

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Analyse des besoins de soins de santé mentale de 1e ligne des habitants de logements sociaux sur le territoire du Réseau de Santé Mentale de l'Est (RéSME) : regard des acteurs de terrain

Auteur : Vandermeulen, Maud

Promoteur(s) : Charlier, Nathan

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24009>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**ANALYSE DES BESOINS DE SOINS DE SANTE MENTALE
DE 1^E LIGNE DES HABITANTS DE LOGEMENTS SOCIAUX
SUR LE TERRITOIRE DU RESEAU DE SANTE MENTALE DE
L'EST (RESME) : REGARD DES ACTEURS DE TERRAIN**

Mémoire présenté par **Maud VANDERMEULEN**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique 2024 - 2025

**ANALYSE DES BESOINS DE SOINS DE SANTE MENTALE
DE 1^E LIGNE DES HABITANTS DE LOGEMENTS SOCIAUX
SUR LE TERRITOIRE DU RESEAU DE SANTE MENTALE DE
L'EST (RESME) : REGARD DES ACTEURS DE TERRAIN**

Mémoire présenté par **Maud VANDERMEULEN**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique 2024 - 2025
Promoteur : Nathan Charlier
Année académique 2024 - 2025

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	4
REMERCIEMENTS	5
RESUME	6
ABSTRACT	7
I. PREAMBULE	8
II. INTRODUCTION	9
2.1. Santé mentale : une priorité de santé publique	9
2.2. Les déterminants sociaux de la santé : cadre général.....	11
2.3. Le logement : un déterminant de la santé mentale.....	12
2.3.1. Le logement social en Belgique	13
2.4. Organisation des soins de santé mentale en Belgique et en Wallonie.....	14
2.5. Intérêt de la recherche.....	16
2.6. Objectifs et hypothèses.....	17
III. MATERIEL ET METHODES	18
3.1. Type d'étude	18
3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon	20
3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	21
3.5. Organisation et planification de la collecte des données	22
3.6. Traitement des données et méthode d'analyse.....	23
IV. RESULTATS	24
4.1. Nature des besoins de soins de santé mentale	25
4.1.1. Profils et vulnérabilités des habitants influençant les besoins en santé mentale	
25	
4.1.2. Problématiques de santé mentale identifiées	26
4.1.3. Conséquences des problématiques de santé mentale	27
4.1.4. Obstacles à l'accès aux soins de santé mentale	28
4.2. Offre actuelle et réponse aux besoins	30
4.2.1. Acteurs et dispositifs impliqués dans la réponse aux besoins	30
4.2.2. Forces de l'offre actuelle en réponse aux besoins de soins de santé mentale	31
4.2.3. Limites de l'offre actuelle pour répondre aux besoins de soins de santé	
mentale 33	

4.2.4. Interventions imposées en dernier recours	35
4.2.5. Améliorations attendues pour répondre aux besoins de soins de santé mentale	36
V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	37
5.1. Forces	41
5.2. Limites et biais.....	41
5.3. Perspectives	42
VI. CONCLUSION.....	42
VII. BIBLIOGRAPHIE	44

ACRONYMES

AIS : Agence Immobilière Sociale

APL : Association de Promotion du Logement

AS : Assistant(e) social(e)

ASBL : Association Sans But Lucratif

CPAS : Centre Public d’Action Sociale

COVID-19 : Coronavirus Disease

INAMI : Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PPL : Psychologie de Première Ligne

RéSME : Réseau Santé Mentale de l’Est

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SLSP : Société de Logement de Service Public

SSM : Service de Santé Mentale

SWL : Société Wallonne du Logement

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mon promoteur, Monsieur Nathan Charlier, pour sa patience, sa bienveillance et sa présence constante tout au long de ce travail. Son accompagnement rigoureux et humain a été un véritable pilier dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également Madame Martine Haas et Monsieur Jonathan Bouvy, tous deux coordinateurs au sein du Réseau de Santé Mentale de l'Est (RéSME). Leur disponibilité ainsi que leur guidance précieuse et leurs éclairages m'ont permis d'aborder ce travail avec clarté et confiance.

Ma gratitude va aussi à l'ensemble des professionnels interviewés dans le cadre de cette recherche. Leur accueil chaleureux, leur générosité et la richesse de leurs témoignages ont été essentiels à la construction et à la profondeur de mon analyse.

Je souhaite également remercier l'ensemble de mes enseignants pour la qualité de leur enseignement tout au long du Master, et plus particulièrement Monsieur Pétré, pour m'avoir transmis les fondements et la rigueur de la recherche qualitative, qui m'ont été si utiles dans ce travail.

Enfin, je remercie ma famille, mon compagnon et mes amis pour leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours. Leur présence, leur écoute et leurs encouragements, même dans les moments les plus complexes, ont compté plus que je ne saurais le dire.

Merci.

RESUME

Introduction : La santé mentale est aujourd’hui considérée comme un pilier du bien-être global. En Belgique, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs a augmenté depuis la crise du COVID-19, particulièrement dans les zones à forte précarité. Le logement constitue un déterminant clé de la santé mentale, particulièrement quand il s’agit de logement social accueillant majoritairement des publics cumulant des vulnérabilités socio-économiques et sanitaires. Constatant la sous-représentation de ces habitants dans les dispositifs de 1^e ligne, le Réseau Santé Mentale de l’Est (RéSME) a mandaté cette étude afin d’identifier, à partir du point de vue des professionnels de terrain, leurs besoins spécifiques en santé mentale et d’évaluer l’adéquation de l’offre actuelle pour y répondre.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative de type phénoménologique descriptive a été menée auprès de 20 professionnels issus de Sociétés de Logement de Service Public (SLSP), Agences Immobilières Sociales (AIS), d’un Relais Social Urbain et d’une Association de Promotion du Logement (APL). Dix entretiens semi-directifs, réalisés entre mai et juillet 2025, ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés selon une méthode thématique inspirée de Paillé et Mucchielli (2022), ainsi que de Braun et Clarke (2006).

Résultats : Les professionnels décrivent des habitants confrontés à des troubles psychiques variés (schizophrénie, troubles bipolaires, anxiété, dépression), souvent liés à des parcours de vie marqués par la précarité et l’isolement et souvent aggravés par des addictions. Les principaux freins à l’accès aux soins sont financiers, géographiques, organisationnels, psychosociaux et liés à une méconnaissance des dispositifs. Les forces de l’offre actuelle reposent sur le rôle de proximité des travailleurs sociaux, les psychologues de 1^e ligne, le Relais Social Urbain et les équipes mobiles. Les limites identifiées incluent la pénurie de professionnels, les inégalités territoriales, les délais d’attente et le manque de coordination intersectorielle.

Conclusion : Les besoins en santé mentale des habitants de logements sociaux du RéSME sont étroitement liés aux déterminants sociaux et aux conditions de logement. Une réponse adaptée nécessite une approche intégrée, combinant actions sur l’offre de soins et amélioration des conditions de vie.

Mots-clés : santé mentale, logement social, soins de 1^e ligne, déterminants sociaux.

ABSTRACT

Introduction: Mental health is now considered as a pillar of well-being. In Belgium, the prevalence of anxiety and depressive disorders has increased since the COVID-19 crisis, particularly in areas of high poverty. Social housing, which mainly accommodates people with multiple socio-economic and health vulnerabilities, is a key determinant of mental health. Noting the under-representation of these residents in primary services, the *Réseau Santé Mentale de l'Est* (RéSME) commissioned this study to identify, from the perspective of professionals in the field, their specific mental health needs and to assess the adequacy of the current provision.

Materials and methods: A qualitative, descriptive phenomenological study was conducted among 20 professionals from public housing companies (SLSP), social real estate agencies (AIS), an urban social center, and a housing promotion association (APL). Ten semi-structured interviews, conducted between May and July 2025, were recorded, transcribed in full, and analyzed using a thematic method inspired by Paillé and Mucchielli (2022), as well as Braun and Clarke (2006).

Results: Professionals describe residents facing a variety of mental health issues (schizophrenia, bipolar disorder, anxiety, depression), often linked to life experiences marked by precariousness and isolation, and often aggravated by addictions. The main barriers to accessing care are financial, geographical, organizational, psychosocial, and related to a lack of knowledge about the available resources. The strengths of the current provision lie in the proximity of social workers, primary psychologists, urban social center and mobile teams. The limitations identified include a shortage of professionals, regional inequalities, waiting times and a lack of intersectoral coordination.

Conclusion: The mental health needs of RéSME social housing residents are closely linked to social determinants and housing conditions. An appropriate response requires an integrated approach, combining actions on healthcare provision and improvements in living conditions.

Keywords: mental health, social housing, primary care, social determinants.

I. PREAMBULE

Dès l'obtention de mon Bachelier en Soins Infirmiers en 2016, j'ai ressenti le besoin d'approfondir mes connaissances en me spécialisant en santé communautaire. Déjà à cette époque, j'étais particulièrement sensible aux enjeux de promotion de la santé et de santé des populations. En 2017, j'ai débuté ma carrière professionnelle en tant qu'infirmière dans un service de chirurgie au sein d'un hôpital verviétois. Confrontée à des situations cliniques complexes, j'ai poursuivi ma formation par une spécialisation en soins de plaies, dans une logique de développement continu de mes compétences.

Après 4 années d'expérience hospitalière, j'ai choisi d'entreprendre un Master en Santé Publique en 2021. Cette démarche s'inscrivait à la fois dans ma volonté constante d'apprendre et dans un projet professionnel plus large : celui de pouvoir un jour accéder à des fonctions de coordination supérieure. Une opportunité concrète s'est d'ailleurs présentée dès ma 2^e année de Master, lorsque j'ai été sollicitée pour occuper un poste de cheffe de service, que j'ai accepté. Néanmoins, la gestion conjointe de cette fonction exigeante et de la finalisation de mon parcours académique a eu un impact considérable sur ma propre santé mentale.

Si je partage cet élément personnel, c'est parce qu'il éclaire l'importance toute particulière que revêt, pour moi, le thème de la santé mentale. Il me tenait à cœur de m'impliquer pleinement dans un travail de fin d'études centré sur cette problématique. Bien que la demande de recherche émane du RéSME, le sujet m'a passionné dès les premiers échanges. J'ai été profondément marquée par la richesse des entretiens réalisés, la diversité des regards recueillis et la découverte d'un secteur que je connaissais peu jusqu'alors : celui du logement social. Cette expérience m'a permis d'élargir mes perspectives professionnelles et humaines, en consolidant à la fois mes connaissances en santé mentale, en santé publique et en déterminants sociaux de la santé.

Par ailleurs, ce travail s'inscrit pleinement dans une perspective de santé publique, et plus spécifiquement dans une logique de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa (1). Il adopte une approche globale de la santé mentale en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, comme le logement. En ce sens, il contribue à une meilleure compréhension des écarts entre les besoins des populations vulnérables et l'offre existante de soins, dans une optique d'équité en santé et de réduction des inégalités d'accès.

II. INTRODUCTION

2.1. Santé mentale : une priorité de santé publique

La santé mentale, longtemps reléguée au second plan dans les politiques de santé publique, est aujourd’hui reconnue comme un pilier fondamental du bien-être global et du développement durable (2) (3). L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme « *un état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle a une valeur en soi et en tant que facteur favorable, et fait partie intégrante de notre bien-être* » (4). Cette conception dépasse largement les seules catégories diagnostiques et implique une approche systémique, prenant en compte les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et environnementales de l’existence humaine, comme le souligne également la Commission Européenne dans son Green Paper (5).

Selon les estimations mondiales les plus récentes, 1 personne sur 8 vit avec un trouble mental, les plus courant étant les troubles anxieux et dépressifs, tandis que la schizophrénie demeure l’un des troubles les plus invalidant (6). Ces troubles ont des répercussions significatives tant sur les trajectoires individuelles – souffrance psychique, stigmatisation, isolement – que sur les dynamiques sociétales, notamment en matière de productivité, de coût des soins ou d’exclusion sociale. En Europe, une étude menée par la Commission Européenne en 2023 révèle que 46% des citoyens européens ont fait l’expérience d’un trouble psychosocial ou émotionnel au cours des 12 derniers mois, tandis qu’une personne sur 2 concernées n’a pas consulté de professionnel (7).

La Belgique n’échappe pas à cette tendance. Selon une enquête de santé réalisée par Sciensano en 2018, environ 1 Belge sur 10 souffrait d’anxiété ou de symptômes dépressifs (8). Une nouvelle enquête de Sciensano réalisée ensuite entre 2022 et 2024 a démontré que la prévalence de l’anxiété et de la dépression au sein de la population belge a augmenté de manière significative, notamment durant la crise du COVID-19. Néanmoins, les chiffres concernant l’anxiété et la dépression diminuent à partir de mars 2022, mais restent tout de même plus élevés qu’avant la crise (9).

Cette situation est particulièrement préoccupante dans les territoires caractérisés par une précarité socio-démographique accrue, comme certaines communes Wallonnes, où les populations sont davantage exposées aux facteurs de risques psychosociaux (10) (11). Par ailleurs, une étude publiée en 2013 par l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) montre que le coût total des troubles mentaux, incluant les coûts directs (soins de santé) et indirects (invalidité, absentéisme), représentait déjà environ 3,4% du Produit Intérieur Brut (PIB) (10).

En réponse à ces constats préoccupants, plusieurs initiatives structurantes ont vu le jour à l'échelle internationale. Le Rapport mondial sur la santé mentale de l'OMS appelle à une transformation radicale des systèmes de santé mentale, en promouvant une approche fondée sur les droits humains, la participation des personnes concernées, la lutte contre la stigmatisation et la mise en place de soins communautaires intégrés. Il insiste sur l'importance de renforcer les investissements, d'améliorer la gouvernance, et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé dans une logique intersectorielle (2). Dans cette dynamique, le Plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020 a constitué un levier régional majeur. Il a encouragé les états membres à développer des politiques cohérentes, à renforcer la prévention, à améliorer l'accès aux soins de qualité, et à intégrer la santé mentale dans les politiques publiques transversales, en particulier dans les domaines du logement, de l'emploi et de l'éducation (12). Dans le prolongement de ces orientations internationales, la Belgique a progressivement mis en place plusieurs réformes pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale et répondre aux besoins croissants de la population. Un tournant important a été initié avec les projets dits « Psy 107 », lancés en 2010, visant à désinstitutionnaliser les soins et à renforcer les services ambulatoires et de proximité, dans une logique de mise en réseau (13).

Plus récemment, en réponse à la dégradation de la santé mentale de la population observée notamment depuis la crise du COVID-19, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a lancé un nouveau modèle de remboursement des soins psychologiques de 1^e ligne, afin de faciliter l'accès à des consultations pour les enfants, adolescents et adultes. Ce modèle repose sur la collaboration entre psychologues conventionnés et réseaux de santé mentale, et vise à favoriser une prise en charge précoce, accessible et ancrée localement.

Il marque une volonté de renforcer la prévention, l'équité territoriale et la continuité des soins, en plaçant la santé mentale au cœur des préoccupations de santé publique en Belgique (14).

2.2. Les déterminants sociaux de la santé : cadre général

De nombreux travaux ont démontré que la santé ne peut être appréhendée de manière isolée, en se limitant aux seules dimensions biologiques ou cliniques. Elle résulte d'interactions complexes entre des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux. Cette vision élargie s'est imposée progressivement dans le champ de la santé publique, notamment grâce aux travaux fondateurs d'Engel, qui a proposé en 1978 le modèle biopsychosocial. Ce modèle représente une vision globale de la santé et reconnaît le rôle prépondérant des conditions de vie des populations (15). Ces facteurs, appelés « déterminants sociaux de la santé » sont définis par l'OMS comme « *les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que leur accès au pouvoir, à l'argent et aux ressources* » (16). Par exemple, l'étude d'Alegria et al. (2019) confirme qu'un niveau d'éducation faible, une insécurité économique ou un isolement social chronique augmentent significativement les risques de troubles mentaux, mais aussi de maladies chroniques, de précarité ou de comportements à risque (tabagisme, assuétudes...) (17).

Par ailleurs, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS a mis en évidence le rôle central de ces facteurs dans la persistance des inégalités sanitaires, et recommande d'agir sur les causes profondes plutôt que sur les seules conséquences (18).

Le texte fondateur de la promotion de la santé, que constitue la Charte d'Ottawa (1986) affirme, lui aussi, que la santé est influencée par une multiplicité de déterminants, et que l'amélioration de celle-ci passe par une action sur les milieux de vie, la justice sociale, l'accès aux ressources et la participation des populations. Elle encourage une approche intersectorielle et communautaire, en intégrant les politiques publiques, les environnements favorables et les compétences individuelles et collectives (1).

Aujourd'hui, les politiques de santé publique s'accordent de plus en plus à reconnaître que le système de soins, à lui seul, ne peut compenser les effets délétères des inégalités sociales sur la santé. Comme le souligne notamment le rapport de Rolfe et al. (2020), la santé mentale est particulièrement sensible aux contextes de vie défavorables, en raison de l'exposition accrue à des éléments anxiogènes chroniques, à l'instabilité ou au manque de soutien social (19).

Parmi les déterminants sociaux les plus étudiés dans la littérature contemporaine figure le logement, dont l'influence sur la santé mentale fait l'objet d'une attention croissante (20).

2.3. Le logement : un déterminant de la santé mentale

Le logement, au-delà de sa fonction matérielle d'abri, joue un rôle central dans la construction du bien-être psychique. Il constitue un espace de sécurité, de stabilité, et un support essentiel de la vie quotidienne. A l'inverse, des conditions de logement précaires – insalubrité, instabilité résidentielle, surpeuplement, isolement – sont autant de facteurs de stress chronique, d'anxiété et de détresse psychologique, comme l'ont montré de nombreuses études telles que celle de Ginot et Peyr (2010), ainsi qu'un article paru dans la revue Santé Publique France en 2021 (21) (22). Ces effets sont particulièrement marqués chez les populations vulnérables, pour lesquelles le logement peut agir comme un facteur de protection ou comme un facteur d'aggravation de la santé mentale (23).

Plusieurs travaux scientifiques étayent ce positionnement. Rolfe et al. (2020) proposent un modèle théorique réaliste mettant en évidence que la qualité du logement, la qualité de la relation avec le fournisseur de logement, ainsi que la qualité de l'environnement social sont des médiateurs essentiels de la santé mentale dans les politiques de logement social (19).

Cette approche est soutenue par National Leagues of Cities (2023) et Bond et al. (2012). Selon eux, le logement influence la santé mentale à travers de multiples canaux : la qualité du bâtiment (humidité, bruit, absence de lumière naturelle), la stabilité résidentielle (risque d'expulsion ou de déménagement forcé), les conditions socio-environnementales du quartier (insécurité, absence de lien social, pauvreté) et la capacité financière à assumer les charges, ce qui engendre du stress chronique lié à l'endettement ou à l'instabilité économique. Ces conditions peuvent notamment provoquer ou aggraver des troubles tels que la dépression et l'anxiété. Les conditions de logement demeurent donc une composante structurelle des déterminants sociaux, agissant de manière cumulative sur les parcours de santé. Les habitants de logements précaires ou surpeuplés subissent une exposition prolongée à des facteurs de stress environnementaux, ce qui peut induire une altération progressive du bien-être psychique (24) (25).

Si de nombreux travaux mettent en évidence les effets délétères du mal-logement sur la santé mentale, certaines études montrent aussi que le logement, lorsqu'il réunit des conditions favorables, peut devenir un véritable facteur protecteur.

Onapa et al., dans une revue systématique, synthétisent ainsi les effets du relogement des personnes sans-abris et concluent que l'accès à un logement stable améliore significativement la santé mentale, en réduisant les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. Ces effets positifs s'expliquent notamment par la reconstruction de l'estime de soi, le retour à une forme de stabilité sociale et la facilitation à l'accès aux soins. Dès lors, lorsque les éléments clés de la qualité du logement au sens large – stabilité résidentielle, sécurité, adéquation aux besoins, qualité du voisinage, sentiment de contrôle – sont réunis, le logement devient un levier actif pour la santé mentale (26).

Ces constats prennent une résonance particulière dans le cadre du logement social¹, où les enjeux d'accessibilité, de qualité et de stabilité résidentielle sont exacerbés (27).

2.3.1. Le logement social en Belgique

En Belgique, le droit à un logement décent est reconnu comme un droit fondamental. L'article 23 de la Constitution garantit à chaque citoyen le droit de « *mener une vie conforme à la dignité humaine* », incluant explicitement l'accès à un logement décent (28). La compétence en matière de logement, quant à elle, relève des Régions, comme le prévoit la répartition issue de la 6^e réforme de l'Etat (29).

En Wallonie, le logement social s'incarne à travers un réseau structuré comprenant 62 Sociétés de Logement de Service Public (SLSP) qui gèrent un parc immobilier public, et 33 Agences Immobilières Sociales (AIS) qui mettent en location des biens du secteur privé à des ménages à revenus modestes dans le cadre d'un mandat social. Ces deux acteurs agissent sous la coordination de la Société Wallonne du Logement (SWL) (30) (31). Ce secteur vise prioritairement les ménages précaires et joue un rôle central dans la lutte contre l'exclusion sociale (32). Malgré son importance stratégique, le logement social souffre depuis plusieurs années d'un sous-financement structurel. En moyenne, la Wallonie consacre à peine 2,09% de son budget au secteur de logement public, une part en recul constant depuis 2012.

¹ Dans le cadre de ce travail, le terme « logement social » désigne à la fois les logements publics générés par les SLSP et les logements privés confiés aux AIS.

Ce manque d'investissement a des effets concrets sur le terrain : selon la SWL, en 2024, près de 95% du parc locatif avait plus de 20 ans, et plus de 25 000 logements nécessitaient encore une rénovation énergétique lourde. Par ailleurs, une tension croissante entre l'offre et la demande est confirmée par les données les plus récentes : toujours en 2024, près de 50 000 ménages étaient inscrits comme candidats-locataires pour un parc d'environ 103 000 logements sociaux. Or, avec un taux de rotation de seulement 6,7%, seule une faible proportion de ces logements se libère chaque année, ce qui limite fortement les possibilités d'attribution à de nouveaux locataires (30) (32).

Concernant les publics qui accèdent au logement social, ceux-ci cumulent fréquemment des situations de vulnérabilités multiples telles que la précarité, l'isolement social, et des troubles de santé (33). Dans un contexte de fragilisation du marché locatif privé, le logement social joue un rôle essentiel de protection du public vulnérable, en offrant une réponse structurelle face à l'exclusion résidentielle. La Fondation Abbé Pierre souligne ainsi son importance croissante comme filet de sécurité, dans un paysage marqué par la montée des loyers, la dégradation du parc locatif privé et l'augmentation des situations de mal-logement (20).

Par ailleurs, face à ces différents constats et afin de répondre aux situations d'urgence sociale, l'article 132 du Code wallon de l'habitation durable autorise certaines personnes morales (CPAS, ASBL, universités, hautes-écoles...) à louer directement des logements publics pour les attribuer à des ménages en difficulté (34). Ce mécanisme permet de mobiliser rapidement des logements pour des publics spécifiques, notamment dans le cadre de projets comme Housing First² (35).

2.4. Organisation des soins de santé mentale en Belgique et en Wallonie

En Belgique, les soins de santé mentale s'inscrivent dans un système fédéral complexe, marqué par un partage des compétences entre l'autorité fédérale chargée notamment du financement des soins curatifs, de la nomenclature INAMI et de la législation sur les professions de santé, et les entités fédérées, responsables principalement de la prévention, de la promotion de la santé, de l'organisation de certains services ambulatoires, ainsi que de l'accompagnement psychosocial (36).

² Le projet Housing First vise à fournir en priorité un logement stable et permanent aux personnes sans-abris, sans conditions préalables, ainsi qu'un accompagnement social adapté à leurs besoins.

L'offre de soins de santé mentale repose sur un continuum allant des soins informels dans la communauté aux institutions pour séjours de longue durée et services spécialisés, conformément au modèle de la pyramide des soins promu par l'OMS et adapté au contexte national (37).

- Soins informels dans la communauté : on y retrouve, entre autres, les associations de patients et les services sociaux ayant un lien direct avec les soins de santé mentale (logement, CPAS, aide à l'emploi...).
- Services de soins primaires (1^e ligne) : ce niveau regroupe notamment les médecins généralistes, les maisons médicales, les centres de planning familial, les relais sociaux et autres services d'aide communautaire. Il inclut également des dispositifs spécifiques, tels que la psychologie de première ligne (PPL) instaurée en 2019, qui facilite l'accès à des consultations psychologiques partiellement remboursées, axées sur des interventions brèves et de proximité (38). La convention INAMI de 2022, elle aussi, a renforcé ce dispositif en élargissant le remboursement à un plus grand nombre de séances, en intégrant systématiquement la collaboration avec les réseaux de santé mentale et en étendant l'accès aux enfants, adolescents et adultes. Cette convention s'inscrit dans une logique de détection précoce, de prise en charge rapide et de réduction des inégalités territoriales (14) (36).
- Services de soins de santé mentale dans la communauté et services psychiatriques dans les hôpitaux généraux : ici se regroupent notamment les Services de Santé Mentale (SSM), les psychiatres ambulatoires, les équipes mobiles spécialisées et certaines consultations spécialisées.
- Institutions pour séjours longue durée et services spécialisés : cela correspond aux soins psychiatriques hospitaliers et aux prises en charge hautement spécialisées, dispensés dans les hôpitaux psychiatriques (11).

En Wallonie, l'organisation territoriale des soins de santé mentale s'inscrit dans la réforme fédérale dite Article 107 (ou Psy 107), initiée en 2010 pour remplacer progressivement l'hospitalisation de longue durée par une offre diversifiée de soins intégrés dans la communauté. Cette réforme vise à réduire les hospitalisations prolongées, favoriser le maintien dans le milieu de vie et améliorer la continuité des parcours de soins.

Afin de mettre en œuvre ces objectifs, le dispositif repose sur la création de réseaux de santé mentale, structures de coordination qui rassemblent, sur un territoire donné, les acteurs hospitaliers, ambulatoires, sociaux et médico-sociaux afin de planifier et organiser conjointement les réponses aux besoins des populations.

La Belgique dispose actuellement de 20 réseaux pour adultes et 11 réseaux pour enfants, organisés autour de 5 fonctions complémentaires : [1] prévention, dépistage et intervention précoce, [2] soins et traitements dans le milieu de vie, y compris via des équipes mobiles à domicile, [3] soins résidentiels intensifs, [4] réhabilitation psychosociale et inclusion sociale, et [5] coordination et soutien aux partenaires. Ce modèle repose notamment sur le gel de lits hospitaliers, dont le personnel et les ressources sont réaffectés au développement de dispositifs communautaires plus accessibles et mieux ancrés localement. (39) (40)

2.5. Intérêt de la recherche

La convention INAMI de 2022 concernant les soins psychologiques de 1^e ligne implique une réallocation des ressources au sein des réseaux de santé mentale. Cela représente un défi majeur en matière de planification de ces ressources, fondée sur l'analyse des besoins, en tenant compte spécifiquement des soins de 1^e ligne (14).

Cette dernière notion est particulièrement importante puisque les soins de 1^e ligne constituent le premier niveau de contact avec le système de santé (41). Cependant, en Belgique, des rapports récents indiquent qu'il existe des disparités notables entre les régions en termes de disponibilité, de qualité et de couverture des services de 1^e ligne (42).

C'est dans ce contexte que le RéSME a souhaité mener une analyse des besoins de soins de santé mentale sur son territoire. Cette démarche vise à doter le réseau d'éléments pertinents en vue de répartir les ressources disponibles sur base d'une stratification des risques de la population.

Le RéSME constitue un espace d'échange et de concertation dédié aux intervenants impliqués dans la santé mentale des citoyens. Les professionnels de divers secteurs (santé, soins ambulatoires, soins hospitaliers, action sociale...), ainsi que les usagers et leurs proches y collaborent pour réfléchir ensemble aux différents mécanismes favorisant une santé mentale optimale (43).

Le RéSME s'articule autour de 4 missions essentielles :

- 1) « *Mettre en relation les acteurs de la santé mentale dans l'arrondissement de Verviers* ;
- 2) *Mettre en place un travail de concertation en réseau multidisciplinaire* ;
- 3) *Favoriser la continuité des soins psychologiques chez les patients* ;
- 4) *Créer des synergies avec d'autres réseaux de santé mentale* » (43).

C'est dans cette perspective que le RéSME a exprimé le souhait d'investiguer la situation d'un public particulièrement vulnérable et peu visible dans les dispositifs de soins psychologiques de 1^e ligne : les habitants de logements sociaux, qu'ils soient publics ou privés. En effet, le RéSME a constaté, au travers de réunions intersectorielles, que ces publics étaient souvent sous-représentés dans les soins psychologiques de 1^e ligne, et que les besoins de ce secteur en matière de santé mentale avaient été peu étudiés jusqu'à présent. Le présent travail a donc été confié par le RéSME afin de documenter les besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne dans le secteur du logement social, à partir du regard des professionnels de terrain.

La question de recherche de ce travail est la suivante : « ***Quelle est la nature des besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne chez les habitants de logements sociaux sur le territoire du RéSME³, et dans quelle mesure l'offre actuelle y répond-elle selon les professionnels de terrain ?*** »

2.6. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce travail est de qualifier et comprendre les besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne des habitants de logements sociaux sur le territoire du RéSME, à partir du point de vue de professionnels de terrain issus du secteur du logement social.

Les objectifs spécifiques sont :

- Décrire le profil des publics en logement social concernés par des troubles mentaux ou des souffrances psychiques ;
- Analyser le type de besoins de soins de santé mentale identifiés par les professionnels ;

³ Le territoire regroupe 20 communes : Aubel, Baelen, Dison, Herve, Jalhay, Lierneux, Limbourg, Malmedy, Olne, Pepinster, Plombières, Spa, Stavelot, Stoumont, Theux, Thimister-Clermont, Trois-Pont, Verviers, Waimes, Welkenraedt.

<https://www.resme.be/fr/trouver-un-psychologue.html#psychologues>

- Identifier et comprendre les freins à l'accès aux soins de santé mentale pour ce public spécifique ;
- Explorer en quoi le logement constitue un déterminant de la santé mentale ;
- Identifier les leviers et limites rencontrés par les professionnels de terrain dans la détection et l'orientation des situations problématiques.

Dans une étude qualitative, la formulation d'hypothèses de recherche n'est pas indiquée, car l'objectif est avant tout d'explorer un phénomène en profondeur sans en prédéterminer les résultats (44).

En effet, l'approche repose sur une logique inductive qui vise l'émergence de sens à partir de données (45). Néanmoins, une hypothèse de travail a été formulée, à titre exploratoire, pour guider la démarche : « *les besoins de soins de santé mentale varient selon les caractéristiques socio-démographiques des populations locales* ».

III. MATERIEL ET METHODES

3.1. Type d'étude

Cette recherche repose sur une approche qualitative, particulièrement appropriée pour comprendre les besoins de soins de santé mentale des habitants de logements sociaux.

Loin de chercher à quantifier des données, cette étude vise à comprendre, à travers les perceptions et expériences professionnelles recueillies, les besoins en santé mentale et les réponses existantes pour les habitants de logements sociaux dans leur contexte d'intervention.

Comme le rappellent Paillé et Mucchielli (2022), une enquête qualitative en sciences humaines est une aventure intellectuelle et humaine, fondée sur la proximité avec les acteurs, dans leurs environnements concrets (44). Elle mobilise les capacités naturelles d'interprétation du chercheur, qui souhaite faire émerger le sens des expériences vécues, plutôt que de les mesurer à l'aide d'instruments standardisés.

La méthode qualitative est particulièrement indiquée pour explorer des problématiques sensibles, évolutives et visibilisées, comme la santé mentale en logement social.

Elle permet une compréhension en profondeur des dynamiques sociales, relationnelles et institutionnelles, en donnant la parole à ceux qui agissent au quotidien auprès du public concerné (46).

L'approche adoptée ici est de type phénoménologique descriptif, selon la définition de Sandelowski, qui vise une restitution limpide et fidèle du contenu des entretiens, sans recours à la quantification ou à des modèles théoriques complexes (47). Elle permet de saisir les besoins tels qu'ils sont perçus par les professionnels, en les inscrivant dans leur contexte.

Cette approche permet une flexibilité précieuse dans le déroulement de la recherche : la collecte et l'analyse des données peuvent s'alimenter mutuellement, permettant au chercheur de s'ajuster au terrain.

Cela favorise une meilleure validité contextuelle, essentielle dans une recherche qui touche à la santé mentale, un domaine fortement influencé par les conditions sociales, relationnelles et matérielles (45).

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

La population interrogée se compose de professionnels actifs dans le secteur du logement social sur le territoire du RéSME. Elle inclut des travailleurs sociaux de SLSP, d'AIS, ainsi que des membres d'une APL et d'un Relais Social Urbain, partenaire transversal de nombreuses structures de logement.

Ce choix permet de recueillir une diversité de points de vue professionnels, tous ancrés dans une proximité quotidienne avec les habitants. Bien que la plupart des professionnels, notamment les assistants sociaux, ne soient pas formés à diagnostiquer des troubles psychologiques ou cognitifs, leurs interactions régulières (visites à domicile, suivi social, accompagnements liés au logement...) leur offrent un accès privilégié à des observations du quotidien. Ces éléments, parfois invisibles aux professionnels de santé mentale en raison du faible recours de ce public à leurs services et du recours encore limité aux interventions proactives (« aller vers »), apportent un éclairage complémentaire aux approches cliniques.

- Critères d'inclusion :

- 1) Être un professionnel actif dans le secteur du logement social, public ou privé ;
- 2) Travailler sur le territoire du RéSME ;

- 3) Être en contact direct ou indirect avec les habitants des logements sociaux, via un rôle d'accompagnement, de coordination ou de soutien social ;
 - 4) Avoir accepté de participer volontairement à un entretien.
- Critères d'exclusion :
 - 1) Ne pas souhaiter être enregistré ou ne pas donner son consentement éclairé ;
 - 2) Se référer aux critères d'inclusion.

3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

L'échantillonnage utilisé est non probabiliste et raisonné, reposant principalement sur un échantillonnage par choix de pertinence. L'objectif étant d'interroger des professionnels travaillant dans des structures actives dans le secteur du logement social et en lien avec des populations potentiellement concernées par des besoins de soins de santé mentale, sur le territoire du RéSME.

Face aux difficultés rencontrées pour obtenir des réponses, et après avoir partagé ces obstacles avec les personnes interviewées, certaines ont proposé des contacts directs au sein des structures partenaires qui n'avaient pas encore répondu. Cette dynamique a introduit des éléments d'échantillonnage par effet « boule de neige » (48). Ce type d'échantillonnage s'est également manifesté lorsque certains participants ont recommandé d'élargir l'étude vers des acteurs transversaux, tels qu'une APL ou le Relais Social Urbain, qui travaillent étroitement avec les structures de logement concernées.

- Taille de l'échantillon :

En cohérence avec les approches qualitatives, la taille de l'échantillon n'avait pas vocation à être représentative au sens statistique. L'objectif était de recueillir des discours riches et variés de professionnels concernés par la problématique étudiée. La sélection a été guidée par la pertinence des profils par rapport à la question de recherche. Par ailleurs, la taille de l'échantillon a été définie en visant une saturation des données, entendue comme l'absence d'apports nouveaux lors des entretiens, cependant les résultats suggèrent que ce point n'a été qu'approché (44) (45).

3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Pour répondre à l'objectif principal de cette étude, à savoir analyser les besoins de soins de santé mentale identifiés chez les habitants de logements sociaux à travers le regard de professionnels de terrain, la méthode de l'entretien semi-directif a été retenue comme outil principal de collecte des données.

Ce type d'entretien permet de structurer l'échange autour de thématiques clés, tout en laissant la possibilité aux participants d'exprimer librement leur point de vue, leurs expériences et leurs priorités.

Comme Paillé et Muccielli le soulignent, il est particulièrement adapté à l'exploration des situations complexes et contextuelles, comme les besoins de soins de santé mentale, tout en s'adaptant aux variations de discours propres à chaque acteur rencontré (44).

Le guide d'entretien (*Annexe 1*) a été conçu à partir des objectifs de recherche, en couvrant plusieurs axes prédéfinis (voir tableau 1). Les thèmes et paramètres présentés dans ce tableau correspondent aux dimensions choisies pour orienter les questions posées aux participants. Ce guide a évolué au fil du processus, en tenant compte des enseignements issus des premiers entretiens ainsi que des premières analyses thématiques menées. Cette adaptation progressive, caractéristique de nombreuses recherches qualitatives, vise à affiner la pertinence des questions et à permettre une meilleure exploration des dimensions émergentes du terrain (47) (45). Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants, afin d'assurer une transcription fidèle des propos et de garantir la fiabilité des données recueillies pour l'analyse ultérieure.

Tableau 1. Récapitulatif du contenu du guide d'entretien

Thèmes	Paramètres
Perception du besoin de soins	<ul style="list-style-type: none">• Situations de souffrance psychique• Types de problèmes mentaux fréquents• Demandes exprimées par les résidents
Habitudes de consommation	<ul style="list-style-type: none">• Consommation de substances• Lien perçu avec la souffrance psychique
Accès aux soins	<ul style="list-style-type: none">• Connaissance des structures existantes• Structures existantes jugées efficaces• Barrières à l'accès aux soins

Ressources disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures prioritaires proposées • Manques identifiés dans l'offre actuelle
Travail en réseau	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats et collaborations • Structures partenaires • Réseautage interprofessionnel

3.5. Organisation et planification de la collecte des données

Afin d'identifier les structures pertinentes à contacter, un travail a été réalisé au préalable : un tableau a été construit répertoriant, pour chaque commune du territoire, les SLSP et les AIS. Chacune de ces structures a ensuite été contactée individuellement, via un mail-type (*Annexe 2*), afin de solliciter sa participation à cette étude.

Néanmoins, un faible taux de réponses obtenues à la suite de ce premier contact par mail a nécessité une relance téléphonique auprès de l'ensemble des structures recrutées, mais ces appels n'ont guère amélioré le taux de retour. Il a alors été nécessaire d'effectuer une nouvelle relance par mail ou, dans certains cas, de contacter directement des personnes précises au sein des structures, sur recommandation de tiers. Ces différentes démarches ont représenté une étape exigeante et mobilisatrice, constituant une véritable difficulté dans l'organisation de la recherche, notamment pour obtenir un nombre suffisant d'entretiens et donc la tendance à la saturation des données dans les délais prévus.

Une fois la participation confirmée, les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés en présentiel au sein des locaux des structures concernées. Avant chaque entretien, les objectifs de la recherche ont été rappelés aux participants, ainsi que les conditions de confidentialité et d'anonymat. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé (*Annexe 3*), confirmant leur accord à participer à l'étude et à l'enregistrement des entretiens, dans le respect des principes éthiques et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

L'ensemble des entretiens s'est déroulé entre la fin du mois de mai et le début du mois de juillet 2025.

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique hospitalo-facultaire du CHU de Liège (*Annexes 4 et 5*).

3.6. Traitemet des données et méthode d'analyse

Le traitement des données a suivi une démarche qualitative thématique inspirée des principes proposés par Paillé et Mucchielli (2022), ainsi que Braun et Clarke (2006) (44) (49). L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes successives :

1) Retranscription :

Chaque entretien ayant été enregistré avec l'accord des participants, il a ensuite pu être retranscrit de manière intégrale en respectant le plus fidèlement possible la réalité. Cette retranscription fidèle vise à préserver la richesse des propos recueillis, ce qui constitue l'élément central des analyses qualitatives (44). Cette étape a, par ailleurs, permis la pseudonymisation des données recueillies.

Ensuite, une lecture attentive et active de chaque retranscription a été réalisée afin de se familiariser davantage avec le contenu et de commencer à repérer les éléments saillants. Cette étape a permis la prise de notes des premières impressions.

2) Codification :

Une phase de codage thématique a été entreprise : les codes ont été construits à partir des données elles-mêmes en identifiant des unités de sens significatives (47). Chaque partie de texte a été associée à un ou plusieurs codes reflétant le contenu. Cette codification a été affinée au fil de l'analyse, et certains codes ont été regroupés, renommés ou précisés au fur et à mesure de leur apparition dans les autres entretiens (44).

3) Catégorisation :

Les codes ont ensuite été regroupés en catégories plus larges selon leur récurrence et leur ressemblance. Ce processus a permis de faire émerger des thématiques pertinentes pour répondre à la question de recherche (49). L'élaboration des catégories a été appuyée sur une utilisation constante des données, des codes et des éléments théoriques (45). Un tableau présentant ces thématiques est disponible en *Annexe 6*, ainsi qu'un schéma en arborescence en *Annexe 7*.

4) Mise en relation :

Les thèmes construits ont été articulés entre eux pour faire apparaître des liens afin de permettre une interprétation cohérente et une compréhension approfondie du sujet étudié (45).

5) Présentation des résultats :

Les résultats de l'analyse qualitative sont présentés selon les principaux thèmes identifiés, illustrés par des extraits de verbatims représentatifs, tout en respectant l'anonymat des participants (49).

IV. RESULTATS

L'analyse des résultats repose sur des données recueillies à travers 10 entretiens semi-directifs, menés auprès de professionnels exerçant dans différentes structures liées au logement social et à l'accompagnement psycho-social. Ces entretiens ont été réalisés entre mai et juillet 2025 dans les institutions suivantes : 3 AIS, 3 SLSP, 1 Relais Social Urbain et 1 APL.

Au total, 20 professionnels ont participé à ces entretiens, répartis comme suit : 13 assistants sociaux, 4 psychologues, 2 infirmières sociales et 1 employée sociale polyvalente.

L'échantillon est très majoritairement féminin, avec 19 femmes et 1 homme. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans un tableau synthétique en *Annexe 8*. Les entretiens ont duré entre 26 et 54 minutes, pour une durée moyenne d'environ 39 minutes.

Si la majorité des entretiens ont été menés individuellement, certains se sont déroulés en groupe (entre 2 et 6 participants pour l'entretien E), prenant alors davantage la forme d'un focus groupe. Cet écart à la méthodologie initialement prévue s'est avéré être une opportunité, favorisant l'émergence d'échanges collectifs enrichissants.

Afin de répondre à la question de recherche, qui comporte 2 volets distincts, la présentation des résultats a été structurée en 2 grandes parties. Cette double entrée permet de mettre en évidence, d'une part, la nature des besoins de soins de santé mentale des habitants de logements sociaux, et d'autre part, l'adéquation de l'offre actuelle pour y répondre, telles qu'elles sont perçues par les professionnels de terrain.

Cette structuration de la présentation des résultats vise à mettre en regard les besoins identifiés et les réponses existantes, dans une logique de compréhension croisée et liée.

4.1. Nature des besoins de soins de santé mentale

4.1.1. Profils et vulnérabilités des habitants influençant les besoins en santé mentale

Les éléments socio-démographiques rapportés par les professionnels interrogés permettent de situer le contexte dans lequel s'inscrivent les besoins en santé mentale. Les discours font état d'une diversité de profils parmi les habitants des logements sociaux, marqués par des parcours variés et des situations de vie souvent complexes.

Les professionnels interrogés décrivent une population relativement hétérogène sur le plan socio-démographique, mais traversée par des fragilités récurrentes.

Plusieurs groupes vulnérables émergent au sein des logements sociaux : personnes âgées isolées, familles nombreuses, familles monoparentales, jeunes sortant de structures de placement, anciens sans-abris et personnes issues de l'immigration. Le vieillissement de certains locataires, combiné à l'absence de réseau familial ou social, les rend particulièrement invisibles pour les services jusqu'à ce qu'une crise survienne. A l'inverse, certains jeunes qui sortent de placement sont livrés à eux-mêmes dès la majorité atteinte, et se retrouvent sans encadrement ni relais. Une intervenante exprime à propos du public :

« Et effectivement aussi majoritairement (...) des familles monoparentales sachant que les personnes seules ne sont pas la majorité de notre public. On a plutôt des familles ou des familles monoparentales donc familles avec enfants, familles monoparentales. » (B)

La précarité économique constitue une constante dans les discours recueillis. La majorité des habitants vivent de revenus de remplacement issus du CPAS, de la mutuelle, d'allocations de chômage ou de handicap, et cumulent l'inactivité et les difficultés de gestion budgétaire. Les parcours de vie évoqués sont souvent marqués par l'instabilité, les ruptures familiales et/ou des événements traumatisants. Cette accumulation de vulnérabilités est souvent aggravée par l'absence de suivi médical, notamment de médecin traitant, ce qui rend plus difficile l'identification et la prise en charge des troubles de santé.

À ces troubles s'ajoutent parfois des vulnérabilités cognitives. En effet, certains habitants présentent des limitations liées à leur âge, à un handicap mental ou à des troubles neurocognitifs, bien que les professionnels interrogés reconnaissent ne pas disposer des compétences pour poser un diagnostic précis. Ces limitations impactent la gestion quotidienne du logement, nécessitant parfois un encadrement étroit. Une intervenante exprime :

« C'est comme la santé mentale, mais liée plus à des handicaps. Ici on ne parle pas du handicap, on parle de la santé mentale, mais parfois il y a quand même des situations qui se regroupent en fait. » (D1)

4.1.2. Problématiques de santé mentale identifiées

Les entretiens révèlent une grande diversité des troubles psychiques parmi les habitants, allant de pathologies psychiatriques sévères à des difficultés plus psychiques, souvent liées à la précarité et aux trajectoires de vie complexes. Les troubles psychiatriques sévères, tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires, sont régulièrement mentionnés :

« Et psychiatrie, je trouve quand même pas mal aussi... Enfin, schizophrénie, je trouve qu'on en a quand même pas mal. » (F)

Certains professionnels évoquent des épisodes de décompensation ou des comportements paranoïaques qui marquent profondément la vie en communauté.

Les troubles psychiques fréquents tels que les symptômes dépressifs et anxieux, sont largement indiqués par les intervenants. Ces difficultés, souvent chroniques, sont perçues comme étant en lien avec des contextes de vie complexes (violences passées, isolement social, précarité...). Un professionnel rapporte :

« J'aurais tendance à dire symptomatologie anxiodépressive, mais liée à plein de contextes de vie surtout. Tu le disais tantôt avec les violences, avec les abus dans le parcours de vie dans l'enfance, c'est rattaché à des traumas souvent. » (E)

Les situations de burn-out, tentatives de suicide ou la perte totale de motivation apparaissent comme des signaux d'alerte majeurs.

Les addictions constituent également un phénomène marquant, comme en témoigne l'extrait du témoignage C ci-dessous, avec une consommation fréquente d'alcool, de cannabis, et parfois de substances plus dures telles que l'héroïne ou la cocaïne. L'usage émergent de substances comme les gaz hilarants a également été rapporté. L'alcool, en particulier, est décrit comme la consommation la plus répandue.

« Mais on a énormément de problèmes d'alcool, de problèmes de drogue ; oui énormément. » (C)

Pour certains, ces substances sont utilisées comme automédication, comme un moyen de supporter la souffrance psychique ou de trouver un répit. Une psychologue formule à ce propos :

« Cannabis, beaucoup disent qu'ils utilisent aussi pour s'endormir. Donc pour moi, oui, c'est lié à la base à une souffrance psychique. Donc ça a une fonction... (...) ça a une fonction en lien avec la souffrance. » (I)

4.1.3. Conséquences des problématiques de santé mentale

Les troubles de santé mentale identifiés par les professionnels ont des répercussions concrètes sur le quotidien des habitants, tant sur le plan individuel que collectif. Ces effets se manifestent notamment dans les relations de voisinage, la gestion du logement, la sécurité et la gestion financière.

Les tensions entre voisins sont fréquemment évoquées. Des comportements jugés inquiétants ou imprévisibles, liés à des troubles psychiques non pris en charge, peuvent générer de l'incompréhension, voire un climat d'insécurité. Dans certains cas, les conflits semblent masquer une souffrance sous-jacente :

« C'est nous, quand on se rend compte qu'il y a des problèmes de voisinage et des choses comme ça... Parfois, quand on creuse un peu, on se rend compte qu'il y a autre chose. » (G)

Des situations extrêmes peuvent conduire à une peur persistante chez les voisins, comme le stipule une intervenante :

« Il habitait un appartement 2 étages et les voisins du dessus ça faisait 15 ans qu'ils ne logeaient pas chez eux parce qu'ils avaient peur. Parce qu'il était schizophrène, qu'en pleine nuit il faisait des crises, il frappait parfois le voisinage, ... » (C)

L'état de salubrité des logements demeure également un reflet des difficultés psychiques. Certains habitants ne parviennent plus à entretenir leur lieu de vie, ce qui peut conduire à des situations de dégradation importante, d'accumulation ou d'insalubrité :

« Et ces gens, quand on les harcèle pour remettre le logement en état parce que le logement est vraiment dégueu, ne comprennent pas en fait et ils n'y arrivent pas. » (C)

Ces problématiques représentent des défis pour les structures de logements, tant sur le plan sanitaire que réglementaire.

La sécurité des intervenants et des habitants peut également être compromise.

Les professionnels évoquent des épisodes de violence, des comportements imprévisibles, voire des agressions lors de visites à domicile, notamment en cas de crise psychiatrique. Une professionnelle a d'ailleurs vécu une mauvaise expérience récemment :

« J'ai eu une mauvaise expérience il y a très peu de temps justement, où je suis allée en visite d'accueil où je ne connaissais pas le locataire et où j'ai bien cru que je n'allais pas sortir tout à fait pareille du logement. Un monsieur qui s'est fort, fort énervé qui était... Enfin bref, on voyait que ça n'allait pas. » (G)

Ces situations, bien que minoritaires, ont un impact considérable sur les pratiques des intervenants.

Enfin, les troubles psychiques peuvent également affecter la gestion financière des locataires. Certains habitants cessent de payer leur loyer ou abandonnent la gestion de leurs obligations, non par mauvaise volonté, mais par épuisement psychique et repli sur soi. Un professionnel a d'ailleurs interrogé un locataire à ce propos :

« Pourquoi est-ce que vous ne payez pas votre loyer ? Parce que je suis en dépression, j'ai tout abandonné, j'en ai marre ». » (F)

Cette désorganisation contribue au risque d'expulsion, tout en aggravant la détresse des personnes concernées.

4.1.4. Obstacles à l'accès aux soins de santé mentale

Les professionnels interrogés identifient de nombreux freins entravant l'accès aux soins de santé mentale des habitants en logement social. Ces obstacles sont cumulatifs et peuvent intervenir à différents niveaux du parcours de soin : entrée, maintien, suivi ou engagement dans la démarche thérapeutique.

Les freins financiers sont les plus fréquemment évoqués. Le coût des consultations psychologiques, même partiellement remboursées, constitue un obstacle majeur pour un public précarisé. À cela s'ajoutent les frais annexes tels que les déplacements et les traitements, parfois difficiles à assumer. Comme le résume un intervenant :

« Oui, en fait dès qu'il y a un enjeu financier, pour la plupart de nos locataires, c'est un frein et ça leur suffit pour ne rien faire, pour ne pas s'engager plus. » (A)

La mobilité est un second frein important, particulièrement en zone rurale éloignée, où les services de santé mentale sont rares et distants.

L'absence de véhicule personnel, les transports en communs payants, et la complexité de certains trajets découragent l'accès aux soins :

« À partir du moment où ils doivent prendre un bus pour aller à un truc, ça devient loin. » (D2)

Les obstacles organisationnels sont également nombreux, d'après les professionnels interrogés. Les délais d'attente sont souvent incompatibles avec l'urgence ou la fluctuation des troubles. Lorsqu'une première consultation tarde, la motivation des bénéficiaires peut retomber, comme l'indique cette professionnelle :

« Les listes d'attente sont trop longues et la motivation au changement de comportement peut se perdre. » (E)

Au-delà de ces contraintes d'ordre matériel, des obstacles psychosociaux entravent également l'engagement dans une démarche de soin. Certains locataires expriment de la méfiance, voire du rejet vis-à-vis des psychologues ou psychiatres. L'idée de consulter reste associée à une stigmatisation :

« Un autre frein, c'est simplement la vision du psychologue par notre public. Certains diront « mais c'est les fous qui vont chez le psy ». » (E)

D'autres ne reconnaissant pas du tout leurs difficultés, ou ne les perçoivent pas leurs comme relevant du domaine de la santé mentale, voire ne les considèrent pas comme prioritaires. Les professionnels soulignent à ce titre un décalage entre les urgences perçues par les habitants (payer un loyer, nourrir sa famille...) et les priorités en matière de santé mentale :

« (...) ils n'ont pas la priorité de leur santé mentale. D'abord ça va être peut-être de régler le toit qu'ils ont sur la tête s'il y a des dettes, ils vont avoir d'autres difficultés qu'ils vont mettre en priorité et leur priorité ne sera pas la nôtre ; ou celle de la SLSP, ou celle de l'AIS en fait. » (E)

Par ailleurs, le manque de connaissances du réseau de soins par les habitants limite les initiatives spontanées de recours.

Pour finir, l'expression même d'une demande de soins reste rare. Les professionnels expliquent que les habitants ne formulent que très rarement un besoin explicite en santé mentale, obligeant les intervenants à jouer un rôle de repérage et d'orientation. Une assistante sociale stipule :

« Et c'est souvent que quand on leur a loué et qu'on va à domicile ; en fait petit à petit on creuse la situation et que parfois c'est même nous qui sommes à l'origine de la mise en place de services (...). » (B)

Ce travail d'observation est d'autant plus délicat lorsque les barrières linguistiques rendent la communication difficile ou empêchent une compréhension fine des besoins.

4.2. Offre actuelle et réponse aux besoins

4.2.1. Acteurs et dispositifs impliqués dans la réponse aux besoins

Les professionnels interrogés décrivent un paysage de réponses structuré autour de multiples intervenants issus du secteur social, médical et associatif. Cette pluralité d'acteurs permet une certaine complémentarité dans la prise en charge, même si elle ne garantit pas toujours la continuité du suivi.

Du point de vue des professionnels rencontrés, les acteurs de 1^e ligne constituent le principal point d'ancrage dans l'accès aux soins de santé mentale. Les psychologues de 1^e ligne, dont les consultations sont partiellement remboursées, et les SSM sont identifiés comme des interlocuteurs privilégiés. Leur accessibilité financière et leur proximité territoriale facilitent leur recours. Dans certains cas, les maisons médicales sont également mobilisées pour assurer une prise en charge globale et continue. À ces services s'ajoute le Relais Social Urbain, considéré comme un maillon central dans la coordination des suivis, l'intervention à domicile et la réorientation vers d'autres dispositifs, comme le stipule l'extrait de l'entretien B ci-dessous. Sa gratuité, sa souplesse et sa posture extérieure aux institutions de logement en font un partenaire particulièrement apprécié.

« C'est plutôt des choses où quand on met le doigt notamment sur les états dépressifs, où là alors on propose de faire appel au Relais Social pour qu'il y ait une première psychologue qui aille à domicile et qui puisse orienter correctement en fonction de ce qu'elle décèle comme difficulté psychologique. » (B)

Les structures sociales relais jouent également un rôle important, notamment dans l'orientation et la coordination. Les CPAS apparaissent comme des partenaires quasi systématiques, mobilisés dès qu'un accompagnement social est en place. Les collaborations avec les SLSP et les AIS permettent de faciliter l'accès au logement ou d'anticiper les risques d'expulsion.

Certains intervenants mentionnent aussi le rôle ponctuel des facilitateurs en santé, qui assurent une médiation entre les habitants et les services, aident à la compréhension des démarches et accompagnent physiquement les personnes lors de rendez-vous.

Les acteurs spécialisés interviennent principalement dans les situations complexes ou de crise. Les équipes mobiles (dites « Psy 107 ») sont sollicitées pour des évaluations à domicile et permettent l'intervention plus rapide d'un psychiatre. Les hôpitaux psychiatriques, les cliniques spécialisées, ou encore l'Espace Convergences pour les problématiques d'assuétudes, élargissent le champ des réponses possibles.

« Maintenant, les contacts que j'ai le plus souvent c'est avec le Centre de Santé Mentale de Verviers, quelques psychologues plus dans des maisons médicales parce que ça ils travaillent souvent avec nous ; des personnes plus au niveau de la santé mentale. Et oui, la clinique des Frères Alexiens, parce qu'il y a quand même pas mal de personnes là qui font des candidatures chez nous, et des locataires qui font des séjours là-bas pour lesquels il y a des choses à régler pour le paiement du loyer et des choses comme ça. » (D1)

D'autres partenaires, plus ponctuels, sont mentionnés selon les besoins : éducateurs de rue, associations d'aide à la jeunesse, services d'intégration. Ainsi que la police, souvent sollicitée en cas d'instabilité grave ou de danger immédiat :

« (...) la police du coup. Parce que ça on n'en parle pas, mais ils doivent beaucoup – souvent - agir dans nos situations de santé mentale. » (D1)

Si cette diversité d'acteurs offre des possibilités multiples de relais, les professionnels soulignent cependant la nécessité d'une meilleure articulation entre ces dispositifs, afin d'éviter les ruptures de suivi et les orientations inadaptées.

4.2.2. Forces de l'offre actuelle en réponse aux besoins de soins de santé mentale

Au fil des entretiens, plusieurs professionnels ont évoqué des éléments de l'offre actuelle perçus comme facilitateurs dans l'accompagnement des personnes en difficulté psychique. Ces points forts concernent la qualité de certains dispositifs, la capacité de certains intervenants à adapter leur posture aux besoins du public, ainsi que l'existence de collaborations ou de cadres de partenariat.

Certains services sont particulièrement valorisés pour leur accessibilité, leur souplesse d'intervention et leur proximité.

C'est notamment le cas du Relais Social Urbain, qui se distingue par sa gratuité, son action à domicile, son organisation pluridisciplinaire et sa capacité à orienter efficacement les bénéficiaires vers d'autres services. Sa posture non- institutionnelle facilite aussi l'adhésion et la relation de confiance des habitants.

« Parce que l'infirmière ou la psy du Relais Social va venir à domicile. Donc va faire le suivi de ce que nous on a déjà mis en œuvre. Et puis elle va pouvoir débloquer en proposant autre chose à l'extérieur. » (G)

Les psychologues de 1^e ligne sont également appréciés pour la prise en charge financière adaptée et, selon certains, pour des délais de rendez-vous jugés relativement courts par rapport à d'autres services, bien que ceux-ci restent parfois insuffisants. De même, les équipes mobiles sont saluées pour leur capacité à se déplacer, leur réactivité et la présence d'un psychiatre au sein de l'équipe, permettant une évaluation plus approfondie à domicile.

Pour les problématiques liées aux assuétudes, l'Espace Convergences offre un cadre d'accueil souple, accessible sans rendez-vous, avec une diversité de services et d'intervenants (psychologues, médecin pour traitement de substitution, groupes de paroles...). Ce type de structure constitue un point d'accroche essentiel pour des publics difficilement mobilisables autrement.

Les Services de Santé Mentale (SSM), bien que parfois critiqués pour leurs délais, restent identifiés comme des ressources importantes grâce à leur approche pluridisciplinaire et la présence de psychiatres en réunion d'équipe.

Certains professionnels soulignent également l'intérêt des facilitateurs en santé, perçus comme des relais précieux auprès des habitants, notamment ceux peu familiers avec le système de soins. Leur polyvalence, leur capacité à accompagner physiquement les personnes, et parfois leur rôle de traducteurs, en font un soutien de proximité non négligeable.

Au-delà des dispositifs, les professionnels des structures de logement social jouent un rôle clé dans la détection des difficultés psychiques. Leur présence régulière au domicile, leur posture accessible, ainsi que leur connaissance des habitants permettent un repérage des difficultés :

« A part nous, il n'y a personne qui peut avoir un accès au domicile. Nous, on a un peu l'excuse de, on doit venir voir pour le logement, aussi parfois pour se faire ouvrir la porte. Et puis, on voit bien qu'il y a des choses qui sont problématiques et qui nécessiteraient quand même un autre suivi. » (H)

Cette proximité favorise également la construction d'un lien de confiance, ouvrant la voie à des démarches d'orientation vers les soins.

Les travailleurs sociaux sont perçus comme des « couteaux-suisses », capables de soutenir les habitants dans divers aspects de leur vie quotidienne, même au-delà de leur mission initiale :

« Je dis souvent en AIS on est un peu « couteau-suisse », donc on n'a pas d'expertise dans une matière précise mais on touche un petit peu à tout, on sait quelle ficelle... Enfin on essaie de tirer sur les ficelles qu'on pense bénéfiques aux locataires. » (A)

Enfin, l'existence de conventions-cadres entre les sociétés de logement et certains partenaires extérieurs, imposées par la SWL, constituent un cadre de collaboration institutionnelle qui facilite l'intégration de certains services dans l'accompagnement des locataires.

4.2.3. Limites de l'offre actuelle pour répondre aux besoins de santé mentale

Malgré l'existence de dispositifs pertinents, les professionnels interrogés soulignent de nombreuses limites dans l'offre actuelle de soins en santé mentale. Celles-ci concernent autant les ressources humaines et structurelles que les aspects organisationnels, les postures professionnelles ou les connaissances.

Le manque de personnel qualifié, notamment de psychiatres et de psychologues, constitue une limite majeure. Les délais d'attente dans les services en sont directement impactés, et sont jugés incompatibles avec l'urgence de certaines situations :

« Je pense vraiment qu'on sent qu'elles sont noyées par les délais d'attente. Je pense qu'elles sont vraiment en sous-nombre. » (G)

Dans les structures de logement, l'absence totale de professionnels de la santé mentale et le manque d'intervenants sociaux par rapport au nombre conséquent de logements sont également dénoncés. Bien que la présence d'un psychologue au sein de ces structures soit controversée par certains professionnels interrogés.

« C'est vrai qu'à ce niveau-là c'est... 3000 logements avec leur équipe d'AS, il n'y a même pas un psy dedans. Donc c'est quasi impossible. » (I)

Les services existants sont jugés inadaptés à certains profils. Certains professionnels dénoncent une logique de gestion de l'urgence et de l'aigu au détriment du travail de fond, alors que d'autres dénoncent un manque de dispositifs pour les crises psychiatriques aiguës.

Face à ces situations de crise, les seuls recours évoqués restent la police, les urgences ou l'ambulance. Le suivi à domicile, pourtant efficace, reste peu développé, mis à part dans le cas des équipes mobiles et du Relais Social.

Les inégalités territoriales sont également soulignées : la plupart des services sont concentrés dans les centres urbains, rendant leur accès difficile pour les habitants de zones rurales. Cette fracture territoriale, combinée à la précarité des habitants, constitue un frein à l'utilisation des soins.

Sur le plan organisationnel, les délais d'attente sont omniprésents. Certains professionnels vont jusqu'à renoncer d'emblée à orienter vers certains services en raison des listes d'attente jugées trop longues :

« Sinon, à l'époque, on orientait vers le Service de Santé Mentale, mais je ne le fais plus du tout, moi. Parce que les délais sont trop longs (...). » (E)

En parallèle, la coordination entre services reste difficile. La collaboration interinstitutionnelle souffre d'un manque de fluidité, d'objectifs partagés et de communication. Si certaines relations de partenariat fonctionnent, d'autres sont décrites comme fragiles ou inexistantes.

Le partage d'informations, encadré par le RGPD⁴ et le secret professionnel, complique la gestion des situations complexes. Une intervenante relate à ce propos :

« Et puis, avec cette nouvelle loi RGPD/déontologique, plus personne ne dit rien à personne. Donc si je n'avais pas eu le médecin traitant, je n'aurais pas su que ce médecin traitant avait été agressé à l'arme blanche par le locataire. Que son psychiatre a déjà été agressé par lui. C'est pour ça que c'est la police qui a été le chercher. » (D2)

Aussi, la plupart des services n'interviennent qu'à la demande de la personne concernée, ce qui constitue une impasse pour les publics les plus vulnérables ou en déni de leurs difficultés. Les équipes mobiles, par exemple, n'ont pas pour mission de travailler la motivation en amont de la prise en charge. Une psychologue intervient à ce propos :

« Mais en attendant, contraindre quelqu'un à accepter qu'une équipe mobile vienne si elle n'est pas demandeuse un minimum, c'est vrai que c'est compliqué. (...) Les équipes mobiles ne vont pas travailler la motivation de la personne. Il faut qu'il y ait un minimum de demande. » (I)

⁴ Certains professionnels interrogés attribuent les freins au partage d'informations au RGPD. Cependant, les exemples cités semblent plutôt relever de contraintes associées au secret professionnel, tel que défini par l'article 458 du Code pénal belge et les règles déontologiques à la profession.

Du côté des intervenants sociaux, un décalage est ressenti entre les besoins observés sur le terrain et les compétences disponibles. Beaucoup disent ne pas être suffisamment formés à la santé mentale, ce qui génère un sentiment d'impuissance, tel qu'exprimé dans ce passage :

« Donc ça, c'est quand même lourd la prise en charge de ce problème psy pour des AS comme nous, des travailleurs sociaux qui... On n'est pas psy, on n'est pas infirmiers. On voit bien qu'il y a un problème. Mais si on n'arrive pas à avoir des professionnels autour de nous pour nous aider pour ce genre de situation, on n'est pas armés. » (G)

Les limites de leur rôle sont également soulignées : bien qu'ils soient en contact étroit avec les locataires, ils ne sont ni soignants ni thérapeutes, ce qui crée des tensions dans leur positionnement. D'autant plus que leur fonction leur attribue une double casquette, celle de représentant du propriétaire et celle d'accompagnant social.

« Mais on a cette casquette propriétaire. Voilà, on est là pour accompagner de manière générale mais aussi pour faire le gros doigt quand c'est nécessaire : qu'on n'a pas fait sa pelouse et qu'on laisse le logement se dégrader. Donc on jongle un peu entre les deux. » (C)

Et enfin, certains professionnels et locataires souffrent d'une méconnaissance du réseau de santé mentale. Cela freine les orientations possibles et alimente parfois la méfiance ou la confusion autour de l'aide proposée.

4.2.4. Interventions imposées en dernier recours

Lorsque tous les dispositifs classiques ne parviennent plus à répondre à la complexité des situations, certains professionnels se voient contraints de recourir à des mesures judiciaires ou administratives, qu'ils considèrent généralement comme échec du système.

Le recours au juge de paix est parfois nécessaire pour constater les situations problématiques ou enclencher une procédure légale, notamment en cas de danger ou d'atteinte à l'ordre public ou à la sécurité.

Dans d'autres cas, la mise sous tutelle ou l'administration de biens est envisagée pour protéger la personne et garantir la gestion de ses obligations de base. Ces démarches, bien que nécessaires, sont souvent lourdes à mettre en place.

L'expulsion du logement représente l'ultime recours. Elle intervient généralement après l'échec de toutes les tentatives d'accompagnement et lorsqu'aucune solution alternative n'a pu être mise en place.

Si elle permet parfois de faire réagir les services ou déclencher une prise en charge, elle laisse surtout la personne concernée dans une extrême vulnérabilité, et est vécue comme un échec par les équipes accompagnatrices.

« Il faut parfois qu'on expulse pour que quelque chose se mette en place, c'est aberrant. » (C)

4.2.5. Améliorations attendues pour répondre aux besoins de soins de santé mentale

Face aux limites identifiées dans l'offre actuelle, les professionnels formulent un ensemble de recommandations concrètes pour mieux répondre aux besoins en santé mentale des habitants en logement social. Ces propositions portent sur le renforcement des ressources humaines, le développement de nouvelles structures, l'amélioration de la coordination entre services, et la formation des intervenants.

Le besoin en personnel qualifié est unanime. Les psychiatres, devenus rares, sont jugés indispensables, tout comme les psychologues, notamment dans les CPAS ou les structures de logement. Le renforcement des équipes de terrain – y compris les facilitateurs en santé – est aussi réclamé pour améliorer la couverture des besoins et assurer une présence de proximité.

Les professionnels insistent également sur l'importance d'un meilleur maillage territorial, une meilleure répartition des ressources sur le territoire. Ils appellent à la création de Services de Santé Mentale dans chaque commune, ainsi qu'à des structures pluridisciplinaires de type « centrale santé », combinant approches médicales, psychologiques et sociales. Le développement de lits psychiatriques de crise et l'intégration de psychologues dans les sociétés de logement sont aussi envisagés. Dans les zones rurales, il est jugé nécessaire d'adapter les périmètres d'intervention des services ou de créer des relais de proximité :

« Donc moi je dirais plus d'outreaching⁵ soit vers des services vraiment centraux... (...) En tout cas accessible même en... Même un peu géographiquement, tu vois ? » (E)

L'accès aux soins doit aussi être facilité sur le plan financier, par des remboursements renforcés ou un certain nombre de séances gratuites.

Sur la plan organisationnel, les intervenants appellent à une meilleure réactivité : permettre un premier contact rapide, même si le suivi s'inscrit dans un délai plus long, pourrait éviter des

⁵ Définition : « *Un service d'outreaching est un service qui sort des limites habituelles de son champ d'action classique en vue d'aller à la rencontre des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services.* » <https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/les-institutions-et-les-reseaux/services-doutreaching/>

ruptures précoces. La coordination entre services est également un axe majeur d'amélioration. Une meilleure communication, un partage d'informations encadré mais plus souple, ainsi qu'une mise en réseau systématique sont souhaités :

« Je pense qu'il faudrait que... Je sais qu'il y a le RGPD et tout ça, mais plus de réseau, plus de... Que les gens communiquent entre eux, de communication, de transparence. » (C)

Une approche plus proactive est aussi plébiscitée : il s'agit d'aller vers les publics vulnérables, même en l'absence de demande explicite, notamment via des équipes mobiles dotées de moyens d'action souples :

« Et donc voilà moi mon rêve en la matière ce serait une équipe mobile – pas d'acharnés – mais qui mordent dedans. Ce serait vraiment l'idéal. » (A)

Enfin, les professionnels expriment un besoin en formation. Ils souhaitent pouvoir mieux identifier les troubles, adopter une posture adaptée et intervenir plus efficacement dans leurs missions. Certains ont d'ailleurs déjà entrepris les démarches afin de suivre une formation en la matière. En parallèle, ils soulignent l'importance d'une meilleure sensibilisation du public à la santé mentale, afin de réduire les représentations stigmatisantes et favoriser l'adhésion aux soins.

V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Cette recherche met en lumière que les habitants de logements sociaux sur le territoire du RéSME constituent un public exposé à des vulnérabilités multiples et cumulatives. Les professionnels interrogés décrivent un public marqué par une précarité économique, une instabilité résidentielle, un isolement social parfois important et, dans certains cas, la coexistence de problèmes de santé physique et d'addictions. Ces caractéristiques ne relèvent pas uniquement de trajectoires individuelles, mais s'inscrivent dans un environnement où le logement lui-même agit comme un déterminant majeur de la santé mentale. Comme le rappelle Rolfe et al. (2020) et Ginot et Peyr (2010), le logement influence directement le bien-être psychique à travers sa stabilité, sa qualité matérielle et la nature des interactions sociales qu'il rend possibles (19) (21). À l'inverse, des conditions précaires telles que l'insalubrité et le surpeuplement, liés au risque d'expulsion, agissent comme des facteurs de stress chronique et peuvent contribuer à la détérioration progressive de la santé mentale, comme l'ont également documenté Bond et al. en 2012 (25).

Dans ce contexte, les besoins identifiés par les professionnels ne se limitent pas à la prise en charge de troubles psychiques diagnostiqués.

Ils recouvrent un spectre large du repérage précoce de signes de souffrance psychologique à l'accompagnement de situations complexes, souvent liées à l'accumulation de difficultés sociales et médicales. L'analyse de ces besoins peut être éclairée par la définition proposée par Olsson et al. (2021), qui distingue 3 étapes possibles où un besoin de soins de santé mentale peut émerger ou rester insatisfait (50) :

- 1) Ne pas percevoir un besoin de soin : certains habitants, bien que repérés par les intervenants sociaux comme étant en détresse, ne reconnaissent pas leur situation comme un problème de santé mentale. Ce phénomène peut s'expliquer par la stigmatisation persistante autour des troubles psychiques, par la banalisation de la souffrance psychique dans ces contextes de précarité, celle-ci étant parfois perçue comme faisant partie intégrante du quotidien, ou encore par une méconnaissance des possibilités de prise en charge. Le rapport de l'OMS (2022) rappelle que cette absence de reconnaissance constitue un obstacle majeur aux interventions précoces, en particulier dans les populations vulnérables (6).
- 2) Percevoir un problème mais ne pas chercher à être pris en charge : d'autres habitants reconnaissent leur mal-être, mais priorisent des urgences plus immédiates telles que la recherche ou le maintien d'un logement, la gestion de dettes ou la résolution de problèmes de santé physique. Ce constat rejoint les travaux d'Alegria et al. (2019), qui montrent que des facteurs financiers, organisationnels et culturels peuvent décourager ou retarder la demande de soins, même lorsque le besoin est perçu (17).
- 3) Chercher de l'aide mais ne pas recevoir de soins suffisants ou adéquats : parmi ceux qui entreprennent des démarches, certains se heurtent à des délais d'attente prolongés, à un manque de professionnels conventionnés, ou à des prises en charge interrompues, en raison d'un manque de coordination entre acteurs. Ces situations reflètent ce que le KCE (2019) décrit comme une fragmentation persistante du système de soins de santé mentale en Belgique (11).

L'étude révèle que ces 3 dimensions coexistent sur le territoire étudié, parfois au sein d'une même trajectoire de vie, et qu'elles sont renforcées par des déterminants sociaux de la santé défavorables.

Le logement, en tant que facteur structurel, joue un rôle transversal dans chacune de ces étapes : il influence la perception du besoin, la possibilité de rechercher des soins et la continuité de la prise en charge.

En parallèle, l'offre disponible sur le territoire comprend des dispositifs variés : équipes mobiles, consultations de psychologie de 1^e ligne, Relais Social, services sociaux des SLSP et AIS, APL. Ces structures représentent une ressource importante, mais leur mobilisation effective se heurte à des obstacles récurrents : pénurie de professionnels qualifiés, inégalités territoriales dans la répartition des services, délais d'attente parfois incompatibles avec l'urgence des situations, cloisonnement entre secteurs sanitaire et social, et manque de formation spécifique en santé mentale pour certains intervenants sociaux. Ce dernier point est largement documenté dans la littérature. Par exemple, les rapports du KCE (2015) et de l'OMS Europe (2015) soulignent que le renforcement des compétences des acteurs de 1^e ligne, y compris des travailleurs sociaux, est un levier essentiel pour améliorer la détection précoce et l'orientation vers des soins adaptés (51) (52).

Certaines forces de l'offre méritent toutefois d'être soulignées. Les professionnels évoquent la polyvalence des intervenants sociaux, leur capacité à entretenir un lien de proximité avec les habitants, et l'existence de partenariats intersectoriels, notamment via les relais sociaux.

Ces approches proactives sont en cohérence avec les recommandations de l'OMS (2022), qui met en avant l'importance des stratégies communautaires pour atteindre les publics les plus éloignés des soins. Néanmoins, ces forces apparaissent souvent comme des réponses ponctuelles ou dépendantes de ressources humaines limitées, ce qui compromet leur pérennité (6).

Les constats issus de cette étude rejoignent la définition de l'analyse des besoins formulée par Cases et Babeau (2004) : identifier l'écart entre l'état de santé constaté et l'état souhaité est indispensable pour orienter l'allocation des ressources et élaborer des politiques adaptées (53). Sur le territoire du RéSME, cet écart se manifeste clairement par la coexistence de besoins non couverts à différents niveaux (non-perception, non-recours, prise en charge inadéquate) et par les contraintes structurelles de l'offre.

Cette situation illustre les tensions mises en évidence par le KCE dans son rapport sur la performance du système de santé belge, qui souligne la persistance d'inégalités territoriales et sociales en matière de santé mentale malgré les réformes visant à améliorer l'accessibilité, telle que la convention INAMI de 2022 sur les soins psychologiques de 1^e ligne (42) (14).

L'articulation entre besoins et offre observée dans ce travail montre qu'il ne s'agit pas de 2 dimensions indépendantes, mais bien d'éléments interdépendants d'un même système. Les limites de l'offre – qu'il s'agisse des délais d'attente, du manque de coordination ou des ressources humaines limitées – peuvent renforcer la non-perception ou le non-recours aux soins, tandis que la complexité des besoins, notamment lorsqu'ils sont imbriqués à des difficultés sociales majeures, met à l'épreuve la capacité de l'offre à s'adapter. Le logement, en tant que déterminant, est au cœur de cette articulation : il influence à la fois la vulnérabilité initiale et la capacité des dispositifs à atteindre et accompagner les personnes concernées.

Améliorer la réponse aux besoins suppose donc d'agir simultanément sur les 3 dimensions décrites par Olsson et al. (50) :

- Favoriser la reconnaissance précoce des besoins par des campagnes de sensibilisation adaptées et par la formation des acteurs de 1^e ligne, notamment les professionnels du logement social, au repérage des signaux précoce.
- Lever les obstacles au recours aux soins en développant des interventions de proximité, en réduisant les barrières financières et en simplifiant les circuits d'orientation.
- Garantir des soins suffisants et adaptés, en augmentant la capacité d'accueil des services, en renforçant la coordination intersectorielle et en intégrant la dimension résidentielle dans les stratégies de suivi.

Cette approche intégrée s'inscrit pleinement dans les orientations de l'OMS (2022) et de l'OMS Europe (2015), ainsi que dans l'esprit de la réforme Psy 107, qui promeuvent des soins communautaires, coordonnés et ancrés localement. Elle répond également aux enjeux spécifiques identifiés par le RéSME dans le cadre de la mise en œuvre de la convention INAMI de 2022, en plaçant la santé mentale des habitants des logements sociaux au cœur des priorités territoriales (6) (52) (40).

5.1. Forces

Le présent travail se distingue par l'utilisation d'une approche qualitative, particulièrement adaptée pour explorer en profondeur la perception des professionnels et mettre en évidence des besoins parfois implicites ou invisibles dans les données quantitatives. Mais aussi par la diversité des profils interrogés (assistants sociaux, psychologues, infirmières sociales, employés sociaux polyvalents) ainsi que la variété des structures représentées (AIS, SLSP, APL, Relais Social), qui ont permis de croiser des perspectives issues de secteurs différents mais complémentaires, enrichissant ainsi l'analyse. De plus, l'ancrage territorial du RéSME a constitué un atout car il a permis de prendre en compte les spécificités locales, qu'il s'agisse de la configuration du réseau de soins, des ressources disponibles ou du contexte socio-économique. Enfin, la réalisation de cette étude dans un moment charnière, marqué par la mise en œuvre de la convention INAMI et par les évolutions liées à la réforme Psy 107, renforce sa pertinence opérationnelle et son utilité pour orienter la planification et l'organisation des soins de santé mentale au niveau local.

5.2. Limites et biais

Cette étude présente néanmoins certaines limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, elle a été conduite sur un territoire spécifique, ce qui, si cela constitue un atout pour comprendre finement les réalités locales, limite la possibilité d'appliquer directement les résultats à des contextes présentant des caractéristiques différentes.

Ensuite, les données reposent exclusivement sur le point de vue des professionnels de terrain, sans inclure directement la voix des usagers, ce qui limite la compréhension de certains freins ou leviers d'accès aux soins du point de vue des personnes concernées. De plus, le nombre d'entretiens et la durée relativement courte de la collecte n'ont pas permis d'explorer en profondeur certaines thématiques émergentes. La saturation des données n'a probablement pas été atteinte pour certains thèmes plus spécifiques, ce qui limite la profondeur d'analyse de certains aspects. Toutefois, les thèmes centraux ont été récurrents dans l'ensemble des entretiens, suggérant une bonne couverture des besoins et de l'offre tels que perçus par les professionnels. Enfin, comme dans toute recherche qualitative, les résultats reflètent des perceptions influencées par le contexte institutionnel et par les expériences individuelles des répondants, ce qui nécessite une interprétation prudente des propos recueillis.

Par ailleurs, plusieurs biais peuvent avoir influencé cette recherche. Premièrement, un biais de sélection est possible, les participants ayant été recrutés dans un nombre limité de structures et de services sur base volontaire, ce qui peut avoir favorisé l'adhésion de professionnels déjà sensibilisés à la santé mentale. Ensuite, un biais de désirabilité sociale peut également être présent, certains répondants pouvant avoir présenté leurs pratiques de manière valorisante ou insisté sur certaines difficultés selon leurs intérêts ou leur lien avec le RéSME.

Le rôle de l'intervieweuse constitue un autre facteur d'influence : son expérience dans le secteur de la santé et du social a pu orienter la formulation des questions, les relances ou la compréhension implicite de certains propos. Un biais de compréhension a aussi été observé : certains participants assimilaient la santé mentale principalement aux troubles psychiatriques ou confondaient les soins de 1^e ligne avec les soins spécialisés psychiatriques, ce qui a pu restreindre la portée de leurs réponses. Enfin, un biais d'interprétation, inhérent à l'analyse thématique, qui repose sur la subjectivité de la chercheuse. D'autant plus que l'analyse des entretiens n'a été réalisée que par la chercheuse, alors qu'un codage croisé aurait permis de vérifier la cohérence de l'analyse (54).

5.3. Perspectives

Sur le plan de la recherche, plusieurs pistes peuvent prolonger ce travail. D'une part, l'inclusion directe de la parole des habitants de logements sociaux permettrait d'affiner la compréhension des freins et leviers d'accès aux soins, et de confronter ces perceptions à celles des professionnels. Des études comparatives, menées sur d'autres territoires ou mobilisant une approche mixte combinant données qualitatives et quantitatives, contribueraient également à évaluer la prévalence et l'ampleur des besoins non couverts. D'autre part, il serait pertinent de mener une étude qualitative prospective après la mise en œuvre, par le RéSME, des actions ou réorganisations prévues en réponse aux besoins identifiés afin d'en évaluer leur impact.

VI. CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès de professionnels de terrain issus du secteur du logement social, public (SLSP) et privé (AIS), met en lumière la complexité et la spécificité des besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne chez les habitants de logements sociaux sur le territoire du RéSME.

Les résultats montrent que ces besoins s'inscrivent dans un contexte cumulatif de vulnérabilités socio-économiques, de conditions de logement parfois précaires et de difficultés d'accès aux ressources locales. Les professionnels interrogés soulignent à la fois la diversité des situations rencontrées et l'importance d'une prise en charge précoce, accessible et ancrée dans le milieu de vie.

L'analyse révèle également l'existence de freins à l'accès aux soins, tels que la méconnaissance des dispositifs, la stigmatisation, les obstacles administratifs, ou encore les limites structurelles de l'offre disponible, qui renforcent les inégalités territoriales et sociales.

Parallèlement, plusieurs leviers apparaissent comme prometteurs, notamment la proximité et la polyvalence des intervenants sociaux, certaines collaborations intersectorielles et pratiques d'outreaching.

Ces constats invitent à renforcer la coordination entre les acteurs du logement social et ceux de la santé mentale, dans une perspective intégrée et communautaire, telle que visée par la convention INAMI de 2022. Ils plaident également pour une meilleure adaptation des dispositifs aux réalités locales et aux besoins spécifiques des publics vulnérables.

Au-delà de l'intérêt opérationnel pour le RéSME, cette recherche contribue à enrichir la réflexion sur la manière d'articuler le logement et la santé mentale dans les politiques publiques. Il met en évidence la nécessité d'approches transversales, centrées sur les déterminants sociaux de la santé, et confirme que l'amélioration de la santé mentale en logement social passe autant par la qualité de l'offre de soins que par des actions structurelles visant ces déterminants et l'environnement de vie.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : OMS; 1986.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Genève (Suisse): OMS; 2022.
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. oct 2018;392(10157):1553-98.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale [Internet]. Genève (Suisse) : OMS. [cité 18 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
5. European Commission. GREEN PAPER : Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union. Bruxelles (Belgique) : European Commission; 2005.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action Global Pour la Santé Mentale 2013-2030. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
7. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety., Ipsos European Public Affairs. Mental health: report. [Internet]. LU: Publications Office; 2023 [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/48999>
8. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.
9. Jonker H, Duveau C, Charafeddine R, Gisle L, Demarest S. Synthèse des résultats BELHEALTH - Vague 1 à 6: Données sur la santé mentale des adultes belges à la suite du COVID-19 : Septembre 2022 – Juin 2024 [Internet]. Sciensano (Belgium); 2025 [cité 7 août 2025]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/en/node/76752/>
10. OCDE. Santé mentale et emploi : Belgique [Internet]. OECD; 2013 [cité 18 déc 2024]. (Santé mentale et emploi). Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/sante-mentale-et-emploi-belgique_9789264187597-fr.html
11. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49.
12. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Copenhague (Danemark) : OMS; 2013. [cité 2025]

- juillet 15]. Disponible sur : https://www.ngp-rsp.ch/fileadmin/ngp-rsp/Themen-Bibliothek/Internat__OECD_EU_WHO/WHO-Eu_2013_EuropAktionsplan_psyGes_f.pdf
13. Bouhon JP. Fédération des maisons médicales. 2015 [cité 1 janv 2025]. 'Psy 107' : une réforme à la hauteur de ses ambitions ? Regards croisés. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/psy-107-une-reforme-a-la-hauteur/>
14. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Dispenser des soins psychologiques de première ligne via un réseau de santé mentale [Internet]. Bruxelles (Belgique) : INAMI. [cité 2024 déc 18]. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/psychologues-cliniciens/dispenser-des-soins-psychologiques-de-premiere-ligne-via-un-reseau-de-sante-mentale>
15. Engel GL. The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals†. Annals of the New York Academy of Sciences. 1978;310(1):169-81.
16. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva (Switzerland) : WHO; [date unknown]. [cité 2025 juillet 16]. Disponible sur : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
17. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Curr Psychiatry Rep. 17 sept 2018;20(11):95.
18. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva (Switzerland) : WHO; 2008. [cité 2025 juillet 14]. Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1
19. Rolfe S, Garnham L, Godwin J, Anderson I, Seaman P, Donaldson C. Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. BMC Public Health. 20 juill 2020;20(1):1138.
20. FEANTSA, Fondation Abbé Pierre. 9e regard sur le mal-logement en Europe. Paris (France) : Fondation Abbé Pierre; (2024).
21. Ginot L, Peyr C. Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social. Santé Publique. 22 déc 2010;Vol. 22(5):493-503.
22. Santé publique France. Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. La Santé en action [Internet]. 2021 sept;(457). [cité 2025 juillet 14]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-457-septembre-2021>

23. Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal (ACSM-Montréal). Le logement : un déterminant majeur de la santé mentale [Internet]. Montréal (Québec) : ACSM-Montréal ; 2017. 56 p. [cité 2025 juillet 16].
24. National League of Cities. Exploring the connection between healthy housing & mental health [Internet]. Washington, DC: National League of Cities; 2023. [cité 2025 juillet 18]. Disponible sur : <https://www.nlc.org/article/2023/05/31/exploring-the-connection-between-healthy-housing-mental-health/>
25. Bond L, Kearns A, Mason P, Tannahill C, Egan M, Whitely E. Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. 2012;12:48.
26. Onapa H, Sharpley CF, Bitsika V, McMillan ME, MacLure K, Smith L, et al. The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review. Health Social Care Comm. févr 2022;30(2):448-68.
27. Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal (ACSM-Montréal). Le logement : un déterminant majeur de la santé mentale [Internet]. Montréal (Québec) : ACSM-Montréal ; 2017. 56 p. [cité 2025 juillet 16].
28. Belgique. La Constitution belge [Internet]. [cité 2025 juillet 22]. Disponible sur : https://www.senate.be/doc/const_fr.html
29. Belgique. Les compétences des régions [Internet]. [cité 2025 juillet 22]. Disponible sur : https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/regions/competences
30. Société wallonne du logement. Rapport d'activités 2024. Charleroi (Belgique) : SWL ; 2025.
31. Union wallonne des Agences Immobilières Sociales (UWAIS) [Internet]. Marche-en-Famenne (Belgique) : UWAIS. [cité 2025 juillet 22]. Disponible sur : <https://www.uwais.be/>
32. Société wallonne du logement (SWL). Mémorandum d'orientation de la SWL [Internet]. Charleroi (Belgique) : SWL.
33. Fondation Roi Baudouin. Baromètres de la précarité énergétique et hydrique 2021. Bruxelles (Belgique) : Fondation Roi Baudouin ; 2021.
34. Evrard A. La mise en location des logements visée à l'article 132 du Code wallon de l'habitat durable [Internet]. Union des Villes et Communes de Wallonie; 2024. [cité 2025 juillet 24]. Disponible sur : <https://uvcw.be/logement/articles/art-8960>
35. De Backer R. Housing First : solution durable pour problème persistant [Internet]. Santé conjuguée n° 87, juin 2019. [cité 2025 juillet 22]. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/housing-first-solution-durable-pour-probleme-persistant/>

36. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Belgium: Health system review 2020. Health Systems in Transition. Vol. 22, No. 5. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
37. Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM). Offre en santé mentale en Wallonie [Internet]. Namur (Belgique) : CRéSaM ; [date non précisée]. [cité 2025 janv 12]. Disponible sur : <https://www.cresam.be/pyramide/>
38. Réseau Partenaires 107. Soins psychologiques intégrés à la première ligne (SPIPL) [Internet]. Réseau Partenaires 107. [cité 2025 juillet 23]. Disponible sur : <https://www.reseaupartenaires107.be/home-product-landing-1/psychologues-premiere-ligne-2-3/>
39. Mormont M. 'Psy 107' : une réforme à la hauteur de ses ambitions ? Santé conjuguée, n° 70, avril 2015 [Internet]. [cité 2025 janv 2]. Disponible sur : https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2015/08/sc70_cahier_mormont_psy_107.pdf
40. Réseau 107 (Psy 107). Wallonie [Internet]. Réseau 107 ; (2004). [cité 2025 juillet 23]. Disponible sur : <https://psy107.be/images/Wallonie.pdf>
41. Crismer A, Belche JL, Van Der Vennet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne: Santé Publique. 8 juin 2016;Vol. 28(3):375-9.
42. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs.
43. Réseau de Santé Mentale de l'Est (RéSME) [Internet]. RéSME. [cité 2025 janv 10]. Disponible sur : <https://www.resme.be/fr/reseau-sante-mentale-de-l-est.html>
44. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 5e éd. Paris : Armand Colin; 2022.
45. Wicks A, Whiteford G. Conceptual and practical issues in qualitative research: Reflections on a life-history study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 1 janv 2006;13(2):94-100.
46. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives. 2014;(4):67-82.
47. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. 2016;9(4):16-25.
48. Seetharaman B. Sampling and Methods of Data Collection in Qualitative Research. Indian Journal of Continuing Nursing Education. déc 2016;17(2):41.

49. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 1 janv 2006;3(2):77-101.
50. Olsson S, Hensing G, Burström B, Löve J. Unmet Need for Mental Healthcare in a Population Sample in Sweden: A Cross-Sectional Study of Inequalities Based on Gender, Education, and Country of Birth. Community Ment Health J. avr 2021;57(3):470-81.
51. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.
52. World Health Organization, Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Copenhagen (Denmark) : WHO Regional Office for Europe; 2015. 19 p.
53. Drees, Chantal Cases & Dominique Baubéau. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Dossiers Solidarité et Santé, n° 1. [Internet]. France : Drees ; 2004. [cité 2025 janv 1]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_2_quantification_besoins_sante_2004.pdf
54. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. Edition 3. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC: Sage; 2014. 381 p.

Un formulaire d'engagement de non plagiat est disponible en *Annexe 9*.

ANNEXES

<i>Annexe 1 : Guide d'entretien</i>	1
<i>Annexe 2 : Mail-type de 1^{er} contact</i>	3
<i>Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé</i>	4
<i>Annexe 4 : Demande d'avis du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège</i>	8
<i>Annexe 5 : Réponse du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège.....</i>	16
<i>Annexe 6 : Tableau de thématisation.....</i>	17
<i>Annexe 7 : Schéma en arborescence des thématiques identifiées</i>	21
<i>Annexe 8 : Caractéristiques de l'échantillon</i>	22
<i>Annexe 9 : Engagement de non plagiat.....</i>	23

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien semi-dirigé



INTRODUCTION

- Présentation du chercheur et du cadre de l'étude
- Rappel des objectifs de l'étude : qualifier et comprendre les besoins de soins de santé mentale des habitants de logements sociaux à partir du point de vue des professionnels de terrain
- Rappel de la confidentialité des données et du respect de l'anonymat
- Demande d'accord pour l'enregistrement de l'entretien

PROFIL DU REPONDANT

- 1) Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quel est votre rôle au sein de la structure ?

PROFIL DES HABITANTS

- 2) Pouvez-vous décrire le type de personnes qui vivent dans les logements dont vous vous occupez ? (Familles, personnes isolées, personnes âgées, etc.)
- 3) Observez-vous certains profils de personnes plus vulnérables que d'autres ?

PERCEPTION DU BESOIN DE SOINS

- 4) Rencontrez-vous des situations où les résidents vous semblent en difficulté mentale ou en souffrance psychique ? Des situations où ils semblent faire face à des besoins non répondus en matière de santé mentale et de bien-être ?
- 5) Si oui, quels types de problèmes vous semblent les plus fréquents ?
- 6) Avez-vous déjà eu des demandes en matière de santé mentale de la part de résidents ?
Si oui, quels types de demandes était-ce ?

HABITUDES DE CONSOMMATION

- 7) Avez-vous déjà constaté des problématiques liées à la consommation de substances parmi les résidents ? (Alcool, drogues, médicaments, etc.)
- 8) D'après-vous, ces habitudes de consommations seraient-elles liées à une souffrance psychique ou à d'autres facteurs ?

ACCES AUX SOINS

- 9) Avez-vous connaissance de structures ou de services de soins en lien avec la santé mentale vers lesquels vous pourriez orienter les résidents si nécessaire ?
- 10) Si oui, y a-t-il des structures ou services qui vous semblent particulièrement efficaces et qui mériteraient d'être renforcés ?
- 11) Quelles sont, selon vous, les principales barrières à l'accès aux soins de santé mentale pour les résidents ?

VANDERMEULEN Maud – Etudiante en Master en Sciences de la Santé Publique

RESSOURCES DISPONIBLES

12) Si vous pouviez proposer une mesure prioritaire pour améliorer l'offre de soins de santé mentale de 1^o ligne, quelle serait-elle ?

TRAVAIL EN RESEAU

13) Travaillez-vous en lien avec des structures de santé, des associations ou des services sociaux ?

CONCLUSION

- Remerciements pour le temps accordé
- Vérifications si le répondant veut ajouter un point non abordé
- Explications des prochaines étapes de l'étude et de l'utilisation des résultats

VANDERMEULEN Maud – Etudiante en Master en Sciences de la Santé Publique

Annexe 2 : Mail-type de 1^{er} contact

<p>Invitation à participer à une étude concernant les besoins de soins de santé mentale de 1e ligne</p>	
<p>Fait à Spa, le 04 mai 2025</p>	
<p>Madame, Monsieur,</p>	
<p>Je m'appelle Maud Vandermeulen et je suis étudiante en 2e année d'un Master en Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège. Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail de fin d'études qui porte sur l'analyse des besoins de soins de santé mentale de 1e ligne sur le territoire du RÉSME (Réseau de Santé Mentale de l'Est de la Province de Liège), en m'appuyant sur l'expérience et le regard des acteurs du logement social.</p>	
<p>L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les besoins des personnes que vous prenez en charge ou rencontrez, et les éventuelles difficultés que vous percevez concernant l'accès aux soins de santé mentale et l'organisation des services. Pour cela, je réalise des entretiens semi-dirigés avec des professionnels ayant une expertise de terrain au contact des personnes et exerçant sur le territoire concerné. Les résultats pourront nourrir le RÉSME (Réseau Santé Mentale de l'Est) dans la définition de ses activités.</p>	
<p>Votre expertise et votre expérience sont précieuses pour cette recherche, et je serai ravi de pouvoir échanger avec vous lors d'un entretien d'environ 1 heure, à un moment qui vous conviendrait. Cet échange se déroulera dans un cadre confidentiel et les données recueillies seront anonymisées, et utilisées exclusivement à des fins d'analyse pour le mémoire.</p>	
<p>Si vous acceptez de me recevoir, je vous propose de convenir ensemble d'un créneau qui vous conviendrait. N'hésitez pas à me faire part de vos disponibilités et/ou à me contacter pour toute question.</p>	
<p>Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre contribution à cette étude.</p>	
<p>Dans l'attente de votre retour, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.</p>	
<p>Maud Vandermeulen Master en Sciences de la Santé publique Université de Liège maud.vandermeulen@student.uliege.be +32491740152</p>	

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé



Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

Analyse des besoins de soins de santé mentale de 1e ligne des habitants de logements sociaux sur le territoire du Réseau de Santé Mentale de l'Est (RéSME) : regard des acteurs de terrain

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : **Charlier Nathan** (ncharlier@uliege.be)

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : **Vandermeulen Maud** (maud.vandermeulen@student.uliege.be) ; **Master en Sciences de la Santé Publique à finalité spécialisée en praticien spécialisé de la santé publique**

Description de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de **qualifier** et **comprendre** les besoins de soins de santé mentale de 1e ligne des habitants de logements sociaux sur le territoire du RéSME, à partir du point de vue de professionnels de terrain issus du secteur du logement social (au sens large du terme).

Les objectifs spécifiques sont : Décrire le profil des publics en logement social concernés par des troubles mentaux ou des souffrances psychiques ; analyser le type de besoins de soins de santé mentale identifiés par les professionnels ; identifier et comprendre les freins à l'accès aux soins de santé mentale pour ce public spécifique ; explorer en quoi le logement constitue un déterminant de la santé mentale ; identifier les leviers et limites rencontrés par les professionnels de terrain dans la détection et l'orientation des situations problématiques.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2024-2025.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. *Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées sont :

Thèmes	Paramètres
Perception du besoin de soins	<ul style="list-style-type: none">• Situations de souffrance psychique• Types de problèmes mentaux fréquents• Demandes exprimées par les résidents
Habitudes de consommation	<ul style="list-style-type: none">• Consommation de substances• Lien perçu avec la souffrance psychique
Accès aux soins	<ul style="list-style-type: none">• Connaissance des structures existantes• Structures efficaces• Barrières à l'accès aux soins
Ressources disponibles	<ul style="list-style-type: none">• Mesures prioritaires proposées• Manques identifiés dans l'offre actuelle
Travail en réseau	<ul style="list-style-type: none">• Partenariats et collaborations• Structures partenaires• Réseautage interprofessionnel

3. *À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. *Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- **Étape 1 :** récolte des données lors d'entretiens individuels enregistrés. Les données de contact et les réponses aux questions sont placées dans deux fichiers distincts. Les réponses peuvent être reliées aux données de contact via un code. Conservation des fichiers uniquement sur un disque dur chiffré avec Veracrypt (logiciel sécurisé et contrôlé).
- **Étape 2 :** traitement des données : une fois les entretiens retranscrits et anonymisés (pseudonymisés), les données de contacts ne sont plus nécessaires et donc la suppression du fichier contenant ces données de contact aura lieu. Les réponses deviennent purement anonymes.
- **Étape 3 :** analyse thématique des entretiens et rédaction du TFE au moyen des réponses désormais anonymes (utilisation d'extraits d'entretiens anonymisés pour illustrer les résultats).

6. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Dès que les données auront été traitées (cf étape 2 ci-dessus), l'ensemble des données sera **pseudonymisé** au moyen de codes. Les structures seront identifiées au moyen de lettres (A, B, C, D...), et les personnes interviewées seront identifiées au moyen de chiffres (Ex : A1 est assistante sociale dans l'AIS 1, etc.). Seuls le promoteur et l'étudiant peuvent relier les identités, grâce à une table conservée séparément.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce

document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Charlier Nathan

Date : 04/05/25

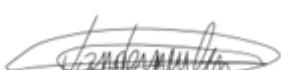
Signature :



Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Vandermeulen Maud

Date : 04/05/25

Signature :



Annexe 4 : Demande d'avis du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Demande d'avis préalable sur l'application des lois dans le cadre des mémoires de fin d'études

(Version acceptée par le Comité d'Ethique en date du 23/09/2024)

Selon la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, toute recherche sur la personne humaine visant à développer les connaissances propres à l'exercice des professions de soins de santé¹ est soumise à l'approbation d'un comité d'éthique détenteur d'un agrément complet dans le cadre de la loi du 7 mai 2004.

Le présent formulaire a pour objectif d'aider le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège à déterminer si votre étude entre dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 ou non. C'est pourquoi il est important de décrire clairement et de manière exacte les objectifs et la méthodologie développée en lien avec ceux-ci.

Attention !

Les documents suivants doivent être joints au présent formulaire :

- l'instrument de récolte des données (questionnaire, guide d'entretien, etc.)
- les documents qui seront utilisés pour le recrutement des participants (courriels, dépliants, etc.)

Pour les études qui entreraient dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004, la loi impose que celle-ci soit menée par une personne détentrice d'un agrément dans une des professions de santé. Cela implique qu'un chercheur qui n'est pas détenteur d'un agrément dans une des professions de santé, et qui souhaite réaliser un travail de recherche dans ce domaine, doit mener cette recherche sous la supervision d'un investigateur principal détenteur d'un agrément dans la profession de santé visée par ladite recherche. Le chercheur fait bien entendu partie de l'équipe de recherche et peut évidemment être premier auteur dans l'éventualité d'une publication.

L'avis donné par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire est unique et contraignant. Il est un prérequis à toute initiation d'étude (Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7/05/2004, Art 10).

1. Etudiant (nom, prénom, adresse courriel) :

Vandermeulen Maud maud.vandermeulen@student.uliege.be

2. Filière : **Master en Sciences de la Santé publique à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique**

3. Année académique durant laquelle le mémoire sera réalisé : **2024-2025**

4. Titre du mémoire (en français) :

Analyse des besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne sur le territoire du Réseau de Santé Mentale de l'Est de la Province de Liège (RéSME)

5. Encadrant du mémoire :

(L'encadrant du mémoire est la personne qui encadre l'étudiant)

Titre : **Docteur en sciences politiques et sociales, directeur de la CARE interfacultaire ESPRIst**

Nom, prénom : **Charlier Nathan**

Ad courriel : **ncharlier@uliege.be**

Institution : **Université de Liège**

6. Promoteur :

Le promoteur de l'étude est, selon la loi, une université, une haute école ou une institution dont l'étudiant dépend et est responsable de la gestion et du financement de l'étude.

Nom (Institution, Université, Haute Ecole, etc.) : **Université de Liège**

7. Investigateur :

Si l'expérimentation est réalisée par une équipe de recherche, l'investigateur est le responsable de la conduite de la recherche et est parfois désigné investigateur principal (aussi appelé PI). Il doit être un professionnel de la santé¹. Dans le cas d'une étude soumise à la loi 2004, l'encadrant du mémoire peut être l'investigateur principal s'il est professionnel de la santé et membre de l'Université de Liège.

- L'encadrant, s'il est professionnel de la santé et qu'il est membre de l'Université de Liège
 L'étudiant, s'il est professionnel de la santé

Autre, préciser :

Titre : _____

Nom, prénom : _____

¹ Liste des professionnels de la santé : Médecins, dentistes, kinésithérapeutes, aides-soignants, infirmiers, sage-femmes, pharmaciens, les professions de la santé mentale et les professions paramédicales (assistant en pharmacie; audiologie; bandage, orthèses, et prothèse; diététique; ergothérapie; technologie de laboratoire médical; logopédie; soins oculaires; podologie; imagerie médicale; transport de patients (à l'exclusion du transport des personnes visées à l'article 1er de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médical urgente); soins bucco dentaires.

Ad courriel : _____

Institution : _____

8. Résumé de l'étude

a. Votre étude est-elle un case report ?

Un case report est une étude rétrospective sur un seul cas, sans recueil de nouvelles données ou quelconque information.

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui à la question 8.a, merci de fournir un résumé de votre étude ci-dessous. La suite du document (points 8.b/c/d et 9) ne vous concerne pas.

Si vous avez répondu non à la question 8.a, merci de compléter la suite du document.

b. Objectifs et indicateurs (liste des variables et instrument(s) de collecte des données à joindre en annexes)

Cette étude vise à qualifier et comprendre les besoins en soins de santé mentale de première ligne à partir du point de vue de professionnels ayant un lien avec la santé mentale. Les indicateurs de recherche sont définis en fonction du modèle psycho-médico-social ainsi qu'à travers la dimension du besoin de soins défini par Olsson et al. : les mécanismes d'adaptation individuelle, les pathologies mentales et leurs traitements, les déterminants sociaux de la santé mentale, la perception du besoin de soins, l'abstention de soins, la perception de l'offre disponible, l'accessibilité aux soins, la continuité des soins. (Cf annexe 1)

c. Synopsis du protocole de recherche (design/conception, population, méthode de recrutement, méthode de collecte de données et analyse statistique) (+/- 500 mots)

- 1) **Design/conception** : cette étude adoptera une approche qualitative de type phénoménologique descriptive. Elle visera à comprendre la perception des professionnels de santé mentale sur les besoins de soins de santé mentale de 1^e ligne.
- 2) **Population** : la population cible de cette étude est les professionnels ayant un lien avec la santé mentale et travaillant dans le territoire du RéSME (Réseau santé mentale de l'Est de la Province de Liège : arrondissement de Verviers, à l'exclusion des communes germanophones). Incluant notamment : des psychologues cliniciens, des psychiatres, des

travailleurs sociaux, des médecins généralistes, et d'autres professionnels de 1^e ligne ayant un lien avec la santé mentale.

L'objectif est d'inclure des participants ayant une diversité de profils afin de représenter au mieux les différentes réalités de terrain.

- 3) **Méthode de recrutement** : le recrutement se fera selon une méthode non probabiliste qui combinerà un échantillonnage raisonné (ciblant des professionnels exerçant dans des structures variées et représentant les principaux acteurs de la santé mentale sur le territoire concerné) et un méthode « boule de neige » où les participants pourront recommander d'autres personnes susceptibles d'apporter un éclairage supplémentaire.

Une prise de contact sera faite par mail et/ou par téléphone afin d'expliquer les objectifs de l'étude et les modalités de participation. (Cf annexe 2)

- 4) **Méthode de collecte des données** : les données seront collectées via des entretiens semi-dirigés avec les professionnels de 1^e ligne ayant un lien avec la santé mentale. Ces entretiens dureront entre 30 et 45 minutes, et seront menés en face-à-face ou en distanciel en fonction des disponibilités des participants. Un guide d'entretien sera utilisé et abordera plusieurs thématiques : la perception du besoin de soins, les barrières d'accès aux soins et les obstacles organisationnels rencontrés, les ressources disponibles, la coordination entre les différents acteurs du réseau de santé mentale et les recommandations des professionnels pour l'amélioration de la prise en charge de 1^e ligne.

L'analyse des données permettra d'identifier et de caractériser les principaux enjeux soulevés par les professionnels interrogés. Les entretiens seront retranscrits et anonymisés ; puis seront analysés de manière qualitative pour pouvoir interpréter les résultats.

- d. Liste des mesures techniques et/ou organisationnelles mises en place pour a) respecter les règles du RGPD (par ex. utilisation d'un formulaire en ligne respectueux du cahier des charges RGPD) et b) assurer la sécurité et la confidentialité des données récoltées (logiciel utilisé, limitation des accès, destruction des données au terme de l'étude).

Pour plus d'informations sur les obligations RGPD, merci de consulter le site <https://my.student.uliege.be/r GDPR-memoire-et-tfe>

Les enregistrements des entretiens seront stockés au sein d'un dossier sécurisé par mot de passe. Ils seront ensuite retranscrits et anonymisés, puis seront directement supprimés après retranscription. Seule l'étudiante, qui mènera les entretiens, sera en charge des retranscriptions : l'enseignant encadrant et le jury n'auront accès qu'à des données anonymisées.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes, en lien avec les objectifs et la nature des données de l'étude :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **NON**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur, doivent-ils remplir des questionnaires en dehors de leurs soins définis par les recommandations de bonnes pratiques) ? **NON**
3. Les données recueillies sont-elles directement liées à la santé physique ou mentale des participants (par ex. : la fréquence cardiaque, le temps de réaction, la saturation en oxygène, l'endurance physique, la qualité de vie, le stress dans la vie quotidienne, l'autonomie, ...) ? **NON**
4. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects intrusifs ou délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (la sexualité, l'origine ethnique, la santé physique ou mentale, la génétique ou biométrie, les convictions religieuses ou philosophiques, les opinions politiques) ? **NON**
5. S'agit-il d'un questionnaire portant sur des données à caractère non intrusif ou non délicat MAIS utilisé dans le cadre d'un suivi médical précis (par ex. : les habitudes alimentaires chez les patients atteints d'une maladie chronique, la fréquence d'activité physique chez les patients diabétiques) ? **NON**
6. L'étude comporte-t-elle des questionnaires ou entretiens qui sont potentiellement perturbants ? **NON**
7. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou l'adhésion thérapeutique de patients traités pour une pathologie spécifique ? **OUI**
8. Y a-t-il enquête auprès de personnes vulnérables (mineurs, femmes enceintes, malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ? **NON**
9. S'agit-il exclusivement d'une étude rétrospective ? **NON**
10. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc.) ? **OUI**
11. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? **NON**
12. S'agit-il exclusivement d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées sans caractère intrusif, enquêtes de rue, sur les réseaux sociaux... (par exemple sur des habitudes sportives, alimentaires) ? **NON**

13. S'agit-il exclusivement d'une validation de questionnaire existant dans une autre langue (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **NON**

14. S'agit-il exclusivement d'une revue bibliographique ? **NON**

Si les réponses aux questions 1 à 8 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 9 à 14 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le comité d'éthique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude. La liste des documents à déposer se trouvent dans la demande d'avis pour étude soumise à la loi de 2004, sur le site internet du comité d'éthique.

L'encadrant du mémoire sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine. Le promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude n'est pas susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 14-03-2025 _____

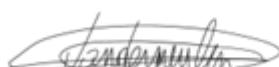


Nom et signature de l'encadrant : Nathan Charlier _____

Date : _____

Nom et signature de l'investigateur principal : _____

Date : 20-03-2025 _____



Nom et signature de l'étudiant : Maud Vandermeulen _____

Attention !

Que votre étude entre ou non dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004, la collecte et le traitement des données doivent être effectués en parfaite conformité avec le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Deux scénarios sont actuellement possibles :

- 1) Le Comité d'Ethique vous informe que l'étude proposée entre dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004

L'étudiant sera alors tenu d'utiliser, lors du dépôt du protocole complet de l'étude, le modèle de document d'information et de consentement du Comité d'Ethique, lesquels contiennent des clauses RGPD.

- 2) Le Comité d'Ethique vous informe que l'étude proposée n'entre pas dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004

L'étudiant sera alors tenu d'utiliser le document RGPD proposé par l'Université (plus d'informations via le lien : <https://my.student.uliege.be/rgpd-memoire-et-tfe>). Ce document ne sera pas soumis au Comité d'Ethique.

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à ethique@chuliege.be. Il est recommandé de joindre votre ou vos encadrant(s) en copie(s) du courriel.

Annexe 5 : Réponse du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège

RE: Demande avis comité éthique

Ethique
À: Vandermeulen Maud
Cc : Charlier Nathan

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et puisque vous ne souhaitez pas la publier dans une revue scientifique ou médicale, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Ethique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL
Secrétariat Administratif
Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
Route **562**, Porte 166
Avenue de l'Hôpital, 1
4000 Liège
Tel: +32 4 323 21 58
ethique@chuliege.be


Répondre Répondre à tous Transférer Lun 07-04-25 05:58

Annexe 6 : Tableau de thématisation

1) NATURE DES BESOINS DE SOINS DE SANTE MENTALE

THEMES	SOUS-THEMES 1	SOUS-THEMES 2
Profils et vulnérabilités des habitants influençant les besoins en santé mentale	Diversité des profils socio-démographiques	Personnes âgées isolées Familles nombreuses Familles monoparentales Jeunes sortant de Services d'Aide à la Jeunesse Public provenant de la rue Public issu de l'immigration Public sorti de prison
	Vulnérabilités socio-économiques	Précarité financière, difficultés de gestion budgétaire Histoires familiales complexes – Parcours de vie compliqué Dépendance aux aides sociales Faible niveau d'éducation ou d'emploi Isolement social, manque de réseau de soutien Absence de suivi par un médecin traitant
	Vulnérabilités cognitives	Troubles cognitifs, handicap mental Faible autonomie dans la gestion du logement
Problématiques de santé mentale identifiées	Troubles psychiatriques sévères Troubles de psychiques fréquents	Schizophrénie, psychoses, troubles bipolaires, paranoïa Dépression, anxiété, surcharge mentale
	Addictions et assuétudes	Alcool, cannabis, drogues dures, gaz hilarant, médicaments Normalisation de la consommation Lien entre consommation et souffrance psychique

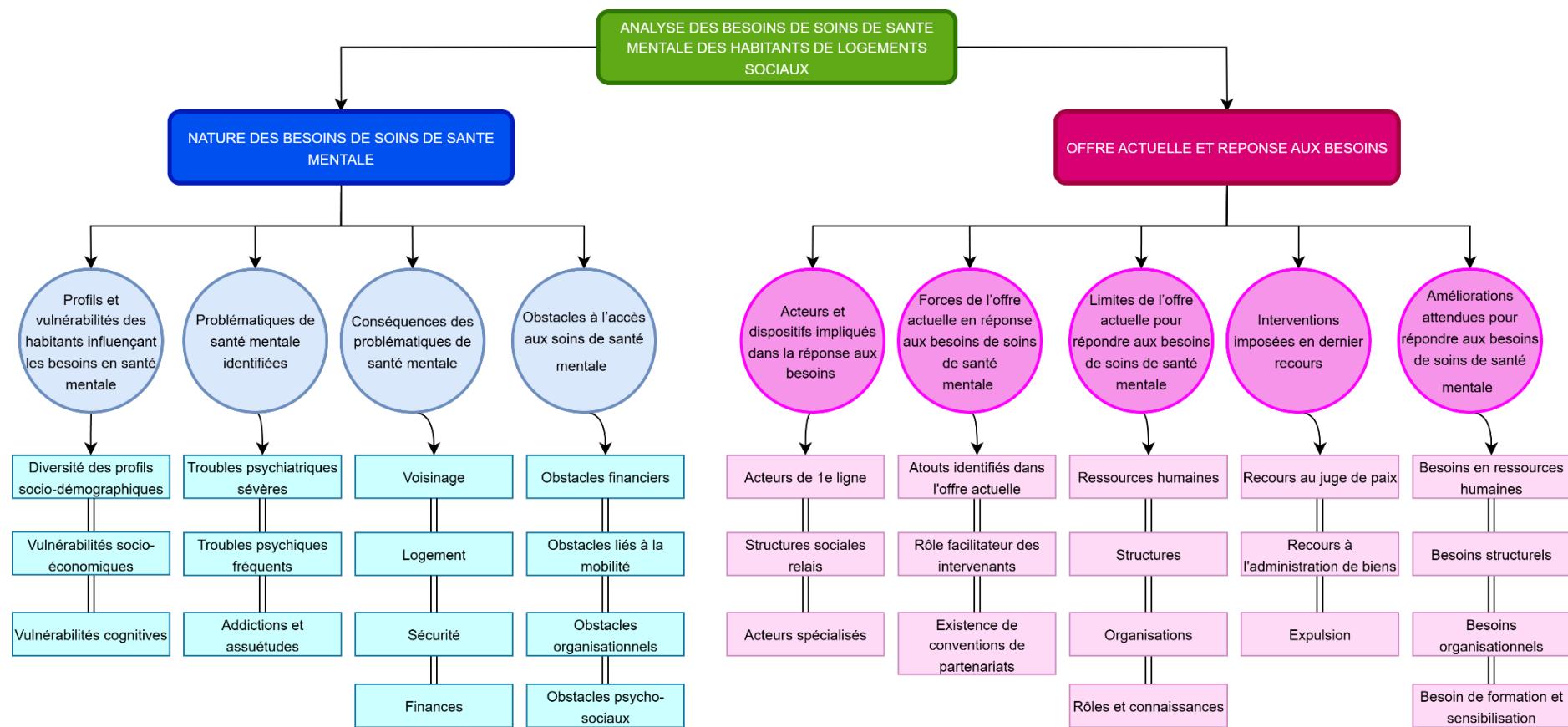
Conséquences des problématiques de santé mentale	Voisinage	Conflits
		Nuisances
	Logement	Dégradation, insalubrité
		Accumulation d'objets et/ou d'animaux
Obstacles à l'accès aux soins de santé mentale	Sécurité	Violence
		Situations de crise
	Finances	Impayés de loyers
	Obstacles financiers	Coût des soins
		Coût des transports
	Obstacles liés à la mobilité	Eloignement des structures de soins
		Absence de moyen de transport
	Obstacles organisationnels	Longs délais d'attente
		Méconnaissance des services
	Obstacles psycho-sociaux	Stigmatisation des soins de santé mentale
		Résistance au changement, motivation
		Déni / refus de reconnaissance du problème
		Faible verbalisation de la souffrance psychique, de la consommation
		Faible demande explicite de soins
		Détection du trouble par intervenants
		Priorisation d'autres besoins avant la santé mentale
		Barrière linguistique

2) OFFRE ACTUELLE ET REPONSE AUX BESOINS

THEMES	SOUS-THEMES 1	SOUS-THEMES 2
Acteurs et dispositifs impliqués dans la réponse aux besoins	Acteurs de 1 ^e ligne	Médecins traitants, psychologues de 1 ^e ligne, Relais Social
	Structures sociales relais	SLSP, AIS, CPAS, facilitateurs de santé
	Acteurs spécialisés	Equipes mobiles, maisons médicales, Psy 107, Service de Santé Mentale, hôpitaux, Espace Convergence Partenaires ponctuels : AMO, CRVI, APL, La Trame, police, ...
Forces de l'offre actuelle en réponse aux besoins de soins de santé mentale	Atouts identifiés dans l'offre actuelle de services	Relais Social Service Mobil'Est Psychologues de 1 ^e ligne Espace Convergence Service de Santé Mentale (SSM) Association de Promotion du Logement (APL) Facilitateurs en santé Equipes Mobiles Police
	Rôle facilitateur des intervenants dans la détection et l'accompagnement des besoins	Suivi social rapproché des structures de logements permettant la détection précoce des difficultés de santé mentale Polyvalence des intervenants
	Existence de conventions de partenariats	
Limites de l'offre actuelle pour répondre aux besoins de soins de santé mentale	Ressources humaines	Manque d'intervenants sociaux, psychiatres, psychologues
	Structures	Manque de structures de soins adaptées Manque de prises en charge à domicile Manque de services dans les zones rurales – éloignées Coûts financiers des services non adaptés au public concerné

	Organisations	Délais de prise charge longs – saturation des services
		Manque de collaboration et coordination entre services
		Cloisonnement des services – manque de partage d'informations
		Manque de proactivité – services « à la demande »
		Ruptures de suivi après hospitalisation psychiatrique
	Rôles et connaissances	Manque de formation en termes de santé mentale des intervenants sociaux
		Tensions entre missions des intervenants et besoins réels des bénéficiaires
		Double casquette « propriétaire/social » des intervenants sociaux
		Manque de connaissances des services existants
		Manque de connaissances du public concerné concernant la santé mentale
Interventions imposées en dernier recours	Recours au juge de paix	
	Recours à l'administration de biens – tutelle	
	Expulsion	
Améliorations attendues pour répondre aux besoins de soins de santé mentale	Besoins en ressources humaines	Psychiatres, travailleurs de terrain, facilitateurs en santé
	Besoins structurels	Plus de structures de soins
		Consultations à domicile – Equipes mobiles
		Services en zones rurales / éloignées
		Renforcement de l'accessibilité financière aux soins
	Besoins organisationnels	Réduction des délais d'attente
		Meilleure coordination et collaboration entre services
		Décloisonnement des services – Partage d'informations
		Développement d'une approche proactive
	Besoin de formation et sensibilisation	Formation des professionnels
		Sensibilisation du public

Annexe 7 : Schéma en arborescence des thématiques identifiées



Annexe 8 : Caractéristiques de l'échantillon

CODE ENTRETIEN	CODE INTERLOCUTEUR	GENRE	PROFESSION	TYPE DE STRUCTURE
A	AS1	H	Assistant social	AIS
A	AS2	F	Assistante sociale	AIS
B	AS1	F	Assistante sociale	AIS
C	AS1	F	Assistante sociale	SLSP
C	EP1	F	Employée polyvalente	SLSP
D1	AS1	F	Assistante sociale	SLSP
D2	AS2	F	Assistante sociale	SLSP
E	AS1	F	Assistante sociale	Structure sociale
E	PSY1	F	Psychologue	Structure sociale
E	PSY2	F	Psychologue	Structure sociale
E	PSY3	F	Psychologue	Structure sociale
E	INFI1	F	Infirmière sociale	Structure sociale
E	INFI2	F	Infirmière sociale	Structure sociale
F	AS1	F	Assistante sociale	Structure sociale
F	AS2	F	Assistante sociale	Structure sociale
F	AS3	F	Assistante sociale	Structure sociale
G	AS1	F	Assistante sociale	SLSP
H	AS1	F	Assistante sociale	AIS
H	AS2	F	Assistante sociale	AIS
I	PSY1	F	Psychologue	APL

Annexe 9 : Engagement de non plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom.....VANDERMEULEN Maud.....

Matricule étudiant :s131832.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le ...15/08/25...

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maud Vandermeulen'.