certains points et implique un contrôle par le service Audit et Inspection de l'AVIQ.

La création de cette législation fut l'objet de questionnement du secteur. La ministre Mme Morreale a expliqué lors d'une réponse écrite (datée du 18/10/2019) que "La Commission wallonne de la Santé a, en outre, estimé que le projet ouvrait une voie royale à la dérégulation du secteur de l'hébergement (tous sous-secteurs confondus : handicap, toxicomanie, santé mentale, personnes âgées,) en permettant à des institutions d'être agréées et éventuellement financées tout en respectant des normes moins contraignantes que ce qui existe actuellement dans différents secteurs. C'est la raison pour laquelle, cette Commission, à l'unanimité des membres a remis un avis négatif sur le projet d'arrêté estimant que ce texte présentait, au contraire plus de dangers que de solutions à la situation telle qu'elle existe sur le terrain. En effet, le décret répond de manière minimaliste aux situations visées et aux besoins de publics fragiles, voire précarisés. Il met les secteurs en concurrence avec un risque accru de marchandisation des problématiques sociales" (Parlement de Wallonie, 2019).

Cette législation comporte des normes concernant l'infrastructure (superficie de la chambre, équipements de la chambre, locaux communs, ...), les documents obligatoires, le personnel, les missions, l'accueil des résidents, les registres, le dossier individuel, la convention

d'hébergement individuelle, la participation financière, l'hygiène du bâtiment et de la literie, les droits du résident, le règlement d'ordre intérieur et les sanctions à l'encontre des établissements.

En ce qui concerne le nombre de SHNA présentes en Wallonie et le nombre d'institutions reconnues, Mme Morreale a précisé (réponse écrite datée du 19/11/2021) que "L'AVIQ a connaissance de 48 services d'hébergement non agréés accueillant des personnes en difficultés prolongées. Parmi ceux-ci, 28 services ont introduit une demande de reconnaissance. Sur ces 28 demandes, 20 dossiers sont administrativement en ordre (complets). Ces 20 dossiers ont été envoyés à la Direction de l'Audit et de l'Inspection conformément à la procédure. Actuellement, 9 dossiers ont reçu un avis favorable de la Direction de l'Audit et de l'Inspection pour une demande de reconnaissance, 5 dossiers ont reçu un avis défavorable et 6 dossiers sont toujours en cours d'instruction au sein de la DAI<sup>3</sup>" (Parlement de Wallonie, 2020).

Selon le listing d'habitations collectives de février 2024 présent sur le site de l'AVIQ, 11 structures ont reçu une reconnaissance.

Les raisons pour lesquelles certaines structures n'ont pas reçu de reconnaissance selon M. Mathieu (Attaché - Gestionnaire en santé, en action sociale et en cohésion sociale de l'AVIQ) sont, entre autre, parce que toutes les institutions n'ont pas demandé de reconnaissance ou parce que le dossier était incomplet ou l'institution a reçu un avis défavorable parce qu'elle ne répond pas aux normes de personnel, ne répond pas aux normes infrastructure (pas d'accès à l'eau dans les chambres, les pièces communes sont non conformes ou l'hygiène de la structure n'est pas correcte. Certaines de ces structures ont fermés mais les autres continuent de fonctionner. *"L'AVIQ n'a pas la compétence pour fermer ces structures, uniquement réaliser des fermetures d'urgence signée par Madame La Ministre. Nous communiquons nos informations de refus de reconnaissance à l'autorité communale et le bourgmestre peut fermer ou non la structure"*

En conclusion, malgré la création par l'AVIQ d'une législation pour reconnaître ces structures, onze maisons d'hébergement collectif pour personnes en difficultés prolongées ont reçu une reconnaissance. Tandis que les autres maisons d'hébergement collectif pour personnes en difficultés prolongées continuent de fonctionner sans aucune reconnaissance.

---

<sup>3</sup> DAI = Direction de l'Audit et de l'Inspection

## Bruxelles-Capitale

Des SHNA sont également présentes sur le territoire de Bruxelles-Capitale. A Bruxelles, une définition de cet acronyme a été effectuée par Bruss'help : "Les SHNA sont des établissements d'hébergement non reconnus et non subsidiés par les autorités publiques. En conséquence, ces structures ne sont pas contrôlées par les administrations de référence. Ils présentent des différences importantes en matière d'accompagnement, de publics cibles et de modalité d'accueil. Les SHNA peuvent autant être des établissements à vocation lucrative que le fruit d'initiatives citoyennes ou de communautés religieuses" (Bruss'help, 2022).

Dans le rapport bruxellois sur la pauvreté de 2010, intitulé "Vivre sans chez soi à Bruxelles", il est expliqué que "Ces structures sont nées pour de multiples raisons : un manque de places dans les structures officielles (agrées), un manque de portes de sortie vers du logement durable ou alternatif, des conditions d'accès trop rigides dans les structures agréées, l'absence de lieux de vie résidentiel pour des personnes de moins de 60 ans et pourtant en situation de vieillissement précoce, une diminution des lits d'hôpitaux psychiatriques avec une reconversion incomplète vers d'autres alternatives et une dilution des responsabilités des différents acteurs publics à Bruxelles (au niveau des communes, des Communautés, du fédéral et des CPAS) (Van den Nyden M, 2010)" (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2010).

Un changement de législation a eu lieu en 2009 concernant les maisons de repos de la région de Bruxelles-Capitale. Cela a eu deux conséquences pour les maisons de repos. La première conséquence est que les établissements ne pouvaient plus accueillir que 5% des personnes de moins de 60 ans (COCOF-COCOM) (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2010) (jusqu'à 10% sur une base d'un dossier étayé pour la COCOM) (Ministère de la région de Bruxelles-capitale, 2008).

En effet, dans le rapport bruxellois sur la pauvreté (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2010), il est expliqué que les maisons de repos étaient utilisées pour accueillir des personnes vulnérables de moins de 60 ans. "Ces maisons de repos offrent plus de garanties que les structure d'hébergement non-agrées dans la mesure où elles sont agréées et donc contrôlées en Région bruxelloise par une Commission communautaire/Communauté selon l'autorité publique responsable. Cette solution est choisie (par défaut) par des CPAS bruxellois, dont certains d'entre eux reconnaissent que des maisons de repos accueillent

jusqu'à 60 % de personnes de moins de 60 ans, faute de trouver de la place ailleurs" (p. 45).  
Ce qui fait que certaines personnes ont dû quitter les maisons de repos.

La deuxième conséquence liée à ce changement de législation est que les maisons de repos qui ne répondaient pas aux normes architecturales (chambres trop petites, ...) ont dû fermer leur porte. Certaines de ces anciennes maisons de repos se sont transformées en SHNA.

Dans le rapport bruxellois sur la pauvreté (2010), quelques témoignages de personnes connaissant ou ayant vécu dans des SHNA sont repris. Les personnes racontent qu'elles n'étaient pas informées du fait que ces structures n'étaient pas agréées et que la situation s'est améliorée à partir de 2010, qu'une grande partie de leur revenu part dans la location de la chambre, il n'y a pas de conditions d'accueil, c'est un lieu ouvert, qu'il y a des punitions ... " Depuis 2010, à part quelques articles de presse et un documentaire (" Maisons « pirates » : interdire ou encadrer ?" (Warsztacki, 2018), " Maisons pirates : le business de la misère" (Beth, 2017), ""Maisons pirates"... Devoir d'enquête fait le point !)" (Beth, 2018) qui dénoncent de la maltraitance, des punitions, un manque d'hygiène de la structure, il n'existe pas d'autres informations qui permettraient de comprendre le rôle que joue ces structures et la place qu'elles prennent dans l'offre d'hébergement.

A Bruxelles, il n'existe pas de législation permettant de reconnaître les SHNA, le nombre exact des SHNA n'est pas connu, il en est de même en ce qui concerne le profil des personnes qui y résident ainsi que sur leurs besoins.

Étant donné le manque d'informations sur le nombre de structures présentes sur le territoire de Bruxelles-Capitale, sur leur manière de fonctionner et sur leur positionnement dans l'offre de soins, j'ai choisi d'investiguer l'offre proposée par les SHNA.

Ma question de recherche principale est la suivante : Quelle est l'offre que propose les SHNA en région bruxelloise et de quelle manière cette offre s'articule avec le reste de l'offre de soins en santé mentale bruxelloise ?

Mes hypothèses sont les suivantes :

Première hypothèse : Ces structures permettraient un accès à un logement plus abordable aux personnes précarisées, notamment à celles présentant des problèmes de santé mentale, et elles éviteraient également à certaines personnes de se retrouver à la rue et à d'autres d'être une première étape pour sortir de la rue.

Deuxième hypothèse : Ces structures permettraient aux personnes ayant des problématiques psycho-sociales de longue durée de quitter les lieux de placement et les hôpitaux, et ce dans le contexte de désinstitutionnalisation. Elles viendraient pallier le manque d'hébergement (MSP, IHP) en région bruxelloise. " Elles offrent un cadre et surtout des conditions d'accès - qui permettent à des usagers internés et non internés de quitter les lieux de placement et les hôpitaux psychiatriques. Cette réalité en fait, par défaut, un « acteur » incontournable" (Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale, 2022).

Les objectifs de cette recherche seront de dénombrer et de répertorier les SHNA présentes sur le territoire de Bruxelles-Capitale, de connaître le type de publics accueillis, d'avoir une vision de la provenance de ces personnes, de comprendre le processus d'admission, les critères d'admissions, les critères d'exclusion mais également de connaître l'offre apportée par ces structures en termes d'accompagnement.



## **Méthodes**

### Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, il a été décidé d'effectuer une recherche exploratoire. "La recherche exploratoire a pour but de générer des hypothèses, c'est-à-dire d'examiner un ensemble de données afin de découvrir quelles relations peuvent y être observées, quelles structures peuvent y être construites. Elle cherche à voir quels énoncés pourraient être formulés à propos d'un objet problématique" (Van der Maren, 2004). Elle a également "pour but de combler un vide, une lacune dans les écrits à propos de l'objet" (2004). L'entretien directif sur base d'un questionnaire a été choisi pour répondre à la question de recherche. Ce choix s'explique par le fait qu'il s'agit d'une démarche exploratoire descriptive et par le fait qu'établir un lien de confiance avec les responsables était important.

Ce mémoire ayant comme objectif d'objectiver et d'explorer la situation des structures d'hébergement non agréées sur le territoire de Bruxelles-Capitale, il a fallu commencer par dénombrer et répertorier les SHNA.

### Technique d'échantillonnage

Pour ce faire plusieurs approches ont été utilisées.

La première approche a consisté en une recherche sur les moteurs de recherche pour trouver des adresses de SHNA. Cette recherche a permis de trouver trois listes différentes. La première liste contenant 24 noms de structures provient du site de la (Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale, 2019). La deuxième liste de SHNA datant de 2014 consiste en une liste de 10 noms et d'adresses de structures dont la personne de contact et le numéro de téléphone ont été neutralisés (Pétiaux, 2016). La troisième liste datant de 2018 consiste en une liste de 25 noms de structure dont l'adresse et le contact ont été neutralisés (Parlement bruxellois, 2018). Selon cette liste, deux structures ont été dissoutes en 2015. En croisant les trois listes, 23 noms de structures ont pu être répertoriés.

La deuxième approche avait pour but d'obtenir une liste actualisée. Pour ce faire, un mail a été envoyé à tous les Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de Bruxelles-Capitale, aux services sociaux des hôpitaux généraux ayant un service de psychiatrie et aux hôpitaux psychiatriques, à la Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris (AMA) ainsi qu'à la plateforme bruxelloise pour la santé mentale et à Bruss'help.

À la suite de ces contacts, six CPAS ont répondu dont cinq ont transmis des adresses. La plateforme bruxelloise pour la santé mentale a donné le lien vers leur liste. L'AMA a répondu qu'il fallait demander à Bruss'help. Bruss'help n'a pas répondu au formulaire de contact. Aucun hôpital n'a répondu au mail. À la suite de ces réponses, une liste de 24 SHNA a pu être créée.

En troisième lieu, il a fallu effectuer une nouvelle recherche sur base des adresses ou des noms de structure pour trouver toutes les informations nécessaires pour contacter les responsables de structure. Lorsque que le numéro d'entreprise était connu, une vérification a été effectuée pour savoir si les structures étaient encore actives. Une structure présente sur la liste ne dispose pas de numéro de téléphone, ni d'adresse internet. Elle a été supprimée.

En quatrième lieu, un appel a été effectué via les numéros de téléphone retrouvés sur internet. Quatre numéros de téléphone n'était plus actif. Aucune information concernant le fait que ces structures fonctionnent encore ou soient déjà fermées n'a pu être trouvée sur internet. Un numéro de téléphone était toujours actif mais la responsable de ces trois structures est décédée en 2021. L'ASBL est toujours active mais a changé de nom en 2023. Selon les statuts de l'ASBL, il n'y a plus d'hébergement. Aucune autre information n'a pu être trouvée sur le fait que ces structures soient encore opérationnelles.

Sur les 17 structures restantes, un responsable a répondu qu'une rénovation avait eu lieu dans l'établissement et que dorénavant, les hébergements étaient loués via une agence immobilière sociale (AIS). Un autre responsable a expliqué qu'il n'y avait plus d'hébergement. Un autre responsable a expliqué que la structure était agréée. Un autre responsable a précisé qu'il n'avait pas de structures d'hébergement non agréées, leurs logements étaient loués via une AIS.

Lors d'un entretien, un responsable a expliqué qu'une des structures sans numéro de téléphone avait fermé à la suite de l'augmentation du coût de la vie. Selon les réponses reçues, 12 SHNA sont encore présents sur le territoire de Bruxelles-Capitale.

En dernier lieu, une nouvelle tentative de compléter la liste a été effectuée. En effet, le rapport de Bruss'help sur le dénombrement des personnes sans-chez-soi en Région de Bruxelles-Capitale fait état de 17 structures présentes en 2022 (Bruss'help, 2022). 5 noms de structures seraient donc manquants. À la suite d'un contact téléphonique suivi d'un mail à Bruss'help, ceux-ci ont répondu par mail qu'ils ne pouvaient pas communiquer les adresses parce que ce sont, d'après eux, des données à caractère personnel couvertes par le RGPD et qu'ils doivent

les comptabiliser dans le cadre du dénombrement mais qu'ils ne travaillent pas directement avec ces structures étant donné qu'elles ne sont pas agréées.

Des contacts téléphoniques ou par mail ont été effectués avec des acteurs du terrain ont été de nouveaux effectués. Deux hôpitaux psychiatriques ont fourni des adresses ainsi qu'un service de psychiatrie dans un hôpital général. Il s'avère que toutes les adresses fournies étaient déjà connues. Un service venant en aide aux toxicomanes a fourni 4 adresses qui étaient également connues de même que les deux services travaillant avec des sans-abris.

### Méthode de recueil des données

La méthode de l'entretien directif en face à face a été choisie. Cet entretien directif se base sur un questionnaire. Il a été décidé de ne pas enregistrer les entretiens mais de prendre des notes des dires de la personne pour ne pas limiter la parole et ne pas limiter les réponses des responsables.

Le questionnaire utilisé pour les entretiens a été créé sur base d'un questionnaire utilisé lors de l'étude SUMHIT (Substance Use and Mental Health care Integration). Ce questionnaire de base a été modifié en y rajoutant des items utilisés dans l'étude de Priebe S. & Al sur les services de logement pour personnes atteintes de troubles mentaux en Angleterre, des données de base se trouvant dans des rapports de contrôle des institutions de soins et des questions supplémentaires pour pouvoir répondre à la question de recherche.

Pour mieux comprendre la raison de l'utilisation d'un questionnaire utilisé lors de l'étude SUMHIT, une explication sur l'étude SUMHIT est primordiale. "L'objectif principal de SUMHIT est d'étudier et d'évaluer la place des personnes qui utilisent des drogues dans le champ des soins de santé mentale, la disponibilité des services de soins en santé mentale génériques pour les personnes ayant des usages problématiques de drogues, et la capacité des secteurs d'assistance en santé mentale générique et spécialisé en matière d'usage de drogues à collaborer au sein des réseaux de services qui ont été établis en Belgique depuis 2010". "Le projet est basé sur des méthodes et des outils mixtes et interdisciplinaires" dont "une enquête sur l'offre de service autour de 5 réseaux de services dans l'ensemble du pays, et des interviews qualitatives avec des usagers et des professionnels" (féda, 2024). Le questionnaire utilisé a servi "à étudier l'offre de soins disponible pour les personnes souffrant de toxicomanie et de troubles mentaux dans les cinq régions étudiées" (Chantry, et al., 2023). Il comprenait plusieurs parties dont une partie sur les informations financières et administratives, une partie sur l'organisation et le fonctionnement du service, c'est-à-dire le

groupe cible d'utilisateurs, la capacité du service, l'accessibilité du service, les critères d'inclusion et d'exclusion et les interventions proposées (Chantry, et al., 2023).

Les questions concernant l'identité de l'institution, le statut de l'institution, le nombre de personnes travaillant dans l'institution, le nombre de places, la durée entre l'admission de la personne et le moment où elle est réellement prise en charge au sein du service, les critères d'admission, les domaines pour lesquelles le service intervient, les activités proposées par le service, une intervention spécifique pour les personnes avec des problématiques concomitantes de santé mentale et d'assuétudes, les plans de soins formalisés et les experts d'expérience ont été reprises du questionnaire SUMHIT.

L'étude de Priebe S & Al "visait à évaluer les caractéristiques des patients, la prestation de soins et les coûts dans différents types de services d'hébergement en Angleterre" (Priebe, Saidi, Want, Mangalore, & Knapp, 2009). Deux questionnaires ont été utilisés pour cette étude. Le premier questionnaire concernait le service du logement (nombre de places, les critères d'exclusion, ...) et le deuxième questionnaire concernait les patients individuels (caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, besoins des patients, le soutien reçus dans l'institution, ...

Les questions concernant le personnel présent sur place 24h/24, les réunions des patients, les caractéristiques cliniques, les items soutien à l'hygiène personnelle, l'aide pour l'habillement, pour le nettoyage, l'aide pour payer les factures et l'aide aux achats ont été reprises des items se trouvant dans les résultats de l'étude.

Les questions concernant le nombre de résidents pouvant être accueillis simultanément, le nombre de résidents accueillis le jour de l'entretien, le nombre de chambres, le type de chambres (individuelles, doubles, ...), la présence de lavabo dans la chambre, la présence ou non de sanitaires dans la chambre, les locaux communs, le montant payé par les résidents, les éléments compris dans le prix ont été reprises des données de base se trouvant dans des rapports de contrôle des institutions de soins.

Les questions concernant les points suivants : la date de création de l'institution, les étapes du processus d'admission, présence d'une liste d'attente, les critères d'admission, les services qui orientent les personnes vers les structures, le lieu de vie des résidents avant l'entrée dans la structure, la durée de séjour minimale et maximale, les critères d'exclusion au cours du séjour, l'accueil gracieux des résidents et la collaboration ont été rajoutées pour pouvoir répondre à la question de recherche.

Le questionnaire final comprend 26 questions réparties en quatre parties. La première permet de connaître le cadre organisationnel de l'institution. Les questions portent sur le statut de l'institution, la date de création de celle-ci, le nombre de résidents pouvant être accueilli au total ainsi que le nombre de résidents accueillis le jour de l'entretien. Elle comporte également des questions sur le nombre de chambres, les sanitaires, sur le nombre de personnes travaillant/actives dans l'institution et sur la présence d'un membre du personnel 24h/24. Les questions concernant le nombre de résidents pouvant être accueilli permet d'avoir une vision sur le nombre de personnes utilisant les SHNA comme hébergement, les questions concernant les chambres et les sanitaires permettront d'avoir une vision sur l'offre en termes d'intimité et de commodité, les questions concernant le personnel permettront d'avoir une vision sur l'encadrement en personnel et leur qualification.

La deuxième partie permet de savoir quelles sont les personnes qui bénéficient de l'offre. Cette partie comprend des questions sur le processus d'admission, sur la présence d'une liste d'attente, sur le temps d'attente pour être accueilli dans l'institution, les critères d'admission, les services qui orientent les personnes vers les SHNA, le précédent lieu de résidence des personnes hébergées dans le SHNA, le profil des résidents, la durée de séjour et les critères d'exclusion au cours du séjour. Le temps d'attente pour être accueilli dans l'institution et les critères d'admission permettent de répondre aux conditions d'accès, le précédent lieu de vie des personnes hébergées dans le SHNA et le profil des résidents permettent de connaître le type de profils accueillis.

La troisième partie permet d'avoir un aperçu de ce que la structure offre aux résidents. Les questions se trouvant dans cette partie concernent le prix de l'hébergement, les éléments compris dans le prix, la présence de personnes logées gratuitement, les domaines pour lesquels l'institution intervient, les activités proposées par l'institution et la présence d'experts d'expérience. La partie concernant les prix, la présence de personnes accueillies gratuitement permet de répondre à l'hypothèse que ces structures permettraient un accès à un logement plus abordables aux personnes précarisées. La partie concernant les domaines d'intervention, les activités et la présence d'experts permettront de comprendre l'offre que ces structures apportent.

La dernière partie permet d'avoir un aperçu sur la collaboration de la structure dans l'offre de soins globale. Elle comprend une question sur les services avec lesquels l'institution a des contacts pour des résidents pendant les 6 derniers mois.

Les entretiens ont eu lieu du 2 mai 2024 au 29 mai 2024 dans les structures d'hébergement non agréées se trouvant en Région de Bruxelles-Capitale. Les entretiens se sont déroulés dans divers locaux : dans une buanderie, dans le bureau du responsable, dans l'infirmierie, dans une salle de kinésithérapie.

Un entretien s'est déroulé par téléphone parce que le responsable de la structure avait oublié le rendez-vous.

Les entretiens ont duré en moyenne 1 heure.

Pour les statistiques, google Forms et Excell ont été utilisés.

Dans la partie résultat, et ce, dans le but d'anonymiser les réponses, le mot "responsable" est utilisé au masculin que ce soit un responsable ou une responsable qui a répondu aux questions.

## Résultats

Sur les 12 structures connues sur le territoire de Bruxelles-Capitale, un responsable d'une structure se trouvant à Uccle a refusé l'entretien par manque de temps.

Les responsables des 11 structures restantes ont accepté la rencontre pour un entretien.

Tableau 3 reprenant des informations de base sur les SHNA

Structure	Code postal	Statut de l'institution	Date de création de l'institution	Capacité totale	Capacité le jour de l'entretien	Type de bâtiment	Critère d'admission : Âge et genre
1	1150	ASBL	2011	54	51	Ancienne maison de repos (MR)	Mixte de 18 à 65 ans
2	1000	ASBL	1958	4	4	Plusieurs maisons/communauté pluraliste	Mixte, personne adulte
3	1000	ASBL	1978	53	50	3 maisons reliées entre elles de +/- 17 personnes/communauté	Homme de plus de 50 ans
4	1050	ASBL	2012	50	44	Ancienne MR	Mixte de 18 à 60 ans
5	1080	Association de fait	1997	6	4 hommes, 2 femmes et 2 enfants	2 appartements mis ensemble/communauté pluraliste	Mixte de 25 à 40 ans dont des femmes accompagnées d'enfant en bas âge
6	1120	SRL	2011 <sup>4</sup>	65	62	Ancienne MR	Mixte de 18 à 60 ans
7	1080	ASBL	2022	80	44	Ancienne MR	Mixte de 18 à 65 ans
8	1070	SRL	11/2003 <sup>5</sup>	28	28	Maison d'habitation	Mixte de 18 à 60 ans
9	1080	ASBL	2016	28	27	Ancienne MR	Mixte à partir de 18 ans sans limite d'âge

<sup>4</sup> L'institution a été créée en 1975 et se trouvait auparavant à Etterbeek. Elle a déménagé en 2011

<sup>5</sup> L'institution a été créée en 1980 et se trouvait auparavant à Etterbeek. Elle a déménagé en 2003

10	1190	ASBL	2006	30	22	Maison d'habitation	Mixte à partir de 18 ans sans limite d'âge
11	1060	ASBL	1991	4 femmes et possibilité de 3 enfants	4 femmes et 2 enfants	Maison d'habitation/communauté religieuse	Femme avec ou sans enfants pas de limite d'âge mais la personne doit pouvoir monter des escaliers
Total		2 SRL, 8 ASBL et 1 association de fait		Capacité totale : 405 personnes pouvant être hébergées	346 personnes sont hébergées <sup>6</sup>	5 anciennes MR, 5 maisons d'habitation et 1 appartement	8 structures accueillent des hommes et des femmes sans enfants à partir de 18 ans avec ou sans limite d'âge. 1 structure accueille uniquement des femmes avec ou sans enfant sans limite d'âge mais pouvant monter des escaliers. 1 structure accueille uniquement des hommes de plus de 50 ans. 1 structure accueille des hommes et des femmes avec ou sans enfant âgé entre 25 et 40 ans.

<sup>6</sup> Le taux d'occupation moyen des institutions est de 85 %. 3 institutions ont leur taux d'occupation à 100%.



## Environnement et accessibilité

Toutes les structures sont facilement accessibles en transport en communs. Un arrêt de bus, de tram et/ou de métro est présent à moins de 5 minutes à pied. Les structures 2, 5 et 8 sont situées non loin du canal de Bruxelles. Les structures 1 et 6 se trouvent dans un environnement assez verdoyant. Toutes les structures se trouvent à proximité d'une artère fort fréquentée. Un magasin d'alimentation est présent endéans les 5 minutes à pied voire endéans les 15 minutes à pied pour l'institution la plus excentrée.

## De l'arrivée dans la structure à la sortie de la structure

Cette partie démarre par le lieu de vie du résident avant son admission dans la structure, elle se poursuit par les étapes du processus d'admission, l'encadrement et les domaines apportés par l'institution, les critères d'exclusion au cours du séjour et la durée de séjour.

### *1. Lieu de vie des résidents avant leur venue dans la structure*

Plusieurs responsables ont expliqué que les personnes avaient déjà vécu dans plusieurs structures avant d'arriver dans leur structure. Les lieux de résidences les plus souvent cités par ordre décroissant sont les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux, la rue, les logements devant être quittés de manière urgente (insalubres pour la majorité) et d'autres structures comme des milieux d'accueil, prisons, IHP. Certaines personnes habitaient avec leur famille.

Les personnes qui vont dans ces structures proviennent en grande majorité de d'autres institutions que ce soient des hôpitaux, des maisons d'accueil et des prisons. Les autres personnes proviennent soit d'un logement privé qui doit être quitté, soit de la rue, soit d'un logement familial.

Les structures permettent aux personnes d'avoir une continuité dans l'hébergement. Cela permet aux personnes de sortir d'une structure telle qu'un hôpital, une prison... Pour certaines personnes, elles permettent d'avoir accès à un hébergement et donc de sortir de la rue.

### *2. 1ère étape du processus d'admission : prise de contact par téléphone et/ou sur place pour une structure*

#### *a. Type de services prenant contact avec les SHNA*

L'admission des résidents démarre par une prise de contact entre un service social ou d'un autre service et l'institution. Lors de l'entretien, les responsables ont tout de suite expliqué qu'ils avaient le plus souvent contact avec les services sociaux des hôpitaux selon la structure cela sera plus avec les hôpitaux généraux ou les hôpitaux psychiatriques. Les autres services

revenant le plus fréquemment sont les CPAS, les services pour personnes sans-abris, les services s'occupant des détenus et un service de suivi périnatal.

Les personnes orientant le plus fréquemment vers un SHNA sont la famille, le médecin généraliste lui-même ou via le bouche-à-oreille et les administrateurs de biens.

D'autres structures orientent également des personnes vers les SHNA telles que les maisons d'accueil, les MSP, les SHNA, Fédasil, une application "Retraite" + et les maisons de repos.

Les réponses à cette question permettent de se rendre compte que dans la majorité des cas, il s'agit d'une personne extérieure, une personne autre que le résident qui prend contact avec le SHNA pour lui trouver un hébergement.

### *3. Explication des critères d'admission et du profil des résidents pouvant être accueilli*

#### *a. les critères d'admission*

Toutes les structures ont des critères d'admission. Ces critères concernent l'âge, la consommation d'alcool, le fait de pouvoir vivre en communauté (n=2), l'accueil des personnes les plus vulnérables (n=2), le statut de la personne (avec ou sans papier (n=1), le revenu (n=1)), les antécédents de violence (n=1), l'absence de problèmes physiques vu la présence d'escaliers (n=2), autonomie de la personne (n=2), absence de démence (n=1), suivi par un médecin traitant et un psychiatre pour être admis (n=1).

En ce qui concerne l'âge, 10 structures ont un âge minimal pour pouvoir être admis dans l'institutions (9 structures à partir de 18 ans et 1 structure pour les hommes de + de 50 ans), la 11<sup>ème</sup> structure n'a pas de critère d'âge mais la personne doit pouvoir monter les escaliers.

Sept structures sur onze acceptent que les personnes aient une consommation d'alcool et/ou de drogue à l'extérieur de l'institution (pour deux structures, la personne ne doit pas avoir de consommation de drogue grave (qui se drogue tout le temps) ou trop active). Les quatre responsables des autres structures expliquent que la personne ne doit pas consommer de drogue ou d'alcool (dont les deux structures accueillant des enfants).

Certaines structures ont des critères d'admission qui concerne aussi bien l'autonomie que la dépendance. Par ex : la personne doit être autonome et ne pas avoir de démence. Elle ne doit également pas avoir de dépendance active, les personnes doivent être stabilisées. Dans une autre structure, le responsable explique qu'ils doivent avoir la capacité de gérer la personne, de la prendre en charge. La personne ne doit pas avoir une dépendance trop importante, ni être trop agressif, ni avoir besoin de soins trop important, ni avoir une consommation trop active.

En ce qui concerne l'accueil des personnes ayant une consommation d'alcool et/ou de drogues en dehors de l'institution, les responsables ont expliqué que la consommation ne devait pas être trop active et surtout qu'elle ne devait pas avoir un impact sur la vie en communauté. Si la personne est alcoolisée ou droguée lorsqu'elle revient à l'institution, il lui est demandé de s'isoler dans sa chambre.

Pour vérifier que les personnes rentrent bien dans les critères d'admission établis par l'institution, 6 institutions demandent l'accès au dossier médical. Ce dossier est soumis au médecin traitant et au psychiatre pour voir si la personne correspond aux profils accueillis. Une structure demande également le dossier infirmier et social. Ce dossier est transmis au médecin traitant et au psychiatre collaborant avec l'institution. Un responsable explique qu'il demande d'avoir accès à un dossier médical pour pouvoir prendre sa décision. Ce dossier est analysé par les infirmiers, le psychiatre et le médecin traitant pour décider si la personne peut correspondre au profil des résidents hébergés. Dans une structure, le dossier médical est demandé au moment de l'admission de la personne pour une question de confidentialité.

Selon les réponses des responsables, la majorité des institutions accueillent des personnes ayant une consommation d'alcool et/ou de drogues à l'extérieur de l'institution. Cela permet aux personnes ayant une dépendance à des substances de trouver un hébergement. Ces structures permettent donc d'offrir un hébergement aux personnes ayant une dépendance et qui du coup, ne trouveront pas de place dans une structure comme une MSP ou une IHP. Quatre institutions accueillent des personnes plus vulnérables qui sont soit sans papiers, soit sans revenus dont deux qui accueillent des femmes avec ou sans enfants. Ces structures permettent aux résidents de trouver un logement le temps de pouvoir régulariser leur situation.

#### b. Profil des résidents

Plusieurs responsables ont expliqué que de nombreux résidents cumulaient plusieurs problèmes. Ils ont expliqué que la plupart des résidents cumulaient les problématiques sociales avec une maladie mentale/ou une psychose et une consommation soit d'alcool et/ou de drogues. Les profils revenant le plus fréquemment sont les personnes ayant une psychose, une maladie mentale et des problématiques sociales. Les problématiques sociales rencontrées sont l'absence de papier, l'absence de revenu, un revenu trop faible, le fait d'avoir séjourné en prison, la pauvreté, l'isolement, ...

Les profils revenant le plus souvent selon un ordre décroissant sont la psychose, les problématiques sociales, les maladies mentales (autre que la psychose), les assuétudes, le double diagnostic : handicap mental et maladie mentale et des faits de mœurs.

Les institutions accueillent des personnes cumulant les vulnérabilités et ayant une problématique psycho-sociale de longue durée. Une grande partie de ces institutions accueillent des personnes ayant une maladie mentale telle que la psychose.

#### *4. 3<sup>ème</sup> étape Entretien avec la personne*

Toutes les institutions ont un entretien au préalable avec la personne. Cet entretien se déroule soit sur place, soit le lieu où elle est hébergée (n=1), il se fait avec le responsable et/ou avec un collaborateur. Cet entretien sert également à expliquer à la personne la manière de fonctionner de l'institution, la philosophie de l'institution et selon que l'accueil soit payant ou non, ce qu'elle devra payer pour l'hébergement et ce qui est compris dans le prix d'hébergement.

### a. Montant payé par les résidents

	Montant minimal/jour	Montant maximal/jour	Montant médian/jour	Montant mensuel minimal <sup>7</sup>	Montant mensuel maximal <sup>8</sup>
Chambre individuelle	14,8 €	56 €	36,83 <sup>9</sup> 10€	450 €	1703,33 €
Chambre à deux lits	14,8 €	50,50 €	36,01 <sup>11</sup> €	450 €	1536,04 €
Chambre à trois lits	14,8 €	49,50 €	28 <sup>12</sup> €	450 €	1505,62 €
Chambres à 4 lits	14,8 €	56 €	35,4 <sup>13</sup> €	450 €	1703,33 €
Dortoirs de 5, 8 et 15 lits	10 €	10 €	10 €	300 €	300 €

Quatre structures fonctionnent légèrement différemment :

- pour une structure, des différences de montant existent entre la personne dépendant du CPAS et la personne ayant un revenu normal ou allocation de handicap. La personne dépendant d'un CPAS paie 915 €/ mois, la personne ayant un revenu normal paie 1445 €/mois avec la lessive.
- Pour une autre structure, le montant varie selon la grandeur de la chambre : 1000€ grands appart salon chambre à coucher, kitchenette, 950 € 20m<sup>2</sup>, 890 € salle de bain partagée par 2 chambres.
- Dans la 3<sup>ème</sup> structure, les résidents reversent leur revenu mensuel (RIS, chômage, ...) dans une caisse commune. En retour, les résidents reçoivent de l'argent de poche pour payer leurs dépenses (cigarette, ...) dans l'optique de favoriser une vie simple.
- Dans la 4<sup>ème</sup> structure, les personnes ne payent rien mais elles participent aux tâches ménagères et elles cuisinent pour elles.

<sup>7</sup> Le montant a été calculé sur base du montant minimal \*365/12

<sup>8</sup> Le montant a été calculé sur base du montant maximal \* 365/12

<sup>9</sup> Le montant a été calculé sur base du montant payé par la personne ayant un revenu normal et la personne étant dans un grand appartement.

<sup>10</sup> = 14,8 €/jour + 16,4 €/jour, 26,3 €/jour + 32,9 €/jour + 35 €/jour + 45 €/jour + 52,50 €/jour + 52,60 €/jour + 56 €/jour divisé par 9

<sup>11</sup> = 14,8 €/jour + 42,74 €/jour + 50,50 €/jour divisé par 3

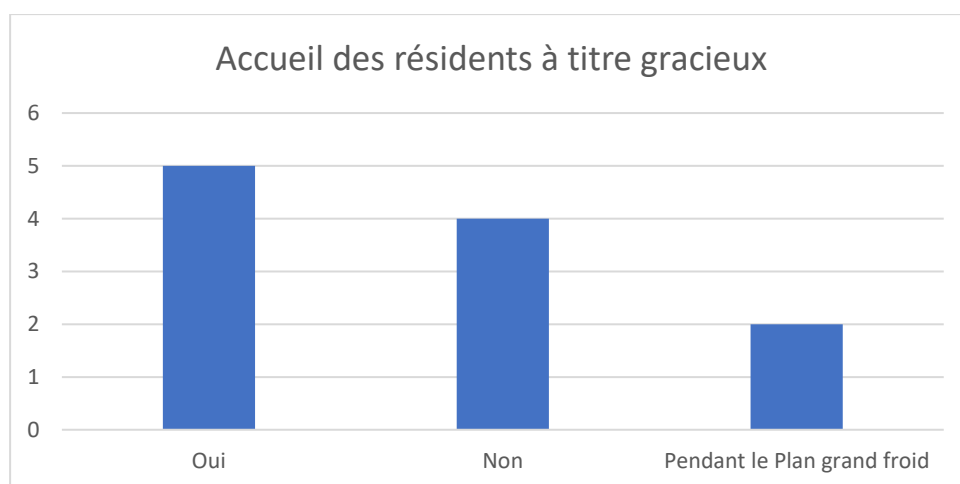
<sup>12</sup> = 14,8 €/jour + 14,8 €/jour + 32,9 €/jour + 49,50 €/jour divisé par 4

<sup>13</sup> = 14,8 €/jour + 56 €/jour divisé par 2

Certaines structures sont plus abordables financièrement que d'autres. En effet, le montant mensuel minimal démarre à 300 € pour un dortoir et est de 450 € pour une chambre pour l'institution la moins chère. Plusieurs structures demandent un montant se trouvant entre 500 € et 1200 €. Trois structures demandent un montant de plus de 1400 €.

#### b. Accueil gracieux de résidents

Tableau 4 accueil des résidents à titre gracieux



5 structures accueillent actuellement gracieusement des résidents. 4 de ces cinq structures accueillent des personnes sans revenus le temps de leur régularisation dont deux qui invitent le résident à trouver un autre logement une fois qu'il est régularisé et qu'il a pu se constituer une petite réserve (cette structure n'accueille que des personnes sans revenu). Les deux autres n'ont pas de limite dans le temps au niveau de l'hébergement. Un responsable a expliqué qu'ils accueillait une personne gracieusement parce qu'elle ne savait plus payer et que lorsqu'il y a de la place, ils pouvaient accueillir quelques personnes lors de la période du grand froid.

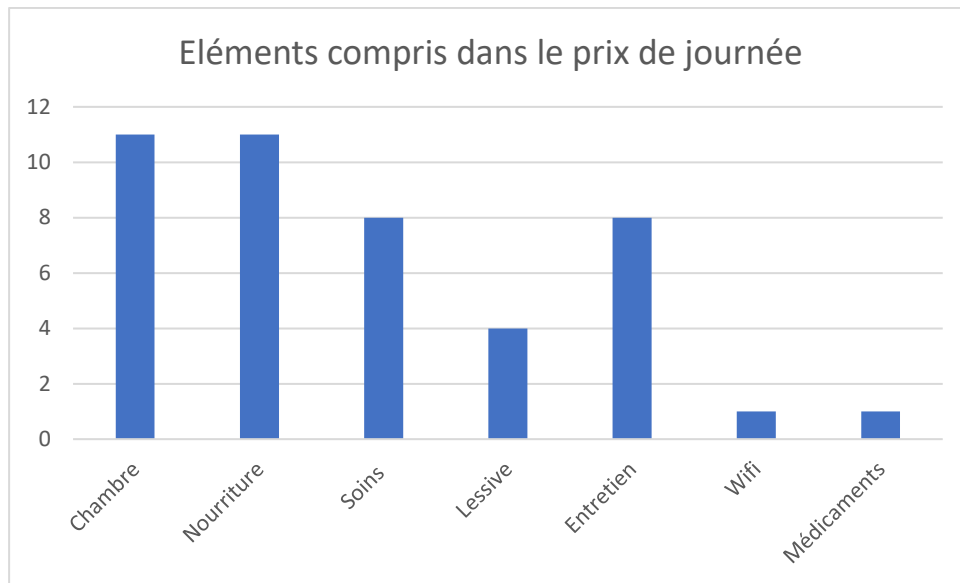
Le nombre de résidents accueillis gratuitement varie entre 1 à 12 personnes. Au total, 24 personnes sont accueillies gracieusement.

Deux responsables ont expliqué qu'ils accueillait des personnes gracieusement uniquement pendant la période de grand froid entre décembre et mars. Un des deux responsables a expliqué qu'ils avaient accueillis entre 6 à 7 personnes en 2024.

L'accueil gracieux permet aux personnes les plus vulnérables qui sont soit sans revenu, soit sans papier et sans revenus de pouvoir se loger.

### c. Les éléments compris dans le prix

Tableau 5 éléments compris dans le prix de journée



La chambre et la nourriture est comprise dans le prix de toutes les structures. Les structures qui n'offrent pas les soins sont des communautés. Une des communautés apporte occasionnellement des soins lorsque la personne a des besoins spécifiques.

Une structure fait une différence entre les éléments compris dans le prix pour les personnes dépendants d'un CPAS et pour les autres personnes hébergées. Pour les personnes dépendantes d'un CPAS, le logement, la nourriture, les soins, la lessive et l'entretien de l'espace sont compris dans le prix. Tandis que pour les personnes ayant un revenu normal, la lessive est en supplément.

Dans les autres structures où la lessive n'est pas comprise dans le prix, la lessive peut être effectuée par l'établissement (2 structures) moyennant un supplément s'élevant soit à 50 €/mois, soit à 98,50 €/mois). Pour les autres structures, les résidents sont invités à effectuer leur lessive dans un lavoir à l'extérieur.

Dans les structures qui n'ont pas l'entretien du logement compris dans le prix, ce sont les résidents qui sont amenés à entretenir leur logement et à entretenir les communs à tour de rôle.

#### 5. 4<sup>ème</sup> étape : Visite des lieux et/ou essai au sein de la structure

Une visite des lieux est prévue avec la personne (n=8). Les trois autres institutions n'ont pas dit clairement qu'elles prévoyaient une visite des lieux. Un essai est prévu au sein de l'institution pour 3 structures. Il s'agit d'un partage d'un repas, de passer une journée la première semaine et la même chose la deuxième semaine (n=1) ou de passer 12 à 24h sur place (n=2). Un entretien est organisé à la suite de l'essai. Pour 4 institutions, un essai a également lieu avant la signature du contrat définitif. Il varie d'un mois à trois mois.

Lors de la visite des lieux, la personne a l'occasion de visiter sa chambre ainsi que les locaux communs.

##### a. Locaux accessibles aux résidents

###### i. Chambres et sanitaires

Selon les structures, les résidents auront soit accès à une chambre individuelle (exclusivement individuelle n=4, mixte individuelles et doubles et/ou triples et/ou quadruple n=3), soit à une chambre double, triples, quadruples, à un dortoir de 8 personnes ou à un dortoir de 15 personnes. Une structure dispose également de 3 lits pour enfants.

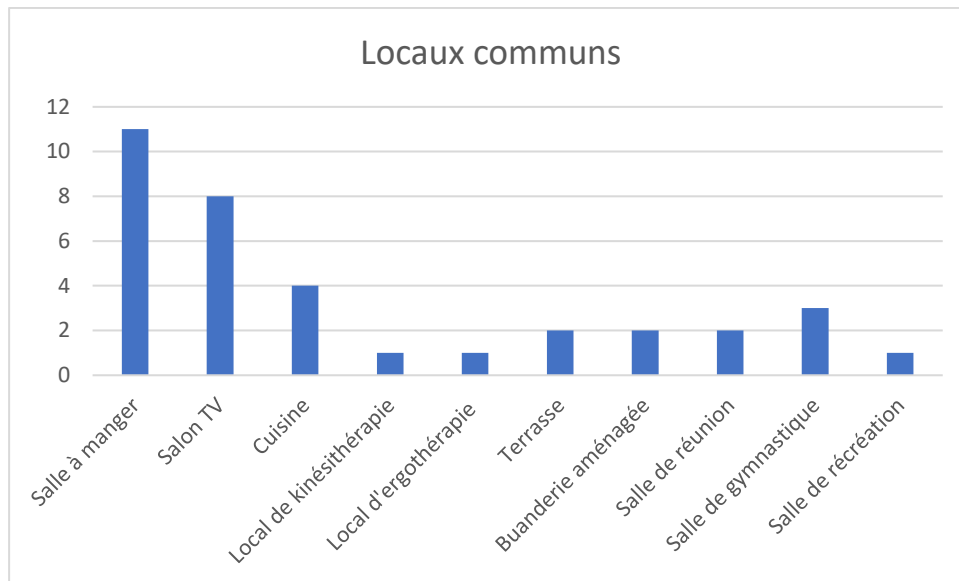
La majorité des structures ne disposent pas de sanitaire dans la chambre (n=8), les sanitaires sont communs. Quelques structures disposent d'un lavabo dans la chambre (n=6) dont 1 structure dispose également d'un WC dans la chambre et dont 2 structures disposent également d'un WC et d'une douche dans chaque chambre.

Ces structures permettent aux résidents de se loger. Dans certaines structures, l'hébergement est collectif, ce qui fait que la personne n'a pas ou peu d'intimité vu qu'elle ne dispose pas d'une chambre individuelle. Certaines institutions sont plus pourvues en commodités que d'autres.



## ii. Locaux communs

Tableau 6 des locaux communs



Toutes les structures disposent d'une salle à manger ainsi que d'une cuisine. Selon les structures, ce local peut également être un local commun vu que les résidents ont accès à la cuisine soit pour laver la vaisselle (n=1), soit pour que les résidents puissent préparer le repas et laver la vaisselle à tour de rôle (n=3). La majorité des structures qui étaient des anciennes MR disposent également d'un salon TV et/ou d'un local de gymnastique et/ou d'un local d'ergothérapie/salle de récréation et/ou d'un local de kinésithérapie.

La philosophie de l'institution se remarque par l'utilisation des locaux. En effet, les institutions qui prônent le "rétablissement" par l'activité, permet et s'attend à ce que les résidents utilisent les espaces communs pour participer à la communauté. Par ex : en ayant une buanderie aménagée pour pouvoir coudre, faire ses lessives, ...ou en permettant l'accès à la cuisine pour pouvoir préparer à manger et laver la vaisselle.

Les institutions qui fonctionnent comme une MSP vont favoriser l'utilisation des salons TV et des salles d'activités. L'accès à la cuisine n'est permis que pour aider à laver la vaisselle.

## iii. Divers

Plusieurs responsables expliquent que leur structure est une résidence familiale. Un responsable explique qu'ils veulent aider les gens à évoluer dans leur vie. Un autre responsable dit qu'ils sont attachés à leurs résidents, ils essayent de faire au mieux avec leurs moyens. Ils sont une famille.

6. *5<sup>ème</sup> étape : décision, liste d'attente et temps d'attente entre la prise de contact et l'admission dans l'institution*

La décision est toujours communiquée à la personne. Si la personne est acceptée, une date d'admission lui est donnée. Deux responsables ont expliqué que la personne devait donner son accord pour venir loger dans le SHNA dans le cas contraire, la personne n'est pas admise.

a. *Liste d'attente*

Cinq structures travaillent avec des listes d'attentes. Parmi les institutions qui disposent d'une liste d'attente, un responsable a expliqué que la liste était organisée selon l'ordre d'arrivée, les commentaires et les informations sur la situation de la personne. Un autre responsable a expliqué que la liste était organisée selon des critères d'urgence. Deux responsables ont expliqué que la liste était organisée selon l'ordre d'arrivée. Un responsable a expliqué qu'il avait une liste d'attente mais qu'elle n'était pas suivie.

b. *Temps d'attente entre la prise de contact et l'admission dans l'institution*

Pour la majorité des structures, le temps d'attente est particulièrement court. En effet, si la structure a de la place, la personne peut être accueillies endéans les 24 h voire le même jour que la prise de contact si la situation de la personne l'exige. Cinq responsables estiment qu'ils peuvent accueillir une personne endéans les 24 heures. Le délai d'attente minimal pour les autres structures varie entre 3 jours à 1 mois. Le délai d'attente maximal est de 4 jours (n=1), d'une semaine (n=2), de deux semaines (n=3) voire d'un à deux mois (n=4). Plusieurs responsables ont expliqué que le délai d'attente dépendait du degré d'urgence. Selon ce degré d'urgence, la personne sera accueillie dans la structure plus ou moins rapidement. Ce degré est évalué par la sortie rapide d'une institution ou par le fait que la personne risque de se retrouver dans la rue le jour d'après parce qu'elle doit quitter son logement. Un responsable a expliqué que la durée d'attente pouvait augmenter tant que la personne ne s'est pas présentée au premier rendez-vous.

Ce qui ressort de ces résultats est que les structures accueillent les personnes dans un délai très court. Cela permet aux personnes accueillies d'avoir un hébergement soit à leur sortie d'une institution, soit de pouvoir éviter de se retrouver dans la rue, soit de pouvoir sortir de la rue de manière assez rapide.

## 7. *Encadrements des résidents*

### a. *Personnes actives dans l'institution :*

La présence de travailleur, le nombre de personnes actives dans l'institution, la qualification du personnel et le type de contrat varient selon les structures.

Du personnel est présent dans la majorité des structures. Deux structures ne disposent pas de travailleurs. Dans ces structures, les responsables font partie de la communauté.

En termes de nombre de personnes actives dans l'institution, cela varie entre 5,5 ETP et +/-13 ETP. En moyenne 8,8 ETP sont présent dans l'institution (n=7). Une institution travaille avec 4 salariés/permanents et 69 bénévoles. Dans une autre institution, tous les résidents sont considérés comme bénévole et 3 personnes extérieures ont un contrat.

Au niveau de la qualification du personnel, le type de qualification présent dans les 8 structures est le personnel infirmier. En effet, il y a au moins un infirmier dans chaque structure. Des aides-soignants, des éducateurs du personnel administratif, du personnel d'entretien, du personnel de cuisine sont présent dans 7 structures. Une institution ne dispose pas de personnel qualifié.

Les types de fonction classées selon les plus souvent rencontrées au moins souvent rencontrées sont les suivantes : infirmier, personnel administratif, personnel d'entretien, personnel de cuisine, éducateur, personnel polyvalent, homme à tout faire, assistant social, chauffeur, comptable et polyvalent de recyclage.

En ce qui concerne les types de contrat, 8 structures ont du personnel salariés parmi ces structures, 3 structures travaillent également avec du personnel indépendant en partenariat avec le service dont deux ont également des bénévoles (pour l'une, il s'agit d'un résident bénévole qui aide parce qu'il a des difficultés de paiement et l'autre, il s'agit de deux éducateurs), 3 structures travaillent exclusivement avec du personnel salarié et deux structures travaillent avec des personnes salariées et des personnes bénévoles. Une structure travaille exclusivement avec du personnel indépendant en partenariat avec le service.

Les tâches qui incombent aux infirmiers vont de la préparation des médicaments, à la distribution des médicaments, au suivi au niveau médical, au suivi au niveau de l'hygiène, aux soins... dans certaines institutions, les éducateurs sont amenés à cuisiner et à être également le concierge. Dans une institution, les administrateurs ont la charge de l'administratif et de la cuisine. Un des administrateurs est également présent la nuit. Dans une autre institution, les

administrateurs s'occupent également de l'infirmierie (un des administrateurs est infirmier). Selon la philosophie de l'institution, les bénévoles présents dans l'institution ont des tâches variées comme : entretenir les locaux, préparer les repas, laver la vaisselle, ...

En ce qui concerne le suivi médical, un médecin traitant vient sur place dans 6 structures. Selon la structure, celui-ci vient chaque semaine (n=4) ou deux fois par mois (n=2). La visite dure entre 1h30 à 4h. Un psychiatre vient une fois par mois dans 4 structures (pendant 4 à 5 h). Des visites sont prévues chez le psychiatre une fois tous les 3 mois pour une structure. Dans quatre structures, les résidents sont amenés à consulter leur psychiatre et leur psychologue à l'extérieur. Les résidents des autres structures consultent leur médecin généraliste à l'extérieur.

Certains responsables font appel à un kinésithérapeute externe.

La majorité de ces structures offrent un accompagnement professionnel aux résidents. Les structures qui ont le plus de personnel paramédical (infirmier, éducateur, aides-soignants) s'apparentent à des structures de type MSP.

#### b. Personne logeant sur place

Lors des entretiens, trois responsables ont expliqué que certains membres de leur personnel logeaient sur place. En tout, 6 membres du personnel (infirmiers, concierge/éducateur et éducatrices) et 5 bénévoles logent dans les institutions. Dans une autre institution, tous les résidents sont bénévoles et logent sur place. Les personnes qui logent sur place sont amenées à aider la nuit lorsqu'il y a un problème. Dans deux autres structures, les responsables logent sur place, ce sont des membres de la communauté.

#### c. Présence de personnel la nuit

Dans chaque structure, des personnes sont présentes la nuit. Selon les structures, il s'agit soit de personnel qualifié (n=5), soit des responsables qui logent sur place (n=2), soit des administrateurs dont un est infirmier (n=2 dont 1 est repris dans le personnel qualifié), soit de deux gardes de nuit polyvalents par nuit (n=1), soit de bénévoles résidents (n=1), soit par des bénévoles logeant sur place et par des bénévoles extérieurs (n=1).

La qualification du personnel varie selon les institutions. Il s'agit soit d'infirmier, de concierge/éducateur, d'éducatrices et d'aide-soignant. Les gardes de nuit polyvalents ne disposent pas de qualification (une des personnes est un chauffeur de bus et l'autre est un ouvrier du bâtiment).

Le responsable dont tous les résidents sont également bénévoles m'a expliqué qu'ils pouvaient tous être amenés à s'occuper des moins valides.

Le personnel de nuit est amené à agir en cas de problème et d'aider les résidents qui en ont besoin. Dans le cas où les responsables logent sur place, ils ne sont pas là comme personnel de nuit. Ce sont des personnes qui logent sur place à l'année.

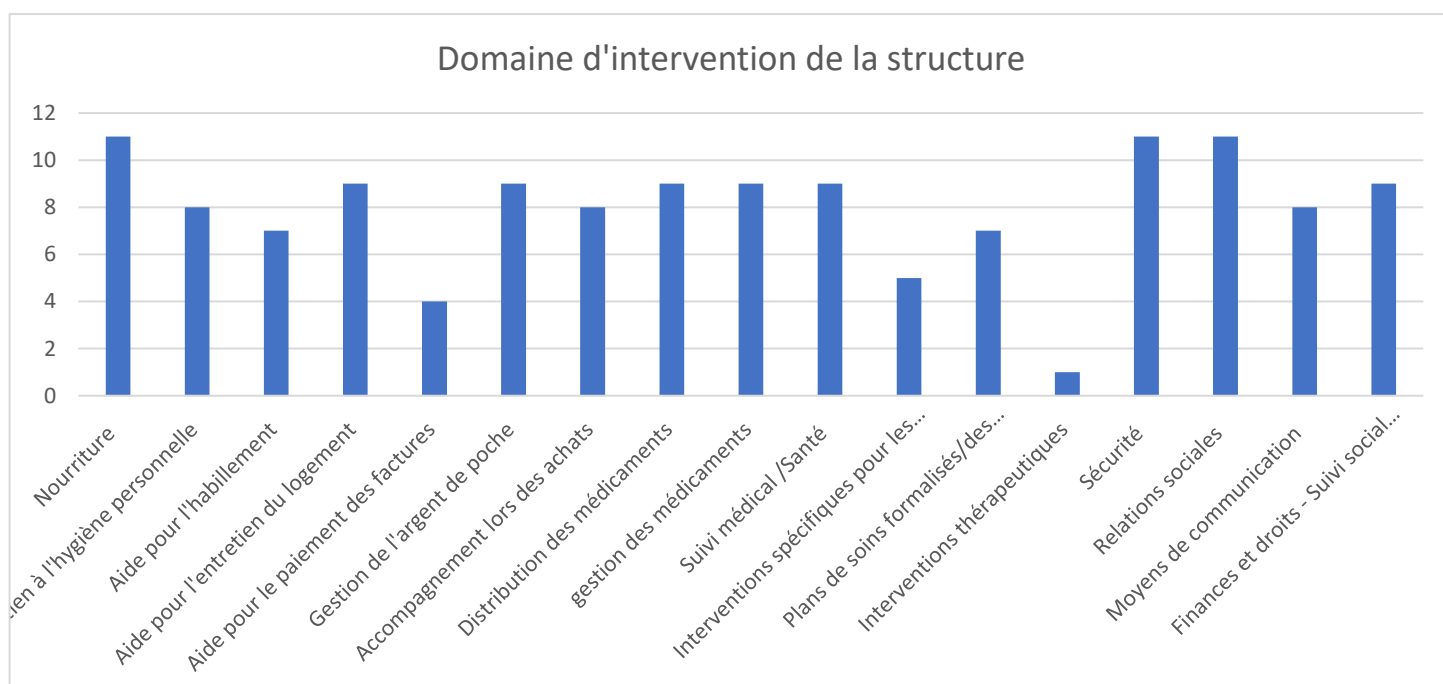
Le fait qu'une présence soit prévue 24h/24 dans la majorité des institutions fait que ces institutions s'apparentent à des structures telles que des MSP voire des communautés thérapeutiques.

#### d. Experts d'expérience

4 responsables de structure ont répondu qu'ils avaient des experts d'expérience qui venaient dans l'institution. Dans une structure, les anciens bénévoles résidents gardent le lien avec la structure en devenant bénévoles extérieurs. Pour les autres, il s'agit des anciens pensionnaires de l'institution.

### 8. *Domaine d'intervention de l'institution*

Tableau 7 domaine d'intervention de l'institution



Le domaine d'interventions des institutions varie selon la philosophie de la structure. Trois domaines d'interventions sont présents dans chaque structure. Il s'agit de la nourriture, de la sécurité et des relations sociales.

Selon la philosophie de l'institution, ces trois domaines d'intervention se manifeste différemment.

#### *a. Repas*

Si l'institution fonctionne plus comme une maison d'accueil ou comme une MSP, les repas seront préparés par du personnel de cuisine dédiés (n=8). Dans certaines institutions, les résidents peuvent donner leur avis sur les repas. Un responsable a expliqué qu'il avait un partenariat avec des maraichers pour avoir des légumes et des fruits frais de façon que les résidents mangent une alimentation familiale plus équilibrée. Il explique que les résidents étaient plus habitués à la nourriture fast-food et qu'il essayait que les résidents mangent plus équilibrés.

Si l'institution fonctionne plus comme une communauté, les repas sont préparés par les résidents (n=3). Ceux-ci peuvent décider, dans la mesure du possible, des menus.

#### *b. Sécurité et relations sociales.*

Au niveau des relations sociales, le terme ne signifie pas la même chose pour tous les responsables, pour certains il s'agit de discussion ainsi que d'écoute des résidents par le responsable. Pour une autre structure, il s'agit de partages de repas, de valorisation des personnes par le partage d'activités et de travail. Un responsable a expliqué que certains résidents faisaient les courses pour les autres résidents et en contrepartie, ils pouvaient se prendre un paquet de cigarette ou un coca. Une entraide existe entre les résidents. Un responsable explique que les relations sociales sont favorisées par la vie en communauté.

Par rapport à la sécurité, de nombreuses structures ont des caméras. Les portes des structures sont fermées la nuit. Un responsable explique qu'il y a des caméras pour protéger le résident et que les résidents ont droit à avoir une clé de leur chambre sauf les résidents étant fort psychiatisés pour éviter qu'ils s'enferment dans leur chambre. La porte d'entrée était fermée vers 12h. Le responsable a expliqué qu'il fermait la porte jusque midi dans l'intérêt d'une résidente qui sort très tôt et qui va boire très tôt et qui du coup ne mange pas de la journée. Un autre responsable a expliqué qu'une personne était attachée par les poignets parce qu'elle avait un comportement agressif.

Une des personnes ayant répondu au questionnaire a expliqué qu'il s'agissait de passer du temps ensemble à se connaître par les activités. Cela permet d'aller mieux aussi bien au niveau de la santé physique qu'au niveau de la santé mentale. Au niveau de la sécurité et des relations sociales, les personnes se sentent en sécurité et elles sont valorisées. La personne disait que

c'était la valorisation des gens mais pas des objectifs qui était visé dans la structure. Il n'y a pas de distinction entre les personnes dans le besoin et celles qui ne sont pas dans le besoin.

#### *c. Soutien à l'hygiène personnelle*

Le soutien à l'hygiène personnelle est effectué dans 8 structures, un responsable a expliqué qu'à certains moments, la communauté pouvait être amenée à soutenir l'un des résidents dans ce cadre-là mais que ce n'était pas récurrent. Un responsable a expliqué qu'ils n'aidaient pas les résidents pour leur hygiène corporelle mais quelques fois, ils apprécieraient que certains résidents usent plus de la douche. Deux responsables ont expliqué que les personnes étaient autonomes et que de ce fait aucun soutien à l'hygiène personnelle n'était prévu.

#### *d. Aide à l'habillement*

L'aide à l'habillement dépend de la philosophie de la structure, si la structure fonctionne plus sur un mode MSP, une aide à l'habillement sera proposée aux résidents. Un responsable explique qu'ils reçoivent des vêtements de dons privés pour aider les résidents à s'habiller. Un autre responsable explique que les vêtements sont donnés par la structure.

#### *e. Aide pour l'entretien du logement*

La majorité des structures prévoient une aide pour l'entretien du logement. Un responsable expliquait que l'aide n'était pas systématique, cela dépendait du besoin du résident. Dans les structures qui ne proposent pas d'aide pour l'entretien du logement, les résidents sont amenés à entretenir eux-mêmes leur logement. Un responsable a expliqué que c'était la thérapie par la vie quotidienne et qu'il fallait toujours avoir le respect. Le nettoyage, la lessive et la cuisine sont effectués chacun son tour. Tout le monde doit y passer.

#### *f. Aide pour le paiement des factures*

Les responsables ont expliqué qu'ils ne devaient pas aider souvent pour le paiement des factures vu que de nombreux résidents sont sous administrateurs de biens.

#### *g. Gestion de l'argent de poche*

La gestion de l'argent de poche fonctionne comme dans une MSP. C'est-à-dire que certains responsables distribuent l'argent de poche selon les besoins du résident, soit tous les jours, soit une fois par semaine. Dans certains cas, l'argent de poche est géré avec l'administrateur de biens via la carte bancaire du résident. Un responsable a expliqué qu'il évitait de prendre en charge l'argent de poche, il prend en charge l'argent de poche de 2 personnes. Il préférerait que ce soit l'administrateur de biens qui prenne en charge l'argent de poche.

#### *h. Accompagnement lors des achats*

De nombreux responsables ont expliqué qu'ils accompagnaient leurs résidents pour effectuer des achats.

#### *i. Distribution, gestion des médicaments et suivi médical*

Les institutions qui fonctionnent comme une MSP/maisons d'accueil distribuent, gèrent et organisent le suivi médical. Deux responsables ont expliqué que la distribution, la *gestion des médicaments et le suivi médical* ne faisaient pas partie de leur fonction première mais qu'en cas de besoin, ils leur arrivaient de devoir le faire pour soutenir le résident.

#### *j. Interventions spécifiques*

Certains responsables ont dit qu'ils faisaient des interventions spécifiques mais il n'a pas été possible de savoir en quoi consistait ces interventions.

#### *k. Plan de soins*

Selon les responsables, les plans de soins sont concertés avec le résident aussi non le résident n'accepterait pas les soins. Par ex : lorsque le résident veut intégrer la société, du bénévolat, un travail dans un atelier protégé est envisagé avec lui et intégré dans le plan de soins.

#### *l. Interventions thérapeutiques*

Une institution organise des interventions thérapeutiques. Elles sont effectuées avec une psychologue extérieure qui vient sur place à la demande du résident.

#### *m. Moyen de communication*

Certains responsables mettent du matériel à disposition pour que les résidents puissent communiquer et/ou aide leurs résidents à pouvoir utiliser le matériel de communication

#### *n. Finance et droits*

Plusieurs responsables ont expliqué qu'ils aidaient les résidents au niveau administratif. Par ex : pour que les résidents aient leur papier, un revenu, ... Certains responsables expliquent qu'il s'agit d'une grande partie du travail. Un responsable a précisé qu'ils apprécieraient avoir une assistante sociale pour pouvoir aider mais qu'ils n'avaient pas de subside pour en avoir une.

#### *o. Divers*

Un responsable a expliqué que les résidents ne faisaient rien. Ce responsable a expliqué que rien n'était demandé en échange aux résidents. Ils ne doivent pas participer aux tâches ménagères de l'institution. Dans une autre structure, le responsable a dit que les résidents



devaient participer aux courses (le faire avec un responsable), laver la vaisselle, faire son lit.  
Dans deux structures, les résidents sont amenés à laver la vaisselle.

L'offre apportée par ces structures fait que certaines structures s'apparentent à des MSP et d'autres à des communautés thérapeutiques.

## 9. Activités proposées par l'institution

Tableau 8 activités proposées par l'institution



Les activités occupationnelles peuvent être du travail dans les magasins, la préparation des repas, des ateliers cuisine (n=1). Au niveau des autres activités, cela peut être des promenades, de la pétanque, aller au marché, des pique-niques le long du canal, des voyages d'un jour via une structure extérieure ou un voyage par an, des séances de football, aller au cinéma (N=2) en proposant un repas dans une chaîne de fast-food après la séance et aller manger une glace.

Les réunions avec les résidents sont organisées dans 4 structures. Ces réunions peuvent avoir lieu une fois par semaine voire chaque soir. Un responsable a expliqué qu'une fois par mois, il y avait une réunion avec toutes les structures se trouvant en Belgique. Les structures qui ont des réunions avec les résidents sont les structures où les résidents s'expriment sur les tâches du quotidien, sur le choix des menus, sur les problèmes rencontrés, ...

Un responsable a expliqué qu'il n'y avait plus d'activités depuis le covid vu qu'il n'y avait plus de bénévoles. Néanmoins, il y a quand même encore du bricolage quatre fois par mois. Il a également expliqué qu'une activité importante était le rangement de la chambre. Pour lui, c'est important que le résident range sa chambre de manière régulière de cette façon, cela permet au résident de se préparer à gérer son futur flat, appartement. Ce responsable aide également les résidents à trouver un nouveau logement et se porte garant pour ce nouveau logement.

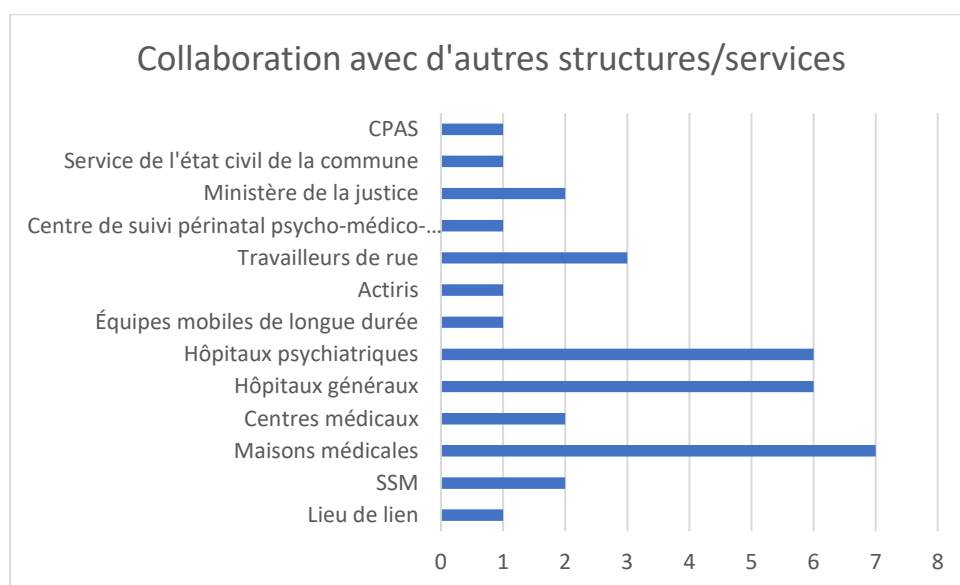
Un responsable a expliqué qu'il y aurait un barbecue dans les semaines à venir. Il y a parfois quelques activités mais qu'il n'y a pas grand-chose parce qu'il est difficile de faire des activités de plus de 10 minutes parce que les résidents manquent de concentration.

Un responsable a expliqué qu'il n'y avait pas d'activités pendant l'hiver, ni les jours où il pleut. Ce responsable explique que les résidents ne veulent pas sortir lorsqu'il fait mauvais.

Au niveau des activités, certaines structures offrent plus d'activités que d'autres.

### 10. Collaboration

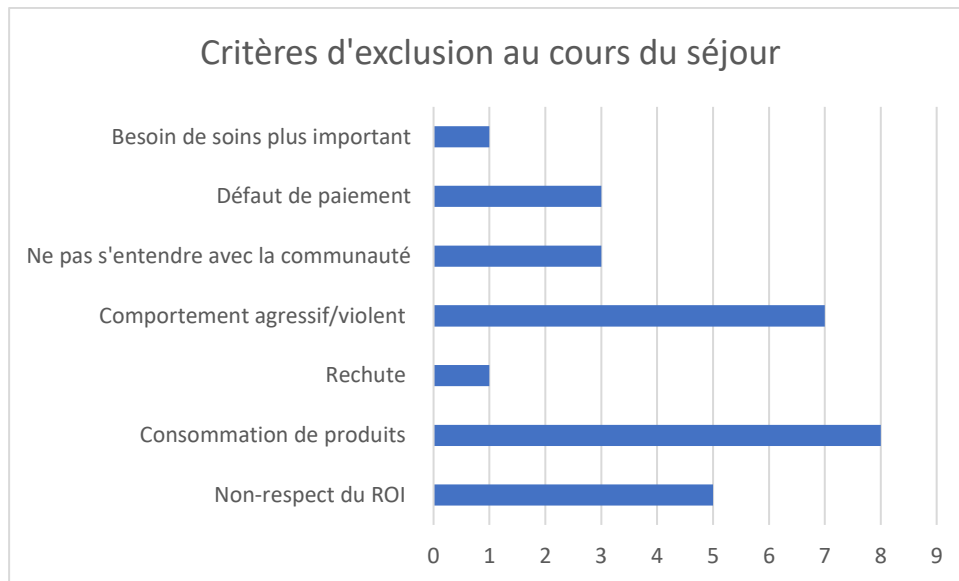
Tableau 9 Collaboration



Les responsables expliquent qu'ils collaborent le plus souvent avec les maisons médicales pour le suivi médical de leurs résidents, vient ensuite les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux. Trois responsables ont expliqué qu'ils avaient souvent des contacts avec les infirmiers de rue.

## 11. Critères d'exclusion au cours du séjour

Tableau 10 Critères d'exclusion au cours du séjour



Les motifs d'exclusion qui reviennent le plus souvent sont la consommation de produit, le comportement agressif/violent (la violence vis-à-vis d'autres résidents, envers le personnel ou vis-à-vis du mobilier), le non-respect du ROI, le fait de ne pas s'entendre avec la communauté (ne pas s'intéresser aux autres, ne pas avertir quand elle ne mange pas avec les autres, perturber la vie en communauté) et le fait de ne pas payer son logement pendant 3 mois.

En ce qui concerne, le non-respect du ROI, la personne est exclue lorsqu'elle fume ou boit dans sa chambre et dans l'institution ainsi que le fait d'être en état d'ébriété continue, une nuisance pour les autres personnes et de troubler le voisinage.

En ce qui concerne le comportement agressif, une structure exclut la personne qui est trop agressive pendant 24h.

Une structure exclut le résident lorsque celui-ci a besoin de soins trop important. Il est amené à aller dans une autre structure plus adaptée telle qu'une maison de repos. Une autre exclut les résidents en cas d'une rechute au niveau psychique. Le responsable a expliqué qu'ils avaient un contrat avec un centre psychiatrique pour un retour à l'hôpital si nécessaire.

Les responsables ont expliqué qu'ils n'excluaient pas immédiatement la personne en cas de non-respect du ROI et en cas de consommation. Ils font des rappels du ROI, des avertissements et puis ils excluent la personne.

## *12. Durée de séjour minimale et maximale*

La durée de séjour dépend fortement de l'institution. 8 institutions n'ont pas de durée de séjour minimale, ni de durée de séjour maximale.

Dans certaines institutions, il y arrive que la personne ne loge qu'une seule nuit (n=2) le temps de pouvoir se retourner et trouver une autre solution. Dans d'autres institutions, les responsables expliquaient que les personnes restaient sur place au minimum pendant une semaine (n=2), un mois (n=2), voire 6 mois.

Le responsable d'une institution a expliqué que la durée la plus longue était de 10 ans.

Trois institutions ont une durée de séjour maximale : une institution accueille les personnes jusqu'à 60 ans (la personne est amenée à aller dans une maison de repos dès qu'elle a 60 ans), une institution, accueille les personnes pour un maximum de 6 mois, une autre accueille les personnes jusqu'à maximum 3 ans. Le responsable explique que c'est le temps qu'il faut pour que la personne puisse régulariser sa situation. Elle est invitée à trouver un autre logement après deux ans, deux ans et demi.

Le fait que certaines institutions accueillent des personnes pour une courte durée permet à certaines d'entre elles de pouvoir trouver une autre solution d'hébergement. La majorité des institutions permettent aux personnes accueillies d'avoir une sécurité au niveau du logement vu qu'il n'y a pas de limite dans la durée de l'hébergement. Les deux institutions qui limitent la durée de l'hébergement permettent aux personnes d'avoir un logement le temps que leur situation administrative et financière se régularisent.

## *13. Conclusion*

### *a. Question de recherche*

Pour rappel la question de recherche principale est " Quelle est l'offre que propose les SHNA en région bruxelloise et de quelle manière cette offre s'articule avec le reste de l'offre de soins en santé mentale bruxelloise ?"

Quelle est l'offre que propose les SHNA en région bruxelloise ? Les SHNA en région bruxelloise proposent plusieurs types d'hébergement qui varient selon le type d'accompagnement et d'offres qu'ils proposent :

Le premier type d'hébergement est un hébergement dans une communauté pluraliste ou religieuse de moyenne à courte durée (n=2). Ce sont des structures qui peuvent accueillir entre 4 à 6 adultes avec ou sans enfants. Les personnes hébergées dans ces structures ont un

logement pour une durée entre 6 mois à 3 ans. Les personnes sont logées. Le repas est préparé par les résidents à tour de rôle. L'entretien des chambres et l'entretien des communs sont réalisés par les résidents également à tour de rôle. Des réunions des résidents sont organisées à intervalle régulier pour discuter de diverses choses dont les repas, des tâches ménagères. La personne hébergée doit être autonome et ne doit pas avoir besoin de soins, ni besoin d'aide pour l'hygiène ou pour la gestion des médicaments. Ces structures accueillent gracieusement les résidents. Les responsables de la structure logent sur place. Un des responsables a expliqué que c'était la thérapie par la vie quotidienne et qu'il fallait toujours avoir le respect. Il faut prévenir les autres quand on ne rentre pas, quand on ne mange pas avec les autres.

Le deuxième type d'hébergement est un hébergement dans une communauté pluraliste (n=1). Cette structure peut accueillir +/- 4 personnes. Dans ce type d'hébergement, les personnes peuvent y rester sans limite dans le temps. Elles peuvent continuer à rester vivre dans la communauté. Les personnes effectuent des tâches telles que la préparation des repas, la vaisselle, le nettoyage des communs à tour de rôle. Des réunions sont également organisées à intervalle régulier. Les personnes qui ont des soucis de santé pourront recevoir une aide de la communauté. Cette structure accueille gracieusement les résidents dans le besoin. Des experts d'expérience viennent dans la structure. La personne qui a répondu aux questions a expliqué qu'il s'agit de partages de repas, de valorisation des personnes par le partage d'activités et de travail. Il s'agit également de passer du temps ensemble à se connaître par les activités. Cela permet d'aller mieux aussi bien au niveau de la santé physique qu'au niveau de la santé mentale. Au niveau de la sécurité et des relations sociales, les personnes se sentent en sécurité et elles sont valorisées. La personne disait que c'était la valorisation des gens mais pas des objectifs qui était visé dans la structure. Il n'y a pas de distinction entre les personnes dans le besoin et celles qui ne sont pas dans le besoin.

Le troisième type d'hébergement est un hébergement de type communautaire (n=1). Cette structure peut accueillir 53 personnes. Dans ce type d'hébergement, les personnes peuvent y rester sans limite de temps, tant que leur santé le permet. La personne est logée et nourrie. L'entretien du logement et l'entretien des communs sont organisés par les bénévoles. La personne doit s'occuper de ranger sa chambre et doit prévoir de nettoyer son linge à l'extérieur de l'hébergement. Si elle a besoin de légers soins, elle pourra recevoir une aide par les personnes encadrantes. Les personnes qui encadrent ne sont pas des professionnels de santé. Cette structure accueille gracieusement des résidents. Le responsable a expliqué que les relations sociales sont favorisées par la vie en communauté.

Le quatrième type d'hébergement est un hébergement de type maisons d'accueil/MSP. Ces structures peuvent accueillir entre 28 à 80 personnes (n=7). Dans ce type d'hébergement, les personnes peuvent y rester dans la majorité des cas jusqu'à 60 ou 65 ans voire sans limite d'âge. La personne est logée et nourrie. Les repas sont préparés par des préposés à la cuisine. L'entretien du logement et l'entretien des communs sont effectués par du personnel d'entretien. La personne recevra de l'aide pour l'hygiène, pour l'habillement, pour la gestion et la distribution des médicaments, et le cas échéant, pour la gestion de l'argent de poche par du personnel infirmier, aides-soignants, assistant social, éducateur et par du personnel administratif. Une présence 24h/24 est effectuée le plus souvent par des professionnels de la santé. Trois structures accueillent des résidents gratuitement pendant la période de grands froids. Une structure accueille actuellement un résident gratuitement. Certaines structures organisent des activités. D'autres n'en organisent pas ou peu. La majorité de ces structures n'organisent pas de réunion de résidents. La discussion est informelle. Plusieurs responsables expliquent que leur structure est une résidence familiale. Un responsable explique qu'ils veulent aider les gens à évoluer dans leur vie. Un autre responsable dit qu'ils sont attachés à leurs résidents, ils essaient de faire au mieux avec leurs moyens. Ils sont une famille.

De quelle manière cette offre s'articule avec le reste de l'offre de soins en santé mentale bruxelloise ? Cette offre vient s'ajouter aux offres de soins en santé mentale déjà présentes à Bruxelles. Du fait d'un délai d'attente assez court qui oscille entre 24 h à maximum 2 mois, elle permet aux personnes de trouver un logement de manière assez rapide. Les critères d'admission de la majorité de ces structures sont moins stricts que ceux des MSP et des IHP et de ce fait, ils permettent aux personnes qui cumulent plusieurs piliers de fragilité de trouver un hébergement avec selon les structures un accompagnement professionnel. Pour rappel, le nombre de places disponibles pour les MSP est de 323 lits en 2024, pour les "IHP est de 560 en 2017" (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019) et pour les SHNA connues est de 405 (selon les données reçues par les responsables).

#### *b. Première hypothèse*

Première hypothèse : Ces structures permettraient un accès à un logement plus abordable aux personnes précarisées, notamment à celles présentant des problèmes de santé mentale, et elles éviteraient également à certaines personnes de se retrouver à la rue et à d'autres d'être une première étape pour sortir de la rue.

Est-ce que les structures permettent l'accès à un logement plus abordable ? Les résultats concernant le prix de journée et les éléments compris dans le prix permettent de répondre à cette question. Certaines structures permettent l'accès à un logement plus abordable soit parce que certaines personnes sont logées gracieusement, soit parce que le prix de journée demandé est modique (moins de 500 €). Les autres structures ne permettent pas l'accès à un logement plus abordable en cela que le prix mensuel se situe entre 915 € et 1700 € par mois. De nombreux résidents y compris ceux qui se trouvent dans des structures dont le prix de journée est supérieur à 50 € reçoivent de l'aide des CPAS s'ils n'ont pas assez de revenu.

Tous les résidents sont logés dans une structure où le prix de journée comprend le logement, la nourriture, l'eau, le chauffage et l'électricité. Dans la majorité des structures, ils reçoivent également une aide pour les soins, pour l'entretien de leur logement, pour le nettoyage des draps ainsi qu'une présence 24h/24.

Est-ce que ces structures permettent un accès aux personnes précarisées, notamment à celles présentant des problèmes de santé mentale ? Les structures hébergent des personnes plus précarisées vu que certaines accueillent des personnes sans revenus. Elles accueillent des personnes ayant des troubles mentaux, des addictions, du double diagnostic et des problématiques sociales diverses. Elles accueillent également des personnes qui cumulent les problématiques sociales, un trouble mental et des addictions.

Est-ce que ces structures évitent certaines personnes de se retrouver à la rue et à d'autres d'être une première étape pour sortir de la rue ? Selon les réponses reçues, ces structures accueillent aussi bien des personnes qui sont à risque de se retrouver à la rue à la suite de la perte de leur logement que les personnes qui se trouvent actuellement dans la rue. Selon la période de l'année, le nombre de structures qui accueillent des personnes sans-chez-soi augmentent (période grands froids).

### *c. Deuxième hypothèse*

Deuxième hypothèse : Ces structures permettraient aux personnes ayant des problématiques psycho-sociales de longue durée de quitter les lieux de placement et les hôpitaux, et ce dans le contexte de désinstitutionnalisation. Elles viendraient pallier le manque d'hébergement (MSP, IHP) en région bruxelloise. " Elles offrent un cadre et surtout des conditions d'accès - qui permettent à des usagers internés et non internés de quitter les lieux de placement et les hôpitaux psychiatriques.



Est-ce que ces structures permettent aux personnes ayant des problématiques psycho-sociales de longue durée de quitter les lieux de placement et les hôpitaux ? Les responsables ont expliqué que la majorité des résidents avaient un long parcours de placement avant d'arriver chez eux. Vu que les personnes proviennent aussi bien des hôpitaux généraux que psychiatriques, qu'elles proviennent des prisons, de d'autres institutions comme des maisons d'accueil, des MSP, ..., il est possible de répondre par l'affirmative que ces structures permettent à ces personnes de quitter les lieux de placements et des hôpitaux.

Est-ce que ces structures pallient le manque d'hébergement (MSP, IHP) en région bruxelloise ? La réponse à cette question se doit d'être nuancée. En effet, pour répondre précisément à cette question, il faudrait avoir les informations auprès des personnes redirigeant les personnes vers les SHNA. Ces personnes pourraient préciser les raisons pour lesquelles elles font appel aux SHNA. Néanmoins, il est possible de dire que ces structures viennent renforcer l'offre d'hébergement déjà présente à Bruxelles.

Est-ce que ces structures offrent un cadre et des conditions d'accès qui permettent à des usagers de quitter les lieux de placement et les hôpitaux psychiatriques ? Les conditions d'accès à ces structures sont, dans la majorité des cas, beaucoup plus souples que les MSP et les IHP en cela qu'elles acceptent que la personne consomme soit de l'alcool, soit des substances en dehors de l'établissement. De plus, certaines institutions accueillent également des personnes sortant de prison qu'elle porte ou non un bracelet électronique. Ces structures offrent un cadre et des conditions d'accès qui permettent à des usagers de quitter les lieux de placement et les hôpitaux psychiatriques.

## **Discussion**

Interprétation des résultats à la lumière de ce qui est déjà connu sur le sujet

Bien que la méthode de collecte de données de l'étude de Priebe S & Al sur les services de logement pour personnes atteintes de troubles mentaux en Angleterre soit différente de la méthode utilisée pour ce mémoire sur les SHNA, en cela que l'étude de Priebe S & Al a choisi un questionnaire envoyé aux institutions, ce qui leur a permis de faire des statistiques, certains résultats de cette étude peuvent être mis en exergue avec les résultats sur les SHNA. En effet, l'étude de Priebe S. "visait à évaluer les caractéristiques des patients, la prestation de soins et les coûts dans différents types de services d'hébergement en Angleterre" (Priebe, Saidi, Want, Mangalore, & Knapp, 2009). De ce fait, des éléments sur les caractéristiques des services, sur les caractéristiques des patients et sur la prestation de soins peuvent être utilisés pour être comparés avec les résultats sur les SHNA.

Par rapport aux caractéristiques des services, l'étude de Priebe S & Al met en évidence que "la plupart d'entre eux n'appliquent aucun critère d'exclusion et seule une minorité emploie des professionnels de la santé mentale (2009)". Les résultats de la recherche sur les SHNA montre que certaines appliquent des critères d'exclusion telles que la consommation de substances, l'autonomie, la violence, ... De même qu'une seule structure emploie un professionnel de la santé mentale. Dans l'étude de Priebe & Al, "16 % financent leurs propres psychologues et 11 % leurs conseillers (2009) ", au niveau des SHNA, les structures ne financent pas de psychologues.

Au niveau des caractéristiques des patients, " Pour 68 % des patients, le séjour actuel dans un service d'hébergement n'est pas le premier. En moyenne, les patients sont dans le service actuel depuis environ 4 ans. La plupart des patients sont des hommes et ont reçu un diagnostic de trouble psychotique, 13 % ont un casier judiciaire et 50 % ont des antécédents d'hospitalisation involontaire. Au total, 48 % ont des antécédents de toxicomanie et pour 25 % il s'agit d'un problème récurrent. Alors que 95 % des patients ont une chambre individuelle et 87 % ont une activité professionnelle allant d'un emploi régulier à des activités organisées dans le service (2009) ". Lors des entretiens, les responsables ont évoqué que les résidents présents dans leur structure avaient déjà vécus dans d'autres structures. Au niveau de la durée d'hébergement, les réponses reçues ne permettent pas de préciser le temps passé sur place. Néanmoins, selon les structures, les personnes restent sur place entre 6 mois et plus de 10 ans. Au niveau du diagnostic, selon les structures, les profils des résidents les plus souvent

représentés sont (par ordre décroissant) la psychose, les problématiques sociales, les maladies mentales (autre que la psychose), les assuétudes, le double diagnostic : handicap mental et maladie mentale et des faits de mœurs. Ce qui revient à dire que la plupart des personnes hébergées dans les SHNA ont un diagnostic de psychose comme dans l'étude de Priebe S & Al. En ce qui concerne les chambres individuelles, 4 structures sur 11 ont des chambres individuelles, cela représente +/- 20 % des résidents.

Au niveau des soins de santé reçus par les patients, l'étude de Priebe & Al relève que "la plupart des patients bénéficient d'une aide pour l'hygiène personnelle, l'habillement, la cuisine et d'autres activités de base de la vie quotidienne. L'aide reçue diffère considérablement entre les trois principaux types de services de logement. Pourtant, aucune catégorie de soins n'est exclusivement fournie dans un seul type de service et aucune catégorie de soins n'est fournie dans tous les services d'un même type. Quarante-huit pour cent des patients prennent des médicaments et 52 % ont un coordinateur de soins dans une équipe de santé mentale communautaire. Sur une période de trois mois, ils voient un médecin généraliste en moyenne 2,4 fois et un psychiatre un peu plus d'une fois par mois. Les autres types de soins de santé, y compris les services aux patients hospitalisés, sont rarement utilisés" (2009). Au niveau des SHNA, comme pour les structures anglaises, la plupart des résidents bénéficient d'une aide pour l'hygiène personnelle, pour la préparation des repas, pour l'habillement et pour l'entretien du logement. L'aide diffère également selon les quatre types de logement rencontrés lors des entretiens. Contrairement aux structures anglaises, trois types de structures bruxelloises offrent plus ou moins les mêmes soins et selon le type de structures, les mêmes catégories de soins sont fournies dans toutes les structures du même type (tels que les soins d'hygiène, la gestion des médicaments, la distribution des médicaments et le suivi médical). Le pourcentage de résidents prenant des médicaments n'est pas connu. Néanmoins, la gestion des médicaments est rencontrée dans la majorité des structures. Il n'existe pas de coordinateur de soins dans les SHNA. Les résidents rencontrent le médecin traitant de manière régulière dans 6 structures et un psychiatre que ce soit dans la structure, soit à l'extérieur. Aucune question ne reprend les autres types de soins dans les SHNA. Néanmoins, certains responsables font appel à un kinésithérapeute externe.

Au niveau des coûts, il n'est pas possible de faire un parallélisme avec l'étude de Priebe & Al vu que la méthode de calcul n'est pas la même.

Certaines similitudes sont rencontrées entre les structures anglaises et les structures présentes sur le territoire de Bruxelles-Capitale telles que le profil, le personnel, le type de soins, sur l'aide reçue selon les structures.

Au niveau des fonctions rencontrées au sein de ces structures, il est intéressant de reprendre les fonctions reprises dans l'étude de Lagausic et Sudres qui reprend les six fonctions du logement qui sont la sécurité, l'ancrage, la limite, l'organisation, le lâcher-prise et l'expression. Au niveau de la sécurité, les structures répondent "à la fois au besoin de protection physique et au besoin d'environnement stable et prévisible (de Lagausic & Sudres, 2018)". En effet, ces structures apportent de la sécurité via la solidité du bâtiment mais également par les protections qu'elles offrent par rapport à l'intrusion (2018). La totalité des responsables expliquent qu'ils apportent de la sécurité aux résidents que ce soit en fermant la porte le soir, en ayant une présence 24h/24, en installant des caméras, ... par contre, la propriété de son habitation n'est pas rencontrée dans ces structures.

Au niveau de l'ancrage, ces structures permettent dans la majorité des cas un "enracinement dans un endroit précis (2018). De plus, les personnes ayant des papiers ont la possibilité d'avoir une adresse. L'adresse faisant "partie de l'identité de la personne" (2018).

La fonction de limite consiste au fait que le logement permet d'avoir une limite entre son domicile et chez l'autre (2018). Cette limite est permise grâce aux murs, aux clôtures, aux fenêtres... (2018). Cette fonction est en partie rencontrée dans toutes les structures dans le sens que chacune d'entre elle a des murs, des fenêtres. En revanche, tous les résidents ne sont pas logés dans une chambre individuelle. Ce qui fait que la limite entre son chez-soi et chez l'autre n'est pas toujours rencontrée.

La fonction d'organisation correspond à l'organisation spatiale tant de l'intérieur que de l'extérieur du logement. Le premier type d'organisation est les usages tels que dormir, se laver, faire à manger. Le deuxième type consiste à la régulation de l'intimité avec l'utilisation des espaces selon le besoin ou non d'intimité (2018). Le premier type d'organisation est rencontré dans toutes les structures excepté se faire à manger vu que certaines structures préparent le repas pour les résidents. Le deuxième type consistant à la régulation de l'intimité n'est pas rencontré dans toutes les structures vu la présence de chambres communes. Dans les structures avec des chambres individuelles, la régulation de l'intimité est rencontrée.

La fonction de lâcher-prise correspond à la possibilité de s'autoriser à être soi-même (2018). " Le signe que l'espace personnel est bien investi par la fonction de lâcher-prise est l'utilisation

de ce lieu pour des activités de défoulement, de décharge des tensions, tensions liées à la vie professionnelle ou provenant des rapports intrafamiliaux" (2018). Il n'est pas possible avec les résultats de pouvoir affirmer ou infirmer le fait que la fonction de lâcher-prise soit rencontrée.

La fonction d'expression recouvre les actions d'appropriation de son logement par l'organisation du logement mais aussi par la décoration de celui-ci avec des plantes, des tableaux, ... (2018). Dans certaines structures, le résident peut décorer sa chambre ou la partie de chambre qui lui est dévolue.

En conclusion, la fonction de sécurité, d'ancrage et limite, d'organisation et d'expression sont rencontrées dans la majorité des structures.

Il est également intéressant d'essayer de répondre aux 3 étapes de Nelson & Al, la première étape consiste à vérifier si la structure est orientée vers le profit et s'il y a la présence d'un service de réhabilitation psychosociale axé sur le rétablissement (Nelson & Caplan, 2017). La majorité des structures sont sous statuts d'Association sans but lucratif. Deux structures sont sous le statut de société à responsabilité limitée. Le fait que ces structures soient sous le statut d'ASBL ne garantit pas qu'elles ne soient pas orientées vers le profit.

Au niveau d'un service de réhabilitation psychosociale, aucune structure n'a ce genre de service. Néanmoins, certaines structures mettent en place des actions visant à favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents dans la communauté.

La deuxième étape consiste à se poser la question si le logement offre des choix et une aide au loyer ? (Nelson & Caplan, 2017) Pour les structures qui mettent en place des actions visant à favoriser l'autonomie et l'indépendance, les résidents n'ont pas le choix du lieu, ni des personnes avec qui ils vivent, ils ne reçoivent pas d'aide au loyer (même si certaines structures ne demandent pas de loyer). Il s'agit donc d'hébergement supervisé sur un seul site.

Dans la troisième étape, la question suivante est posée : dans quelle mesure le programme est-il fidèle à ses composantes qui sont liées à des résultats positifs ? (Nelson & Caplan, 2017)

Par rapport, à la première clé, il est rare que l'usager ait le choix du logement et de la structure, vu que dans la majorité des cas, la personne est hébergée à l'endroit où il reste une place. Cependant, dans la majorité des structures, la personne est logée assez rapidement entre 24 h et quelques semaines. La majorité des structures n'a pas de limite de durée de l'hébergement. Dans la majorité des structures, le "loyer" ne peut pas être considéré comme

abordable vu qu'il dépasse les 30 % du revenu consacré au loyer. Les sites ne sont pas séparés (Nelson & Caplan, 2017).

En ce qui concerne la deuxième clé, dans la majorité des SHNA, il n'y a de séparation entre le logement et les services cliniques (infirmier voire médecin traitant), dans la majorité des cas, il n'y a pas de préconditions d'accès. Au niveau de la condition de traitement, ce point n'a pas été évoqué par les responsables. Il ne s'agit pas d'un bail classique mais le plus souvent d'une convention d'hébergement. Les équipes sont sur le site (Nelson & Caplan, 2017).

La troisième clé est la philosophie du service. Dans la majorité des structures, les résidents ne choisissent pas leurs services. L'exigence en matière d'observance du traitement n'est pas connue. Une institution a parlé de réduction des risques. Dans certaines structures, un planning individualisé est utilisé (Nelson & Caplan, 2017).

La quatrième clé est le travail en réseau. Selon les résultats reçus, les structures travaillent peu en réseau sauf avec des services pour sans-abris, des CPAS et quelques fois avec des hôpitaux psychiatriques (Nelson & Caplan, 2017).

La cinquième clé est la structure du programme. Toutes personnes répondant aux profils accueillis par la structure peuvent être hébergés. Il n'y a pas nécessairement de priorité aux personnes ayant de multiples obstacles au logement. Dans la majorité des cas, il y a un faible ratio consommateurs/personnel. Le seuil de contact minimal n'a pas été évalué. Dans la majorité des institutions, le personnel fonctionne en équipe. Peu de structures ont un pair aidant (Nelson & Caplan, 2017).

À la suite de cette analyse, il ressort que la majorité des structures présentes en Région de Bruxelles-Capitale relèveraient du Custodial Housing. Un soutien minimal est assuré par des professionnels sans service de réhabilitation psychosociale axé sur le rétablissement. Il s'agit du troisième et du quatrième type d'établissement.

Le premier et le deuxième type d'établissement s'apparentent plus à du supportive housing selon les étapes de Nelson & Caplan.

#### Limites de l'étude

Les rendez-vous avec les responsables ont été fixés par téléphone. La date et l'heure ont été choisies par les responsables. Six responsables de structure avaient oublié notre rendez-vous. Ce qui a eu comme conséquence pour une structure que l'entretien a eu lieu par téléphone et pour une autre structure, l'entretien s'est déroulé en moins de 30 minutes. Toutes les questions

ont pu être posées mais la durée des entretiens a été réduite. Un biais de mesure est donc présent pour deux entretiens dans le sens où une adaptation du questionnaire a été effectuée pour permettre aux personnes de partir à leur propre rendez-vous.

Une des autres limites de l'étude est induite par le choix des personnes interrogées. En effet, il a été choisi d'investiguer l'offre apportée par ces structures via les responsables des structures elles-mêmes. Un biais de désirabilité sociale a été ressenti lors de certaines phrases utilisées par les responsables. Lors des réponses aux questions sur les activités et sur la collaboration, l'effet d'attente a été ressenti. En effet, certains responsables ont d'abord répondu qu'ils organisaient beaucoup d'activités pour finalement dire qu'aucune activité n'était organisée pour le moment.

Dans le chef de l'enquêteur, un biais de méthodologie a été rencontré dans le sens qu'il y avait trop de questions (26 questions au total) et que certaines questions se sont révélées mal formulées et/ou compliquées à comprendre et/ou à répondre pour certaines personnes telles que les questions sur le nombre de personnes actives dans l'institution, les précisions demandées sur la durée de séjour, les sous-questions sur les interventions spécifiques pour les personnes avec des problématiques concomitantes de santé mentale et d'addictions et les interventions thérapeutiques ainsi que les questions sur les experts d'expérience et la collaboration.

Comme expliqué ci-dessus, il a été choisi pour la phase exploratoire d'interroger les responsables des structures. De ce fait, ce mémoire ne reprend qu'une seule vision, celle des responsables, sur l'offre apportée aux résidents.

De nombreuses questions ont émergé à la suite des entretiens. Ces questions concernent l'organisation des sorties des autres structures, les raisons pour lesquelles certains services sociaux orientent les usagers vers ces structures, les besoins des résidents, le ressenti des résidents, ...

Ces questions sont les suivantes :

- De quelle manière sont organisées les sorties des institutions ? Quels sont les besoins des professionnels du terrain (assistants sociaux des hôpitaux, CPAS, Fedasil, prison, ...) ? Quels sont les besoins des usagers sortants de ces institutions ? Quels sont les raisons pour lesquelles les professionnels du terrain orientent des usagers vers ces structures ?

- Par rapport à l'offre de ces institutions, est-ce qu'elle correspond aux besoins des résidents présents dans les SHNA ? Quels sont les besoins des personnes présentes ?
- Quelle est la qualité de vie des résidents des SHNA ?
- Quel est l'impact de la vie en communauté dans ces structures sur le rétablissement pour les résidents ?
- Quels sont les besoins des résidents lors de la sortie des SHNA ? Quels seraient les besoins des personnes résidant dans les SHNA pour trouver un autre chez-soi ?
- À la suite du plan grand froid, certains sans-abris sont logés dans les SHNA. Lorsque le plan s'arrête, selon les responsables, ces personnes retournent à la rue. Quels sont les actions à entreprendre pour que ces personnes ne doivent pas retourner à la rue ?
- Certaines structures sont demandeuses d'une reconnaissance. Quelle sera la plus-value d'une reconnaissance au niveau de l'accompagnement ? Quel impact cette reconnaissance aura sur les structures qui ne pourraient pas, du fait de leur architecture, leur fonctionnement, répondre aux normes d'une législation telle que la législation de l'AVIQ ? Quels impact cette reconnaissance aura sur les résidents ? Si ces structures ferment, quel endroit pourra accueillir les résidents ?
- Selon les besoins des résidents, quel serait l'encadrement minimal à avoir ?
- Quelles sont les stratégies de communication à mettre en place pour que les responsables ainsi que les résidents soient au courant des possibilités existantes au niveau du réseau en santé mentale ?

Le fait que cela ne soit que des responsables qui ont répondu aux questionnaires engendre qu'il n'y a aucune vue sur les raisons pour lesquelles les résidents font appel à ces structures, ni comment elles se sentent, ni si ces structures répondent à leurs besoins.

Cela ne permet également pas d'expliquer la raison pour laquelle les CPAS, les assistantes sociales des hôpitaux, Fédasil, les prisons font appel à ces structures.

Il n'y a donc aucune information sur l'amont (avant l'entrée dans le SHNA), ni sur le moment où la personne réside dans la structure, ni sur l'aval (une fois que la personne sort de la structure).



## **Conclusions**

Ce mémoire avait pour objectifs de dénombrer et de répertorier les SHNA présentes sur le territoire de Bruxelles-Capitale, de connaître le type de publics accueillis, d'avoir une vision de la provenance de ces personnes, de comprendre le processus d'admission, les critères d'admissions, les critères d'exclusion mais également de connaître l'offre apportée par ces structures en termes d'accompagnement.

Un dénombrement et un répertoire des SHNA a pu être créés. Néanmoins, comme il s'agit de structures non agréées, il n'est pas possible de savoir si toutes les structures non subventionnées et/ou agréées se trouvent bien dans ce répertoire. Il est possible que certaines structures ne soient pas encore connues.

Une réponse concernant le type de publics accueillis a pu être apportées ainsi que sur la provenance de ces personnes.

Les réponses aux questions sur le processus d'admission et les critères d'admission ont pu apporter un éclairage sur les raisons pour lesquelles ces structures sont plus facilement accessibles pour les résidents (durée d'attente, le fait que certaines structures acceptent les personnes ayant une consommation, ...).

Les critères d'exclusion permettent de comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes passent de structure en structure (violence, trop de consommation...).

Finalement, ce mémoire a permis de comprendre l'offre apportées par ces structures au niveau des soins, au niveau de l'accompagnement et au niveau de l'accessibilité.

## **Perspectives**

Selon l'étude de Piat & Al, "les personnes qui vivent en hébergement communautaire ont des préférences variées sur le type d'hébergement qui favorise leur rétablissement. "... L'effet positif présumé sur le rétablissement d'un déménagement vers un arrangement davantage autonome est incertain. Les personnes veulent clairement conserver leurs acquis, et particulièrement celles qui bénéficient dans leur hébergement actuel de commodités qu'elles apprécient, ou encore, de relations sociales significatives qu'elles souhaitent maintenir. Elles connaissent l'importance de ces relations dans le processus de rétablissement et plus généralement celle de l'intégration communautaire. Plusieurs sont préoccupées par le risque, probable à leurs yeux, de perdre des acquis advenant un changement d'hébergement, et cette perte pourrait résulter dans la compromission de leur santé mentale. D'autre part, l'offre de logement autonome doit résulter, pour les résidentes et résidents qui entrevoient cette éventualité, en une amélioration de leur condition en termes de qualité de vie. L'inverse serait susceptible d'être reçu comme un recul dans le processus de rétablissement—un impact potentiel que, par ailleurs, des gestionnaires de cas auraient tendance à sous-estimer" (Piat, Boyer, Cloutier, Fleury, & Lesage, 2012).

Il serait intéressant de continuer la recherche de façon à connaître les besoins des usagers à la sortie des institutions et des professionnels qui redirigent les usagers vers ces structures. En parallèle, il serait intéressant d'interroger les résidents se trouvant dans ces structures pour connaître leur ressenti, leurs besoins par rapport à la structure mais également par rapport à leur parcours.

## **Bibliographie**

- Affaires sociales - Santé Publique et Environnement. (1999, 06 16). *Arrêté royal fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur le*. Récupéré sur Justel - Moniteur Belge: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1999/06/16/1999022820/justel>
- Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2020, 02 11). *Logement et santé mentale*. Consulté le 09 13, 2023, sur Agence Régionale de Santé Provence-Alpes, Côte d'Azur: <https://www.paca.ars.sante.fr/logement-et-sante-mentale>
- Anthony, W. (1993, 04 01). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16, pp. 11-23. Récupéré sur web.archive.org: <https://web.archive.org/web/20121222063240/http://www.apa.org/practice/leadership/smi/recovery-resolution.pdf>
- Asbl Wolvendael vzw. (2024). *Une communauté thérapeutique*. Consulté le 07 31, 2024, sur <https://www.lewolvendael.org/fr/accueil/>
- Bachrach, L. L. (1996). Psychosocial rehabilitation and psychiatry: what are the boundaries? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 41(1), pp. 28-35. doi:<https://doi.org/10.1177/070674379604100108>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of epidemiology and community health*, 73(5), 379-387. doi:<https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
- Beth. (2017, 09 21). *Maisons pirates : le business de la misère*. Consulté le 04 10, 2024, sur RTBF Actus: <https://www.rtbf.be/article/maisons-pirates-le-business-de-la-misere-9702514>
- Beth. (2018, 07 04). *"Maisons pirates"... Devoir d'enquête fait le point !* Consulté le 04 10, 2024, sur RTBF Actus: <https://www.rtbf.be/article/maisons-pirates-devoir-d-enquete-fait-le-point-9963867>

- Bruss'help. (2022, 11 08). *Dénombrement des personnes sans-chez-soi en Région de Bruxelles-Capitale, Septième édition*. Consulté le 09 13, 2023, sur Bruss'help: [https://brusshelp.org/images/Rapport\\_denombrement\\_2022\\_FR.pdf](https://brusshelp.org/images/Rapport_denombrement_2022_FR.pdf)
- Bruxelles Social. (2021, 01 14). *Centre hospitalier Jean Titeca-Site les Quatre Saisons*. Consulté le 07 31, 2024, sur Social.brussels: <https://social.brussels/organisation/14953>
- Bruxelles Social. (2021, 01 14). *Centre hospitalier Jean Titeca-Site Schweitzer*. Consulté le 07 31, 2024, sur Social.brussels: <https://social.brussels/organisation/15893>
- Bruxelles Social. (2021, 03 05). *Epsilon - MSP Trois Arbres*. Consulté le 07 31, 2024, sur Social.brussels: <https://social.brussels/organisation/18818>
- Bruxelles Social. (2023, 04 28). *Thuis*. Consulté le 07 31, 2024, sur Social.Brussels: <https://social.brussels/organisation/15099>
- Bruxelles Social. (2023, 03 31). *Valisana - Clinique Sanatia - Maison de soins psychiatriques*. Consulté le 07 31, 2024, sur Social.brussels: <https://social.brussels/organisation/1941>
- Centre Hospitalier Jean Titeca. (2024). *Le projet thérapeutique*. Consulté le 07 31, 2024, sur Centre Hospitalier Jean Titeca: <https://www.chjt.be/msp/le-projet-therapeutique/>
- Chantry, M., Magerman, J., Fernandez, K., De Ruyscher, C., Sinclair, D. L., Goethals, I., . . . Nicaise, P. (2023). *Substance use and mental health care integration (SUMHIT): a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs*. Final Report. Brussels: 2023 – 141p. (Federal Research Programme on Drugs). Brussels: Belgian Science Policy Office. Consulté le 06 28, 2024, sur [https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR89\\_SUMHIT\\_FinRep.pdf](https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR89_SUMHIT_FinRep.pdf)
- Charrier, L., Fender, L., Alary, S., Lepee, M., Peltier, H., & Dubois, P. (2010). *Précarité et santé mentale : Repères et bonnes pratiques*. Paris: Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de la Réinsertion Sociale. Consulté le 07 01, 2024, sur <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/06/precarite-et-sante-mentale-2.pdf>
- Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Organisation

- mondiale de la Santé. Consulté le 07 13, 2024, sur [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789242563702\\_fre.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789242563702_fre.pdf)
- de Lagausie, V., & Sudres, J.-L. (2018, 06). Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soin clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(6), pp. 597-606. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.007>
- De Lariks. (2024). *Accompagnement*. Consulté le 07 31, 2024, sur ASBL Habitation Protégée De Lariks: <https://de-lariks.be/fr/accompagnement/>
- Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A., & Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, 26, 497-515. doi:<https://doi.org/10.3917/ds.264.0497>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. . *L'information psychiatrique*, 84(10), pp. 907-912. doi:<https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0409>
- Epsilon ASBL. (2024). *Les MSP*. Consulté le 07 31, 2024, sur <https://www.epsilon.be/nos-soins/msp>
- Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». . *Empan*, 98(2), pp. 76-81. doi:<https://doi.org/10.3917/empa.098.0076>
- féda. (2024, 05 07). *Rapport final de l'étude SUMHIT (Substance Use and Mental Health care Integration)*. Consulté le 06 28, 2024, sur féda - fédération drogues addictions BXL: <https://fedabxl.be/fr/2024/05/rapport-final-de-letude-sumhit-substance-use-and-mental-health-care-integration/>
- FSPST. (2020). *Présentation du Secteur Adultes*. Consulté le 04 01, 2024, sur Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques: <https://fspst.be/fr/secteurs/secteurs-adultes/presentation-du-secteur-adultes>
- Gillis, O., & Mendes da Costa, E. (2020, février). *Etat des lieux sur la situation de la Santé mentale aujourd'hui à Bruxelles*. Consulté le 04 29, 2024, sur Commission communautaire commune: [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-etat\\_des\\_lieux\\_sante\\_mentale\\_bruxelles\\_fevrier\\_2020.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-etat_des_lieux_sante_mentale_bruxelles_fevrier_2020.pdf)

- Haut comité de la santé publique. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes: Éditions ENSP.
- Haut-commissariat Nations Unies Droits de l'Homme. (s.d.). *Le droit à un logement convenable- Rapporteur spécial sur le droit à un logement convenable*. Consulté le 06 01, 2024, sur Haut-commissariat Nations Unies Droits de l'Homme: <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing>
- Haute Autorité de santé. (2021). *Grande précarité et troubles psychiques, Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*. Consulté le 07 01, 2024, sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note\\_cadrage\\_has\\_precaire\\_troubles\\_psychiques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note_cadrage_has_precaire_troubles_psychiques.pdf)
- Housing First Europe Hub. (2024). *Le guide - L'accompagnement dans le cadre du logement d'abord - 3.3. L'intégration sociale*. Consulté le 07 01, 2024, sur Housing First Europe Hub: <https://housingfirst.wp.tri.haus/fr/le-guide/laccompagnement-dans-le-cadre-du-logement-dabord/3-3-lintegration-sociale/>
- Knight KR, L. A. (2014, mai). Single room occupancy (SRO) hotels as mental health risk environments among impoverished women: the intersection of policy, drug use, trauma, and urban space. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), pp. 556-551. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.011>
- L'équipe ASBL. (2021). *Communautés thérapeutiques Le Foyer*. Consulté le 07 31, 2024, sur L'équipe ASBL: <https://equipe.be/services-et-lieux/le-foyer>
- Logement Bruxellois. (s.d.). *Logement Bruxellois - Candidat locataire*. Consulté le 07 31, 2024, sur Logement Bruxellois: <https://logementbruxellois.be/candidat-locataire/>
- Mennig, C., & Vanhessen, C. (2018). *Les maisons d'accueil agréées par la Commission communautaire française - rapport sectoriel de 2018*. Bruxelles: Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri - . Consulté le 07 08, 2024, sur [https://cbcs.be/wp-content/uploads/2018/08/2018\\_-\\_rapport\\_sectoriel\\_-\\_maisons\\_d\\_accueil\\_cocof.pdf](https://cbcs.be/wp-content/uploads/2018/08/2018_-_rapport_sectoriel_-_maisons_d_accueil_cocof.pdf)
- Ministère de la région de Bruxelles-capitale. (2008, 04 24). *Ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées*. Consulté le 02 04,

- 2024, sur Moniteur belge:  
[https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2008/05/16\\_1.pdf#Page80](https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2008/05/16_1.pdf#Page80)
- Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *SYNTHÈSE DU BILAN DE LA FEUILLE DE ROUTE — santé mentale et psychiatrie — mars 2023*. Paris: Ministère de la santé et de la prévention.
- Ministère de l'Intérieur et de la Fonction publique. (1994, 02 17). La Constitution coordonnée. Belgique. Consulté le 05 20, 2024, sur  
[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994021730&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994021730&table_name=loi)
- Ministère des Affaires sociales. (1990, 07 10). *Arrêté ministériel fixant le nombre programme pour les maisons de soins psychiatriques*. Consulté le 01 20, 2024, sur Justel-Législation consolidée:  
<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1990/07/10/1990022336/justel>
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique - Synthèse*. Consulté le 03 31, 2024, sur Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE):  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_318B\\_Soins\\_de\\_sante\\_mentale\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318B_Soins_de_sante_mentale_synthese.pdf)
- Nations Unies. (2023, 10 20). *Alors que l'extrême pauvreté guette, la Troisième Commission se penche sur les droits au logement convenable, à l'alimentation et à la justice*. Consulté le 07 01, 2024, sur Nations Unies:  
<https://press.un.org/fr/2023/agshc4388.doc.htm>
- Nelson, G., & Caplan, R. (2017). *'Housing Models for People with Serious Mental Illness: Unpacking Custodial and Supportive Housing Models', Housing, Citizenship, and Communities for People with Serious Mental Illness: Theory, Research, Practice, and Policy Perspectives, Advances in Comm.* (J. Sylvestre, G. Nelson, & T. Aubry, Éds.) New York: Oxford University Press.  
doi:<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190265601.003.0002>
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2010). *Vivre sans chez soi à Bruxelles, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2010*. Bruxelles: Commission communautaire commune. Consulté le 01 18, 2024, sur Commission communautaire

commune: [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2010/2\\_rapport\\_thematique\\_2010.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2010/2_rapport_thematique_2010.pdf)

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2024). *Baromètre social 2023*. Bruxelles-Capitale: Vivalis.brussels. Récupéré sur <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2024-03/Barometre-2023-FR.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2022, 06 08). *Troubles mentaux*. Consulté le 06 24, 2024, sur Organisation mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organisation Mondiale de la Santé, Conseil exécutif. (2021). *Déterminants sociaux de la santé : Rapport du Directeur général*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 07 15, 2024, sur [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359798/B148\\_24-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359798/B148_24-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999, 04 01). From housing to homes: a review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18, pp. 145-164. doi:10.7870/cjcmh-1999-0008

Parlement bruxellois. (2018, 05 31). *Parlement bruxellois*. Consulté le 10 15, 2023, sur Liste SHNA neutralisé: [http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/pd20180531145444liste\\_shna\\_neutralise.pdf\\_.pdf](http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/pd20180531145444liste_shna_neutralise.pdf_.pdf)

Parlement de Wallonie. (2019). *Travail parlementaire*. Consulté le 04 12, 2024, sur Parlement de Wallonie: <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=28&iddoc=92761>

Parlement de Wallonie. (2020). *Travail parlementaire*. Consulté le 04 12, 2024, sur Parlement de Wallonie: <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=28&iddoc=100133>

Pétiaux, C. (2016, 12 21). *Liste SHNA commerciales mai 2014*. Consulté le 10 15, 2023, sur Parlement bruxellois: [http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/pd201612221125591\\_liste\\_shna\\_commerciales\\_mai\\_2014.pdf\\_.pdf](http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/pd201612221125591_liste_shna_commerciales_mai_2014.pdf_.pdf)



- Piat, M., Boyer, R., Cloutier, S., Fleury, M., & Lesage, A. (2012, juillet 2). Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement : perspective des usagers et usagères. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(1), p. 67 à 85. doi:10.7870/cjcmh-2012-0006
- Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale. (2019). *Structures d'hébergements non agréées*. Consulté le 10 15, 2023, sur Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale: <https://santementale.brussels/logement.php?idSousTable=104&idTable=80&nomSousTable=&nomTable=>
- Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale. (2022). *Rapport d'activités 2021*. Consulté le 09 13, 2023, sur Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale: <https://platformbxl.brussels/sites/default/files/2022-06/Rapport-Activit%C3%A9-21-22.pdf>
- Pleace, N. (2016). *Guide sur le logement d'abord en Europe*. York: Housing First Guide Europe. Récupéré sur [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_FR\\_full\\_digital.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_FR_full_digital.pdf)
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., & Knapp, M. (2009, 10 01). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), pp. 805-814. doi:10.1007/s00127-009-0001-0
- RAPSIM. (2019, Janvier). *Souvent peu visibles, les maisons de chambres sont pourtant bien présentes à Montréal*. Consulté le 04 24, 2024, sur Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal: <https://rapsim.org/wp-content/uploads/2020/01/Feuillet-MC-Version-finale.pdf>
- Roos, E., Bjerkeset, O., Søndena, E., Antonsen, D. Ø., & Steinsbekk, A. (2016, 06 16). A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing with a private fully equipped apartment. *BMC Psychiatry*, 16(186). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-016-088>
- Santé Publique et Environnement. (1990, 07 10). *Arrêté royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques*. Récupéré sur Justel-Moniteur Belge.

- Société du logement de la région de Bruxelles-Capitale. (2023). *Statistiques sectorielles 2022*. Consulté le 04 19, 2024, sur Société du logement de la région de Bruxelles-Capitale: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTgwOGQzOWUtMzViOS00OWMzLTk0ZDQtMzkwMTFhNWNlZmEzIiwidCI6IjBiNmViODcwLTc5ZDEtNDZlZS1hZTk0LWEzZWQ0ZjQyNmNmMiIsImMiOjI9>
- STATBEL. (s.d.). *Structure de la population*. Consulté le 01 31, 2024, sur STATBEL La Belgique en chiffres: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#figures>
- Sullivan, B. J., & Burke, J. (2013). Single-Room Occupancy Housing in New York City: The Origins and Dimensions of a Crisis. *City University of New York Law Review*, 17(1), pp. 113-143. doi:10.31641/clr170104
- Tessier, S. (2018). *Les chambreurs montréalais 2017*. Consulté le 07 14, 2023, sur Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal: <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3466517>
- Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation. Éducation et formation. Fondements* (éd. 2è). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; DeBoeck Université. Consulté le 06 28, 2024, sur [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Van\\_der\\_Maren\\_jean-marie/methodes\\_recherche\\_education/methodes\\_recherche\\_education.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Van_der_Maren_jean-marie/methodes_recherche_education/methodes_recherche_education.pdf)
- Vivalis, l'Administration de la Commission communautaire commune. (s.d.). *Les maisons d'accueil*. Consulté le 07 31, 2024, sur Vivalis.Brussel: <https://www.vivalis.brussels/fr/les-maisons-daccueil#heading-0>
- Walker, C., Nicaise, P., & Thunus, S. (2019). *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social.
- Warsztacki, S. (2018, 01 25). Maisons «pirates»: interdire ou encadrer? *Alter échos*(458). Consulté le 04 10, 2024, sur <https://www.alterechos.be/maisons-pirates-interdire-ou-encadrer/>
- World Health Organization. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. (1996). *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*. World Health Organization. Consulté le 07 15, 2024, sur <https://iris.who.int/handle/10665/60630>

Wresinski, J. (1987, 02 28). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal officiel de la république française*(6), 113. Consulté le 07 06, 2024, sur <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

Wyngaerden, F. (2023, 02 09). *WFSP 2282 1ère séance Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères*. UCLouvain, Faculté de santé publique.

## **Annexe 1**

### Questionnaire sur les SHNA

Ce questionnaire a pour objectif de décrire l'offre apportée par les SHNA présents sur le territoire de Bruxelles Capitale.

Le questionnaire est composé de quatre parties. La première permet de connaître le cadre organisationnel de votre institution. La deuxième permet de savoir quelles sont les personnes qui bénéficient de votre offre. La troisième permet d'avoir un aperçu de ce que vous offrez à vos résidents et la dernière partie permet d'avoir un aperçu sur votre collaboration dans l'offre de soins globale.

#### *Identification de l'institution*

**1. Quel est le nom de votre institution ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2. Quel est le statut de l'institution ?**

Société privée à but lucratif (SRL, SA, SC, SNC) (1)

Association sans but lucratif (ASBL) (2)

Autre (précisez) : (3) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**3. Quand a été créé l'institution ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**4. Combien de résidents pouvez-vous accueillir simultanément ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**5. Combien de résidents accueillez-vous actuellement ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**6. Combien de chambres avez-vous dans l'institution ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Si connaissance, nombre de chambres individuelles, doubles, triples voir plus...**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Si connaissance, présence de sanitaires (lavabo, WC, douche) dans la chambre**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**7. Quels sont les locaux communs présents dans l'institution ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**

**8. Nombre de personnes qui sont actives dans votre institution quel que soit leur statut (indépendant, salarié, bénévole, volontaire, ...)**

> indiquez le nombre d'ETP estimé de présence sur les lieux	Indépendants en partenariat avec le service	Salariés	Prestataires extérieurs salariés d'un autre service	Bénévoles extérieurs	Bénévoles résidents
Personnel administratif (1)					
Médecins (santé physique) (2)					
Psychiatres (3)					
Psychologues/psychothérapeutes (4)					
Personnel infirmier/autres paramédicaux (5)					
Assistants sociaux/autres travailleurs sociaux (6)					
Enseignants/éducateurs/autre personnel pédagogique (7)					
Personnel d'entretien (8)					
Personnel de cuisine (9)					
Personnel externe (précisez) (10)					
Autres (précisez) : (11)					

**9. Votre institution dispose-t-elle d'un ou plusieurs membres du personnel présent 24h/24 ?**

Oui (1)

Non (2)

Si oui, combien ? type de fonction ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Résidents

**10. Pouvez-vous décrire les étapes du processus d'admission ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**11. Avez-vous des listes d'attente ?**

Oui (1)

Non (2)

Je ne sais pas (3)

Si oui, de quelle manière est organisée la liste d'attente ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**12. Pouvez-vous estimer la durée entre le moment où la personne prend contact avec vous et le moment où elle est réellement prise en charge au sein de votre institution ? (si liste d'attente, précisez la durée)** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**13. Avez-vous des critères d'admission ?**

Oui (1)

Non (2)

Je ne sais pas (3)

Si oui, quels sont-ils ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**14. Quels sont les services qui orientent des personnes vers vous ? Si connaissance de l'endroit, précisez-le (classez les services du plus fréquent au moins fréquent ?)**

Autre SHNA Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Hôpital général Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Hôpital psychiatrique Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

MSP Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

IHP Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Services pour personnes sans abris Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Services de santé mentale ambulatoire Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1<sup>ère</sup> ligne généraliste (MG, MM) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre endroit (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**15. Où vos résidents vivaient-ils avant de venir chez vous ? Si connaissance de l'endroit, précisez-le (classez les provenances de la plus fréquente à la moins fréquente)**

- Autre SHNA Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Hôpital général Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Hôpital psychiatrique Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- MSP Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- IHP Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- La rue Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Autre endroit (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**16. Quel est le profil de vos résidents ? (classez les provenances de la plus fréquente à la moins fréquente)**

- Problématique sociale Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Psychose (schizophrénie, trouble bipolaire, ...) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Handicap mental et maladie mentale (double diagnostic) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Assuétudes Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- autres (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**17. Quelles sont les durées de séjour minimales et maximales au sein de votre institution ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**

**18. Aujourd'hui, connaissez-vous le nombre de résidents qui sont présents depuis :**

Durée de séjour	Nombre de résidents
Moins de 3 mois	
Entre 3 mois et 6 mois	
Entre 6 mois et 1 an	
Plus d'1 an	
Plus de 5 ans	
Depuis la création du SHNA	

**19. Votre institution a-t 'elle des critères d'exclusion au cours du séjour ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

	Cochez		Si oui, expliquez (1)
	Oui (1)	Non (2)	
Manque de motivation (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pas en ordre de mutuelle (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Non-respect du ROI (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommation de produits (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rechute (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement agressif/violent (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deal dans l'institution (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre (précisez) : (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Services et offres de l'institution*

**20. Quel est le montant payé par les résidents ?**

Montant mensuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ou montant journalier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ou forfait : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**21. Quels sont les éléments compris dans le prix ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**22. Accueillez-vous gracieusement des résidents ?**

Oui (1)

Non (2)

Je ne sais pas (3)

Si oui, combien ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



**23. Cochez le/les domaines pour le(s)quel(s) votre institution intervient :**  
**Plusieurs réponses possibles.**

- Nourriture (1)
- Soutien à l'hygiène personnelle (2)
- Aide pour l'habillement (3)
- Aide pour l'entretien du logement (4)
- Aide pour le paiement des factures (5)
- Gestion de l'argent de poche (6)
- Accompagnement lors des achats (7)
- Distribution des médicaments (8)
- gestion des médicaments (9)
- Suivi médical /Santé (10)
- Interventions spécifiques pour les personnes avec des problématiques concomitantes de santé mentale et d'assuétudes (11)
- Plans de soins formalisés/des objectifs explicites élaborés avec les résidents (12)
- Interventions thérapeutiques (13)
- Sécurité (14)
- Relation sociales (15)
- Moyens de communication (16)
- Finances et droits (17) Suivi social (papiers d'identité, administrateurs de biens)
- Autres (précisez) (18) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**24. Quelles activités sont proposées par votre institution ?**

***Plusieurs réponses possibles.***

- Guidance, orientation (1)
- Activités occupationnelles (2) (shopping, travail, jardinage, arts, éducation,) (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Support amical (sorties, activités sociales, etc.) (3) (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Activités de loisir, voyage, sport (4) (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Réunions avec les résidents (5)
- Autres (6) (précisez) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**25. Y a-t-il des experts d'expérience (personnes expertes de par leur expérience personnelle des troubles psychiques et leur parcours de rétablissement) au sein de votre institution ?**

- Oui (1)
- Non (2)
- Je ne sais pas (3)

### *Collaboration*

**26. Quels sont les services/structures avec lesquels vous avez ou avez eu des contacts (pas seulement un de vos résidents), par mail, téléphone ou de visu, en ce qui concerne l'accompagnement d'au moins 2 résidents différents pendant les 6 derniers mois ? (pouvez-vous faire une liste de tous les services auxquels vous pensez)**

- Plateforme bruxelloise de la Santé mentale
- Brusano
- Structures d'accueil de jour en santé mentale
- Hôpital de jour psychiatrique
- Lieu de lien
- SSM
- Maisons médicales
- Centres médicaux
- Centres planning familiaux
- Hôpitaux généraux
- Hôpitaux psychiatriques
- Équipes mobiles de crise
- Équipes mobiles de longue durée
- SPAD
- Centres de rééducation psycho-sociale
- Actiris
- Bruxelles formation
- Télé écoute

