

CELLULE HOUSING FAST



**INFIRMIERS
DE RUE**
ASBL

**STRAAT-
VERPLEGERS**
VZW

**HOUSING FIRST ET
ASSOCIATION
D'INSERTION
PAR LE LOGEMENT
POUR LES
PERSONNES
SANS-ABRI**



Contexte

Infirmiers de rue asbl a été créé en 2005 et a pour objectif la **réinsertion durable des personnes sans-abri**. Pour ce faire, nous prônons une vision intégrale pour nos patients, nous les prenons en charge durablement à partir de la rue jusqu'à ce qu'ils soient stabilisés dans leur logement. En effet, nous avons constaté que l'amélioration de la santé des patients ne pouvait pas être vue séparément de la remise en logement (problèmes de suivi des maladies et des traitements, instabilité de la vie en rue, etc.).

1. Qu'est ce que le Housing Fast ?

a. Bref Historique

Une **étude de faisabilité** en 2011 et en 2012 a été réalisée afin d'étudier différentes alternatives avec l'aide de 4 étudiants universitaires à Bruxelles (de Solvay), d'une société spécialisée en impact social (Kois Invest) et d'autres spécialistes de la remise en logement de sans-abri, à New-York¹, Vienne et Amsterdam. C'est à ce moment-là que nous avons adopté et adapté au contexte bruxellois l'idée du Housing First, en un concept: le **Housing Fast**. En effet, des expériences d'organismes précurseurs à l'étranger montrent, pour des sans-abri long terme, des taux de succès de réinsertion en logement individuel après 2 ans de 80% à 92%.

La spécificité de l'approche est d'offrir, **après une préparation du patient** en rue, un **logement adapté** et dans un lieu où se trouvent aussi des équipes médicale, psychologique et sociale, afin de réaliser un suivi régulier de proximité et éviter des retours en rue. Un important travail sur l'estime de soi, l'hygiène et la santé a donc lieu en rue, avec en parallèle une remise en ordre administrative (rendre possible l'ouverture de droits), pour que le patient puisse intégrer son logement. Ce travail de préparation a été évalué comme nécessaire afin de faire naître l'émergence d'une demande, tout comme minimiser les risques de retombées en rue.

(1) Community Solutions : <http://cmtysolutions.org/about>

b. Définition

Agréé comme association d'insertion par le logement (AIPL) par la région, le Housing Fast est une cellule de suivi en logement durable de personnes sans abri particulièrement vulnérables. L'objectif est le maintien en logement, le rétablissement et la stabilisation du patient. L'accompagnement peut aller du simple soutien au bénéficiaire et au réseau jusqu'à la création d'un véritable dispositif Housing First. Il se veut volontairement plus large afin de permettre à la personne de choisir le lieu d'hébergement qui lui convient et permettre la construction de nouvelles trajectoires. Le Housing Fast fait du Housing First lorsque l'accompagnement est réalisé en logement privé isolé et dans tous les autres cas d'hébergement durable, il est singulier. Par ce travail, **notre cellule Housing Fast est un acteur majeur réalisant du Housing First en région Bruxelles Capitale.**

En effet, nous sommes reconnus pour notre expertise en faisant partie du programme fédéral plus large Housing First Belgium².



C. Qu'est ce que le Housing First : « Pathways to Housing » : le modèle original³ :

Le modèle *Housing First* opère en proposant une sortie immédiate de la rue, un renversement de perspective. Il s'agit de montrer que la personne sans-abri – fût-elle toxicomane et atteinte de troubles psychiatriques sévères – est apte à se maintenir de manière autonome en logement pour autant qu'on lui permette l'accès à un accompagnement adapté. L'association *Pathways to Housing* s'adresse exclusivement aux profils les plus lourds et les plus complexes rencontrés en rue : ces personnes présentant une situation de double diagnostic, errant dans les dispositifs d'urgence et pour lesquelles aucune solution de relogement, d'insertion ou de guérison ne semble exister.

(2) Housing First Belgium : <http://www.housingfirstbelgium.be/>

(3) Majorité du texte provient de : Lo Sardo S., Donner la priorité à l'accès au logement dans l'aide aux sans-abri, Pauvreté – Le trimestriel du Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté, P6-8

Le modèle *Housing First* est structuré autour d'une série de principes:

- Permettre, directement depuis la rue, l'accès à un logement individuel et abordable. Ce logement n'est en rien un logement de transition. Il est fourni sur base d'un contrat de bail standard, sans aucune limite de temps particulière.
- L'accès au logement est inconditionnel. Conformément au principe de réduction des risques, il n'est jamais imposé à la personne de suivre un traitement, qu'il s'agisse de désintoxication ou de suivi psychiatrique.
- Le seul motif d'expulsion du logement est le non-respect des règles standard de location (dégradation du bien, nuisances causées au voisinage, etc.).
- Les différents logements du programme doivent être dispersés dans la ville. Ce principe permet d'éviter des phénomènes de micro-ghettoïsation et de concentration de problématiques similaires.
- La mise en logement s'accompagne d'une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, psychiatres, travailleurs sociaux, travailleurs spécialisés en toxicomanie, pairs aidants, etc.).
- La réduction des risques et l'approche orientée vers le rétablissement sont des éléments centraux dans l'approche thérapeutique réalisée.
- Cet accompagnement n'est astreint d'aucune conditionnalité, restriction ou limite de temps. La personne est simplement encouragée à rencontrer l'équipe une fois par semaine.
- L'équipe est mobile et, selon un système de garde, disponible 24h/24 et 7j/7.
- Le programme suit un principe de séparation du suivi et du logement. Cette séparation permet à l'équipe de pouvoir continuer à assurer un suivi même si la personne a quitté son logement, qu'il s'agisse d'un choix volontaire ou d'une expulsion.
- Le libre choix de l'utilisateur est une notion centrale. La personne accompagnée a le loisir de choisir son logement, le quartier dans lequel elle souhaite vivre et le type d'ameublement dont elle estime avoir besoin. De la même manière, c'est la personne elle-même

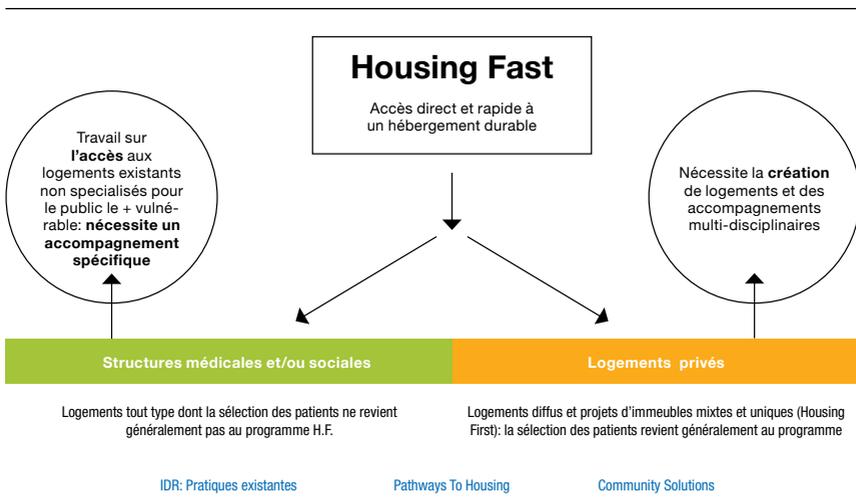
qui détermine la nature de son suivi et la fréquence des services d'accompagnement qui lui sont proposés.

Toute l'approche *Housing First* est là, structurée entre ces deux pôles: l'accès immédiat à un logement et la proposition d'une prise en charge globale orientée vers la guérison de la personne et son intégration au sein de la communauté⁴.

2. Modalités du Housing Fast

a. Les types de logement

Nous déclinons le projet *Housing Fast* en deux modalités. D'un côté, nous travaillons sur la captation de logements via l'achat, la rénovation, la construction, la négociation avec des investisseurs et/ou propriétaires privés ou publics et d'un autre côté, nous faisons des mises en logement dans d'autres structures d'hébergement durable dispersées dans l'espace territorial. La question du travail sur l'accès à l'habitat est donc centrale, via une tentative de création de nouveaux logements adaptés pour notre public cible.



(4) Le modèle Housing First ne jaillit pas d'un vide théorique ou pratique. Il prend appui sur les acquis, à l'époque déjà bien établis, de la réduction des risques en matière de suivi des personnes toxicomanes et de l'approche ACT (Assertive Community Treatment) en matière de santé mentale. De même, des initiatives de relogement direct de sans-abri chroniques ont bien sûr préexisté à Pathways to Housing (pour une perspective nord-américaine, voir Waagemakers Schiff & Rook 2012). La spécificité du Housing First est d'être parvenue à articuler ces différents principes en un tout cohérent.

Ces deux modalités utilisent la même méthodologie «Housing Fast» d'accroche en rue et d'accompagnement psycho-médico-social des patients dans le logement.

Nous constatons que via ce dispositif, **nous nous plaçons comme un opérateur réalisant (ou permettant sa réalisation) du Housing First en Région Bruxelles-Capitale**, même si cela ne constitue pas l'ensemble de nos activités logement. Le type de suivi sera adapté non seulement au patients mais aussi aux types de logements que ce dernier va intégrer: il peut aller du simple soutien jusqu'à une coordination complète et intensive.

On comprend ainsi qu'en vue de l'inclusion dans notre projet, les patients devront répondre aux critères suivants (qui, mise à part la question de l'accompagnement, ne sont que les conditions imposées à tout locataire):

1. Ne pas réussir à intégrer ou à se maintenir dans une structure (parcours d'insertion par escalier): c'est-à-dire les personnes qui restent en rue parce qu'elles n'y ont pas (ou plus) accès et les personnes qui usent régulièrement des circuits institutionnels sans succès;
2. Paiement du loyer;
3. Respect du voisinage;
4. Accord pour un accompagnement par l'équipe IDR.

b. Profil des patients relogés :

Les personnes visées par le projet sont sans abri, dans la région de Bruxelles Capitale. Les critères de sélection s'articulent autour de la vulnérabilité. Cette dernière se définit à travers une échelle d'évaluation de l'état d'insertion d'une personne (CVC)⁵, la qualité de son réseau psycho-médico-social, le cumul de problématiques (santé physique, mentale et assuétudes) et ses risques en terme de mortalité et morbidité. Il s'agit donc à la base d'un public qui n'a que très difficilement accès aux structures d'aide aux sans abri et aux soins, et qui est ainsi à la rue ou dans des circuits institutionnels depuis de nombreuses années (8 à 20 ans en moyenne). Généralement, les diverses approches «classiques» de réinsertion ont donc échoué avec eux et ils constituent de toute évidence **la population la plus précarisée** dans la région de Bruxelles Capitale. Le service ne se veut

(5) http://www.infirmiersderue.org/fr/Outils_et_publications/

pas excluant des autres profils sans abri, pour autant qu'il permette la réussite de ses objectifs initiaux.

Nottons que selon le dernier recensement de la **Strada**, le nombre de personnes sans-abri à Bruxelles s'élèverait à 1.944 en 2010, soit une augmentation de 9,7% par rapport à 2008. Un constat est donc réalisé sur une précarisation et augmentation quantitative des personnes sans-abri. Les parcours de chaque personne se retrouvant en pareille situation sont très différents et divers facteurs peuvent être mis en avant : paupérisation, troubles de santé divers, problèmes juridiques, etc. Ces parcours permettent de mettre en avant des profils extrêmement diversifiés, dont les structures de prises en charge sont malheureusement trop segmentées ou trop peu nombreuses. Ces personnes se retrouvent ainsi en rue avec un accroissement de la multiplicité de leurs problématiques, qui rapidement se retrouvent imbriquées les unes dans les autres.

Notre prise en charge s'axe sur les profils les plus lourds, où les problématiques pré-citées sont amplifiées du fait du nombre d'années de vie en rue. La déstructuration de nos patients les empêche de faire appel aux réseaux d'aide et de soin existants. C'est pour cette raison que nous nous positionnons en tant qu'intermédiaires pour recréer ce lien, cette confiance entre les structures psycho-médico-sociales et les personnes sans-abri.

IDR estime actuellement à **400 personnes** la population la plus vulnérable en région Bruxelles Capitale, donc visée par le projet. Cela engendre des difficultés particulières étant donné qu'elles ont des pathologies multiples qu'elles ont développées au cours de leurs longues années en rue et elles ont, de ce fait, des recours particulièrement fréquents aux services d'urgence. Via ce projet, IDR démontre que la société peut prendre en charge (via un accompagnement multi-disciplinaire et global) des individus pour lesquels, pour l'instant, aucune solution de logement durable n'est envisagée.

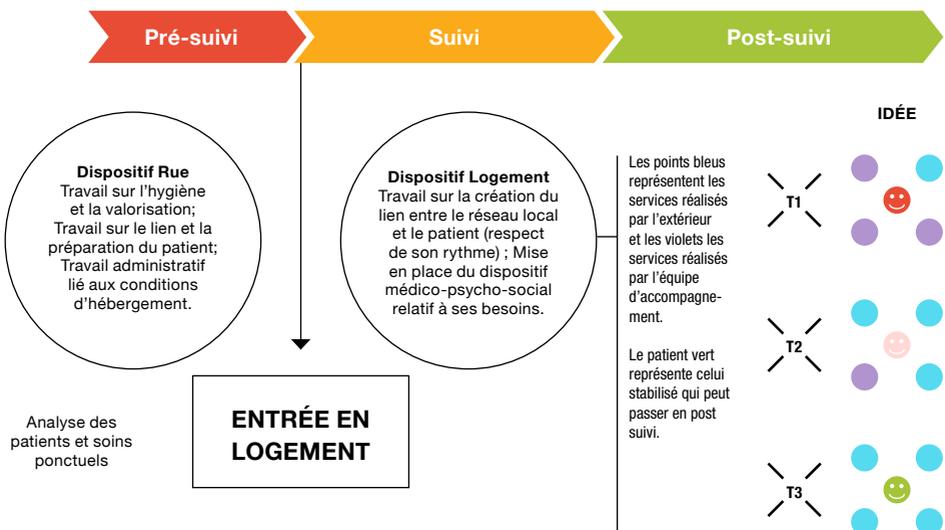
c. L'accompagnement

L'asbl a pour mission d'être un intermédiaire médico-social qui rétablit les liens entre les personnes vivant dans une grande précarité, leur environnement et les services sociaux et de santé. IDR est convaincu que *« toute personne peut prendre conscience de l'importance à accorder à sa santé et à son hygiène et peut bénéficier d'un accès aisé aux soins et en faire usage »*. Nous utilisons l'hygiène et la revalorisation par les soins comme des déclencheurs et nous complétons ce travail

via la collaboration avec différents acteurs du réseau psycho-social et médical. L'approche intégrale garantit la durabilité de nos actions, et donc également la réinsertion de nos patients.

On constate ainsi que **notre offre est multiple** : en pré-suivi, le travail consiste surtout en du repérage et analyse de public. Puis lors de l'entrée en suivi, le patient reçoit une offre de services dont le métier se caractérise par un travail psycho-médico-social de rue. Et enfin, lors de l'entrée en logement, un travail de transfert (si nécessaire ouverture) des droits sociaux puis de réinsertion dans un dispositif de suivi médico-social (approche globale) et, le cas échéant, psychologique, est mis en place. Cette perspective est née au regard de la difficulté d'accès au logement pour nos patients. Nous y travaillons donc via les structures existantes mais également via la création de nouveaux logements.

Ce travail, réalisé en rue puis poursuivi en logement, comprend plusieurs facettes: régularisation administrative (exemples: titres de séjours, adresse de référence, revenus, accès aux soins de santé), relais juridique, accompagnement psycho-médico-social, valorisation des personnes, travail sur l'hygiène, intermédiaires entre les sans-abri et les institutions médico-sociales – création d'un réseau autour du patient, stabilisation, gestion des conflits, etc. Les priorités données à l'équipe dépendront des problématiques du patient, de sa demande et bien évidemment **dans quel dispositif il se situe**.



3. Premières observations

a. Quantitatives

Dans le cadre du H.F.B, nous sommes à plus de 80 % de maintien en logement avec le public le plus difficile. Cela correspond aux résultats attendus et observés dans l'ensemble des pays développant des méthodologies Housing First. Ce chiffre est repris à la date du 01/10/2014 et pourrait donc évoluer au regard du peu de recul dont nous disposons actuellement dans le cadre de cette expérience. La plupart des patients entrés dans ce groupe expérimental sont encore dans notre suivi et le travail de rétablissement et amélioration du bien-être est en cours.

Néanmoins, Infirmiers de Rue réalise informellement depuis plusieurs années des remises en logement, selon cette méthodologie. Plus largement, nous avons identifié 38 personnes stabilisées, ce qui nous conforte dans l'idée que notre cellule doit venir professionnaliser le travail en logement, tout en favorisant l'ouverture de nouvelles possibilités et trajectoires pour les patients.

A noter qu'en terme d'efficience, une étude a été coordonnée par l'asbl, avec le soutien d'une majorité des hôpitaux Bruxellois, afin d'évaluer l'impact de la mise en logement de personnes sans-abri sur le cout en matière d'hospitalisation.

Une comparaison de la consommation hospitalière entre le pré-suivi et le post-suivi (c'est à dire avant et après passage dans un dispositif type Housing Fast) a été réalisée.

Concrètement, 17 patients étaient dans les critères et ont été pris dans l'étude et divers hôpitaux ont été contactés, dont Saint-Jean, Saint-Pierre, Ixelles et Erasme qui participent activement. Les résultats préliminaires montrent, après la stabilisation en logement, une nette diminution de la fréquentation des services d'urgence, ainsi qu'une diminution du taux d'hospitalisation, rejoignant des taux d'hospitalisation de la population générale.

Soulignons la singularité de cette étude qui est de faire une comparaison avec les mêmes patients (étude sur l'évolution), alors que d'habitude la comparaison porte sur deux populations différentes.

b. Qualitatives

Sans prétendre être exhaustifs, voici quelques constats :

- Les personnes relogées sont satisfaites: elles se sentent respectées, elles gagnent en estime de soi et en bien être;
- Elles sont déstigmatisées et considérées comme des citoyens à part entière;
- Elles vont mieux, même si subsistent des rechutes (faisant partie de la trajectoire de la personne);
- Les partenaires, tant accompagnement que logement, sont satisfaits de la collaboration générale: la mise en logement peut être un soutien tant pour le réseau de soin et que pour les opérateurs de logement;
- Des témoignages de propriétaires, de voisins, de réseau soulignent une différence flagrante en terme d'insertion entre des personnes sans-abri faisant partie du dispositif et d'autes (non accompagnés) dans un même type de logement (ex: régularisation socio-administrative, paiement du loyer, hygiène, état du logement, consommation, etc.);
- les centres d'urgences, les hôpitaux (services santé physique ou mentale), les centres de cure ou post-cure retrouvent leur vocation première, car actuellement pollués par les enjeux d'hébergement durable;



4. Perspectives et objectifs 2015

a. Objectifs 2015

- Continuer notre action de stabilisation, rétablissement et réinsertion par le logement des patients entrés en 2014;
- Poursuivre notre travail de captation de logements afin de non seulement augmenter le nombre de patients suivis mais aussi les possibilités pour ceux qui le sont déjà (un des piliers des programmes Housing First);
- Remise en logement de minimum 7 patients par an;
- Ouvrir notre cellule à des partenaires extérieurs afin d'offrir nos services à un plus grand nombre de patients «vulnérables» et soutenir le réseau afin de permettre le maintien en logement;
- Rester l'un des acteurs majeurs dans la mise en place de dispositifs de type Housing First en région Bruxelles Capitale;
- Travailler à la création d'outils de travail afin d'optimiser l'efficacité de notre action et en mesurer l'impact;

Des **experts en consultance** continuent à nous donner les clés qui assurent le bon déroulement de ce projet. Ils nous aident dans la mise en route du bâtiment et dans la mise en place des partenariats.

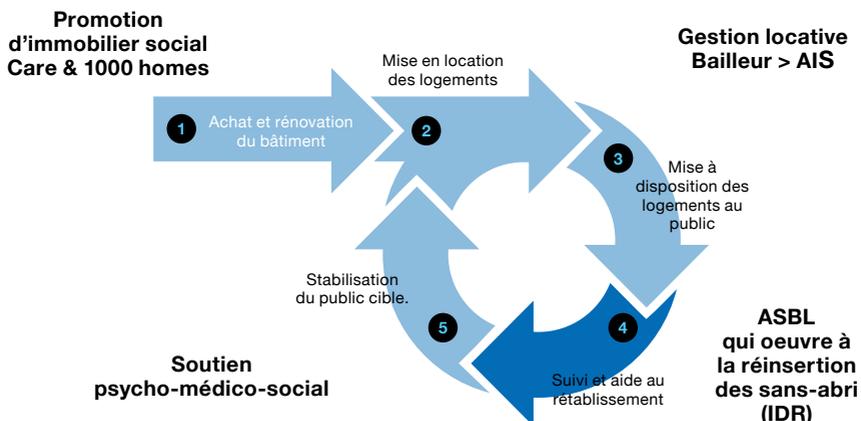
b. Perspectives logement

Concrètement, un bâtiment dédié à la cellule est en cours de **rénovation** et sera ouvert à notre population début 2015: 5 personnes pourront bénéficier des logements disponibles, faisant de ces logements de l'habitat accompagné par une équipe multidisciplinaire.

Nous sommes en train d'élaborer les **conventions de partenariat** avec les Agences Immobilières Sociales (AIS); avec les partenaires psycho-médico-sociaux et avec la SCA propriétaire de l'immeuble (via l'investisseur social Koïs Invest). Nous sommes également à la recherche **d'un modèle économique durable** pour le financement des équipes d'accompagnement au sein du bâtiment et nous travaillons sur la rédaction d'un **protocole d'accompagnement** au sein du bâti-

ment Housing Fast. A noter que ce projet a d'ailleurs été reconnu et a gagné le **concours Convergences Europe** et est soutenu par le Fonds Venture Philantropy de la Fondation Roi Baudouin.

Exemple de modélisation du dispositif Housing First - IDR



D'autres pistes sont également en cours en terme de création de logement (mais aussi simple captation) selon les modalités pré-décrites. A titre exemplatif :



Il s'agit d'un projet, initié par l'architecte Luc Schuiten et co-créé par IDR, qui vise la construction de logements écologiques, architecturalement poétiques et individuels sur des espaces inoccupés de la ville afin de les mettre à disposition à la population visée par notre dispositif. Des recherches de terrains et des contacts avec les communes sont en cours afin de permettre sa réalisation. **Deux** logements sont prévus pour commencer.

En outre, les partenariats avec des AIS nous ouvrent l'accès à une partie de leur parc si nécessaire (et sous réserve de leurs possibilités) : Le nouveau 150, BAITA, le CPAS de Saint-Gilles (et son AiS), Logement pour Tous. D'autres opportunités via Habitat et Humanisme, les SLS ou d'autres AIS sont en cours d'étude.

A noter que notre partenariat avec la SCA « Care & 1000 Homes » nous **garantit** (dans les limites du marché immobilier bruxellois) **l'acquisition de studios et/ou d'appartements de manière régulière, permettant un flux grandissant dans le nombre de patients relogés.** Il a d'ailleurs permis l'ouverture de logements à d'autres publics et/ou

associations dans le réseau Bruxellois (ex: cas de l'immeuble mixte et unique).

Enfin, des pistes d'achat de bâtiment à destination du projet sont en cours, via des négociations avec des fondations et organisations privées. Plus ou moins 5 logements pourraient être débloqués à destination du projet en 2016.

c. Réseau accompagnement

Infirmiers de rue agit également comme intermédiaire entre le **réseau** et les patients. Il organise des partenariats avec d'autres services comme les aides ménagères et familiales, services de santé mentale, maisons médicales, centres d'animations, services de médiation de dettes / gestion de budget, etc. L'objectif à terme est l'intégration, via le logement, du patient dans la cité.

Nous travaillons donc avec l'ensemble des acteurs psycho-médico-sociaux: pour certains à un niveau institutionnel, pour d'autres à un niveau individuel. L'ensemble **des communes, des CPAS en région Bruxelles-Capitale, tout comme le réseau d'aide aux sans-abri est visé par le propos. Le travail étroit avec le secteur de la santé, de la santé mentale et de la toxicomanie nous semble indispensable.**

C'est pour ce motif que notre comité d'accompagnement est composé de:

- * **Le Méridien** (service de santé mentale)
- * **Tractor** (service itinérant de santé mentale)
- * **L'Ilôt** (plus particulièrement son service d'accompagnement à domicile SACADO)
- * **La Maison médicale de la Senne**
- * **La Fédération des maisons médicales**
- * **L'association Droits sans toit** (permanence juridique à destination des personnes sans-abri)

En outre, divers SPAD et projets Psy 107 ont été approchés dans le même objectif (ex: Prisme Nord Ouest, Hermès +). Des discussions avec le SAMU SOCIAL sont en cours afin de définir plus précisément les rôles et/ou l'implication de l'urgence dans ce dispositif. A ce stade, le soutien au projet est acquis, dans les limites des mandats et missions respectives de chacun.

Nous travaillons aussi sur **le réseau local** de notre futur bâtiment afin d'optimiser l'insertion des personnes qui y seront relogées.

Nous n'écartons bien évidemment aucune autre possibilité de collaboration et continuons d'œuvrer afin d'élargir au maximum les pistes pour la fin du sans-abrisme en région Bruxelles Capitale. Toutes les collaborations visant cet objectif sont les bienvenues, notre cellule visant le soutien du patient et du réseau.

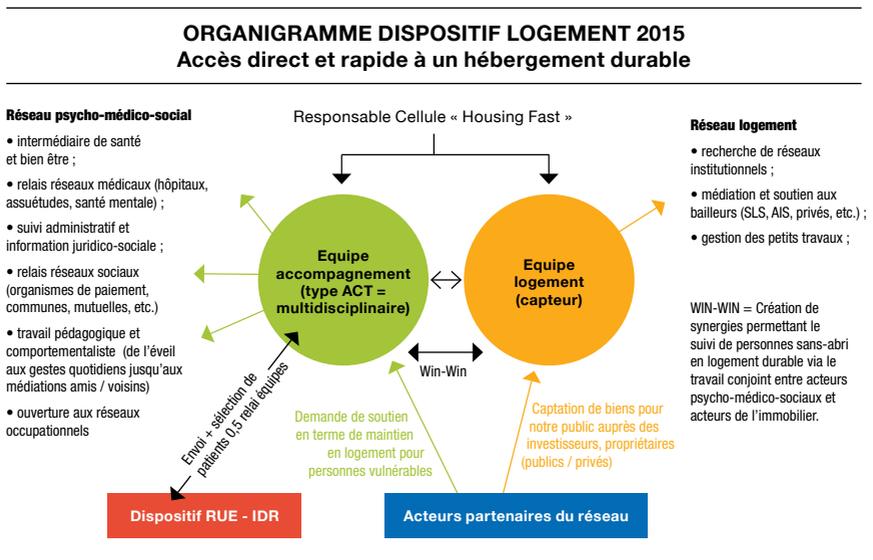
d. L'équipe

Actuellement, nous comptons, dans le cadre de ce projet, sur 1,5 ETP (composé d'un mi-temps Assistant Social / 1 temps plein Infirmier) en matière de dispositif d'accompagnement. Nous venons également cette année (2014) de renforcer cette équipe avec un médecin à 0,5 ETP. Nous comptons également sur le soutien de 4-5 bénévoles. Cette équipe suit actuellement 10 patients.

En outre, elle travaille sur la création d'outils permettant de maximiser l'impact de notre action mais aussi sur la captation de nouveaux logements afin d'assurer la continuité de notre activité.

Dans une **perspective d'avenir plus large**, nous aimerions continuer à élargir ce dispositif selon les modalités suivantes : élargissement de la pluridisciplinarité de l'équipe puis augmentation du personnel.

L'organigramme, tenant compte de ce développement, se décline donc de cette façon :



On constate ici très clairement l'application de l'un des principes de la méthodologie Housing First à savoir la séparation des acteurs du logement et des acteurs de l'accompagnement. Le patient se situe au centre de la démarche et chaque réseau autour de ce dernier possède son relais.

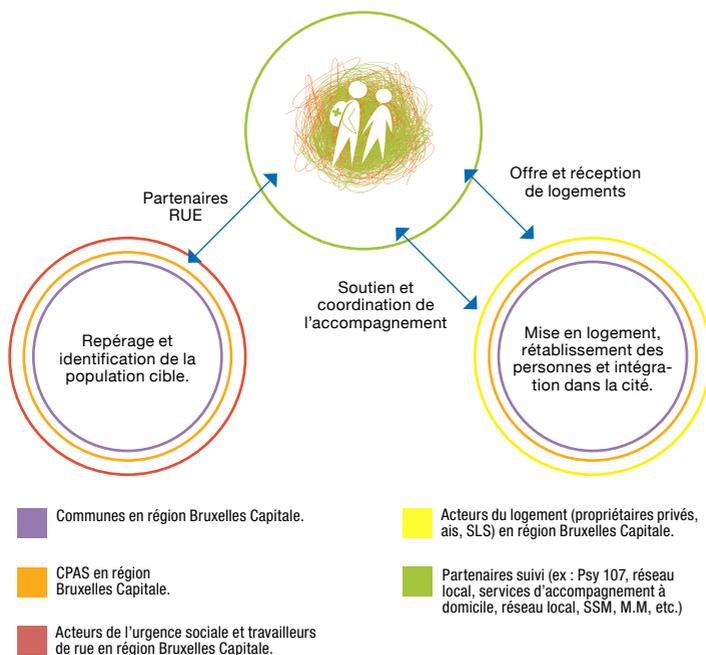
Les patients sont envoyés en priorité par le dispositif rue de l'asbl qui aura préalablement sélectionné les patients selon les critères explicités supra. De plus, la cellule est prête à suivre des personnes correspondant au même profil venant d'autres institutions pour autant que les principes méthodologiques soient respectés.

On peut imaginer :

- des structures envoyant des patients correspondant au profil relogés dans le parc réservé à la cellule (puis suivies par cette dernière);
- des propriétaires / investisseurs / philanthropes soucieux de la problématique mettant à disposition des logements réservés au projet (cf. rôle du capteur de logement);
- des organismes disposant de logements et de patients mais pour lesquels notre expertise en matière de Housing First, de sans-abrisme, de multidisciplinarité est indispensable car l'accompagnement proposé est trop léger et/ou présente des conflits d'intérêt vis à vis du futur locataire (ex: organisation qui fournit l'accompagnement et des ressources financières, parfois conditionnées, est le même);
- un réseau (travailleurs de rue / centres d'urgence) qui met en logement un patient chez un propriétaire privé mais dont les deux acteurs centraux auront besoin de soutien pour le maintien en logement;

Dans une perspective plus vaste, un travail de synergies pourrait être envisagé afin de repérer et d'identifier les personnes visées par le projet avec différents acteurs (communes, cpas, acteurs de l'urgence sociale) pour ensuite les reloger, travailler sur leur bien-être et les intégrer localement dans la cité et ce sur les 19 communes de la région Bruxelles Capitale.

Comme le montre ce schéma, il s'agit là de la création d'un large partenariat visant le relogement des personnes sans-abri, permettant de



cette façon la réalisation des objectifs initiaux des diverses structures prenant en charge ce public (centres d'urgence, hôpitaux).

D'autres dispositifs de type Housing First pourraient être implémentés dans la région au regard de l'ampleur du phénomène afin de permettre notamment des relais si nécessaire. A ce propos, des pourparlers avec le SMES-B sont en cours afin d'explorer les rapprochements associatifs possibles.

Etant donné la multiplicité des possibilités, nous avons prévu deux types de suivi :

- suivi intensif (patient à problématiques lourdes qui entre dans un hébergement dont le réseau est quasi inexistant) méthodologie Housing First;
- suivi de soutien (patient ayant déjà amorcé sa stabilisation / rétablissement en logement privatif ou patient entrant dans une structure d'hébergement durable dont un accompagnement non spécifique à la population est déjà prévue);

Comme indiqué plus haut, **la cellule va donc s'adapter aux besoins du patient et de la structure de logement afin de parvenir à ses objectifs**: maintenir la personne en logement durable, travailler à sa stabilisation, son rétablissement et enfin sa réinsertion. Notre volonté dans ce dispositif est d'offrir aux personnes le maximum de possibilités, depuis les biens privés jusqu'aux institutions spécialisées long terme à certains besoins / demandes du citoyen.

L'équipe multidisciplinaire devrait être soutenue si le capteur de logements, en synergie avec le relais RUE et les partenaires du réseau, parvenaient à ouvrir plus de possibilités au public visé. L'idée serait de permettre **une proportionnalité entre les équipes d'accompagnement et les besoins de la population visée par ce projet selon des ratios pré-définis**.

REMARQUES

Nos **critères d'évaluation** pour mesurer la réussite de la réinsertion de nos patients sont les suivants:

1. Paiement du loyer
2. Amélioration globale du CVC (échelle d'évaluation de l'état d'insertion d'une personne): un score positif sera donc un indicateur de la stabilisation du patient
3. Durée du séjour du patient de minimum deux ans
4. Evolution positive du score de l'échelle de bien-être en logement – co-construite avec le patient
5. Construction et usage du réseau psycho-médico-social local
6. Se rendre régulièrement aux rendez-vous avec l'assistant social et l'infirmier d'IDR

Enfin, il est important de mentionner que ce nouveau projet implique pour IDR de **diversifier** au maximum ses sources de financement et de créer des **collaborations** annuelles et **pluriannuelles**, qui permettent de garantir aux patients un suivi régulier sur le moyen et le long terme, facteur essentiel à la réussite de leur réinsertion durable en logement.



KOIS INVEST





28

30

Annexe : L'accès au logement, l'accès aux soins

Quand des portes se ferment, les modèles Housing First tentent une nouvelle ouverture⁶.

Avant de commencer mon propos et dans un souci d'authenticité, je tiens à signaler que certains croisements mineurs ont été réalisés dans la rédaction des vignettes qui vont suivre afin d'améliorer la lisibilité et permettre la préservation de l'anonymat des personnes concernées (mais non concertées). L'article est basé sur du vécu personnel mais intègre également des discours de mes collègues, des suivis institutionnels. L'ensemble des questionnements, des analyses des différentes approches du traitement de la problématique sans-abri découlant de ces illustrations restent inchangées et sont reflétées. Ce texte n'a pas la prétention de réaliser une présentation exhaustive et théorique du modèle Housing First (qui s'est construit dans l'opposition, voire la complémentarité, des approches dites « en escalier ») mais bien de mettre en évidence certaines observations quant à l'accès au logement et au soin, tout comme les effets de certains principes d'accompagnement (tant au niveau médico-social, qu'au niveau du logement : insalubrité / précarité des contrats – transit) sur le bien être (dont sa santé mentale peut faire partie) d'un patient.

Nous sommes en 2011, lors de l'un de ces après-midi sous une pluie diluvienne. Un homme se présente à l'entrée d'une maison d'accueil, les cheveux hirsutes, le visage dont les traits et la dentition nous laisse présager beaucoup de souffrances, de violences et d'années de vie d'errance. Il demande à quelqu'un s'il s'agit bien du lieu recherché, s'assied et attend sans dire un mot. Pendant ces longues minutes, il espère qu'on le prenne en charge et avant tout qu'on lui offre un lit, un toit pour cette nuit et pourquoi pas les suivantes ? Une demi heure plus tard, un travailleur social va à sa rencontre, se présente et l'invite à le suivre pour un entretien de (pré)admission. L'homme lui tend, comme demandé, sa carte d'identité, tremblant, le regard vitreux, marqué par des tics nerveux à l'arcade sourcilière gauche et mouvements saccadés au bras droit. Les odeurs corporelles mélangées aux relents acres et alcoolisés, cachées au départ par les vas et viens des personnes

(6) Desirotte V., extrait de la revue de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Mental'Idées N°21.

dans le large hall, s'accroissent au fil du temps passé dans l'exiguïté d'une pièce mal aérée.

La discussion est donc pénible, non des plus naturelles. L'intervenant tente tant bien que mal de se référer à son canevas alors que l'homme, lui, n'ose trop s'avancer sur son parcours de peur d'essuyer un énième refus d'entrée. De plus, les réalités, les perceptions des uns et des autres sont si différentes, peut être trop différentes, que le point de rupture ne tarde pas à s'opérer lorsque le professionnel exige de cet homme un rapport médical de son médecin psychiatre.

«*Mais pourquoi ?*» se demande et demande cet homme, qui affirme haut et fort qu'il n'est pas malade, qu'il est peut être passé par de mauvaises passes, pour des raisons qu'il a d'ailleurs évoquées (son ex épouse, le gouvernement, ses enfants, son milieu familial, les médias, etc.), mais qu'il ne peut fournir des documents de personnes qu'il ne voit pas et surtout qu'il ne souhaite pas voir pour le moment. Sa priorité, c'est la sécurité d'un logement, rien de plus !

Dès lors, le ton monte à mesure que l'incompréhension réciproque s'accroît. La tension est palpable, si bien qu'alertés par ce qui se dit dans le bureau d'à côté très mal insonorisé, nous venons, moi y compris, en renfort de notre collègue pour expliquer de diverses façons à cet homme qu'au regard de sa réaction, il ne pourra intégrer notre structure. Il a donné lui-même, sans le vouloir au départ, le prétexte nous permettant d'objectiver notre décision. Cependant, l'argumentaire que nous lui avons transmis n'était-il pas faussé ? Le collectif, le manque de qualifications en matière de toxicomanie et santé mentale, n'étaient elles pas les véritables raisons de la clôture de cet hébergement qui n'a même pas débuté ? A moins que nous fussions tout simplement prisonniers de nos propres logiques institutionnelles ?

Après moultes délibérations et menaces respectives (plus ou moins diplomatiques, c'est selon), l'homme finira par s'en aller pour retourner à la gare du nord, lieu d'où il vient par ailleurs. Personne ne le reverra, mis à part les quelques employés passant par cet endroit en allant ou revenant chez eux.

Tout est bien qui finit bien, m'avouera le travailleur social après l'incident : dès son arrivée, la question n'était plus son accueil mais bien son refus, usant de toutes les techniques de CNV⁷ afin qu'il se passe en douceur. L'accepter n'aurait-il pas été que reporter une difficulté de gestion du communautaire en un autre temps ? L'objectif de réinsertion

(7) Communication non violente.

des personnes sans-abri, via des projets pédagogiques pré-définis pour y parvenir, n'était-il pas illusoire au regard de la problématique de poly-toxicomanie minimisée et de reniement de pathologie de « schizophrénie paranoïde⁸ » de l'intéressé ? La grandeur de l'institution, le nombre d'intervenants auquel cet homme aura affaire, n'accroîtront-ils pas sa paranoïa (surtout s'il n'est traité) ?

Si tous ces éléments ne lui ont été transmis, ne serait-ce parce qu'ils renvoient au malaise du travailleur social, tiraillé par l'ambivalence des missions d'un aidant (qui pousserait à tenter de trouver des solutions pour cet homme) et des aspects plus sécuritaires, voire simplement idéologiques (qui rendent impossible son accueil car est potentiellement dangereux ou ne s'intégrera pas au projet éducatif ou thérapeutique) ?

Pour soigner la contradiction, le professionnel tentera une réorientation vers une structure adaptée puisque celle à laquelle s'est présenté cet homme ne l'est pas. Il s'agit en outre d'un excellent moyen de diminuer l'agressivité et, qui sait, parvenir à atteindre l'objectif initial. Beaucoup penseront à la même chose qu'à l'heure où j'écris ces lignes, à savoir qu'il s'agit là d'actes plus illusoires et théoriques, visant à satisfaire notre conscience professionnelle, que réalistes. Les chances pour que l'on parvienne à un résultat probant restent aussi importantes que celles d'un grattage de ticket de jeu.

En effet, au-delà du manque de place récurrent dans quasi toute structure d'hébergement, le cumul des problématiques entraîne un accroissement du refus d'admission de ces « profils », brisant de par là même toute possibilité de soin. Mon collègue avait-il tort lorsqu'il disait « *Ici nous travaillons essentiellement la réinsertion, avec un axe socio-professionnel. Ne devrait-il pas aller en MSP, IHP, voire être mis en obs. ?* » Cependant, n'assisterons-nous pas à un jeu de ping-pong plutôt qu'à une véritable coordination inter-réseaux (médico-sociaux) ? La réponse pour cet homme, en d'autres lieux, risque d'être « Monsieur consomme trop pour notre institution, qu'il aille chez tel partenaire » pour qu'ensuite ce dernier nous dise « Monsieur souffre de schizophrénie, tentez ailleurs » ou encore « Nous connaissons déjà cette personne, il a eu sa chance mais au regard de sa violence, nous ne pouvons le recevoir à nouveau » et ce jusqu'à ce que la personne se décourage, accentuant ainsi son déni, ses symptômes, et son discours volontariste quant au maintien de ses conditions de vie (ex : sans logement) et mode de vie (ex : continuer sa consommation).

(8) Diagnostic inscrit sur un vieux document datant d'une période d'incarcération que l'homme a donné par mégarde en cherchant son duplicata de carte SIS.

De cette façon, n'observe-t-on pas un déplacement d'une responsabilité sociétale, se devant de trouver des trajets de soins adaptés à notre population, vers une responsabilité exclusivement individuelle, indiquant que si la personne est à la rue, si elle continue de consommer (voire si elle est délirante), c'est parce qu'elle le veut bien ? La logique devient : le patient doit s'adapter à ce qui a été pensé par les experts. Mais que faire s'il n'en est pas en mesure ? La rue ? La prison ? L'hébergement d'urgence devenu pour lui, comme pour d'autres, permanent ?

Nous sommes en 2014. Paradoxalement, cette fois-ci, le temps est plus clément que quelques années plus tôt. La canicule n'épargne en rien ses itinérants, liés souvent à un même coin de rue, des risques de décès prématuré. L'homme est assis à proximité de la bouche du métro, espérant obtenir quelque chose de la générosité d'un passant. Il n'a pas profondément changé, ses rides se sont accentuées, son visage est amaigri alors que ses mains ont gonflées quelque peu. Les tics sont moins importants et ses gestes moins saccadés, comme s'il était plus à l'aise que lors de notre première rencontre en d'autres lieux. Il ne semble pas s'en souvenir, à vrai dire moi non plus jusqu'à ce que mon nouveau collègue évoque son nom en ma présence, activant tous mes souvenirs de la scène, un peu comme si l'on ouvrait un fichier archivé sur un ordinateur.

En fait, nous ne le savons pas encore mais ce jour est particulier. Des équipes mobiles Housing First, dont je fais partie, vont à sa rencontre pour lui proposer un logement. Nous sommes deux, il connaît déjà mon binôme et lorsqu'il demande l'objet de notre venue, il n'en revient pas à l'écoute de la réponse : *« Nous avons un logement, il n'y a pas d'obligations particulières mis à part celles qui s'imposent à tout locataire, le respect de tout un chacun, etc. Le loyer est d'autant et, seul bémol, vous devrez accepter de revoir nos têtes régulièrement afin que l'on construise quelque chose ensemble. »*

Il accepte de nous suivre, un peu comme pour concrétiser cette déclaration surréaliste. Quelques arrêts de métro et nous voici dans le studio, la visite peut commencer. Un logement entièrement rénové, avec une cuisine, salle de bain séparée s'ouvre à lui. Des parfums artificiels de lavande et de peinture fraîche sont encore perceptibles. Il inspecte les lieux au regard des critiques et craintes qu'il a formulées quelques minutes plus tôt : *« oui, 400 € c'est jouable si l'appartement est correct parce ce que j'ai vu des caves à 700 ou des chambres soit disant sociales à 550, limite insalubres... Non j'en veux pas ! »*. Nous parlons peu et répondons simplement à ses questions, expliquons à quoi il s'engage et le laissons à ses propres remarques, jugements, jusqu'à

ce que son verdict tombe: l'homme veut entrer et les réflexions autour de la confiance et du comment débutent: «*faut telle somme pour telle date, je fais comment?*». A notre réponse, il ajoute «*d'accord, parce que j'y connais plus grand-chose et ma mémoire n'est plus ce qu'elle était*» pour continuer en éclatant de rire et me pointant du doigt «*même si mes voix me disent de me méfier de toi*», comme si la scène vécue quelques années plus tôt se rappelait à lui de cette manière.

S'en suivront plusieurs rendez-vous afin de matérialiser ce qui a été promis, pourtant encore si peu palpable. Ce studio lui sera-t-il réservé? Pourquoi le propriétaire et l'équipe lui font confiance? A lui, qui a si souvent été jugé, catalogué, réduit à son apparence et sa pathologie?

Au-delà de ses doutes, l'homme finira par emménager, chez lui, dans un lieu où, s'il le souhaite, il pourra rester. C'est une des questions récurrentes qui nous sont posées, tant avant que pendant l'hébergement: peut-on rester si nous en émettons le souhait ou devra-t-on partir (même si nos comportements de locataire sont exemplaires) après une période X ou Y en fonction du type de contrat signé avec tel ou tel bailleur? Les effets de la réponse sont quasi immédiats et plus ou moins symétriques. Un contrat précaire donne lieu à un respect du dispositif (biens, personnel, etc.) à la hauteur de cette précarité alors qu'une possibilité d'envisager un avenir plus lointain, si n'offre de garanties absolues, permet de tisser un rapport entre le professionnel et le patient sain et respectueux.

En effet, il n'est pas rare d'entendre: «*ici, je ne peux pas rester plus de Z mois alors pourquoi je vais décorer ou prendre des meubles? Si ça se trouve je suis de retour à la case départ et j'fais quoi de tout ça?* » ou à contrario «*j'peux rester si j'paie mon loyer et tout ça, alors oui j'vais faire attention et rompre avec ma vie de rue et éviter telle ou telle erreur*». Il est certain que cette dernière phrase peut paraître très rhétorique et que dans les faits, les situations sont souvent plus complexes, mais comment envisager autre chose si, dès le départ, les conditions ne nous le permettent pas? L'incidence de l'offre d'un logement, selon les mêmes modalités que tout citoyen, nous semble donc un préalable à la construction du rétablissement de la personne sans-abri. Les propositions de transit (sans possibilité de bail glissant), si elles ont comme vocation le tremplin (voire le test) pour le patient, ont aussi l'effet pervers de reproduire un système lié à l'errance par la surconsommation des circuits institutionnels. La projection vers de nouvelles possibilités, puis la tentative de construction d'une nouvelle identité en devient fragilisée: comment oser croire qu'il est possible que je puisse m'insérer, que je puisse avoir un véritable chez moi lorsque depuis des années les seules choses que l'on m'a proposé étaient des formes de trêves dans lesquelles je ne pouvais trop m'impliquer, faute de voir tout

déconstruit du jour au lendemain? Il s'agit peut être là d'un point fondamental qui différencie le Housing First d'autres modèles. Il ne pourra peut-être tout résoudre d'un coup de baguette magique, mais porte au moins la volonté d'offrir des conditions dans lesquelles quelqu'un peut s'imaginer dans une nouvelle demeure où ses aspirations, ses rêves sont au centre de la négociation.

Il s'agit là d'un autre point central dans cette nouvelle approche. Et oui: accéder au logement est une chose, encore faut-il ensuite s'y maintenir, s'y stabiliser, se rétablir et surtout et avant tout améliorer son bien être. *«Mes voix me disent que je dois prendre soin de moi, du logement vu ce qui m'a été offert, un truc nickel propre, refait..»* Nous avons pu constater que généralement, ce type discours est suivi d'actes, comme ce jour où le patient n'a pu s'empêcher de prendre un bain alors que nous étions encore présents.

Le bien n'est pas toujours parfaitement entretenu mais on peut constater que le nouveau locataire tente de ne pas laisser les détritres s'accumuler. Sa consommation diminue et quelques effets plus personnels ont été apportés. Les portées de la remise d'un logement durable, non seulement suffisamment spacieux, mais aussi agréable à vivre, constitueront la tentative de création d'un nouvel habitat (avec ce que cela implique: investissement et projection) et la création d'un nouveau rapport entre les dispositifs médico-sociaux et leur patient (puisque respectent l'autre dans ce qu'il est). La cohérence prend le dessus sur le délire: l'homme sera de plus en plus présent à ses rendez-vous et progressivement, via ce lien développé, il acceptera de rencontrer, d'abord un A.S, puis un généraliste et qui sait, demain, un psychiatre?

Il sait que l'équipe le soutiendra quelque soit son choix, et ce, quelque soit le jugement de l'accompagnateur H.F. Le lien était, est et sera là, quelles que soient les circonstances. La recherche du bien être avec cet homme, lui ouvre, avec le temps, des perspectives thérapeutiques durables puisque négociées (plutôt que conditionnées). La construction de ce vaste projet se réalisera donc selon le prisme du patient (même si ces dernières seront confrontées aux réalités sociales), ce qui n'est pas une évidence pour le professionnel quand certaines priorités semblent utopiques, un peu comme la proposition d'un logement flambant neuf à quelqu'un dont l'hygiène semble douteuse. Cependant, le patient aurait-il abordé, avec une telle franchise, ses troubles mentaux trop souvent stigmatisants, si le contexte d'accompagnement avait été plus contraignant? N'est-il pas plus efficace de travailler avec la conviction des personnes plutôt que sous pression? Cette approche ne renvoie-t-elle d'ailleurs pas à notre fonction institutionnelle particulière d'intermédiaire médico-social? Permettre non

seulement aux patients de retrouver leurs ressources, de retrouver leur confiance envers un monde qu'ils ne côtoient plus depuis un certain temps, mais aussi permettre aux soignants de voir qu'il est possible de travailler avec une population avec laquelle un certain découragement (dont le mien il n'y a pas encore si longtemps) se fait sentir ?

Notons que si on parle d'écoute, d'empathie, d'œuvrer sur les talents, valoriser, aller à l'encontre de certains discours méritocratiques et paternalistes, ce n'est pas parce que cela donne bonne conscience au professionnel ou par simple angélisme, mais bien parce que cette méthodologie permet des résultats probants pour notre population, tout comme on l'observe dans d'autres secteurs allant du médico-social jusqu'au monde de l'entreprise.

Quant à nos résultats en matière de stabilisation psychiatrique, il est pour l'heure difficile de répondre si l'on se réfère aux grilles d'analyse professionnelles, d'autant que dans cette approche, le patient participe à l'évaluation de son état de bien être. Il est certain que des difficultés ont été traitées, d'autres restent en suspens, mais toutes accompagnées selon les volontés, les besoins, les ressources de la personne.

Certains points, tels que le respect du voisinage, qui impliqueront un travail non seulement avec le nouveau locataire, mais pas uniquement, attirent notre vigilance. Il nous faudra agir sur l'ensemble des acteurs impliqués et sur les représentations sociétales de ce qui est considéré aujourd'hui comme « nuisance » et, éventuellement, « sentiment d'insécurité » généré. Ce procédé H.F ira probablement au-delà d'un simple accompagnement pluri-disciplinaire individualisé, mais s'intégrera dans des projets de cohésion sociale. Ainsi, ne répondrons-nous pas, non seulement à ce premier enjeu, mais aussi au second qu'est la lutte contre la solitude ?

Nous n'avons pas encore assez de recul pour nous avancer plus avant là-dessus et nous ignorons quelles suites seront données à cette aventure, mais une chose est certaine : nous serons présents pour cet homme, veillerons et travaillerons à l'optimisation de son mieux être, pour lui depuis si longtemps oublié, ce qui, sans conteste aura des conséquences (s'ils n'en sont pas tout autant la cause) sur son corps, sa psyché, comme nous le montrent ces premiers mois d'accompagnement et des expériences sur la pratique H.F en d'autres lieux, révélant une forme d'universalité et transversalité chez l'homme.

En conclusion, nous pouvons dire qu'aujourd'hui il existe des institutions, pourtant redoutables d'efficacité pour des usagers pré adaptées

ou s'y adaptant, qui n'ont malheureusement pas trouvé de solutions pour tout un ensemble de citoyens, condamnés à y errer quelques temps jusqu'à ce que la rue ou les centres d'urgences soient les seuls à encore vouloir d'eux. Les autres types d'approches, telle celle décrite dans ce texte, n'en sont qu'au stade de «projets pilotes» ou «expérimentaux».

Quel est donc le rôle de nos sociétés démocratiques dans le traitement de la problématique? Est-il acceptable, dans des pays tels que le nôtre, de voir une situation en matière de sans-abrisme rester au statut quo depuis des années, sans oser l'innovation médico-sociale, afin de garantir au moins un droit fondamental: le logement et le besoin de sécurité (et les incidences sur la santé) qu'il peut offrir? Plutôt que de demander à des personnes abîmées, en rupture de confiance envers nos systèmes médico-sociaux, de s'adapter à ce qui est proposé, pourquoi ne pas réaliser cette démarche d'accompagnement, de soins, avec eux, selon leurs demandes, leurs besoins, leurs choix? Et qui sait, peut-être que s'il l'on prend le temps de les écouter, ces dernières ne seront pas si divergentes des attentes du professionnel et de la société qu'il représente?





Photo: Infirmiers de rue

**INFIRMIERS DE RUE ASBL
CELLULE HOUSING FAST
RUE DE LA CASERNE, 80/4
1000 BRUXELLES**

**CONTACT : VINCENT DESIROTTE
TEL : +32 (0)2 / 265.33.00
MAIL : VINCENT.DESIROTTE@IDR-SV.ORG
INFO@IDR-SV.ORG**