



« Le référent logement »

NOM DU RESEAU : Projet 107- Région Hainaut

PERSONNES DE CONTACT : Christophe POSKIN (Mons) et Maggy GHEUX (Leuze)

TELEPHONE : 0499/645 314 – 0490/577 729

MAIL : christophe.poskin@chpchene.be; maggy.gheux@acis-group.org

SITE WEB : <http://www.rh107.be>

Le référent logement est un agent de liaison, un facilitateur de liens entre le secteur du logement et le secteur des soins en santé mentale.

Dans un contexte du logement public saturé, de hausse du coût du marché locatif, de limites et de manque de places au sein des formules résidentielles spécifiques et des structures intermédiaires (IHP, communautés thérapeutiques, appartements supervisés), de discrimination à l'accès au logement en raison du cumul de précarité (psychique et économique), cette fonction permet d'accompagner, pas à pas, les personnes plus fragiles vers l'accès et le maintien dans un habitat de qualité où la vie peut à nouveau se déployer.

De referentiepersoon « huisvesting » is een verbindingspersoon, die de banden tussen de sector huisvesting en de sector geestelijk gezondheidszorg faciliteert.

In een context van een verzadiging van de publieke huisvestingsmarkt, de stijging van de lokale marktprijzen, de limieten en het ontbreken van plaats binnen het specifiek residentieel aanbod en tussentijdse structuren (Beschut wonen, therapeutische gemeenschappen, appartements met supervisie), de discriminatie om toegang te krijgen tot huisvesting door een verhoogde kwetsbaarheid (psychisch en economisch), deze functie laat toe om de meest kwetsbare personen stap per stap te begeleiden om toegang te krijgen tot een kwalitatieve woonst en die ook te behouden, waar hun leven opnieuw een aanvang kan nemen.

1. Introduction

Développée dans le cadre de la FONCTION 5, la fonction de référent logement a été créée au tout début de notre projet et correspond à un choix stratégique des institutions promotrices de porter une attention particulière à l'accès au logement de qualité pour les personnes en souffrances psychiques.

Cette **fonction d'interface** entre le monde de la santé mentale et le monde du logement est essentielle dans un contexte où le logement public manque cruellement et où le secteur privé est difficile d'accès pour des personnes cumulant les facteurs de discriminations au logement : Revenus de remplacement (la majorité de notre public perçoit une allocation sociale), précarité, troubles mentaux, handicaps, ... Cette situation pousse souvent les candidats locataires les plus fragiles à accepter des logements de mauvaise qualité ce qui hypothèque souvent les possibilités d'accès aux dispositifs de primes et d'aides au logement, pénalisant du même coup leur réhabilitation psycho-sociale et leur réinsertion.

Si les solutions de Co-habitat sont de plus en plus fréquentes chez les jeunes « starters » et permises pour les travailleurs de tous âges, elles restent difficiles à mettre en œuvre, voire impossible, pour des allocataires sociaux ou simplement bénéficiaires de revenus résiduels.

Ceux-ci ne pouvant se permettre de perdre une partie de revenus déjà précaires alors que cette forme d'habitat alternatif, présenterait certainement des bénéfices sur le plan de la qualité de vie, de l'habitat, de la sécurité, de la solitude et des liens sociaux.

Un arrêt récent de la cour de cassation, du 9/10/2017 semble ouvrir une voie nouvelle puisque cette haute institution belge a récemment jugé dans le cadre d'une procédure opposant l'ONEM à 7 plaignants représentés par le syndicat FGTB, que des personnes qui partagent un logement ne sont pas nécessairement des cohabitants. Cette avancée augurerait d'une future évolution favorable de la législation en matière de co-habitat pour tous les allocataires sociaux, ne constituant pas un ménage de fait. C'est en tout cas un vœu pieux que nous nous risquons à formuler ici...

A titre d'exemple : un RIS isolé en 2016 se chiffre à 867,40€ contre 578,27€ pour un cohabitant.

Une récente enquête réalisée au sein du projet 107 Région Hainaut portant sur « la fluidité au sein des services hospitaliers psychiatriques » (Juin 2016) montre que sur un échantillon de 472 patients. **37% ont un problème de logement** qui retarde la sortie.

On peut penser que des conditions de logement précaires fragilisent aussi la santé mentale de ces patients et peuvent conduire à des hospitalisations.

Le **Référent Logement** incarne donc cette **fonction de liaison** avec le réseau, dans une approche holistique des besoins, en faisant de la question de « l'habiter », un facteur essentiel à l'accès au bien-être physique, psychique et social. (cfr. Définition de la santé de l'OMS 1946)

Situation géographique et accessibilité

Cette fonction est portée par deux personnes pour 1ETP, localisées sur deux implantations : l'une à Mons (caractère urbain), l'autre à Leuze-en-Hainaut (caractère rural). Elle couvre un territoire de 27 communes et de 420000 habitants.

2. Brève description

Dans le souci de respecter rigoureusement le principe de soutien de la fonction 2 à la première ligne, l'option a été prise que le psychiatre de l'équipe ne prendrait qu'exceptionnellement le rôle de prescripteur, si possible en concertation avec le médecin traitant et quand l'état de santé de l'utilisateur le nécessite.

De cette manière, le médecin traitant est désigné « maître d'œuvre » du programme de suivi, au commandement du suivi, avec possibilité de se référer au psychiatre de l'équipe mobile pour affiner et ajuster le traitement.

3. Description des acteurs

L'implication du médecin traitant est donc une exigence incontournable de notre accompagnement. Dès la réception d'une nouvelle demande par les équipes mobiles, et après accord de l'utilisateur, le médecin traitant (MT) de l'utilisateur est appelé. Son avis est une indication importante pour la mise en route et le déroulement de notre suivi à domicile. Même si le MT n'est pas le professionnel demandeur, nous lui suggérons d'emblée une rencontre autour de l'utilisateur soit au dès le début, dans le décours ou à la fin de notre suivi. A la clôture d'un suivi, qu'il y ait eu une collaboration rapprochée ou non avec le médecin traitant, un contact téléphonique avec celui-ci est systématiquement établi. Un rapport écrit rédigé par notre psychiatre est également envoyé à chaque médecin traitant.

4. Résultats

Nous constatons que quand un médecin traitant fait appel à nos services pour un de ses patients, il peut, par la suite faire plus facilement appel à nous pour d'autres. Des collaborations plus étroites s'installent alors avec des médecins traitants que nous rencontrons régulièrement.

Nous constatons que quand un médecin traitant est demandeur d'un suivi pour un de ses patients, il se montre disponible et prend le temps de nous recevoir avec lui.

Durant l'accompagnement, nous prenons des modalités de contacts assouplies en fonction de la saturation de l'emploi du temps des généralistes mais nous ne faisons pas l'impasse sur son implication directe. Nous ajustons nos rendez-vous en fonction de leurs disponibilités.

Même si nous mettons tout en œuvre pour l'impliquer, nous réorientons les interventions dans lesquelles le médecin traitant refuse de collaborer. Quand un médecin trouve que l'équipe mobile n'a pas sa place dans une situation, nous respectons sa prise de position. Nous n'intervenons pas dans des situations pour lesquelles un médecin traitant refuse un maintien/retour à domicile.

5. Conclusion

Depuis maintenant presque 6 ans, s'est développé peu à peu un réseau dynamique d'interactions avec les médecins traitants motivés qui font part de leur satisfaction à leurs confrères.

Peu à peu s'est mis en place un réseau actif, collaboratif et constructif avec la première ligne de soins. Nos suivis n'étant que temporaires, nous ne pouvant pas intervenir seuls, sans première ligne de soins qui prendra le relais après nos interventions. Notre rôle est de venir en appui et en renfort à des professionnels de la santé déjà présents dans le réseau de l'utilisateur avant la crise. Dans le cas où une première ligne de soins est inexistante, nous invitons l'utilisateur et l'aidons, entre autres, à choisir un médecin traitant de référence. Nous ne remplaçons pas la fonction de première ligne du médecin généraliste.

Les médecins traitants sont invités à repérer le plus tôt possible les situations précritiques et de nous les référer si besoin. Ils peuvent également faire appel à nous pour des usagers en crise ou dont l'état de santé mentale reste fragile après une déstabilisation, hospitalisation, ... Nos interventions permettent d'apporter un soutien et un renfort intensif et spécialisé au domicile des patients, tout en y faisant part au médecin traitant.

Indicateur de réussite : les médecins traitants font partis, dans ces conditions et par ce mode de fonctionnement, des principaux envoyeurs d'utilisateurs à l'équipe 2A.

