

# LE RELOGEMENT DANS TOUS SES ETATS

PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE DES GRANDS PRECARISES



## Actes du Colloque

**9 septembre 2013**

Namur



**RELAIS SOCIAL URBAIN NAMUROIS**

Rue Saint-Nicolas 4, 5000 Namur

081/337.457 | [info@rsunamurois.be](mailto:info@rsunamurois.be) | [www.rsunamurois.be](http://www.rsunamurois.be)



*Avec le soutien de la Wallonie*





## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION PAR MONSIEUR PHILIPPE DEFEYT, PRESIDENT DU RELAIS SOCIAL URBAIN NAMUROIS.....</b>	<b>5</b>
<b>INTERVENTION DE MME TILLIEUX, MINISTRE DE LA SANTE, DE L’ACTION SOCIALE ET DE L’EGALITE DES CHANCES.....</b>	<b>5</b>
<b>INTERVENTION DE MR SEBASTIEN FONTAINE, REPRESENTANT DU MINISTRE DU LOGEMENT, MR NOLLET.....</b>	<b>6</b>
<b>L’URGENCE SOCIALE : UNE METHODE ADAPTEE D’ORIENTATION ET D’ACCOMPAGNEMENT VERS LE LOGEMENT OU UN SECTEUR EN CRISE ? .....</b>	<b>7</b>
<b>UN LOGEMENT, OUI MAIS QUEL LOGEMENT ?.....</b>	<b>10</b>
<b>LA CONTINUITE DES SOINS DE LA RUE AU LOGEMENT?.....</b>	<b>15</b>
<b>HOUSING FIRST, UN IDEAL OU UN DISPOSITIF ADAPTE DE RELOGEMENT? .....</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSION DU COLLOQUE .....</b>	<b>23</b>



## Introduction par Monsieur Philippe Defeyt, Président du Relais Social Urbain Namurois

Monsieur Defeyt introduit le colloque en exposant plusieurs constats. L'ensemble des professionnels présents ce jour connaissent bien les dispositifs existants : Maison d'accueil, Abri de Nuit, logement de Transit ou d'insertion mais ces systèmes ont leurs limites. Ce type d'hébergement et de logement n'est que d'une durée limitée. Le loyer dans les logements de transit ne peut pas excéder 20% des revenus. Or, après le logement de transit, une part beaucoup plus importante des revenus devra être consacrée au loyer. Cela n'incite pas les gens à trouver d'autres solutions et cela met les professionnels dans l'embarras.

Fort de ce type de constat, les partenaires du Relais Social tentent de développer des solutions innovantes mais qui ne peuvent pas toujours être reproductibles à grande échelle. Citons la structure de stabilisation « Les 2R » (ASBL Les Trois Portes) qui vise à accueillir sans limite dans le temps des sans-abri chroniques ayant une longue expérience de rue, le projet de « bail accompagné » et la future pension de famille, portés par le CPAS.

Le CPAS travaille également à un projet de mandat de gestion des loyers pour certains bénéficiaires afin de rassurer les propriétaires quant à la location de leurs biens. Ce projet vise à garantir le paiement du loyer au propriétaire le temps que la personne est aidée par le CPAS.

Dans le même esprit, la coordination du R.S.U.N élabore en collaboration avec le Réseau Santé Namur (réforme psy107) un projet de « Capteur Logement ».

Mr Defeyt insiste donc pour que le logement soit mis au cœur des réponses à apporter en matière de lutte contre la précarité. Mais pour que cela fonctionne, les loyers doivent être adaptés et l'accompagnement social des bénéficiaires doit être intensifié en fonction des formes qu'il peut prendre.

## Intervention de Mme Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Égalité des chances

Même si madame la Ministre n'a pas dans ses compétences le logement, elle a tenu à être présente ce jour. En effet, elle indique toute l'importance du lien qu'il y a à établir entre les politiques liées au logement et celles de l'action sociale et de la santé. Il est bon de rappeler que le droit au logement est un droit fondamental. Parallèlement, le mémorandum du réseau wallon de lutte contre la pauvreté souligne que nous ne disposons pas de logements sociaux en quantité suffisante et que le logement privé est quant à lui trop coûteux. Parmi les actions que nous pouvons encourager, les initiatives de Housing First semble être une réponse adaptée. Il s'agit de la remise en logement avec un accompagnement social intensif de personnes en situation de grande précarité. Une fois en logement, les personnes peuvent alors prendre le temps de s'occuper de leurs autres besoins. Deux Relais Sociaux en Wallonie - Liège et Charleroi - sont actuellement en train de développer ce projet. Madame la Ministre va d'ailleurs demander en conférence interministérielle que le Housing First soit considéré comme un politique prioritaire pour les prochaines années.

A Charleroi, une vingtaine de personnes ont également pu être relogées grâce à ce type de projet durant l'hiver dernier. Tout cela est rendu possible grâce à une nouvelle fonction qui s'est développée : celle de « capteur logement » qui consiste à aller à la rencontre des propriétaires afin que ceux-ci acceptent de mettre leurs biens en location pour un public précarisé. Les institutions assurent ensuite un accompagnement social du locataire. 33 logements ont ainsi pu être mobilisés. C'est trois fois plus que ce qui était espéré au départ.

Madame la Ministre conclut, à l'instar de Mr Defeyt, sur la nécessité d'adapter le suivi et l'accompagnement pour que les personnes puissent se maintenir dans leur logement. C'est toute une pédagogie de l'habitat qui doit être développée à l'avenir. Un chez soi d'abord mais un chez soi adapté.

### Intervention de Mr Sébastien Fontaine, Représentant du Ministre du Logement, Mr Nollet.

Le thème de l'accompagnement dans le logement des personnes précarisées ne peut s'arrêter au niveau des compétences ministérielles. L'approche doit être transversale, fine et basée sur de nombreuses réflexions. Il est indispensable de créer des passerelles entre le secteur du logement et celui de l'action sociale. Une étude sur l'accompagnement social en logement a donc été réalisée pendant 4 ans par Marjorie Lelubre, chercheuse au Relais Social de Charleroi. Les résultats, publiés en 2013, servent à éclairer la nature même des dispositifs d'accompagnement mais aussi à s'interroger sur les effets et les impacts de ces dispositifs quant à la réinsertion des personnes suivies.

Mr Fontaine met lui aussi en évidence le projet de Capteur Logement et le projet de relogement des personnes sans-abri en période hivernale. Fort des résultats, le projet Capteur Logement est d'ailleurs en construction également à Namur.

Par ailleurs, un autre chantier consiste à mettre à disposition des logements publics pour venir soutenir des projets de relogement et d'accompagnement. Cela nécessite du travail et de la réflexion.

A côté des expériences pilotes, un travail plus officiel est également réalisé. Il s'agit de reconnaître l'accompagnement social dans le code wallon du logement. Cela permet de poursuivre des politiques pérennes en la matière. Des référents sociaux vont d'ailleurs travailler dans les sociétés de logement et servir de lien entre les locataires et les acteurs sociaux les plus appropriés. Un des objectifs est également de pouvoir subventionner des projets d'accompagnement social pour les situations les plus délicates. Un avant-projet d'arrêté a donc été adopté le 04 juillet 2013.

---

## L'Urgence sociale : Une méthode adaptée d'orientation et d'accompagnement vers le logement ou un secteur en crise ?

Docteur Xavier Emmanuelli, Fondateur du Samusocial et Directeur du Samusocial International

Le Docteur Emmanuelli remercie les organisateurs de l'avoir invité à ce colloque. Xavier Emmanuelli est plongé dans la problématique de l'exclusion depuis 50 ans. Il a travaillé comme médecin à la prison de Fleury Mérogis et à l'hôpital de Nanterre. A l'époque, il recevait un grand nombre de personnes sans-abri en vertu d'une loi dite « du délit de vagabondage et de mendicité ». Ces politiques se sont adoucies. Actuellement, on propose de l'aide aux personnes plutôt qu'on les contraint.

Malgré cela, l'exclusion est inévitable et elle va de pair avec le développement des villes. En effet, plus les villes se développent, plus les processus d'exclusion augmentent. La démographie urbaine étant grandissante, les mœurs évoluent. Les gens se rapprochent des centres urbains mais chacun devient étranger à l'autre. Les réseaux de voisinage et de solidarité proche disparaissent. La pauvreté doit donc être autant considérée comme une pauvreté du lien qu'une pauvreté économique. Les liens familiaux, de travail, de voisinage ne se construisent pas comme ça.

Parallèlement à cela, les phénomènes migratoires se mondialisent. Les gens bougent pour toutes sortes de raisons.

Le Docteur Emmanuelli a fondé le Samusocial en 1993 et l'a quitté sur un constat d'échec. En effet, pour lui, si l'on veut appréhender correctement le phénomène de la précarité, de la pauvreté, il est important de bien définir de quoi on parle. Il ne faut pas confondre les mots : « pauvre », « marginal », « exclu »,... car ce ne sont pas des synonymes. Qu'est-ce qu'un logement ? Qui sont les sans-abri ?

Malheureusement, parallèlement à cela, plus les professionnels se sont spécialisés, plus ils ont eu tendance à se renvoyer la balle. Pendant les années « Chirac » en France, un des slogans politiques a été de diminuer la fracture sociale. On a donc travaillé sur l'accès aux droits (soin, logement, travail,...). Cela a abouti à des déclarations de bonnes intentions mais on en est arrivé à un morcellement de la prise en charge au niveau des pouvoirs publics et ce sont les associations qui se sont vues répondre à l'ensemble des problèmes.

Pour accompagner les sans-abri, le Docteur Emmanuelli préconise donc un travail en transversalité car leurs problèmes sont à la fois sociaux, psychologiques et médicaux. Les professionnels ne doivent pas uniquement se rencontrer mais ils doivent **travailler ensemble**. L'un des révélateurs de cette problématique est la réaffirmation de la fonction de l'hôpital comme lieu de soin. L'hôpital n'est plus un hospice. Il ne fait plus d'inconditionnel. Sa fonction n'est plus d'accueillir les personnes ne nécessitant pas de gros soins médicaux. Un des constats que pose le Docteur Emmanuelli est que le monde social n'a malheureusement pas accepté le monde médical et inversement : les deux sont trop séparés et restent en désaccord sur le fond.

Le Samusocial a été basé sur le même principe que l'urgence médicale (une intervention rapide 24h/24) mais il y a trop de sans-abri à Paris. Comment les sélectionne-t-on ? Les trois étapes du travail du Samusocial étaient : entrer en contact, poser un diagnostic et donner des soins, orienter. Mais vers où les orienter ? L'urgence ne peut fonctionner seule. On a donc créé des pensions de famille, on a mis des gens en logement suite à des protestations (cnfr Enfants de Don Quichotte) et des mobilisations médiatiques. Mais les personnes sont retournées à la rue parce qu'on a pensé l'exclusion comme quelque

chose de binaire : urgence-insertion. Selon le Dr Emmanuelli, il faut faire coexister plusieurs solutions de logement. Le logement individuel ne convient pas à tout le monde. Il faut plusieurs structures et dispositifs différents en fonction des particularités de chacun. En effet, l'exclusion est faite de souffrances. Les personnes à la rue ont intériorisé le fait qu'il n'existait pas de réponse pour eux. On est dans le présent perpétuel. Ces caractéristiques doivent être prises en compte. On ne répondra pas d'une manière simple à une problématique complexe. Ainsi, à côté du Housing First, pourquoi ne pas parler de « caring first » ? Quand on est dans un logement, on a intérêt à avoir un projet car le logement ne peut être une fin en soi. Il faut pouvoir protéger l'individu mais aussi le groupe. Les militants voient l'individu, les politiques voient le groupe. Il y a des luttes à mener, il faut y croire.

Monsieur Defeyt résume l'intervention du Dr Emmanuelli en expliquant qu'il s'agit d'une lecture subjective mais la société produit bien de l'exclusion. Il est nécessaire d'en tirer les conclusions, pas seulement comme intervenant, mais également comme citoyen. Il apprécie qu'une personnalité comme le Dr Emmanuelli puisse se retourner, faire un bilan de ce qui a été fait, en voir l'intérêt mais aussi les limites.

### Questions du public

- *« Dans quelle mesure le Samusocial et l'intervention dans l'urgence ont pu construire une intervention sociale dans la durée ? »*

Pour le Docteur Emmanuelli, un grand malentendu vient du fait que l'on sépare trop l'urgence de l'insertion. L'insertion existe mais prend du temps. C'est un processus lent. Lorsque tout va bien, il faut parfois une quinzaine d'années de psychanalyse pour qu'une personne puisse trouver sa route. Alors comment aborde-t-on des personnes qui ont vécu des traumatismes et des souffrances depuis des années ? L'urgence est une méthode, pas une fin en soi. Approcher les gens, ce n'est pas simple. La plainte est parfois à peine audible.

Certaines personnes auront « juste » besoin d'un petit coup de pouce mais d'autres ont besoin de beaucoup plus. L'urgence peut paradoxalement aussi prendre du temps. Les gens racontent une histoire pour garder leur « moi », par dignité mais ils ne racontent jamais leur vraie biographie. Le Dr Emmanuelli appelle cela la « mythomanie résiduelle ». Pour les intervenants, c'est très difficile de faire la part des choses, de trouver l'information utile, pragmatique.

L'Etat n'a pas compris ce qu'était l'exclusion. Il faut une politique et ce n'est pas, du point de vue de l'Etat, aux associations à faire du politique. Les associations doivent s'occuper des gens pragmatiquement. Le Dr Emmanuelli prend l'image d'un homme saoul sur le bord du trottoir. Les gens se posent la question de ce qu'ils peuvent faire mais passent leur chemin. Ensuite l'homme se lève, traverse la route et se fait renverser par une voiture. Tout le monde sait alors quoi faire : appeler le 112, réanimer la personne,... Cela illustre bien le fait qu'il est plus facile de s'occuper d'un organisme que d'un homme.

- *« Que faire avec les personnes souffrant de problématiques psychiatriques importantes ? Comme concilier les cadres et procédures institutionnels aux particularités de ce public ? On ne parvient pas à faire prendre en charge nos exclus par le secteur de la psychiatrie ».*

Le concept de demande n'est pas adapté aux personnes en rue. La demande ne s'exprime pas ou plus par la bouche mais bien souvent par le corps. Quand la bouche ne peut pas parler, c'est le corps qui s'exprime. Le Dr Emmanuelli a alors créé un service spécialisé : souffrance psychique et précarité. On y trouvait des gens en souffrance mais dont la souffrance ne





sait pas s'exprimer. Depuis les années 70, on a ouvert les asiles mais on n'a pas encore trouvé de solutions définitives pour ces personnes précarisées et psychiatriques. Le Housing first peut néanmoins être une des réponses.

Cependant, il y a toujours un problème dans l'esprit des gens car tout ce qui est fou est considéré comme dangereux : c'est un problème culturel. En France, il existe des équipes mobiles « psychiatrie et précarité » mais le schéma directeur qui devrait exister au niveau national n'existe pas. On pense également que l'on peut régler cela en donnant des pilules aux gens mais ces pilules sont aussi parfois créatrices de comportements « anormaux ».

Il faut être subversif, oser changer. Les institutions doivent être vectrices de changement et non de reproduction.

- « Comment mettre en route cette transversalité ? »

Il faut commencer cela pendant le cursus scolaire des intervenants médico-sociaux. Il faut faire des immersions, que les étudiants puissent aller passer une nuit au Samusocial. Les médecins devraient avoir plus d'intérêt pour les pathologies des personnes en situations de grande précarité.

Il faut que les politiques fassent de la politique sur l'exclusion et pas seulement en fonction du thermomètre, pendant l'hiver. Les fausses représentations que les politiques et les citoyens ont de l'exclusion sont encore trop présentes. L'exclusion, c'est de la souffrance et c'est tout le temps. Mais quand la problématique est systémique, ce n'est pas facile de faire évoluer les choses. Il reste encore du chemin avant que les différentes structures travaillent ensemble. Il faut pouvoir trouver un accord minimum pour travailler ensemble.

- « Comment encore penser l'urgence sociale dans cette permanence, avec des personnes récurrentes ? Cela vient bousculer l'inconditionnalité. »

Le Dr Emmanuelli approuve le concept d'inconditionnalité. « Je ne te demande ni ton nom, ni ta race mais ta souffrance ». L'inconditionnalité c'est dans le qualitatif. Pour le quantitatif, les institutions doivent faire en fonction de leurs moyens. L'hôpital, par exemple, n'a plus les moyens de faire de l'hôtellerie. Il faut pouvoir reconnaître le périmètre des moyens et en fonction de cela, on dresse les contours de son action. Parallèlement à cela, il ne faut pas faire d'angélisme : les associations sont en concurrence. Elles doivent néanmoins admettre le schéma urgence – insertion, logement – habitat.

## Un logement, oui mais quel logement ?

Mr Patrick Chassignet, Chargé de mission à la Fondation Abbé Pierre

Patrick Chassignet commence son intervention avec une brève présentation de la Fondation Abbé Pierre. Il s'agit d'une institution qui ne vit que de la générosité du public. Elle se donne trois grandes missions principales :

1. Mission d'action avec les personnes les plus mal logées, à la rue ou qui vivent dans un habitat indigne.
2. Mission d'innovation : des accueils de jour, des pensions de famille, une plateforme téléphonique pour les personnes menacées d'expulsion,...
3. Mission d'interpellation du grand public et des politiques. Chaque année, un rapport est notamment rédigé sur la question du mal logement en France.

La Fondation soutien également financièrement différentes associations (+ de 600 projets annuels soutenus). Elle emploie plus de 100 salariés au niveau national.

Afin de contextualiser le phénomène de l'exclusion en France, Patrick Chassignet présente quelques données. En France, près de 9 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté. Entre 3 et 5 millions de personnes sont demandeuses d'emploi et un peu plus de 4 millions de personnes sont bénéficiaires du revenu minimum. Au total, entre 8 et 10 millions de personnes rencontrent une fragilité plus ou moins importante par rapport au logement. Près de 700.000 personnes sont sans-domicile (en squat, à la rue,...). 40.000 personnes vivraient dans des hôtels et 400.000 autres seraient contraintes d'habiter chez des tiers, des amis, de la famille. Près de 3 millions de personnes vivent dans des logements classifiés d'inconfortables et/ou surpeuplés.

Les problématiques les plus importantes actuellement sont l'augmentation des prix des loyers et la précarité énergétique.

En France, le problème du mal logement concerne les grandes villes mais également les zones rurales et touristiques où les logements deviennent réservés aux touristes. Il y aurait 900.000 logements manquants en France. Les politiques n'ont malheureusement pas pris en compte la forte croissance démographique, les mutations familiales (familles décomposées, recomposées,...), le vieillissement de la population. Afin de faire face aux défis actuels, 500.000 logements (avec les loyers modestes) devraient être mis en chantier annuellement.

Parallèlement à cette crise du logement, la France reconnaît pourtant en 2007 le droit au logement pour tous (loi DALO). Ce droit peut être opposé à l'Etat. Il s'agit donc d'une grande avancée pour les associations, d'autant plus que ce droit doit s'adresser prioritairement aux personnes les plus fragiles et précaires. Malheureusement, la loi pose question dans son application. Premièrement, certaines villes ont plus de logements disponibles que d'autres et peuvent appliquer la loi plus facilement. Deuxièmement, les personnes elles-mêmes et les travailleurs sociaux méconnaissent la loi. Troisièmement, la loi entraîne une création de priorité entre ceux qui rentrent dans ses termes et les autres. Néanmoins, l'état peut être condamné à verser des indemnités aux personnes qui ne pourraient retrouver rapidement un logement. Pour conclure, cette loi est une avancée mais trop peu de moyens ont été dégagés afin de l'appliquer.

A côté du DALO, une autre loi française a été instaurée en 2006/2007, le PARSA. Elle aborde la question de la remise à la rue des personnes. L'idée est d'empêcher des personnes de retourner à la rue dès qu'elles sont entrées dans un dispositif.

Pour cela, des centres de stabilisation ont été créés afin que les personnes puissent y rester durablement. Il s'agit d'un entre-deux entre les centres d'hébergement d'urgence et les centres de réinsertion<sup>1</sup>. Une question se pose alors : si les gens s'installent durablement, vont-ils encore vouloir se mobiliser pour trouver des solutions ?

Néanmoins, depuis la mise en place de ces deux lois, des avancées ont pu être observées :

- La mise en place d'un référent social qui adapte son accompagnement aux besoins des personnes ;
- Les associations travaillent davantage ensemble et le phénomène de la « patate chaude » se voit diminuer ;
- Les plans départementaux de l'accueil logement-insertion ont été renforcés : un ensemble de services (logement, police, milieux carcéral, associations,...) réfléchissent ensemble sur des réponses à apporter.

Malgré ces lois, bon nombre de personnes sans-abri n'accèdent toujours pas au logement et même à l'offre d'hébergement.

La Fondation Abbé Pierre a donc réuni plusieurs acteurs pour former un groupe qui a mis en place des solutions alternatives, innovantes. L'objectif, au-delà de les faire travailler ensemble, était aussi de partager ces recommandations avec d'autres, avec de futurs porteurs de projets et de lancer des idées, des recommandations aux décideurs politiques. Les publics ont également été invités à la réflexion.

Une première étape a été de définir le public, les grands précaires : ce sont des personnes qui ont un parcours chaotique, fait d'une succession de ruptures, d'échecs, qui ont un lien social délité, et qui vivent un isolement social relatif. On parle donc des personnes qui sont très souvent exclues des dispositifs en raison de leur comportement et du cadre trop coercitif. Ces personnes sont victimes d'une pauvreté monétaire, le tout se cumulant souvent avec une santé dégradée et une forte dépendance aux toxiques. Elles sont souvent en perte d'autonomie.

Voici les recommandations<sup>2</sup> qui ont été issues de ce groupe de travail :

**Proposer des formes d'habitat qui respectent la dignité** et le bien être des personnes : les logements ou formes d'hébergement doivent être agréables. L'habitat ne doit pas être maltraitant pour les personnes et il doit à minima préserver l'intimité des personnes. S'il s'agit d'hébergements collectifs, ils doivent être de petite taille.

Privilégier autant que faire se peut **l'accès au logement avec un bail nominatif**.

**Proposer un accompagnement à bas seuil d'exigences**. Il faut accepter les personnes avec leurs problématiques et leurs pathologies. Accepter les personnes qui n'ont pas de projet ou un projet incertain ou irréal. Il est indispensable de travailler **la question du non abandon**. On laisse le temps aux gens et on ne leur impose pas de limitation dans la durée d'occupation du lieu de vie. Il faut aussi accepter que les personnes reviennent. Si la personne a besoin de repartir 15 jours à la rue, il faut pouvoir l'accepter et lui garder sa place. Cependant, le principe de non abandon ne fonctionne pas que dans un sens. A un moment donné, les intervenants peuvent se dire que la solution qu'ils apportent ne fonctionne pas. On peut accepter que la personne ne reste pas mais on cherche alors avec elle une solution alternative qui soit plus adaptée. Par ailleurs, non abandon ne veut pas dire absence de sanction. L'équipe doit aussi pouvoir se sortir de situations extrêmement difficiles. Des solutions alternatives doivent se travailler avec les personnes.

Proposer **un accompagnement adapté** : c'est la condition sine qua non de réussite d'un projet. Pour cela il faut idéalement recourir à **des équipes pluridisciplinaires**, mixtes, en formation continuée, et en les invitant à échanger sur leurs pratiques.

<sup>1</sup> Equivalent des Maisons d'accueil en Belgique

<sup>2</sup> Document à télécharger sur le site de fondation Abbé Pierre : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/>

Inscrire la question de la **participation des personnes**. Les intervenants n'ont pas forcément la bonne idée pour les gens qu'ils suivent. Il faut partir de la personne elle-même. Dans une forme collective d'hébergement, il faut bien penser à coproduire les règles de vie du lieu.

**Travailler en réseau**. Une équipe seule ne peut apporter des réponses complètes. Il faut s'ouvrir sur l'extérieur et tenter d'identifier un travailleur social qui pourrait être référent. Il faut promouvoir une dimension collective. C'est une force qui met en lien les personnes, qui permet de briser la monotonie et permet également l'expression des personnes entre elles.

En conclusion, voici les points importants auxquels il s'agit d'être attentif selon la Fondation Abbé Pierre quand on travaille au logement des personnes grandement précarisées :

- penser l'accès à **l'habitat individuel sans limite de durée** ;
- promouvoir **un cadre de vie sécurisant** ;
- **prendre en compte les personnes elles-mêmes** dans la réalisation de leur projet ;
- penser **l'alternance du collectif et de l'individuel** ;
- **limiter la taille** des projets collectifs ;
- travailler la question de l'accompagnement adapté **avec la personne** ;
- **s'ouvrir vers l'extérieur** ;

### Questions du public

- « *Que deviennent ces principes lorsque l'on travaille avec des personnes perturbatrices, violentes ou qui ne respectent pas le lieu, ... ?* »

Pour Patrick Chassignet, si on adopte les principes ci-dessus, on limite déjà fortement le risque de violence. Il prend l'exemple d'une personne aidée à Grenoble : avant son entrée dans un dispositif adapté, elle a été hospitalisée plus de 60 fois en un an. Après son entrée, elle n'a été hospitalisée qu'une seule fois. Quand on met en place des outils qui visent à réduire l'angoisse du lendemain, les tensions s'apaisent car les gens ont « l'espace de cerveau disponible » pour envisager autre chose.

Quand la violence surgit malgré tout, une sanction peut être prise, mais toujours dans une logique de non abandon. Une question se pose alors : que peut-on mettre en place avec la personne ?

- « *La politique du logement pose question : peu de logements publics, à loyers abordables... ce n'est pas tout de payer des indemnités parce que l'on ne sait pas fournir un logement. Quid d'une politique structurelle ?* ».

C'était un gros combat de la Fondation que de porter une obligation de 20% de logements sociaux dans chaque commune. Puis il a été demandé aux élus de porter cette proportion à 25%. Ce qui reste compliqué, c'est que le logement social recouvre plusieurs réalités en France : du peu social au très social. La part du logement très social reste très minime. 80% de la population environ est potentiellement en droit d'accéder à un logement social. Il n'est donc pas uniquement dédié aux ménages modestes.

En Wallonie, une proportion de 10% de logements publics et/ou sociaux doit être atteinte. En outre, en Belgique, on ne sanctionne pas les communes mais on donne des incitants financiers à celles qui respectent la loi.

Dans les besoins qui concernent les personnes en grande difficulté, la question reste ouverte également pour la Wallonie. Il faut pouvoir analyser les besoins réels de la population: studio ou appartement, chambre séparée ou non. Le type de logement à créer doit donc être analysé.

Cette question n'a pas réponse non plus actuellement au sein de la Fondation Abbé Pierre. Ce qui est surtout intéressant, c'est d'associer le plus largement possible tous les intervenants pouvant faciliter l'accès au logement.

- *« Qu'est-ce qu'une pension de famille ? »*

Une pension de famille ou maison relais consiste en un mode de logement particulier. Il s'agit d'une structure où chaque personne a son logement mais où sont également partagés des locaux en commun. On est dans le logement. Les personnes sont résidentes, sans être titulaires complètement du bail, mais ont un vrai titre d'occupation. La personne est chez elle, dans une maison de taille modeste avec un nombre réduit de chambres et/ou un logement individuel. Le public est une population isolée, fragilisée, précarisée.

Les pensions de famille bénéficient d'un financement de l'état permettant aux personnes de bénéficier d'aides au logement et de ne payer qu'un très maigre loyer.

Des financements sont aussi octroyés pour payer des hôtes (maîtres de maison) qui assurent un suivi et un certain accompagnement (surtout le soir, le weekend et les jours fériés) pour accompagner et animer la vie : partage des repas, activités, tâches d'entretien... tout en respectant au maximum l'autonomie et l'intimité des personnes. Les services extérieurs continuent leurs suivis (droit commun).

Les grands principes d'une pension de famille<sup>3</sup> :

- Les gens sont chez eux (chacun a sa sonnette et sa boîte aux lettres) ;
- Pas de limite dans le temps ;
- Vie communautaire limitée, chacun garde son rythme ;
- Certains liens d'amitié et/ou de soutien peuvent se créer ;
- La personne peut quitter l'initiative quand elle le souhaite ;

- *« Pourquoi en Belgique ne pas favoriser la mise en logement de personnes qui ont vécu ensemble en rue au sein d'un même logement ? Malheureusement, l'application du taux cohabitant les en dissuade. »*

Réponse de Philippe Defeyt : Malheureusement, il n'est pas toujours évident de faire concilier la loi et la réalité des personnes. La loi reste la loi mais le CPAS, dans certaines situations, essaye de faire preuve de souplesse. Il reste que tant que l'on n'aura pas individualisé les droits en matière de protection sociale, on sera toujours confronté à ce problème comme à la fraude sociale.

- *« Comment, concrètement, permettre aux personnes de quitter un lieu d'accueil pendant un certain temps tout en gardant leur chambre ? Il y a des listes d'attente à considérer ».*

---

<sup>3</sup> Pour plus d'informations : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/accueillir-et-loger/les-pensions-de-famille-sexposit>



Pour Patrick Chassignet, il faut que cela fasse partie intégrante du projet pédagogique de la structure d'accueil. Il n'est pas possible d'envisager une réelle intégration des personnes grandement précarisées si on vide leur chambre dès qu'elles se « taillent la route » un jour ou deux. Pour certaines personnes, cela fait partie de leur fonctionnement de partir pendant quelques jours après avoir reçu leur revenu. Il faut ensuite pouvoir en discuter avec elles et travailler sur ce point.

Cette souplesse n'est pas la solution pour toutes les institutions ni pour tous les usagers mais bien une alternative indispensable pour certains profils de personnes. Il est néanmoins évident que le manque de places reste un problème et une réalité que l'on ne peut pas négliger. Il faut donc continuer à se battre en parallèle pour la création de places supplémentaires mais il s'agit là d'un autre combat.

Un travailleur d'une structure d'accueil bas-seuil à Namur explique que selon lui, il faut pouvoir prendre des risques si un usager ne paie pas ou s'il quitte la structure momentanément : il y a toujours une prise de risque lorsque le lit est gardé et que la personne n'est pas certaine de revenir. Mais si le lit n'est pas gardé, la personne peut ne pas se décider de se faire soigner ou hospitaliser par crainte de ne pas retrouver sa place au terme de ses soins.

## La continuité des soins de la rue au logement?

Dr Chantal Magdeleinat, Psychiatre au Service « Santé Mentale et Exclusion Sociale ».

Clinique Saint-Anne, Paris

Le Dr Chantal Magdeleinat travaille à la fois dans une prison et au service de santé mentale et exclusion sociale de la clinique Saint-Anne à Paris.

Pour commencer, elle indique évidemment qu'il est plus difficile de suivre la santé des personnes en rue. Par ailleurs, toutes les études montrent une proportion plus importante de personnes souffrant de troubles de la santé mentale vivant en rue. Cela a particulièrement été mis en évidence par l'étude Samanta<sup>4</sup> qui a été réalisée en 2009. Elle a ciblé les troubles mentaux et a été réalisée sur le territoire français. Elle tente de représenter les différents troubles reconnus chez les personnes en grande précarité. Différents organismes y ont participé : dispositif d'urgence, dispositif d'insertion, hôtels sociaux,...

En voici les résultats : 2/3 des personnes vivent seules. Pratiquement 32% des personnes interrogées présentent un trouble psychiatrique grave. 13,2% de personnes présentent des troubles psychotiques dont 8,4% de troubles schizophréniques (contre 1% dans le reste de la population). On observe également 3,5% de troubles délirants persistants (troubles paranoïaques,...). Les troubles psychotiques sont plus élevés chez les gens nés en France et 2 fois plus élevés parmi les personnes rencontrées dans les dispositifs d'urgence. 12,9% des personnes manifestent des tendances suicidaires et 3 personnes sur 10 ont un problème de consommation de toxiques.

De manière générale, les troubles psychiatriques sont plus fréquents que dans la population normale et surtout chez les jeunes.

En France, la psychiatrie est organisée en secteurs géographiques. En fonction du domicile du patient, certains hôpitaux, centres de santé mentale,... sont compétents et uniquement ceux-là. Un problème s'est naturellement posé pour les personnes sans-domicile. Ils ont donc été « distribués » dans les différents secteurs. Par ailleurs, pour être pris en charge dans un secteur et avoir droit aux soins, les personnes sans-abri doivent en faire la demande, ce que malheureusement, ils ne font pas.

Afin de faciliter l'accès et la continuité des soins pour ce public, des équipes mobiles « santé mentale et précarité » ont donc été mises en place. La finalité principale de ces équipes est de ramener les personnes sans-abri vers les secteurs afin d'entamer une prise en charge.

Plus concrètement, voici les 3 champs d'action des équipes mobiles :

- En direction des personnes en grande précarité : permanences dans les lieux sociaux, centres de jour, foyers, ... au moyen d'interventions mobiles sur signalement. Un travail d'accueil, d'orientation et d'accompagnement vers une prise en charge de « droit commun » est réalisé. Ces équipes préparent également aux hospitalisations et aux sorties d'hôpital. L'objectif est de créer et de maintenir le lien afin de préparer au mieux une hospitalisation et de

<sup>4</sup> Etude à consulter sur le site de l'observatoire du Samusocial.

la prévenir afin de ne pas être coercitif et d'accompagner plus globalement la personne. Des groupes d'échanges, de paroles et des ateliers thérapeutiques sont également organisés.

- En direction des acteurs de premières lignes : organisation de formations, d'échanges de pratiques et de savoir. Réalisation d'un travail de concertation autour de situations thérapeutiques et cliniques.
- Fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales afin de faciliter une prise en charge coordonnée.

Une des questions qui met régulièrement les équipes au travail est celle du consentement et du refus. Cela dépasse le simple oui-non. Premièrement, quand on est malade mental, un « non » n'est pas toujours valide. Deuxièmement, un consentement « obscur » peut également exister. Dans ce cas, le patient consent à être aidé mais pas pour les mêmes motifs que le professionnel. Par exemple, « je suis d'accord de venir à l'hôpital avec toi car un tremblement de terre va passer sous mon carton ». Troisièmement, on parlera parfois de refus obscur. La personne refuse alors par exemple d'être hospitalisée mais dresse son campement juste en face de l'entrée de l'hôpital. Quatrièmement, la personne peut parfois être tout à fait délirante mais refuse pourtant de manière éclairée. Par exemple, « je refuse d'aller à l'abri de nuit car je ne veux pas attraper de poux ».

Pour toutes ces personnes évoquées ci-dessus, il faut pouvoir se déplacer afin d'identifier si leurs besoins se situent du côté du lien ou du côté du soin. Le consentement éclairé d'une personne précaire à des soins est déjà un bon début de prise en charge. Chez la personne psychiatrique, il y a toujours des problèmes somatiques et/ou psychosomatiques (maux de têtes, de dents,...).

Une approche simple peut être la proposition d'une plus petite prise en charge, concernant des petites choses touchant à leur santé. Le médecin généraliste peut alors coordonner la prise en charge somatique et peut être le médiateur de soins psychiatriques.

En matière de logement et hébergement en France, au niveau de la psychiatrie, il existe les logements sanitaires (appartements thérapeutiques,...) : ces dispositifs sont uniquement thérapeutiques, l'hébergement peut alors durer des années. Pour les autres structures, cela peut durer de quelques semaines à quelques mois.

Pour la partie médico-sociale, il y a déjà plus de choix : les maisons de vie, MASS, les maisons de retraites, les appartements de coordination thérapeutique, les lits haltes soins de santé,...

Pour la partie sociale, il existe également de nombreuses alternatives : résidences services, résidences d'accueil, HLM, maisons relais,...

De la rue au logement. L'idée d'une stabilisation la plus rapide possible du logement chez les patients précaires paraît pertinente. Mais la pathologie va souvent interférer. Quel est le meilleur moment pour mettre une personne en logement? Quelle préparation est nécessaire? Malheureusement, il n'y a que peu de droits à l'échec (étant donné le peu de possibilités de logements). L'enjeu est donc énorme pour les professionnels.

Les patients peuvent également prendre cette étape comme une fin en soi (existe aussi chez les prisonniers) mais il y a un risque qu'une fois en logement, la dépression, l'anxiété, les idées délirantes reviennent.

Les équipes mobiles maintiennent donc une continuité du lien avec la personne quel que soit son lieu de vie (rue, logement, hébergement,...) et quels que soient les éventuels lieux de soins et de droit commun qui la prennent en charge.



« Le sortir de rue » avec des patients psychiatriques est lié à un accompagnement thérapeutique et nécessite une préparation sous un angle thérapeutique : travailler les représentations du logement avec le patient, son vécu, ses expériences antérieures,...

Le Dr Magdeleinat prend l'exemple d'une dame vivant en hôtel, présentant des troubles paranoïaques et se mettant en danger (linges mouillés dans les prises électriques,...). Elle fut hospitalisée une fois et cela provoqua des changements dans la gestion de son lieu de vie (moins de mises en danger) mais les délires réapparurent de manière problématique. Après concertation en équipe pluridisciplinaire, la dame a été orientée vers un autre dispositif (maison relais avec accompagnement thérapeutique). Cependant, malgré tout l'encadrement mis en place, il existe toujours une suspicion de non prise du traitement et un risque de rechute possible. En conclusion, même les patients en logement ou en hébergement avec un traitement et un suivi peuvent toujours rechuter.

A côté des équipes mobiles, le SMES participe également à des chantiers thérapeutiques. Il s'agit de patients stabilisés qui restaurent avec les infirmiers des appartements abimés par d'autres personnes décompensées. Ces « ouvriers » sont formés et évalués dans des ateliers. Ils sont alors placés dans ces appartements pendant l'hospitalisation de l'autre patient. Par la suite, les équipes essayent de les orienter vers d'autres logements. Ils testent donc la vie en logement. Ces patients sont employés via des contrats de type CDD avec une durée maximale de deux ans. Préalablement aux chantiers, les patients sont évalués et formés aux ateliers. Outre l'expérience professionnelle, ce type d'activité sensibilise à la notion d'entretien du logement.

## Questions du public

- *La maladie mentale entraîne-t-elle le passage à la vie en rue ou le passage à la vie en rue crée-t-il la maladie mentale ?*

Les deux sont possibles. Certaines personnes, étant schizophrènes, n'arrivent pas à rester sociabilisés. Cette maladie est « désocialisante ». D'autres personnes vont se retrouver en rue et s'enfoncer peu à peu. Elles risquent alors fort de développer des états dépressifs sévères ou d'autres pathologies psychiatriques importantes. De manière générale, il y a fréquemment un problème de logement chez les schizophrènes (maintien, entretien, voire pas de logement).

Pour certains, le sans-abrisme sera le déclencheur d'un trouble qui, dans une autre situation, avec un soutien familial etc., ne se serait peut-être pas déclenché.

- *A Namur, il y a depuis peu des équipes mobiles en santé mentale (psy107) mais qui ne sont pas spécialisées en précarité. Ces équipes sont-elles adéquates et suffisantes pour prendre en charge les personnes en grande précarité et vivant en rue ou faut-il créer d'autres dispositifs, d'autres services pour accompagner ces précaires ?*

En France, c'est à cause des défaillances du secteur que ces équipes sont nées. Parce que pour être prises en charge, il fallait que les personnes aient un domicile. Les équipes mobiles ne s'occupent pas des personnes logées mais elles font le lien avec le secteur pour qu'une personne sans-abri puisse être prise en charge. Dès que les personnes ont trouvé un logement, elles sont encore accompagnées le temps nécessaire à leur stabilisation (car le risque de décompensation et de fragilité est d'autant plus important lors de la rentrée en logement après un passage plus ou moins long en rue).

Il existe une centaine d'équipes mobiles en France. Elles sont toutes différentes. Par exemple, à Sainte-Anne Paris il y a un psychiatre, un psychologue, un travailleur social et un infirmier. Ce n'est pas le cas dans toutes, et en plus il y a des secteurs géographiques très étendus et pour lesquels toutes les combinaisons ne sont pas possibles. C'est très inégal.

- *Pour l'intervention de l'équipe mobile psychiatrique française, faut-il impérativement un diagnostic préalable ?*

Non, il s'agit souvent d'un diagnostic profane. Même pour nous psychiatres, il n'est pas toujours évident de fixer un diagnostic. C'est pour cela qu'il est important d'effectuer un passage des infirmiers de manière régulière dans les lieux sociaux. Les personnes entrent en confiance et viendront beaucoup plus facilement parler à une infirmière qu'elles connaissent déjà. Ce travail de lien peut prendre des semaines. L'objectif étant au final d'encourager l'acceptation des soins par la personne. On peut ensuite travailler avec les personnes la question de rencontrer un psychiatre et de franchir la porte d'un hôpital. Même pour les grands délirants, c'est possible.

- *Quelles solutions existent en France pour les personnes qui sortent de l'hôpital et qui se retrouvent en rue ?*

A Paris, l'hôpital ne gardant que le temps du soin nécessaire, lorsque la personne sort de l'hôpital et qu'une convalescence ou des soins importants doivent encore être réalisés, il existe des « lits halte soin de santé ». Ces lits appartiennent au Samusocial. Ils ne sont pas uniquement réservés aux personnes ayant un trouble psychique.

- *Des choses sont-elles mises en place auprès des médecins généralistes par rapport à l'accueil de ces personnes grandement précarisées et somatisant souvent ?*

Pour les médecins généralistes, un réseau se crée. Les médecins plus ouverts à cette problématique sont souvent connus et ce sont vers eux que les patients ayant des demandes de médecine générale sont relayés.

Par ailleurs, à la clinique Saint-Anne, une consultation de médecine générale existe dans le même couloir que celle de consultation psychiatrique. Cela facilite certaines démarches et certaines consultations. L'idée est encore et toujours de créer du lien, en espérant qu'à terme, le lien de confiance soit suffisamment important pour que la question des soins psychiatriques puisse être abordée (même si entre l'accroche de départ et le passage aux soins psychiatriques réels il puisse se passer un long délai).

- *Existe-t-il des alternatives pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques mais étant d'origine étrangère et ne parlant pas la langue ?*

Pour le Dr Magdeleinat, il n'y a pas de refus à réaliser un entretien avec une personne étrangère pour autant qu'il y ait un interprète parlant la langue du patient. Ils ont alors recours à un service d'interprétariat spécialement formé pour l'accompagnement médical. A Paris, sur les 21.000 personnes fréquentant les services d'aides, plus de 7.000 ne parlent pas le Français.

## Housing First, un idéal ou un dispositif adapté de relogement?

Jean-Marc Antoine, Responsable du programme « Un chez soi d'abord »

Association Aurore, Paris

En 2013, s'est mis en place en France un programme expérimental : « un chez soi d'abord ». Il faut d'emblée préciser qu'il ne s'agit pas d'un dispositif de logement. C'est avant tout un dispositif expérimental à visée médicale. Ce programme se déroule sur 4 villes : Lille, Toulouse, Marseille et Paris. Il est lié à une recherche médicale et s'adresse exclusivement à un public à la rue manifestant des troubles psychiques sévères selon le DSM IV : schizophrénie, troubles bipolaires avec ou sans addictions.

Cette recherche médicale s'adresse uniquement au 20% de personnes vivant en rue et présentant de très importants troubles psychiatriques, celles-ci étant refusées par les structures habituelles, malgré le travail des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Le fait que ces personnes, en plus des troubles psychiatriques, présentent souvent un passé carcéral ou sont issues de la rue leur ferme beaucoup de portes.

Concrètement, deux groupes de 100 personnes sont sélectionnés. Celles issues du premier groupe sont mises en logement rapidement. Les autres suivent les dispositifs d'insertion classique. La sélection s'opère par un repérage par les EMPP, par les équipes du SAMU social ou par d'autres équipes d'amont. Les équipes de travailleurs sociaux n'étant pas habilitées à faire un diagnostic psychiatrique, les patients candidats doivent alors être vus par une EMPP. Une fois le dossier rempli, il est envoyé à l'équipe de recherche. Si les personnes candidates correspondent au profil du public-cible, elles sont alors convoquées et toutes les modalités de la recherche leur sont expliquées. Ensuite, les personnes sont tirées au sort pour savoir si elles feront partie du groupe mis en logement ou de celui qui laisse les personnes dans l'offre habituelle. Il s'agit d'un protocole suivi au niveau national.

Cette recherche est financée par l'état et dirigée par la section de l'aide au logement. Elle a pour objectif de :

- mesurer quelles sont les inégalités sociales entre ceux qui sont logés et ceux qui ne sont pas logés ;
- mesurer les coûts hospitaliers de ceux qui sont logés et de ceux qui ne seront pas logés ;
- mesurer le degré d'insertion ;
- mesurer aussi le rétablissement (non-retour à l'état initial et mesure de la prise de conscience de la personne de sa maladie.).

Pour les personnes logées, il y a une première rencontre avec un des membres de l'équipe (dans un café, un espace social,...). Le programme est réexpliqué à la personne et trois logements sont visités avec elle. Le programme précise bien qu'elle est locataire avec tous les droits mais aussi les engagements qui lui incombent.

Sur base de la visite de ces 3 logements, dans 3 quartiers différents, des entretiens sont réalisés. Ils permettent d'en savoir beaucoup plus sur le passé de la personne (de manière informelle) et de mettre en avant le choix des personnes, leurs souhaits, leurs préférences et les éventuelles contre-indications. L'entretien d'accès se déroule donc de manière ouverte et peu directive.

Afin de trouver les logements pour le projet, la recherche s'est tournée vers les sociétés de logements sociaux (HLM). Les gestionnaires de ce type de logements étaient d'abord réticents car ils avaient déjà des difficultés avec certains de leurs locataires. Il a alors été mis en évidence le fait que les usagers qui allaient entrer dans le programme seraient suivis, non pas par les sociétés de logements sociaux mais par une équipe spécifique. Le programme prévoit en effet le suivi des personnes mises en logement. Des visites et des contacts avec des travailleurs psycho-médico-sociaux ont lieu plusieurs fois par semaine et toujours en extra-muros (en rue, dans un espace public et/ou domicile de la personne). L'équipe de suivi est transdisciplinaire (10 ETP + 1 coordinateur pour 100 personnes suivies : 1 psychiatre, 4 travailleurs sociaux, 4 infirmiers psychiatriques, ainsi que des médiateurs santé-pairs).

Les médiateurs santé-pairs sont personnes ayant vécu la rue et souffrant de problématiques de santé mentale mais étant dans un processus avancé de réinsertion et de soins eux-mêmes. Ils constituent donc des personnes ressources. Ils peuvent devenir des modèles identificatoires pour les usagers en cours d'insertion car ils constituent une preuve vivante qu'on peut s'en sortir et avoir droit à une certaine stabilité même en venant de la rue et en étant malade.

Il a donc fallu convaincre le préfet de la mairie de Paris de mettre à disposition du programme une partie des logements sociaux disponibles.

Aujourd'hui, 32 logements sont disponibles à Paris et ce chiffre devrait monter jusqu'à la soixantaine à la fin de l'année (mélange de logement privé et public, logements sociaux,...). Les locataires (les personnes ne sont plus appelées résidents, usagers et/ou patients) sont rencontrés trois fois par semaine plus ou moins. L'équipe est aussi en relation avec les bailleurs sociaux et les gardiens d'immeuble. Cette équipe est toujours joignable (24h/24H) via un système de garde.

Sur les 37 personnes faisant maintenant partie du programme à Paris, aucun bailleur n'a jamais fait appel à l'équipe pour un problème avec un locataire. Les seuls appels proviennent des locataires eux-mêmes.

Il arrive aussi que dans une collectivité, certaines personnes dérangent le cadre établi et doivent être mises dehors. Cependant, selon Monsieur Antoine, les problèmes dépendent surtout du contexte : hébergement ou logement dans de grandes structures, mise en commun avec d'autres personnes en souffrance, autres problématiques accumulées,...

Pour le programme « Un chez soi d'abord », il n'y a jusqu'ici eu que trois situations ayant posé problème. Le fait que les personnes soient suivies par des intervenants fixes plusieurs fois par semaine permet d'éviter beaucoup de problèmes et permet de réagir quand il le faut, avant que cela ne devienne trop envahissant ou problématique.

Aujourd'hui sur l'ensemble des personnes suivies, 70% d'entre elles sont à jour au niveau du paiement des loyers (alors qu'elles ont pour la plupart un long passé de rue). Ce résultat n'est possible que parce que **les personnes sont aidées**. Il est important de souligner que pour la première fois, un programme est évalué au fur et à mesure afin d'avoir une analyse la plus objective possible des résultats.

Quelles sont les difficultés que les personnes rencontrent ? Le projet tient compte du fait qu'on ne passe pas aisément de la rue et d'une errance importante à un logement. L'entrée dans un logement ne va pas permettre un changement rapide d'identité surtout si la personne est restée dans l'errance durant un certain temps. Le parcours prend du temps et il faut alors aider les personnes à investir les murs. Le fait que, par exemple, certaines personnes dorment par terre à côté de leur lit est à considérer comme tout à fait normal en raison de leur vécu.

Des personnes en rue disent : « A la rue on a des copains ; je suis entré en logement mais je ne me suis jamais senti aussi seul ». Le passage de l'intimité dans l'espace public à l'intimité dans un logement est quelque chose de très dur, de très

difficile à vivre. Les personnes sont locataires, citoyens à part entière, ils ne sont pas que les symptômes de leur maladie. Il s'agit donc aussi de travailler la partie non pathologique dans l'accompagnement.

L'accompagnement est individuel mais il y a également des groupes qui se constituent. Il n'y a pas d'espaces collectifs à la base dans les logements, mais on crée du collectif au moyen d'animations, d'entraide, de sport, d'activités culturelles,.... Par exemple, les locataires plus anciens peuvent être amenés à participer à la préparation des nouveaux logements, cela crée de la solidarité et du lien supplémentaire.

Il faut rappeler que ce programme ne constitue pas une politique de relogement, c'est un programme de recherche. Il faudra donc attendre la fin de celui-ci pour avoir les conclusions définitives.

Le personnel qui travaille dans le programme est mis à disposition, soit par des institutions à caractère sanitaire, soit par des services à caractère social. Cela donne des garanties importantes car les institutions porteuses sont obligées de composer et sur le terrain. Cela engendre une nécessaire coopération et des regards croisés efficaces. Cela peut également parfois entraîner des conflits mais c'est tout à fait normal.

Des réunions de concertation et de synthèse sont périodiquement organisées, toujours en présence du locataire. Il est même envisagé qu'à partir d'un certain stade, ce soit les locataires eux-mêmes qui animent ces réunions. Il s'agit donc de faire du réseau mais dans le bon sens, pour et avec le locataire. Pour cela, il ne faut pas hésiter à oser aller de l'avant, à créer de nouvelles choses.

## Questions du public

- *Que faire avec ces personnes qui refusent de rentrer dans l'étude alors que le consentement éclairé n'est pas obtenu ?*

La question reste ouverte. Il faudrait pouvoir se pencher par la suite sur le devenir des personnes qui n'ont pas accepté mais également investiguer les raisons de ce refus (dans la mesure du possible).

- *Quelle est la durée de ce programme de recherche ?*

3 ans mais il faut préciser que les personnes mises en logement bénéficient d'un bail glissant. Les personnes pour qui le programme se sera bien déroulé et qui souhaiteraient rester dans le logement pourront donc le faire sans démarches supplémentaires. Le but aussi est d'éviter à la personne de devoir changer de logement après tous les efforts et les démarches déjà fournies pendant le programme.

- *Pour le groupe des personnes non logées, quelle est le suivi proposé ?*

Ils bénéficient des offres habituelles : hébergement d'urgence, foyers d'accueil, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), ...



- *Le choix de faire 3 visites par semaine auprès des personnes en logement n'influence-t-il pas les résultats à partir du moment où l'autre groupe témoin (celui ne bénéficiant que de l'offre habituelle) ne bénéficie ni du logement, ni du suivi rapproché ?*

Il faudrait attendre la fin du programme pour voir. L'intervenant n'est pas au centre de cette décision.

Un programme belge de Housing First a été lancé il y a peu. Sa coordinatrice précise à titre d'information qu'il y aura trois groupes d'utilisateurs :

- Un groupe de personnes accompagnées dans un logement avec un suivi « Housing first »
  - Un groupe de personnes accompagnées dans un logement mais de manière plus conventionnelle, moins spécifique
  - Un groupe ne bénéficiant que de l'offre habituelle.
- *Comment se déroulent les prises en charge des personnes lorsque cela se passe mal ?*

Quand un locataire repart dans un processus d'errance ou qu'il montre une grosse décompensation, le logement est maintenu. Le logement reste pour la personne, elle en est locataire. Il n'y a pas de pression particulière tant que le loyer continue à être payé. Les porteurs du projet ont néanmoins pris certaines précautions via des conventions afin que les bailleurs ne soient pas lésés.

## Conclusion du colloque

Virginie Olivier, Coordinatrice générale du Relais Social Urbain Namurois

La question du relogement des personnes précarisées est une problématique très vaste. Elle ne peut être appréhendée en vase clos mais en lien avec la précarité et l'exclusion, la santé mentale, la santé, les familles, etc. Tentative de synthèse en 4 points :

### ▪ *La complexité du profil des personnes*

Le Dr Emmanuelli a porté un regard assez critique sur la manière dont est gérée la question de l'exclusion sociale actuellement. Il a retracé les différentes ruptures vécues par les personnes en rue, qui ont souvent connu l'échec ou la souffrance depuis leur plus jeune âge. L'exclusion est une problématique réellement complexe. Il existe souvent un décalage entre le profil des personnes grandement précarisées et les attentes, voire les attitudes des professionnels car ils demandent aux personnes d'entrer dans un cadre, de se mettre en projet, d'être en demande ; un comportement inadapté peu vite être perçu comme un comportement manipulateur or l'éclairage du Dr Magdeleinat nous apprend que les problèmes psychiatriques, présents chez près d'un tiers des personnes qu'ils ont étudié dans le cadre d'une enquête, peuvent très fortement influencer le comportement, ce qui peut être perçu comme une non-demande. Il faut dépasser cette non-demande nous a enseigné M. Chassignet, et tenter de trouver le subtil équilibre entre l'autonomisation à tout prix et l'invalidation à tout prix. Mais cela n'est pas évident, a fortiori quand les personnes sont dans une certaine récurrence de l'urgence sociale, parfois due à une mise en échec. Il est normal d'observer par moments un découragement, mais il faut garder l'espoir, nous a exhorté M. Antoine.

### ▪ *La nécessité de la transversalité*

Pour nous aider dans cette voie, la transversalité est indispensable vu le profil multiproblématique des grands précarisés. La pluridisciplinarité des équipes est à soutenir, autant que le travail en réseau, d'où l'intérêt de bien connaître les institutions et de faire le lien lorsqu'une personne est (ré)orientée : les intervenants invitent à contacter le service voire se présenter avec la personne, à rester référent.

Entre secteurs (logement-action sociale-santé), il s'agit également d'intensifier les liens. L'articulation de l'aide sociale et de la santé/santé mentale est particulièrement soulignée. Se connaître ne semble pas toujours suffisant et l'enjeu est précisément de réussir à travailler ensemble.

### ▪ *Le logement avec un accompagnement sur mesure*

Quand on a compris la manière dont vivent les plus exclus, on peut travailler à la question de l'hébergement et du relogement. Pour cela, il y aurait lieu de laisser à la personne le temps de se poser mais également lui laisser la possibilité de quitter, de faire des allers et retours, de retourner à la rue un certain temps,... Bref de faire en sorte que ce soient les structures et les travailleurs qui adaptent leur cadre plutôt que de demander aux personnes de s'adapter, ce qui est

impossible pour certains. L'accompagnement doit idéalement se faire sur-mesure, à la carte, de manière plus ou moins intensive en fonction des besoins.

Le logement n'est pas forcément une fin en soi et l'accompagnement ne doit pas s'arrêter lorsque la personne est dans son logement. En effet, les grands précarisés peuvent développer des problèmes de santé ou de santé mentale lorsqu'ils parviennent enfin à se poser.

Les intervenants soulignent l'importance de proposer des initiatives de logement diversifiées : collectives ou à tout le moins semi-collectives, mixtes ou non (âge, genre, problématique). Il est donc positif de voir des initiatives internationales et belges se développer à ce sujet (*Housing first*, pension de famille,...). D'autres projets doivent également être investigués car le logement n'est pas tout. On peut penser à laisser sans doute une place à des structures intermédiaires (entre l'hospitalisation et le logement par exemple, comme les « Lits Haltes Soins de Santé »). M. Antoine ajoute l'importance à ses yeux de créer du collectif en-dehors du logement qui pourrait pallier au détricotage des réseaux de voisinage évoqués par le Dr Emmanuelli.

#### ▪ Un cadre de travail à réinventer

Le travailleur psycho-médico-social est amené à s'adapter à la demande ou à la non-demande de la personne. Pour s'adapter, il y a sans doute lieu de continuer à développer ou à faire évoluer des dispositifs d'hébergement et de logement, mais aussi à évaluer les chaînons manquants dans le parcours d'insertion. Les intervenants invitent les professionnels à revoir régulièrement leur attitude, leur positionnement et leur fonctionnement. Ils proposent 3 clés : aller vers, faire avec et associer les personnes suivies.

Il y a le « *Housing first* » (Se loger d'abord), certes, mais aussi le « *Curing first* » (Soigner d'abord) nous dit M. Emmanuelli. Ajoutons qu'il y a également le « *Caring first* » (Prendre soin d'abord). Le travail autour de chaque situation devrait être une création personnelle. Il est essentiel de continuer à rester à l'écoute, à créer du lien, à innover et oser pour avancer, à « se réinventer tous les jours », comme le proposait une participante. Virginie Olivier conclut en espérant que cette journée aura permis à tous de contribuer à cette réinvention perpétuelle.