



## HOUSING FIRST NAMUR

-

## 1<sup>ÈRE</sup> ANNÉE D'EXPÉRIMENTATION ET ÉVALUATION DU PROCESSUS



I. INTRODUCTION	4
II. MODÈLE EN ESCALIER ET DE L'ANCRAGE VERSUS MODÈLE HOUSING FIRST	6
1. MODÈLE DE L'ESCALIER, MODÈLE DE L'ANCRAGE ET HYBRIDATION BELGE	6
2. MODÈLE HOUSING FIRST	8
2.1 Genèse	8
2.2 Les huit principes de base du « Housing First » (HF)	9
2.2.1 Le logement comme droit fondamental	9
2.2.2 Du respect, de la bienveillance et de la compassion pour tous les locataires HF	9
2.2.3 L'engagement à travailler avec le locataire aussi longtemps que nécessaire	9
2.2.4 Des logements diffus	11
2.2.5 La séparation du logement et de l'accompagnement	11
2.2.6 La liberté de choix et l'autodétermination	11
2.2.7 Le rétablissement	12
2.2.8 La réduction des risques	14
3. UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET UN ACCOMPAGNEMENT INTENSIF	15
4. L'EFFICACITÉ DU MODÈLE	16
III. CONTEXTE NAMUROIS ET GENÈSE DU PROJET	17
IV. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF LOCAL	20
1. DIMENSIONS MULTI-INSTITUTIONNELLES ET PLURIDISCIPLINAIRES	20
2. PUBLIC ACCUEILLI ET SÉLECTION DES CANDIDATS	25
V. LES PERSONNES SUIVIES : PROFIL ET ÉVOLUTION	27
1. PROFIL DES PERSONNES	27
VI. EVALUATION	31
1. LE BIEN-ÊTRE DES USAGERS	31
1.1 Préambule	31
1.2 Amélioration du bien-être chez les usagers	32
1.2.1 Les troubles et symptômes liés à santé mentale	34
1.2.2 Le logement	34
1.2.3 La santé	35
1.2.4 Consommation de psychotropes	37
1.2.5 Liens sociaux et activités	38
1.2.6 Famille	41
1.2.7 Argent et administration	42



2. MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE	45
2.1 Pluridisciplinarité	45
2.1.1 Tâches multiples, questionnements et prise en main d'un tronc d'action commun	45
2.1.2 La pluridisciplinarité substantive	47
2.2 Les champs d'intervention couverts	49
2.2.1 Le logement	49
2.2.2 Les démarches administratives et financières	54
2.2.3 L'addiction	56
2.2.4 La santé mentale	58
2.2.5 La santé	62
2.2.6 Liens sociaux et activités	63
2.2.7 La famille	65
2.3 La captation de logements et le travail avec les partenaires	65
2.4 Les candidatures	68
2.5 Multi-institutionnalité	73
V. PISTES D'ACTION POUR LES ANNÉES À VENIR	<b>79</b>
1. RENFORCER L'INTENSIVITÉ ET LA RÉCURRENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT, PARTICULIÈREMENT DANS LA « BANALITÉ DU QUOTIDIEN »	79
2. LE FONCTIONNEMENT INTERNE ET L'UTILISATION D'OUTILS	81
3. PORTER PLUS HAUT ET PLUS FORT NOTRE MÉTHODOLOGIE ET L'IMPORTANCE D'Y ACCORDER L'INTÉRÊT ET LE SOUTIEN NÉCESSAIRE	81
4. AMÉLIORER LE PROCESSUS DE CANDIDATURE	82
5. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE, AU SEIN MÊME DU RÉSEAU QUI CONSTITUE LE DISPOSITIF	82
VI. CONCLUSION	<b>83</b>



## I. INTRODUCTION

La 1<sup>ère</sup> année d'expérimentation du dispositif Housing First (HF) à Namur laisse désormais la place à un regard critique et réflexif sur les pratiques mises en place.

L'évaluation est toujours un temps important dans la vie d'un projet ou d'une institution. Il permet en effet la réalisation d'une analyse approfondie, même si partielle, d'un fonctionnement, d'une méthodologie et des actions y afférentes.

Nous nous attèlerons donc ici à retracer quelques repères historiques qui permettent de contextualiser la naissance du projet dans le contexte local namurois. Ceci étant, avant d'aborder la mouture namuroise, nous ferons une présentation du modèle HF et de ses spécificités ; présentation bien nécessaire pour : 1) appréhender finement ce que recouvre ce dispositif particulier ; 2) détailler en quoi celui-ci revêt une importance particulière dans la lutte contre le sans-abrisme ; 3) « justifier » pourquoi/pour quoi le Relais Social Urbain Namurois (RSUN) a souhaité initier l'expérimentation à Namur. Nous baliserons donc ensuite ce que revêt le dispositif ici, à Namur, puisque, au-delà d'une appartenance idéologique et philosophique forte au modèle « Pathways To Housing », nous avons adapté les guidelines au contexte local et, surtout, à ses contraintes et potentialités. Enfin, nous analyserons différentes dimensions qui sont constitutives au projet déployé : l'amélioration du bien-être chez les usagers (détaillé au travers de différents « champs » constitutifs du bien-être : logement, santé et santé mentale, liens sociaux, etc.), la pluridisciplinarité et la multi-institutionnalité, le processus de candidature...

Ceci étant, nous avons opéré un choix dans les dimensions constitutives du projet à analyser. D'une part, il est illusoire de penser qu'une évaluation peut laisser place à une analyse exhaustive de toutes les dimensions liées au développement d'un projet spécifique, en l'occurrence le Housing First à Namur. D'autre part, et ceci vient renforcer la « remarque » précédente, la temporalité dans laquelle nous nous situons (un peu plus d'une année d'expérimentation) nous invite à la prudence sur les résultats obtenus jusqu'à présent, et notamment lorsque l'on connaît la fragilité du public accompagné et le travail intense et sur le long cours à fournir pour leur permettre de retrouver bien-être, confort de vie et réinscription dans les structures de socialisation habituelles.



C'est donc un choix que nous avons posé d'analyser ces quelques dimensions, elles aussi déclinées plus finement autour de différentes sphères/champs. Elles nous semblent fondamentales et essentielles dans ce premier temps de recul et d'analyse puisqu'elles sont, d'une part, au cœur de notre finalité – le rétablissement d'un public sans-abri chronique souffrant de troubles de santé mentale et/ou d'assuétudes – et d'autre part, au cœur de notre méthodologie avec une mouture réunissant plusieurs institutions avec des objets sociaux divers ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire qui travaille autour d'un socle commun d'actions.

Pour conclure cette brève introduction, nous ne pouvons que rappeler le contexte problématique dans lequel les différents services actifs dans la lutte contre le sans-abrisme évoluent : augmentation structurelle du nombre de bénéficiaires dans la plupart des services namurois, complexification et augmentation des problématiques que les personnes accompagnées rencontrent, stagnation voire diminution des moyens financiers (et donc humains) dont disposent les institutions afin de faire face à ce contexte. Ce projet vient donc compléter une offre existante qui peine à trouver des solutions satisfaisantes pour le public préalablement cité. Et bien que les effets soient positifs à ce stade, ce n'est qu'après plusieurs années de fonctionnement que nous pourrions tirer des conclusions plus « structurelles » et moins prudentes. Sachant qu'au-delà de ces éléments, différentes contraintes et menaces pèsent actuellement sur le dispositif : moyens humains faibles pour affronter l'ampleur de la problématique de la chronicité du sans-abrisme, reconduction du projet sur trois années, mais avec des moyens insuffisants pour maintenir l'équipe en place, incertitudes sur la possibilité d'obtenir du logement en suffisance... Un investissement important constant, de toutes les parties prenantes et particulièrement de l'équipe en place, sera donc une des clés du succès au profit du public précité.



## II. MODÈLE EN ESCALIER ET DE L'ANCRAGE VERSUS MODÈLE

### HOUSING FIRST<sup>1</sup>

#### 1. MODÈLE DE L'ESCALIER, MODÈLE DE L'ANCRAGE ET HYBRIDATION BELGE

Le modèle en escalier est un modèle évolutif par étapes qui insiste sur la progressive réhabilitation de la personne à travers différentes formules de logement et d'accompagnement. Le passage à chaque échelon (hébergement d'urgence, hébergement d'insertion, logement de transition...) constitue, avec des moyens qui lui sont propres, une avancée dans un processus d'insertion en vue de rendre autonome la personne jusqu'à ce qu'elle puisse intégrer son propre logement, et ce, après en avoir prouvé ses capacités. Chaque échelon est considéré comme transitoire et prévoit la stabilisation et l'apprentissage de l'utilisateur, pour qui un changement individuel est requis, notamment en termes de traitement (assuétudes et santé mentale), et qui devra finalement se montrer « prêt » pour accéder au logement, Saint-Graal d'une succession d'étapes institutionnelles.

Force est de constater que, pour une série de personnes, ces modèles créent et renforcent une série de ruptures conduisant à chroniciser l'expérience de sans-abrisme. L'adaptation constante à de nouvelles réalités institutionnelles et de nouvelles règles implique une insécurité permanente auprès des personnes sans-abri, qui ne peuvent jamais se poser ; chaque étape étant temporaire.

Le modèle de l'ancrage, quant à lui, vise davantage à se maintenir au sein d'un hébergement temporaire sur le long terme, déterminant ensuite si la personne est capable d'accéder au logement, ou non. Bien que le modèle ne comprenne pas (obligatoirement) une succession d'étapes, il conditionne l'accès aux différentes structures qui le composent : arrêt et/ou traitement de la consommation de psychotropes, détermination d'un projet, etc.

---

<sup>1</sup> Les propos qui suivent sont fortement inspirés du rapport du consortium « Housing First Belgium » : Housing First Belgium, *Mise en place de l'expérimentation Housing First Belgium* - Septembre 2013 – Février 2014, Housing First Belgium, (2014).



Depuis plusieurs années, ces modèles (particulièrement le 1<sup>er</sup>) font face à plusieurs critiques<sup>2</sup> :

- « stress et bouleversement provoqués par le besoin de passer par différents projets basés sur le logement ;
- absence de liberté et de choix des usagers du service combinée à des niveaux d'accompagnement standardisés dans les différentes étapes des services résidentiels ;
- les décisions sur le moment et l'endroit où les clients sont placés sont prises par le personnel du service ;
- les clients ont droit à peu d'intimité et sont suivis (au moins aux étapes « inférieures ») ;
- les compétences acquises pour le fonctionnement réussi dans un cadre réuni structuré ne sont pas nécessairement transférables à une situation de vie indépendante ;
- le passage final vers un logement indépendant peut prendre plusieurs années et de nombreux clients sont « perdus » entre les différentes étapes ».

En Belgique, la réalité, à l'instar de bien des dispositifs, est colorée puisque nous retrouvons des réalités de chacun des deux modèles, en fonction des réalités institutionnelles locales et surtout régionales (la prise en charge du sans-abrisme bruxellois s'inscrit presque exclusivement dans une approche de type urgentiste tandis que la prise en charge wallonne est coordonnée par les relais sociaux qui développent, en fonction de leurs réseaux et réalités, des orientations locales diversifiées).

En réponse aux difficultés susmentionnées et face à ces critiques, de nombreux pays ont initié l'expérimentation du dispositif « Housing First ».

---

<sup>2</sup> Issus de : « Conférence européenne de consensus sur le Sans-Abrisme, Contributions des Experts à la Conférence de Consensus sur le Sans-Abrisme 2010, Bruxelles (2010) », et s'inspirant de Tsemberis et Asmussen, 1999 ; Sahlin 2005.



## 2. MODÈLE HOUSING FIRST

### GENÈSE

Le modèle du « Housing First » est né en 1992 à New York sous l'égide d'un psychiatre américain, Sam Tsemberis, par le biais de son organisation « Pathways to Housing » (PHF). Ce modèle prévoit un accès direct de la rue au logement pour des personnes sans-abri chroniques (personnes avec une condition invalidante sans domicile depuis plus d'un an ou qui ont connu au moins quatre épisodes de sans-abrisme au cours des trois dernières années) et caractérisées par : des maladies mentales graves, une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues, un comportement perturbateur, une petite criminalité, une longue période de chômage... En effet, pour ce public, travailler la question du traitement avant celle du logement ne fonctionne pas, au contraire de l'accession au logement qui permet à ces personnes d'avancer dans d'autres domaines de leur vie. Pour accéder au logement, il faut respecter deux conditions : 1) La visite hebdomadaire d'une équipe d'accompagnement ; 2) Le paiement du loyer et la non-générescence de nuisances.

De nombreuses évaluations approfondies s'accordent pour démontrer les effets positifs du «Housing first », en particulier sur 3 points :

- Les personnes logées via ces programmes de « logement d'abord » conservent mieux leur logement que celles passées par d'autres dispositifs. **Ainsi, 88 % des bénéficiaires de Pathways to Housing sont toujours dans leur logement au bout de 2 ans, contre 47 % d'un groupe « témoin » ayant bénéficié de services évolutifs.** Ce type de programmes a permis aux Etats-Unis **de réduire non seulement les durées moyennes d'hospitalisation, mais aussi les incarcérations.** Selon les sites, 70 à 80 % des personnes sont encore dans leur logement après 4 ans ;
- Le logement pérenne fournit une forme de **stabilité et de sécurité que ces personnes ne connaissaient pas dans leur mode de vie antérieure ;**
- **Ces programmes présentent un rapport coût-efficacité supérieur à toutes les autres solutions classiques.**





## LES HUIT PRINCIPES DE BASE DU « HOUSING FIRST » (HF)

### 1.2.1 Le logement comme droit fondamental

Comme l'indiquent différents textes (constitution belge, Déclaration universelle des droits de l'Homme...), le HF prévoit l'accès au logement puisqu'il est considéré fondamental et essentiel. Au-delà de l'accès à un logement, c'est l'accès à un logement décent et de qualité qui prime, ce dernier permettant de favoriser le processus de rétablissement de la personne.

### 1.2.2 Du respect, de la bienveillance et de la compassion pour tous les locataires HF

A contrario de certains dispositifs qui développent une certaine appréhension à l'égard des personnes sans-abri au profil complexe, le HF envisage un rapport respectueux de la personne en la considérant comme une personne à part entière, capable de choix et d'autonomie. La question de l'intégration dans le quartier ou encore la société est prépondérante dans cette approche.

### 1.2.3 L'engagement à travailler avec le locataire aussi longtemps que nécessaire

Beaucoup de services ont une intervention limitée dans le temps, et souvent dans une temporalité assez courte. Le HF offre la possibilité d'un accompagnement au long cours, pour une durée illimitée. En effet, même si la stabilisation des personnes est effective, le modèle leur offre la possibilité de recourir à nouveau à lui si cela s'avère nécessaire (crise, urgence...). Bien souvent, l'accompagnement est intensif dans les premiers mois (aménagement du logement, travail sur la gestion journalière du logement, démarches administratives/sociales/financières...), pour diminuer ensuite, voire à s'estomper complètement. Ceci étant, vu la spécificité du public, il est tout à fait possible que de nouveaux éléments dans la situation nécessitent un accompagnement, parfois de manière très ponctuelle. Cela implique dans les faits qu'il n'y a aucune spécification de durée d'aide dans les accords conclus avec les personnes, hormis l'acceptation d'une visite hebdomadaire dans le logement, et que les contrats de location signés par la personne sont signés indépendamment de l'accompagnement et à durée indéterminée<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Notons toutefois que des exceptions contreviennent sur ces principes. D'une part, car certains projets (en France par exemple) conditionnent le logement à l'accompagnement. D'autre part, sur la durée indéterminée du contrat de location, si l'objectif est bien d'y parvenir, tout ceci dépend du bailleur (qu'il soit privé ou public/social/assimilé).





#### 1.2.4 Des logements diffus

Le principe de diffusion du logement prévoit à la fois l'octroi d'un logement individuel à la personne – sauf stipulation contraire de celle-ci, dans l'éventualité où elle privilégierait un logement de type communautaire – ainsi que la répartition des logements dans différents quartiers/immeubles du territoire couvert. Ainsi, la personne peut vivre dans un environnement diversifié et le dispositif évite toute ghettoïsation d'un même immeuble quartier avec un maximum de 20 % des logements présents à destination du Housing First.

#### 1.2.5 La séparation du logement et de l'accompagnement

Les dimensions liées au logement et à l'accompagnement sont systématiquement séparées, bien qu'elles soient interdépendantes. Cela signifie que le locataire ne doit pas entreprendre un sevrage ou un traitement psychiatrique pour espérer bénéficier d'un logement, au même titre que pour s'y maintenir. Au-delà de l'absence de prérogatives liées à la conditionnalité absente dans l'obtention d'un logement<sup>4</sup>, l'équipe du HF veille à ne pas mélanger les problématiques liées au logement (nuisances, hygiène, retards de paiement) aux dimensions inhérentes à l'accompagnement (plan de rétablissement, démarches psycho-médico-sociales, liens sociaux et familiaux...). En somme, quoi qu'il arrive en lien avec le logement, l'accompagnement est maintenu et poursuivi, même si la personne quitte son logement (pour aller en cure, à l'hôpital, en rue ou encore en prison). Notons cependant que dans les faits, la réalisation d'une visite à domicile est requise pour l'intégration dans le programme. Si l'accompagnement est donc très peu conditionné, il fait cependant partie intégrante du dispositif et est « imposé » aux personnes.

#### 1.2.6 La liberté de choix et l'autodétermination

Comme nous l'indiquions précédemment, le choix du logement est soumis à l'approbation de la personne, au même titre que l'intégration dans le dispositif. Comme le veut le principe de « rétablissement » (cf. infra), la personne est au cœur du processus et un pouvoir sur sa propre vie et sur sa situation lui est reconnu. Ceci nécessite donc qu'elle puisse être actrice durant tout le processus, notamment dans le choix du type de logement, dans la récurrence de l'accompagnement, dans sa volonté ou non de poursuivre un programme thérapeutique ou un sevrage...

---

<sup>4</sup> En dehors du paiement du loyer, du respect du voisinage et de la visite à domicile (VAD) hebdomadaire.



### 1.2.7 Le rétablissement

**ALORS QUE LA CONCEPTION « MÉDICALE » DU RÉTABLISSMENT SOUS-ENTEND A PRIORI LA DIMINUTION DES SYMPTÔMES, CELLE-CI RELÈVE DAVANTAGE DE L'ESPOIR, D'UNE IDENTITÉ POSITIVE RETROUVÉE AINSI QUE DE REPRISE DE POUVOIR SUR SA VIE ET DE RECHERCHE DE SENS DU POINT DE VUE DES USAGERS.**

Le rétablissement (ou « recovery ») est un concept anglo-saxon qui s'est développé durant les années 70-80' aux Etats-Unis et qui fait suite à la remise en question des pratiques psychiatriques et s'inscrit dans le mouvement de la désinstitutionnalisation du secteur. Il remet la personne atteinte de troubles en santé mentale au centre du processus en la considérant comme la plus à même de se rétablir, plutôt qu'en considérant son environnement (psychiatre, travailleurs sociaux, famille et amis) comme l'expert de sa situation et de sa maladie.

Selon Hélène Glover (2012), c'est un processus où la personne va utiliser son libre arbitre et va s'auto-former pour arbitrer entre les choix suivants :

- la capacité d'influencer son état de détresse permanent (espoir contre désespoir) ;
- la reconnaissance et l'appréciation du rôle joué par soi-même dans sa propre transformation (conscience de soi active contre passive) ;
- la négociation de l'autogestion et de la maîtrise de sa maladie (capacité contre incapacité à réagir) ;
- la réflexion et les efforts d'auto-apprentissage et de recherche d'un sens (découverte contre aliénation) ;
- la participation par le biais d'un sentiment de citoyenneté et d'appartenance pleine et entière à la collectivité (connexion contre déconnexion)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Issus de : Estecahandy P. et al, « Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord », Empan 2015/2 (n° 98), p. 76-81.



Les 5 étapes du processus de rétablissement, en deux versions :

Andresen, Caputi et Oades:

1. Moratoire  
Un temps de retrait caractérisé par un profond sentiment de perte et de désespoir.
2. Prise de conscience  
Réalisation que tout n'est pas perdu et qu'une vie enrichissante est possible.
3. Préparation  
Bilan des forces et des faiblesses concernant le rétablissement et début des efforts d'acquisition des compétences pour y arriver.
4. Reconstruction  
Travail actif pour établir une identité positive et des objectifs significatifs, et reprendre sa vie en main.
5. Croissance  
Mener une vie significative marquée par l'autogestion de sa maladie, la résilience et une image positive de soi.

Lagueux, Charles et Rouleau:

1. L'impact du trouble mental : choc et déni  
La personne est anéantie par le pouvoir que le trouble mental a sur sa vie et est généralement incapable de fonctionner, l'impact du diagnostic et des symptômes du trouble mental domine sa vie.
2. La vie est limitée : renoncement et espoir

La personne a cédé au trouble mental le pouvoir de contrôler sa vie et est résignée à la direction qu'a prise sa vie et s'y croit condamnée. Elle se considère sans avenir et se limite à être malade. Elle a perdu espoir.

### 3. Le changement est possible : espoir et remise en question

La personne remet en question le pouvoir du trouble mental de contrôler sa vie et espère qu'il y a plus dans la vie que ce qu'elle connaît et commence à croire que sa vie peut être différente. Elle entrevoit la possibilité de changer, mais ne se sent pas prête ni capable de s'engager.

### 4. L'engagement à changer : volonté d'agir et courage de la personne

La personne défie le pouvoir qu'elle a donné au trouble mental de contrôler sa vie et croit qu'il y a des possibilités pour elle, mais ne sait pas comment s'y prendre. Elle est ouverte à explorer ce qu'il faut faire pour changer.

### 5. Les actions pour changer : responsabilisation et pouvoir d'agir

La personne se réapproprie le pouvoir sur sa vie et a décidé de la direction qu'elle veut prendre. Elle s'est mise en action afin d'atteindre son but et de créer la vie qu'elle désire.

#### 1.2.8 La réduction des risques

La Réduction des Risques (RdR) est une stratégie en matière de santé publique qui tente de diminuer les impacts liés à la consommation de psychotropes. Elle se centre sur plusieurs principes : ne pas banaliser l'usage de drogues, donner aux usagers les moyens de réduire les risques de leur consommation, encourager leur prise de responsabilités, aller à l'encontre des usagers dans leur milieu de vie, faire participer les usagers, faire évoluer les représentations sociales, sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions, développer une réflexion et une évaluation constantes.

Dans le cadre du HF, le principe de RdR cherche donc à minimiser au maximum l'impact de la consommation des locataires, sans pour autant exiger de leur part un arrêt total de celle-ci. Cela implique de conscientiser la personne sur sa consommation et les conséquences qui en découlent, de l'inviter à modifier ses comportements dans la consommation et si cela prend sens, pour la personne et pour autant qu'elle en formule l'intérêt, de rentrer dans un processus d'abstinence.



### 3. UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET UN ACCOMPAGNEMENT INTENSIF<sup>6</sup>

Eu égard aux problématiques que rencontre le public sans-abri chronique, l'accompagnement est multidisciplinaire et intensif. On parle le plus souvent d'équipe « Assertive Community Traitement (ACT) ». Il s'agit d'une équipe mobile qui englobe un coordinateur, un psychiatre à mi-temps, un médecin généraliste à mi-temps et un infirmier à temps plein. Cette équipe comprend en plus un travailleur social (TS) spécialisé en santé mentale, un TS spécialisé en traitement des assuétudes, un TS spécialisé dans la réinsertion socio-professionnelle et un assistant administratif. Cette équipe inclut également un usager « pair » et peut également inclure un TS spécialiste des liens familiaux et un TS spécialiste du bien-être et du rétablissement. On compte en moyenne de 5 à 10 personnes suivies par travailleur.

Dans cette configuration, nous retrouvons des personnes sans-abri avec des problématiques d'assuétudes et de santé mentale. Il s'agit des personnes les plus « abîmées » et qui sont exclues des services de soins et d'accompagnements, vu la lourdeur de leur problématique.

Au-delà de la pluridisciplinarité, l'équipe est disponible 7j/7 et 24h/24. Vu l'intensité du travail proposé et les besoins élevés des personnes, il est nécessaire de créer une équipe « propre » uniquement dédiée à l'accompagnement.

Il existe un deuxième modèle « Intensive Case Manager (ICM) », où le public est également un public sans-abri, mais sans exiger pour autant qu'il souffre automatiquement de problématiques connexes. L'accompagnement ICM ne nécessite pas nécessairement une équipe pluridisciplinaire intensive. L'équipe, par le biais d'un référent qui coordonne la prise en charge de l'utilisateur, se base sur la recreation de lien entre celui-ci et un réseau psycho-médicosocial existant. L'accompagnement étant moins intensif, il est possible de suivre un plus grand nombre de personnes par travailleur.

---

<sup>6</sup> Il s'agit ici du modèle générique et non pas de l'expérimentation locale namuroise. Des différences peuvent être observées dans la composition spécifique de l'équipe et dans les modalités d'intervention, principalement en raison des subsides dont dispose le projet.



Ce modèle comprend davantage de risques sur la sélection du public, puisqu'il est possible qu'un « écrémage » soit réalisé et que les personnes les plus déstructurées se voient exclues de la prise en charge, avec une répétition des dérives actuelles dans l'accès des personnes les plus désaffiliées au modèle traditionnel de prise en charge de l'itinérance.

#### 4. L'EFFICACITÉ DU MODÈLE

Comme évoqué précédemment, le taux de succès des services de PHF est deux fois supérieur aux taux de réussite des services par paliers (88 % des usagers toujours en logement deux ans après leur entrée dans le programme contre 30 à 40 % pour les services par paliers).

Les résultats concernant la consommation de stupéfiants sont partagés. Certains projets ont constaté une stabilisation voire une diminution de celle-ci. Il n'existe pas de données montrant une réelle augmentation. Par ailleurs, en voulant traiter de manière radicale la consommation d'alcool ou de drogues, 60 à 70 % des sans-abri chroniques se voient dans l'obligation de quitter les services par paliers.

Concernant les troubles de la santé mentale, il a été mis en évidence qu'un logement inadéquat peut être toxique pour la santé mentale des usagers. Il est bénéfique par contre de laisser le choix à l'utilisateur quant à son lieu de vie. Une stabilité dans le logement permet également d'aborder la maladie mentale de manière plus sereine. Le projet HF de Lisbonne rapporte une diminution de 90 % du recours aux services psychiatriques.





### III. CONTEXTE NAMUROIS ET GENÈSE DU PROJET

Namur, encore trop souvent considérée comme ville bourgeoise et prémunie contre la précarité, n'échappe pas à la problématique du sans-abrisme, et notamment du sans-abrisme chronique avec la complexité des besoins qui en découlent.

C'est ainsi qu'à Namur, en 2015, ce ne sont pas moins de : 613 personnes différentes qui ont transité par l'abri de nuit pour un total de 9.954 nuitées ; 518 personnes différentes qui ont été rencontrées par les Equipes Mobiles de Rue (EMR) ; 998 personnes différentes qui ont été rencontrées au Relais Santé. Parmi les 4.839 personnes différentes<sup>7</sup> qui ont été rencontrées par (une partie des) les différents services actifs dans le secteur de la grande précarité et du sans-abrisme, 40 % d'entre elles (1.530 personnes) vivaient la forme la plus sévère d'exclusion au logement, à savoir, le sans-abrisme<sup>8</sup>.

Au-delà de ces chiffres éloquentes, les interpellations récurrentes recueillies par le RSUN ainsi que le travail habituel du service (réunions de coordination, concertations diverses, pilotage des plans saisonniers, subsidiation d'initiatives, organisation d'évènements et de formations...), nous amènent à constater des dimensions plus « qualitatives » - complexification et lourdeur des situations, salles d'attente et permanences saturées, interventions échouées, refus d'aide plus nombreux, violence grimpante... - mettant en exergue une ampleur du phénomène de sans-abrisme, tant dans les besoins qui peuvent survenir au sein d'une même situation que dans le nombre de personnes qui fréquentent les dispositifs.

---

<sup>7</sup> Ces données sont issues de la récolte de données réalisées par le RSUN dans le cadre de sa mission d'observatoire de l'exclusion au logement et du sans-abrisme. 11 institutions ont participé à cette récolte en 2015. Il est à noter que des doublons peuvent exister, considérant qu'une même personne peut fréquenter plusieurs services. Tout en soulignant la possible sous-représentation du phénomène puisque d'autres services actifs dans le secteur ne sont pas ici repris, et qu'un nombre non-négligeable de personnes ne fréquente aucun dispositif.

<sup>8</sup> La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) en définit d'ailleurs 12 regroupées au sein de quatre catégories dites « ETHOS » : 1) sans abri (dormant à la rue ou en hébergement d'urgence) ; 2) sans logement (avec un abri, mais provisoire dans des institutions ou foyers d'hébergement) ; 3) en logement précaire (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, expulsions, violences domestiques) ; 4) en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévères)



Bien que ces deux points – « quantitatifs » / « qualitatifs » - puissent suffire à justifier le développement de dispositifs innovants, notamment dans le giron du secteur « sans-abri », il nous semble cependant judicieux de faire état d'une réalité plus fine encore, bien que visible, mais qui s'inscrit désormais dans une forme de routine et de « banalisation de l'injustice sociale », telle que pourrait l'entendre Desjours<sup>9</sup>. Il s'agit des « clochards », ces individus errant entre sas de banque et abri de fortune, oscillant entre état d'ébriété, délire et désaffiliation complète tout en se soumettant aux regards d'autrui, mélangeant la pitié – en hiver – et la potence – en été. Partant d'une situation vouée à l'échec, d'une impossibilité d'aboutir dans la relation d'accompagnement avec ces personnes, les dispositifs publics et assimilés n'ont pas changé d'orientations et maintiennent des dispositifs qui s'inscrivent soit dans une optique d'urgence sociale (répondre de façon humanitaire aux situations de détresse sociale par des dispositifs bas seuil), soit dans une optique d'insertion, conditionnant ainsi l'accès, notamment de l'hébergement et du logement, à une mise en projet, conduisant à une forme d'échecs successifs et permanents.

Nous retrouvons ainsi un triptyque de causes qui ont mis en exergue la nécessité de développer une réponse innovante, localement à Namur, et a conduit le RSUN à solliciter une intervention financière publique afin de déployer un dispositif Housing First sur le territoire urbain. Ces trois faisceaux sont en effet très similaires à ceux observés, même si non exhaustifs dans le présent rapport d'évaluation, à l'échelon européen et international, et qui ont abouti aux expérimentations et développements multiples du HF au sein de territoire géographiquement, socio-économiquement et culturellement très hétérogènes.

C'est donc depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 que le RSUN, en collaboration avec les Equipes Mobiles de Rue<sup>10</sup> (EMR), développe son propre projet de HF. Il est à préciser que ce dispositif a pu voir le jour à Namur par le biais d'un financement fédéral (Secrétariat d'Etat à la Lutte contre la Pauvreté – SPP-Intégration Sociale – Loterie Nationale) dans le cadre de l'expérimentation Housing First Belgium<sup>11</sup>, déjà en cours depuis 2013 dans 6 villes du pays<sup>12</sup>.

---

9

<sup>10</sup> Cette équipe mobile comprend en fait quatre services distincts qui ont décidé de travailler de façon pluri-institutionnelle pour améliorer l'efficacité de leurs interventions et offrir une écoute, une orientation et un accompagnement de qualité en faveur des personnes qui sont présentes en rue, de façon ponctuelle ou chronique.

<sup>11</sup> Pour plus d'informations : [www.housingfirstbelgium.be](http://www.housingfirstbelgium.be)

<sup>12</sup> En Wallonie : à Charleroi et Liège ; En Flandre à Anvers, Gand et dans le Limbourg ; à Bruxelles sur deux antennes institutionnelles.



Luc est un homme d'une soixantaine d'années. C'est un sans-abri chronique connu et visible de Namur. Il est diplômé de l'enseignement supérieur et a travaillé pendant de nombreuses années. Suite à un évènement particulier, il est pourtant devenu sans-abri. Sa consommation d'alcool importante l'a conduit à développer des troubles spatiotemporels majeurs, et une perte de mémoire à court et moyen terme. Il lui arrive de dormir à l'abri de nuit, mais c'est souvent à l'orée d'un pont ou d'une rue qu'il passe ses nuits, confronté ainsi à la violence des regards, mais aussi à la violence verbale et physique de ceux qui le considèrent comme un « inutile au monde ». Luc est bien connu des services namurois, particulièrement des services de travail de rue. Ils savent que bien des configurations institutionnelles ont été envisagées : hôpital psychiatrique, maison d'accueil, et même un service pour sans-abri chronique à très bas seuil duquel il a été dû être refoulé, car il s'y mettait en danger. Cette situation de sans-abrisme complet l'amène régulièrement à fréquenter les urgences hospitalières ainsi que le Relais Santé (Luc est en logement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Bien que des passages plus compliqués aient été traversés depuis, son logement est propre, entretenu, décoré et investit de façon quotidienne. Luc souhaite désormais faire un voyage en Ecosse).



## **IV. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF LOCAL**

### **2. DIMENSIONS MULTI-INSTITUTIONNELLES ET PLURIDISCIPLINAIRES**

Plutôt que de créer une nouvelle équipe au sein du RSUN, il a été décidé de favoriser la transversalité et la complémentarité des dispositifs en repartant des Equipes Mobiles de Rue (EMR)<sup>13</sup>. Au-delà de ces deux éléments, c'est aussi et avant tout, car ces équipes mobilisent des expertises spécifiques en lien avec le public – réduction des risques, travail de l'hygiène, accroche au système de soins de santé, etc. – et connaissent également les personnes-cibles pour lesquelles une intégration de celles-ci dans le dispositif semblait tout à fait opportune et judicieuse.

Les quatre services qui composent cette équipe sont : 1) Comptoir l'Echange (secteur assuétudes) ; Salamandre (secteur assuétudes et précarité) ; 3) Relais Santé (secteur santé et précarité) ; 4) Travailleurs Sociaux de Proximité (secteur social et précarité). Ces institutions détachent chacune un temps de travail équivalent à un mi-temps (19h/semaine).

L'équipe comporte cinq types de profils : un infirmier (Relais Santé), une psychologue (RSUN), une éducatrice spécialisée (Phénix), deux assistants sociaux (Comptoir l'Echange, TSP) et, de façon plus ponctuelle, un capteur logement qui joue à la fois le rôle de prospection et de médiation (entre les différentes parties lorsque des problèmes surviennent). Cette équipe est pilotée et coordonnée par une coordination mi-temps également (RSUN). Elle réunit donc 7 intervenants provenant de cinq institutions locales.

---

<sup>13</sup> Les EMR sont un dispositif partenarial impulsé par le RSUN à Namur et dont l'objectif principal est de garantir des passages réguliers des différents services de travail de rue en réalisant des maraudes interservices (mais pas uniquement). A l'instar de la logique poursuivie au sein du HF, la multi-institutionnalité et la pluridisciplinarité sont des concepts d'intervention clé dans le travail réalisé.



Bien que le modèle ACT présenté précédemment soit enviable, nous n'avons pas pu rencontrer toutes les facettes de ce dernier (pour des raisons budgétaires, principalement). L'équipe HFN intervient en effet 5j/7 dans les horaires dits « de bureau » (8h à 18h)<sup>14</sup> et se compose des profils susmentionnés ; il n'y a donc pas de médecin, de psychiatre ou encore de pair-aidant. A terme, nous souhaiterions nous diversifier dans les profils et pouvoir bénéficier, ad minima, d'un pair aidant.

En ce qui concerne les VAD, elles font l'objet d'une intervention en binôme de façon systématique. Il s'agit en effet de diversifier les approches, pratiques et regards sur une même situation, dans l'ici et maintenant. Bien entendu, chaque réunion d'équipe hebdomadaire permet également d'augmenter encore l'horizon des possibles et d'entrevoir différentes stratégies face à une même situation. Dans la pratique, et vu la composition de l'équipe en termes de temps de travail, il arrive qu'une VAD soit réalisée par un seul travailleur. Les autres démarches (passage du Revenu d'Intégration de rue au RI isolé pour le revenu d'intégration, l'obtention d'un avertissement extrait de rôle, le passage au tribunal dans le cadre d'une administration de biens...), et elles sont nombreuses, peuvent être réalisées par un seul travailleur.

---

<sup>14</sup> Pour le moment, le travail est réalisé dans la tranche horaire « 8h30-16h30 », mais une flexibilité est envisagée afin de répondre aux besoins des personnes, mais aussi au nombre toujours plus grand de bénéficiaires qui intègrent le dispositif.



### Travailler en binôme alors que l'équipe est relativement réduite ?

Nous avons fait le choix de binômes pour maximiser les compétences à disposition dans la temporalité de la visite à domicile. Chaque travailleur remplit un socle de missions et actions communes : être à l'écoute, déménager, brancher une télé, faire à manger, remplir une déclaration, accompagner vers une structure spécifique, etc. C'est en quelque sorte le profil de fonction commun à tous les travailleurs, peu importe le parcours professionnel et académique antérieur. Mais ce dernier permet aussi de démultiplier les visions face à une même situation qui peuvent s'avérer tout à fait utiles et propices dans le cadre de l'intervention au domicile (ou ailleurs d'ailleurs). Et chaque profil comprend des spécificités et des actions afférentes que les autres ne peuvent pas nécessairement réaliser :

- l'infirmier sait comment on réalise une piqûre ou un pilulier ;
- la psychologue est la plus à même à repérer des symptômes cliniques laissant entrevoir une situation de crise ;
- les assistants sociaux ont une facilité accrue face à des démarches administratives et financières relativement lourdes ;
- l'éducatrice spécialisée a une capacité forte dans la création de liens et l'inscription au sein d'activités de droits communs ;
- le capteur de logements possède une sensibilité importante aux inquiétudes des bailleurs.

C'est pour cela que les binômes sont privilégiés et qu'une équipe multidisciplinaire est effective. Et c'est pour cela que nous cherchons également à compléter notre équipe par le biais de bénévolat sur des thématiques diverses, voire à agrandir structurellement notre équipe.



Vu la composition de l'équipe et son caractère multidisciplinaire, la couverture des besoins peut s'avérer extrêmement large et sur des champs multiples :

- logement (recherche, emménagement, appropriation, aménagement, entretien, médiation avec les différentes parties prenantes, quiétude des lieux, etc.);
- administratif et financier (obtention d'un revenu, récupération d'une carte d'identité, bénéfice d'une prime au logement, médiation de dettes, accord de principe pour une garantie locative CPAS, etc.);
- liens (inclusion au sein d'activités spécifiques, gestion des pairs, reprise de contacts avec la famille, tentatives de socialisation...)
- santé/santé mentale (réinscription à la mutuelle, reprise d'un trajet de soins, hygiène, suivi thérapeutique...);
- assuétudes (fréquentation de dispositifs spécifiques, interventions réductions des risques, inscription dans un projet de rétablissement qui vise l'abstinence...);
- etc.

Comme nous l'indiquions précédemment, il n'y a donc pas de spécialisation des tâches par rapport au profil ou titre de diplôme puisque chaque intervenant réalise ainsi un travail multitâche. Mais pour des interventions plus spécifiques et en lien avec les profils de l'équipe, certaines actions seront davantage (voire exclusivement, pour les actes infirmiers par exemple) portées par l'un ou l'autre membre.

Concernant le travail réalisé au niveau du logement, il est de préférence séparé de celui de l'accompagnement. Dans les faits, cette rupture est souvent compliquée. En effet, l'équipe doit pouvoir sensibiliser et confronter la personne à ses comportements, tout en préservant la relation et en visant le rétablissement de celle-ci, plutôt que le suivi de normes ou représentations des bailleurs ou de la société. Ne bénéficiant pas d'une personne uniquement consacrée à ce travail de sensibilisation, de médiation et de rappel au cadre, nous sommes parfois en « porte à faux » par rapport au locataire.



Certaines interventions réalisées avec le capteur logement, ou certaines concertations multipartites avec les bailleurs ont parfois données l'impression à l'utilisateur que nous n'étions pas de son côté<sup>15</sup>, bien que, finalement, cela n'ait pas porté à conséquences dans la relation que nous avons (et avons toujours) avec les personnes.

Christian est sans-abri depuis huit ans. Très connu de la population et des services locaux, il dort souvent dans les sas de banque. Il est assez jeune et attire souvent la sympathie et la pitié des passants, à l'instar de bien des services sociaux qu'il fréquente régulièrement. Il a un passé institutionnel important et l'équipe HF présage qu'il n'a jamais connu autre chose que la vie en institution, puis ensuite la rue. Son hygiène est assez problématique et renforcée par un problème d'incontinence important. Il a de nombreux contacts avec d'autres sans-abri avec qui il partage de nombreux moments d'infortune. Il consomme différents produits stupéfiants.

Très vite après son entrée en logement, des problématiques d'hygiène et d'accueil des pairs se présentent. Ces problématiques conduisent le bailleur, par le biais du concierge de l'immeuble, à interpeller l'équipe et la personne. Un premier travail de sensibilisation est réalisé par l'équipe uniquement afin d'accompagner au mieux Christian dans la gestion des pairs et dans l'entretien de son logement, sachant que le but 1<sup>er</sup> de l'équipe n'est pas l'intégration des normes sociétales liées à l'habitation d'un logement, mais bien le rétablissement de la personne. Un soutien d'aides familiales est d'ailleurs mis en place. Les améliorations n'étant que partielles et souvent en dents de scie, et faisant suite à des interpellations récurrentes des bailleurs, l'équipe décide, via le capteur de logement, d'organiser une concertation équipe – bailleur. Celle-ci donnera lieu, avec l'accord de Christian, à l'organisation d'une concertation mensuelle avec le concierge de l'immeuble, l'équipe et le capteur logement. En préalable de ces concertations, l'équipe réalise un travail constant de sensibilisation tandis que le capteur de logement cadre davantage les actions à mener dans le giron du locataire. Le fil d'intervention reste mince et le risque d'être associé au bailleur ou au capteur par Christian est effectif, mais la relation porte néanmoins ses fruits (*Christian est en logement depuis août 2015. Après un passé institutionnel douloureux et une vie d'adulte vécue uniquement en rue, les efforts fournis restent fragiles et sont susceptibles d'être constamment mis en échec par les pairs, ou encore par la consommation de produits psychotropes variés*).

<sup>15</sup> Ceci dit, dans les faits, ces concertations multipartites renforcent le plus souvent la confiance que les usagers nous confient puisqu'ils constatent toute l'argumentation que l'on développe en leur faveur et toute la défense de leurs droits que l'on mobilise, notamment face aux préjugés forts des bailleurs à leur égard.





L'intervention se fait selon la demande et les besoins exprimés par la personne. L'accompagnement est bas seuil, ne comporte pas d'exigences particulières mêmes en termes d'assuétudes et de soins psychiatriques. Ceci ne signifie pas pour autant qu'aucune solution de type « réduction des risques » ou « prise en charge psychothérapeutique » ne pourra pas être proposée, mais en aucun cas elle ne pourra se voir imposée.

## 2. PUBLIC ACCUEILLI ET SÉLECTION DES CANDIDATS<sup>16</sup>

Les personnes qui participent au projet ont obligatoirement un parcours de rue d'une durée de 2 ans minimum. Cette durée est cumulative, dans le sens où il ne s'agit pas d'une durée continue, mais qui peut s'illustrer par des épisodes successifs de sans-abrisme, attestant finalement de la chronicité de la situation pour la personne. Elles n'ont pas de logement fixe (elles vivent en rue, en squat ou dans une structure d'hébergement d'urgence)<sup>17</sup>, montrent des signes symptomatiques d'une ou plusieurs problématiques de santé mentale (y compris non-diagnostiquées, donc) et/ou d'assuétudes.

Au-delà du profil-même de la personne, il importe par ailleurs qu'elle soit intéressée par l'accès à un logement et qu'elle soit en capacité, une fois dans le logement, de payer son loyer (de bénéficier d'un revenu). En somme, il ne doit pas y avoir de contrainte pour la personne dans l'acceptation du logement (qui pourrait être exigée par un service qui octroie des revenus aux personnes) et celle-ci doit pouvoir activer des ressources financières afin de payer son loyer (qui peut d'ailleurs être payé par la personne elle-même ou par d'autres moyens – administration de biens, mandat de gestion CPAS, etc. – pour autant que celle-ci marque son accord).

---

<sup>16</sup> Le nouveau formulaire de sélection des candidats est fourni en annexe x. Très récent, car l'évaluation permanente du dispositif a conduit à la révision du mode de sélection des candidats afin de s'assurer : 1) une ouverture plus grande vers des personnes qui pourraient échapper à la connaissance des EMR ; 2) une plus grande objectivité par l'introduction systématique et objectivée des candidats au travers de ce formulaire ; 3) un choix encore plus orienté vers les personnes les plus désaffiliées

<sup>17</sup> Il s'agit donc des catégories ETHOS 1 et 2 évoquées précédemment dans la typologie FEANTSA.



Jusqu'à présent<sup>18</sup>, le public accueilli était obligatoirement connu de l'équipe EMR. Ceci afin de maintenir un lien de confiance déjà établi et de favoriser le maintien dans le logement via l'accompagnement, tout en évitant une multitude de candidatures pour lesquelles nous n'aurions pas pu répondre de manière favorable vu la composition limitée de l'équipe en termes de moyens humains (tout comme le nombre restreint de logements à disposition). Chaque équipe a proposé ainsi plusieurs candidatures qui ont ensuite été discutées (principalement en termes d'adéquation avec le public-cible du HF). Ensuite, pour chaque personne qui avait été proposée et sélectionnée, les EMR, lors du travail de rue, présentaient le projet aux personnes et voyaient avec elles si elles pourraient être intéressées. En cas de réponse favorable, une 1<sup>ère</sup> rencontre était organisée avec l'équipe HF pour présenter plus en détail le dispositif et voir avec la personne ce qui pourrait lui convenir (type de logement quartier souhaité, fréquence de l'accompagnement, besoins en termes d'aménagement, réseau institutionnel et non-institutionnel présent autour d'elle...).

Une réunion hebdomadaire est fixée chaque vendredi matin. Elle est consacrée au/à : 1) Suivi des usagers en logement ; 2) Suivi des candidats (personnes qui ont été acceptées dans le projet, mais qui ne bénéficient pas encore de logement) ; 3) Réalisation de chantiers spécifiques (amélioration du fonctionnement, préparation rencontres extérieures, travail sur les sphères/compétences des usagers...).

---

<sup>18</sup> La nouvelle procédure, ou plutôt les motivations complètes de cette nouvelle procédure, sera développée lors de l'évaluation spécifique à ce point.

## V. LES PERSONNES SUIVIES : PROFIL ET ÉVOLUTION

Avant d'aborder la question de l'évaluation en elle-même, il nous semble essentiel de présenter anonymement les personnes que nous accompagnons, les problématiques qu'elles rencontrent ainsi que leur évolution dans le dispositif. Nous tentons ici de sortir de la relation binaire, bien qu'importante tout de même, en logement / hors logement pour faire état de réalités plus fines. En ce sens, il convient de préciser, à nouveau, que si le HF travaille à partir du logement et que, in fine, le maintien dans celui-ci est important, ce n'est pas cela qui fait en sorte qu'une personne est dans une situation de bien-être. Au même titre qu'une personne peut avoir quitté le dispositif (cf. infra) et être dans un processus de rétablissement avancé qui permet à la personne et à l'équipe d'envisager la sortie du dispositif de manière tout à fait sereine.

### 1. PROFIL DES PERSONNES

	Entrée en logement	Durée de sans-abrisme	Addiction(s)	Troubles de santé mentale	Situation au 01/07/16	Sortie(s) du logement
Usager 1	1/07/2015	15 ans	Alcool	Korsakoff	Logement	Non
Usager 2	8/07/2015	2 ans	Polytoxicomanie	Troubles comportement / Délires liés à la consommation	Logement	Oui (cures x 2)
Usager 3	14/08/2015	8 ans	Polytoxicomanie	Retard mental léger	Logement	Non
Usager 4	15/09/2015	2 ans	Alcool	Anxiété / Paranoïa / Délires	Logement	Non
Usager 5	1/10/2015	5 ans	Cannabis	Troubles sévères du comportement / Bipolaire	Logement	Non
Usager 6	2/10/2015	2 ans	Alcool	Anxiété, dépression	Logement	Non
Usager 7	11/12/2015	4 ans	Non	Retard mental important	Logement	Non

Usager 8	11/12/2015	2 ans	Jeu	Retard mental important	Logement	Non
Usager 9	18/02/2016	2 ans	Alcool, polytoxicomanie	Anxiété, dépression	Logement	Oui (cure x 1 + départ définitif)
Usager 10	15/03/2016	5 ans	Polytoxicomanie	Dépression, troubles suicidaires	Logement	Oui (hospitalisation + départ « temporaire »)
Usager 11	27/04/2016	8 ans	Polytoxicomanie	Anxiété, dépression	Logement	Non

Ce tableau se décline en différents indicateurs que nous allons commenter ici :

°1 : La plupart des usagers sont en situation d'addiction, bien que celles-ci prennent des formes diversifiées (alcool, cannabis, héroïne, etc.). Si les produits « stupéfiants » sont souvent mis « sur le devant de la scène », il faut aussi identifier ici tous les médicaments qui sont prescrits aux personnes et qui ont un impact significatif (étant entendu qui freine) sur le processus de rétablissement en cours.

°2 : La plupart des usagers sont affectés pour des troubles en santé mentale, mais pour la plupart ce sont des troubles de type « léger »<sup>19</sup> tels qu'anxiété, angoisse, dépression. Quatre usagers rencontrent cependant des troubles de santé mentale importants – troubles du comportement, délires, paranoïa, bipolarité, Korsakoff – tandis que deux usagers rencontrent des retards mentaux importants.

°3 : Les durées de sans-abrisme<sup>20</sup> varient sensiblement puisque certains usagers comptabilisent deux années de rue contre 15 années pour le premier candidat-locataire HFN. Pour certains, les données sont sous-estimées : il est en effet parfois particulièrement difficile de retracer les trajectoires réelles, sachant que le sans-abrisme est lié à la présence en rue, mais aussi à d'autres « manifestations » (hébergés chez des tiers, habitat précaire tel qu'une caravane, prison, hôpital psychiatrique, etc.).

<sup>19</sup> Il convient de préciser que certains troubles, légers au départ, se sont progressivement dévoilés comme plus importants. A l'inverse, la problématique de Korsakoff que nous rencontrons n'est pas liée systématiquement à des désorientations aiguës de la personne, même si certaines manifestations de ce type apparaissent, contrairement à ce qui avait été « envisagé » au départ de la prise en charge.

<sup>20</sup> Voir les catégories « ETHOS » en page.



Pour rappel, les personnes qui sont intégrées dans le dispositif HFN comptabilisent au minimum deux années en catégories « ETHOS 1 » soit la rue et l'hébergement d'urgence. En moyenne, les usagers HFN comptabilisent 5 années de rue.

4° L'entrée en logement est bien entendu différente en fonction des usagers. On constate que 5 inclusions ont été opérées sur les trois premiers mois d'expérimentation (entre juillet et octobre), qu'il y a eu ensuite un creux durant 3 mois avec une seule inclusion<sup>21</sup> entre octobre et février. Ensuite, il y a eu une inclusion par mois à partir du mois de février jusqu'à la fin du mois d'avril. Depuis, les inclusions ont été bloquées pour permettre la stabilisation des personnes, et de l'équipe, eu égard aux problématiques complexes auxquelles elle a été confrontée<sup>22</sup>. En outre, au 1<sup>er</sup> septembre 2016, les personnes ont des durées de logement qui oscillent entre 14 et 4 mois que l'on peut regrouper comme suit :

- > 12 mois : 3 usagers
- Entre 9 et 12 mois : 5 usagers
- Entre 6 et 9 mois : 1 usager (l'usager quitte son logement de façon définitive au début août : T=6)
- Moins de 6 mois : 2 usagers (dont un des deux usagers a quitté son logement actuellement de façon temporaire – mais peut-être définitive).

La majorité des usagers est donc toujours en logement, et ce, depuis au moins 9 mois.

5° Des départs de logement ont été effectifs, soit de manière temporaire (T=4), soit de manière définitive (T=1). Les départs temporaires sont presque exclusivement liés à une prise en charge thérapeutique et/ou médicale. Un départ actuellement temporaire l'est pour des raisons médicales et, vu la prise en charge que cette personne nécessite, nous ne pensons pas que celle-ci réintégrera le dispositif (à tout le moins à court terme). Tous ces départs sont volontaires et ne l'ont pas été à la suite de contraintes diverses (telles qu'une obligation de traitement ou encore une perte de logement).

---

<sup>21</sup> De deux personnes puisqu'il s'agit d'un couple.

<sup>22</sup> Portée par l'équipe et la coordination du dispositif, cet arrêt des candidatures était nécessaire et approprié. Ceci étant, les situations se sont fort stabilisées à partir du début juillet, avec deux départs également en sus, ce qui a entraîné une forme de latence qui aurait pu être comblée par une(des) nouvelle(s) inclusion(s). Ce point fera l'objet d'une analyse spécifique dans la section « candidatures ».



Le seul départ définitif que nous venons de connaître l'est pour des raisons tout à fait heureuses puisque la personne est désormais en couple et a décidé de poursuivre son processus auprès de cette personne ailleurs en Belgique. Au-delà des raisons sentimentales qui justifient ce choix, le processus d'abstinence en cours depuis plusieurs mois a conduit la personne à éviter l'environnement namurois au niveau des pairs et des tentations qui en découlent.



## VI. EVALUATION

Comme nous l'évoquions précédemment, nous avons opté pour une série de dimensions à évaluer. Celles-ci sont bien évidemment limitées. D'une part, car une évaluation ne peut jamais être exhaustive vu le nombre de dimensions potentiellement évaluables. D'autre part, car il est difficile de tout évaluer en une année, vu la complexité et l'ampleur du dispositif. *In concreto*, nous avons choisi de sélectionner les dimensions suivantes : amélioration du bien-être des personnes, méthodologie employée (en ce compris les candidatures), approche multi-institutionnelle et pluridisciplinaire et partenariat/inscription avec/dans le réseau.

Ceci étant, bien des dimensions qui ne sont pas présentes dans ce rapport ont fait l'objet d'évaluation permanente – au travers des réunions d'équipe ou des supervisions par exemples – et donc d'ajustements. Nous pensons notamment à ce qui a trait aux outils (plan de rétablissement et WRAP), à la communication interne, au fonctionnement journalier, aux comptes rendus à réaliser, etc. Ce qui va suivre est donc restrictif, d'une part, face à l'ampleur des enjeux à analyser, d'autre part, face à tout ce qui a déjà fait l'objet d'évaluation (permanente ou ponctuelle) et mené à des ajustements (tant dans l'organisation, le fonctionnement et la méthodologie de travail).

### 1. LE BIEN-ÊTRE DES USAGERS

#### 1.1 PRÉAMBULE

Le dispositif HF est un dispositif international, vanté au sein de nombreux cénacles. Il a fait l'objet de multiples évaluations sur des dimensions hétérogènes (maintien dans le logement, rétablissement et diminution des symptômes de la maladie mentale, diminution des coûts pour la société, etc.). Celles-ci sont sans appel : les personnes se maintiennent dans le logement et retrouvent une situation de bien-être améliorée, tandis que les coûts d'un tel dispositif sont, dans le pire des cas, équivalents à ceux de l'urgence sociale voire meilleure<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Et si l'on analyse la situation en termes de coûts-bénéfices, il va de soi que la sortie du sans-abrisme est déjà en soi meilleure que le maintien dans l'errance illustrant une proportion non négligeable de trajectoires au sein du secteur de l'urgence sociale qui tendent à se maintenir en rue et dans le paysage institutionnel alors que le but 1<sup>er</sup> de ces services devraient favoriser une sortie du sans-abrisme.



En Belgique, et c'est finalement comme cela que l'on « vend » le projet (aux bailleurs de fonds, aux propriétaires privés et publics, aux partenaires...), la dimension du maintien en logement est systématiquement mise en avant. C'est ainsi que l'on se targue pour l'expérimentation HFB d'un taux de maintien en logement après deux années de 90 %. Bien que cet élément soit important, il est cependant assez restrictif sur les dimensions qualitatives de ce maintien en logement, notamment sur la question du bien-être. On peut en effet émettre l'hypothèse tout à fait raisonnable qu'une personne en logement, n'est pas forcément une personne en situation de bien-être, particulièrement pour le public-cible visé par dispositif.

Sur cette base, c'est donc d'abord et avant tout cette dimension que nous allons aborder dans les lignes qui suivent. Et c'est déjà un élément d'évaluation en soi que d'explicitier ce choix, car nous avons eu tendance ici à Namur, et c'est encore parfois le cas, d'analyser davantage le maintien, la gestion et l'appropriation du logement comme facteur clé de la situation d'une personne, au risque de passer à côté de la dimension fondamentale que représente le bien-être. Nous reviendrons donc sur ce point lorsque nous analyserons notre méthodologie et notre fonctionnement dans le travail quotidien avec les usagers.

## 1.2 AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE CHEZ LES USAGERS

Il existe une multitude de dimensions qui peuvent être inhérentes à la qualification d'une situation de bien-être chez les personnes, qu'elles soient sans-abri ou non, en souffrance mentale, en situation d'addiction ou dans une tout autre situation quelconque. Il convient d'insister sur le fait que le bien-être est individuel et que, bien qu'une série de normes et d'injonctions soient véhiculées dans nos sociétés, c'est aux personnes à déterminer elles-mêmes les conditions de cet état (bien qu'il ne faille certainement pas nier les déterminants socioéconomiques et culturels qui permettent – ou non – à une série de personnes de rencontrer ce sentiment). C'est là un des principes fondamentaux du HF – « *liberté de choix et autodétermination* » – tout comme celui de ne pas enfermer les personnes dans une vision réductrice de ce que revêt le bien-être – *respect, bienveillance et compassion*.





Lors de cette première année d'expérience, au travers des différents moments d'échanges que nous avons pu avoir, les dimensions suivantes sont apparues importantes aux yeux de l'équipe afin de déterminer si une personne est « bien » ou non, sachant que c'est un processus évolutif qui peut à la fois s'améliorer ou se dégrader : santé mentale ; logement ; santé ; consommation ; activités ; liens et relations, famille, argent et administration. Il nous semble utile ici de décliner<sup>24</sup> ces différentes dimensions qualitatives en indicateurs concrets.

Si le bien-être sera donc au cœur des lignes qui suivront, il nous paraît cependant utile d'attirer l'attention du lecteur sur les situations de mal-être que nous rencontrons. Il serait en effet illusoire de considérer que le parcours HF est un « long fleuve tranquille ». Ainsi, bien que le logement soit un élément stabilisateur pour la plupart des personnes, presque chacune d'entre elles a connu une situation de mal-être à l'entrée au sein du logement, ou quelque temps plus tard. Le logement crée ainsi une rupture et un bouleversement par rapport au mode de vie antérieure : sédentarité plus importante, stratégies de survie moindres, solitude, cloisonnement, absence de bruits, etc. Autant d'éléments qui peuvent conduire à l'apparition de diverses problématiques : renforcement des troubles de santé mentale, le temps gagné par rapport à la survie habituelle qui laisse place à une consommation plus importante pour combler l'ennui, troubles de santé importants qui apparaissent (la personne « se dépose » dans son logement), etc. Si la plupart des éléments tendent à disparaître avec le temps, pour certaines personnes les difficultés peuvent se maintenir voire s'amplifier (paranoïa, psychose, cancer, etc.).

Enfin, il convient de préciser que les illustrations qui vont suivre ne doivent pas être envisagées systématiquement comme une caractéristique d'une situation nettement améliorée. On peut ainsi constater qu'un logement est bien entretenu et nettoyé, ce qui est un signe positif certes, mais que la personne est dans une situation de mal-être permanent et dans des conduites à haut risque. C'est donc une vision globale, transversale et complémentaire des différentes dimensions inhérentes au bien-être qu'il faut envisager, sans pour autant considérer que ce sont l'ensemble de ces dimensions qui doivent être rencontrées pour se sentir « mieux » ou « bien ».

---

<sup>24</sup> L'ensemble des illustrations données ici le sont à « titre réel ». C'est ce que l'équipe a réellement constaté durant son travail et non pas des indicateurs théoriques qui permettraient, par exemple, d'évaluer la situation d'un usager à l'aune de ces derniers.



### 1.2.1 Les troubles et symptômes liés à santé mentale

La santé mentale est révélatrice du bien-être d'une personne puisqu'il est constitutif de cet état de santé. C'est donc la dimension première à décliner ici, les autres dimensions étant complémentaires dans la rencontre du bien-être.

Les caractéristiques qui indiquent une santé mentale améliorée, voire « stabilisée » dans le travail quotidien que nous menons :

- ⇒ Espace-temps entre les crises qui deviennent de plus en plus long
- ⇒ Augmentation de la confiance et de l'estime de soi
- ⇒ Délires qui diminuent
- ⇒ Gestion de l'agressivité
- ⇒ Verbalisation/identification face aux signes avant-coureurs de crise
- ⇒ Diminution (voir absence complète) du stress, de l'anxiété et de l'angoisse
- ⇒ Diminution (voir absence complète) des troubles suicidaires
- ⇒ Humeur qui s'améliore
- ⇒ Reprise d'une médication optimale / Compliance au traitement
- ⇒ Fréquentation de dispositifs thérapeutiques
- ⇒ Diminution des cris, grimaces, signes d'agitation
- ⇒ Diminution du repli sur soi, de l'isolement
- ⇒ Lymphatisme en diminution (augmentation de l'énergie de la personne)
- ⇒ Meilleure gestion de la frustration
- ⇒ Diminution de l'impulsivité
- ⇒ Augmentation de la patience
- ⇒ Laisser une place à l'autre dans la relation, sortir de son égoïsme
- ⇒ Relativiser la relation (ne plus se considérer comme une victime)

### 1.2.2 Le logement

Le logement est la base de travail du dispositif. C'est un outil, un moyen, mais pas une finalité en soi. Il est cependant un indicateur de la situation de bien-être chez les usagers, et c'est d'ailleurs souvent une des premières dimensions palpables d'une amélioration de la situation des personnes.



Le logement permet de/d' :

- ⇒ Ne plus être soumis à la violence, verbale et physique
- ⇒ Améliorer ses cycles du sommeil et, par conséquent, sa situation sanitaire
- ⇒ Améliorer sa situation sanitaire en termes de contagion, d'infection et de maladies diverses (en lien avec les températures notamment) et de mortalité (hypothermie)
- ⇒ Se réapproprier un espace personnel, à soi (« un chez soi »)
- ⇒ Se réinscrire dans un processus de reconstruction
- ⇒ Récupérer de l'intimité
- ⇒ Ne plus être soumis à l'insécurité et à l'incertitude

Nous pouvons constater que le logement devient synonyme de bien-être chez la personne lorsque celle-ci :

- ⇒ Ne dort plus en rue, en hébergement d'urgence/provisoire/précaire
- ⇒ S'approprie le logement (acquisition d'un lit, décoration du logement, ameublement, tentures, entretien du logement...)
- ⇒ Priorise le logement face à d'autres projets/besoins/attentes/envies (report d'un projet important pour utiliser l'argent reçu dans la décoration du logement, verbalisation de la priorité qu'occupe désormais le logement par rapport à d'autres besoins, report de dépenses diverses pour faire face aux coûts du logement...)
- ⇒ Tente de garder son logement face aux pressions extérieures [refus des pairs au sein du logement, acceptation d'une médiation avec l'environnement (équipe HF, bailleur, voisin), mise en place d'un service d'aide familiale...]

### 1.2.3 La santé

La santé est sans nul doute caractéristique d'une situation de bien-être (ou la dégradation de la santé d'une situation de mal-être bien que nous ayons également signalé « l'impact négatif/aggravant » sur la santé d'un retour en logement après un long parcours de rue). Davantage encore pour les personnes que nous accompagnons au sein du HF vu leur état souvent préoccupant à l'entrée dans le dispositif. Déployer un projet de HF, c'est avant tout penser qu'une amélioration de la situation de ces personnes est possible, et souhaitable.



Bien qu'il ne soit pas toujours possible de contribuer à l'amélioration d'une santé très fragile, certaines indications prouvent que la santé des usagers HF s'améliore, contribuant ainsi à un mieux-être. Etre dans une situation de santé bonne, ou satisfaisante, cela permet de/d' :

- ⇒ Se déplacer lorsqu'on le souhaite, dans son appartement et à l'extérieur
- ⇒ Ne plus dépendre (dépendre moins) des autres dans les choix que l'on pose
- ⇒ Être en mesure de s'inscrire et de participer à des activités culturelles, sociales, sportives
- ⇒ Ne pas être dans une situation de souffrance physique continue

Nous pouvons constater une amélioration de la situation de bien-être sur le plan sanitaire chez la personne par différents éléments :

- ⇒ Réinscription à la mutuelle
- ⇒ Réintégration d'un trajet de soins
- ⇒ Reprise de contacts avec des professionnels de la santé et amélioration de ces derniers
- ⇒ Réalisation d'un bilan de santé
- ⇒ Prise (ou perte selon la situation) de poids
- ⇒ Reprise d'une alimentation
- ⇒ Augmentation de la mobilité
- ⇒ Sorties du domicile plus fréquentes (à envisager aussi dans l'amélioration de la santé mentale de la personne)
- ⇒ Augmentation de l'activité physique
- ⇒ Diminution des plaintes liées aux souffrances
- ⇒ Amélioration du sommeil
- ⇒ Prise d'une médication *ad hoc*



#### 1.2.4 Consommation de psychotropes

La consommation de psychotropes, peu importe la forme qu'elle prend, est souvent révélatrice de problématiques diverses qui conduisent la personne à adopter des comportements qui lui permettent d'affronter le quotidien. Particulièrement pour des personnes sans-abri qui vivent des conditions de vie rudes en rue et où la consommation rencontre une fonction sociale et palliative.

Une consommation maîtrisée, voire absente, permet à la personne de/d' :

- ⇒ Diminuer les risques sanitaires (infections diverses, maladies, mortalité...)
- ⇒ Recouvrir une vie sociale (sortir de l'isolement) ou retrouver un nouveau cercle social (en-dehors de la consommation)
- ⇒ Renouer des liens familiaux
- ⇒ Entrevoir et débiter de nouvelles activités (loisirs, formation, emploi...)
- ⇒ Augmenter les revenus disponibles pour manger en suffisance, meubler son logement...
- ⇒ ...

Notons cependant que c'est un travail qu'il est nécessaire de mener puisque la consommation est-elle aussi tributaire de l'amélioration de ces dimensions. Il y a donc très clairement une circularité entre, d'une part, la consommation, d'autre part, les dimensions évoquées précédemment telles que la création de nouveaux liens sociaux, la reprise de contacts avec la famille, l'inscription au sein de différentes activités. C'est donc la fonction que représente la consommation qu'il y a d'abord lieu de traiter avant la consommation elle-même.



Le travail quotidien que nous menons nous permet de rencontrer différentes « situations » qui nous indiquent qu'une prise de conscience est réalisée sur ce champ et qu'un travail de rétablissement est en cours :

- ⇒ Verbalisation et identification des problématiques liées à la consommation
- ⇒ Volonté de rompre les liens avec les personnes dans une situation similaire
- ⇒ Souhait d'entrer dans un programme thérapeutique (et entrée effective dans ce type de programme)
- ⇒ Diminution voire arrêt de la consommation
- ⇒ Démarche de mise en ordre au niveau de la mutuelle – en ce compris le paiement d'arriérés – afin de pouvoir bénéficier d'un traitement de substitution
- ⇒ Évaluation et modification du traitement de substitution
- ⇒ Participation à des concertations multipartites afin de coordonner l'aide

#### 1.2.5 Liens sociaux et activités

Bien que les liens sociaux et les activités puissent être scindés, les premiers sont souvent dépendants des secondes, notamment pour le public, que nous accompagnons, qui entretient souvent encore des liens forts avec le « monde de la rue » conduisant la plupart du temps à des difficultés (notamment tout ce qui concerne le logement – squat, voisinage... - et la consommation).

Les liens sociaux sont importants dans l'amélioration du bien-être des personnes, car cela leur permet de/d' :

- ⇒ retrouver une identité à part entière, en-dehors du statut de « clochard »
- ⇒ faire face à la solitude qu'entraîne l'entrée logement et à la nécessaire rupture, le plus souvent, avec le « monde de la rue »
- ⇒ recommencer à vivre des émotions riches et intenses telles que l'amour, le rire, le partage ou encore la solidarité
- ⇒ bénéficier d'un soutien lorsque les sentiments négatifs surviennent ou lorsque la crise devient imminente



Les activités, quant à elles, contribuent à l'amélioration du bien-être dans des dimensions sensiblement similaires, sachant que comme nous l'annoncions précédemment, elles permettent de retrouver des liens sociaux (voire sont indispensable pour y parvenir) :

- ⇒ s'inscrire dans des réseaux de socialisation différents
- ⇒ retrouver une identité différente
- ⇒ reprendre goût à l'activité, aux loisirs, à la formation ou encore à l'activité professionnelle
- ⇒ augmenter l'estime et la confiance de soi
- ⇒ retrouver un rythme de vie et une structuration du temps
- ⇒ la personne prend soin d'elle physiquement et hygiéniquement, car elle se rend quelque part

Les indicateurs qui nous permettent de constater qu'une personne s'inscrit dans une nouvelle démarche en matière de liens sociaux ou d'activités<sup>25</sup> :

- ⇒ Invitation de nouvelles personnes dans le logement
- ⇒ Identification de loisirs et souhait d'inscription
- ⇒ Visite d'un centre de type insertion sociale



Notons que ce champ d'action contribuant au processus de rétablissement et au bien-être de la personne a été faiblement investi (d'où un nombre assez restreint d'illustrations possibles). D'une part, car l'entrée en logement nécessite, dans un premier temps, toute une série de démarches pratiques (ameublement, démarches administratives...). D'autre part, une fois cette période "pratique" dépassée, et souvent accompagnée d'une forme d'euphorie, diverses problématiques surviennent et qu'il convient dès lors de régler en préalable (hygiène, squat, problèmes de voisinage, consommation excessive pour pouvoir s'inscrire dans un programme plus structurel...). Pourtant, et c'est bien là une difficulté, les liens sociaux et activités permettent de sortir la personne des problématiques qu'elle rencontre, alors que celles-ci empêchent l'inscription dans ce champ. L'équipe tente alors toujours d'osciller entre traitement des difficultés dans le quotidien et recours à ce champ pour en sortir.

Par ailleurs, il faut insister sur la difficulté pour les personnes de se réinscrire dans les structures traditionnelles de socialisation et de réinsertion. Celles-ci ont des seuils d'accès trop élevés ou sont encore trop rigides pour entrevoir une possible intégration du public que nous accompagnons. Pourtant, les locataires pour la plupart souhaitent recommencer à travailler ou, à tout le moins, pouvoir exercer une activité avec une rémunération sans que cela ne demande forcément une présence journalière telle que le requiert un emploi. Même s'il est clair que certaines personnes ne peuvent à ce stade pas accéder aux activités traditionnelles, pour différentes raisons, la possibilité effective de pouvoir intégrer des activités qui font sens manque cruellement. D'une part, car c'est une demande importante de la part des personnes, d'autre part, car ces activités peuvent jouer un rôle important dans le processus de rétablissement entamé.

Nous sommes donc pour le moment en réflexion sur la mise en place d'activités qui pourraient faire sens pour les personnes et qui sortent du cadre institutionnel habituellement proposé.





### 1.2.6 Famille

Les personnes qui sont suivies par l'équipe HF ont bien souvent des trajectoires familiales compliquées, marquées par diverses ruptures et conflits plus ou moins importants. La famille, au même titre que d'autres champs, est une structure de socialisation et un « outil » essentiel dans le processus de rétablissement, car, elle permet de/d' :

- ⇒ se sentir aimé et apprécié
- ⇒ avoir un soutien dans la réalisation de démarches diverses et dans la réintégration
- ⇒ vivre des moments d'amour et de partage
- ⇒ avoir des liens
- ⇒ de faire des activités
- ⇒ retrouver une confiance et une estime de soi

Ce champ est peu investi concrètement même s'il est souvent évoqué par les usagers. Le travail avec la famille est un travail complexe, car il réveille des histoires lourdes, met en évidence des choix posés et inquiète souvent les personnes (« quelle image vont-ils avoir de moi ? » « Je n'en vaud pas la peine » « je m'en fous d'eux »...). Presque chacune des personnes que nous accompagnons (ou avons accompagné) a identifié des dimensions relatives à la famille, qu'elles soient positives ou négatives. On retrouvera des indications d'investigation de champ au travers des situations suivantes :

- ⇒ Volonté de retourner chez sa mère pour retrouver un environnement plus propice
- ⇒ Identification de l'enfant comme moteur du processus en cours
- ⇒ Organisation d'une rencontre avec les enfants
- ⇒ Souhait d'aller voir un parent en hôpital psychiatrique



### 1.2.7 Argent et administration

Bien que ce champ soit souvent essentiel avant l'entrée en logement – il faut, par exemple, bénéficier d'un revenu pour pouvoir intégrer le dispositif et payer son loyer –, il représente d'une part un axe de travail important dans la prise en charge, et contribue (ou empêche) d'autre part à l'amélioration de la situation de la personne, en ce compris sur le plan du mieux-être. Notons que le public accompagné dispose quasi systématiquement d'un revenu avant l'entrée en logement (RI de rue, mutuelle, chômage), et pour près de la moitié « bénéficie » d'une administration de biens (4 personnes)<sup>26</sup>.

Le fait de bénéficier d'argent en suffisance – ce qui, il faut bien l'avouer, est rarement le cas avec un revenu de remplacement – et d'être en ordre sur le plan administratif contribue au bien-être de la personne, car elle peut :

- ⇒ entreprendre différentes activités (loisirs, voyages, sports...)
- ⇒ ameubler et équiper son logement à sa guise
- ⇒ prétendre et recourir à ses droits (le droit de vote par la mise en ordre de la carte d'identité par exemple) et en ouvrir de nouveau (carte d'identité => mutuelle => traitement de substitution accessible)
- ⇒ arrêter les comportements de survie (manche, prostitution, activités illégales...)
- ⇒ apprendre à gérer son argent
- ⇒ prioriser les différentes dépenses en fonction des impératifs

Concrètement, différentes situations permettent de constater une amélioration dans ce champ particulier :

- ⇒ obtention d'un revenu (ou un revenu à part entière : passer du revenu d'intégration « taux rue » au taux « isolé »)
- ⇒ obtention d'une carte d'identité
- ⇒ réinscription à la mutuelle
- ⇒ mise en œuvre de démarches de médiation de dettes et épuration de celles-ci

---

<sup>26</sup> Ce qui n'entraîne pas pour autant une diminution des démarches administratives diverses, voire tout le contraire considérant qu'il faut en plus solliciter l'aval de l'administrateur(trice) à chaque démarche à entreprendre.



- ⇒ changement d'administration de bien (pour différentes raisons : plus proche géographiquement, plus sensible au processus entamé...)
- ⇒ mise en place d'une plus grande autonomie dans la gestion de l'argent (argent versé mensuellement au lieu d'hebdomadairement)
- ⇒ négociation d'accords en vue de réaliser des dépenses « hors subsistance » (notamment dans le cadre d'une administration de bien)
- ⇒ ...

Sur base de ces 7 champs qui illustrent l'amélioration du bien-être chez la personne, nous pouvons affirmer que le dispositif HF namurois, tel qu'il se décline philosophiquement, méthodologiquement et organisationnellement contribue au rétablissement de la personne et, *in fine*, à une situation de mieux-être. Ce mieux-être peut prendre forme dans toute une série de domaines tels que déclinés précédemment.

Il faut toutefois reconnaître que c'est un processus en cours, qu'une situation de mieux-être peut laisser place à un mal-être, et ce, pour une période indéterminée. C'est donc une bienveillance continue et un accompagnement soutenu qui permettent de voyager avec la personne tout au long de son parcours et tout autant qu'elle le désire.

Il nous semble à ce stade que nous pourrions travailler davantage de sphères, éloignées directement du logement, mais qui peuvent avoir un impact sur celui-ci et sur le bien-être. Nous pensons particulièrement au travail à mener sur l'occupation, les activités, la socialisation, etc. Bien que certains dispositifs existent, il nous faut constater que ceux-ci ne sont pas toujours adaptés pour notre public, même s'ils se réclament « bas seuil (= à faible niveau d'exigences) ». C'est pourquoi nous menons actuellement une recherche de fonds pour pouvoir réaliser directement des activités avec les personnes (théâtre, sport, balade, etc.), individuellement ou collectivement. Nous souhaiterions également, comme cela se fait au projet « Un Chez Soi d'Abord » à Lille, pouvoir emmener les personnes boire un café (cela permet d'aller dans un endroit neutre, de ne pas éveiller de sentiment d'intrusion dans le logement tout en travaillant la sociabilité de la personne et sa réinsertion sociale) ou encore de fêter une occasion (une année dans le logement, un anniversaire) par un repas dans un restaurant par exemple. Bien entendu, au-delà des questions budgétaires, c'est un travail constant que nous devons mener sur ces aspects, car il y a des activités qui ne comprennent aucun coût (aller se balader, faire une visite culturelle gratuite...) et qui peuvent pourtant prendre sens dans le processus de rétablissement de la personne.



Au-delà de ce processus évolutif alternant entre mieux et mal-être, il faut aussi souligner des situations qui, à l'heure d'écrire ces quelques lignes, peuvent paraître encore relativement préoccupantes. Bien que cela paraisse logique vu la temporalité dans laquelle se situent les usagers (entrée en logement relativement récente) et le processus de rétablissement en construction, il faut le signaler. Nous pensons tout particulièrement à deux situations. La première, liée à une consommation très importante de produits multiples et aux troubles, notamment de santé mentale, qui en découlent. La seconde, liée à une psychose paranoïaque qui s'est particulièrement développée en logement accompagné d'une consommation importante d'alcool et d'une méfiance grandissante à l'égard de l'équipe avec un arrêt des visites à domicile depuis deux mois. Bien que des dimensions positives soient constatées dans les deux cas et sur des champs divers (appropriation et entretien du logement, sécurité lié au logement, processus de cure entamé...), nous pouvons rester inquiets par rapport à ces deux situations. Et pour la seconde, nous nous interrogeons particulièrement sur les effets négatifs que le logement peut ou pourrait avoir occasionné avec un repli sur soi fort, une consommation d'alcool augmentée et des troubles paranoïaques exacerbés. Bien qu'il ne nous soit pas possible d'identifier le logement comme seul facteur d'aggravation des éléments précités, nous pouvons faire l'hypothèse raisonnable qu'il y a contribué en combinaison avec d'autres facteurs (relation familiale négative, abus de la bonté de la personne...). Ainsi, s'il est l'outil premier de travail dont nous avons besoin pour accompagner la personne dans son rétablissement, il faut aussi mesurer les conséquences que ce dernier peut revêtir, tant dans les deux situations précitées que dans les autres, et tenir à l'œil que la dimension stabilisante du logement peut laisser place et/ou être précédée par des sentiments négatifs, une rupture par rapport à un mode de vie particulier et donc créer davantage de problématiques dans la situation qu'auparavant. C'est là tout le rôle de l'équipe d'accompagnement et du dispositif de tenir compte de cela et d'être vigilant, et ce, de façon constante.



## 2. MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

Les questions de bien-être et rétablissement, centrales dans le dispositif HF, sont constitutives, en partie, de la méthodologie employée. Au-delà d'une philosophie axée autour de huit principes fondateurs guidant l'action, il faut reconnaître que l'opérationnalisation méthodologique de ces derniers peut varier en fonction des contextes locaux d'expérimentation HF<sup>27</sup>. Nous allons donc ici aborder une multitude de points qui ont trait à ces huit principes et à la méthodologie que nous avons développée précédemment : la pluridisciplinarité, les champs d'intervention couverts, les réflexions et remises en question, le travail avec les partenaires logement, le travail en binôme, les candidatures.

### 2.1 PLURIDISCIPLINARITÉ

Pour rappel, notre équipe est composée de profils divers : deux assistants sociaux, un infirmier, une psychologue, une éducatrice spécialisée, un coordinateur ainsi que, ponctuellement, un capteur de logements. Cette équipe multiple travaille cependant autour d'un tronc d'action commun (hormis pour le capteur logement et le coordinateur). Nous avons déjà évoqué les spécificités d'une telle approche et quelques éléments intéressants. Mais dans les faits, et au terme de cette première année d'expérience, que pouvons-nous en retirer ?

#### 2.1.1 Tâches multiples, questionnements et prise en main d'un tronc d'action commun

Tout d'abord, il faut noter qu'un travail avec une équipe pluridisciplinaire autour d'un tronc d'action commun n'est pas aisé à développer et à mettre en place. Chacun a son cursus, ses compétences et poursuit sa « carrière » professionnelle dans une certaine voie, sachant que chaque travailleur travaille à « temps égal » au sein d'une autre institution avec une méthodologie d'action singulière. Bien que la plupart des jobs actuels nécessitent une polyvalence certaine, toute une série de démarches n'est pas forcément familière pour l'ensemble des travailleurs.

<sup>27</sup> Voir, par exemple : Busch-Geertsema V. (2013). Rapport final, Housing First Europe, Brême/Bruxelles.



Quelques exemples illustrent bien ce propos : une psychologue à orientation comportementaliste (ou psychanalytique, systémique, rodgérienne...) peut être décontenancée par un travail au domicile sans les conditions habituelles liées aux entretiens de type « psychologique » (face à face, bureau *ad hoc*, etc.), une éducatrice spécialisée peut être perdue devant l'ampleur des modalités administratives et techniques dans la gestion de différents dossiers (primes au logement, médiation de dettes...), un assistant social peut s'interroger sur son rôle dans l'analyse et la réalisation de bilans d'évolution plus « psychologiques », tout comme l'infirmier peut s'étonner de devoir gérer des problèmes techniques d'un logement avec un chauffagiste ou encore la réalisation de courses et dans l'accompagnement « à la cuisine de tous les jours ».

Pourtant, au fil du temps et du projet, ce tronc commun est désormais partagé de manière collégiale et selon les besoins du moment. Plusieurs mises en logement simultanées laissent en effet place à un travail beaucoup plus « pratico-pratique » tandis qu'une longue période sans inclusion et avec des usagers depuis un certain temps dans le logement induira un travail plus « profond », analytique et de mise en perspective. Bien que le bilan soit positif à ce stade, très positif d'ailleurs vu le partage et l'endossement des multiples missions par chacun-e, il n'en résulte pas moins la nécessité de développer encore certaines compétences/connaissances dans le giron de chaque travailleur : meilleure appropriation des outils de type « thérapeutique », compréhensions et facilités accrues dans la réalisation de certaines démarches administratives, etc.

Mais qu'en est-il finalement de la plus-value de ce tronc commun d'intervention dans une équipe pluridisciplinaire ? Nous estimons au terme de cette 1<sup>ère</sup> année d'intervention que c'est une méthodologie pertinente, car :

- Nous sommes en mesure de répondre à de multiples besoins des usagers (bien que l'ambition ne soit pas spécifiquement de tout couvrir puisqu'il s'agit aussi de réinscrire ces personnes dans les structures de droit commun), qui ne sont pas forcément anticipables, mais pourtant importants. Cette réponse est également possible au moment présent, et pas dans un espace-temps ultérieur (pour autant que le travail à mener ne soit pas dépendant d'une structure particulière nécessitant le report, ou en tout cas l'aboutissement, à un moment ultérieur) ;



- C'est une manière de ne pas instaurer un système de référence où chaque intervenant se spécialise et occupe un champ unique d'intervention, ce qui peut amener de nombreuses difficultés pour obtenir les effets bénéfiques du point précédent (tout en devant reporter toute une série de tâches si la personne référente est absente) ;
- C'est une manière de permettre à chaque usager de voir tous les intervenants, et de ne pas casser le lien en cas de difficultés ;
- L'occupation d'un travail multitâches, mais avec des visions/connaissances/compétences/formations différentes permet nécessairement de remplir ce travail, mais avec des approches multiples qui augmentent l'intérêt et la pertinence dans le travail d'accompagnement ;
- ...

### 2.1.2 La pluridisciplinarité substantive

Finalement, le point précédent pourrait laisser l'impression qu'il prend quelque peu le contrepied de la pluridisciplinarité. Ce n'est pourtant pas le cas. Ou plutôt c'est une forme de rejet d'une pluridisciplinarité segmentée, partialisée, déconnectée. Mais finalement, en quoi l'équipe HF est-elle une équipe pluridisciplinaire et quel est l'intérêt de cette opérationnalisation particulière de la pluridisciplinarité ?

Au-delà du tronc commun, la pluridisciplinarité est prise en main par les différents travailleurs dans l'utilisation de leurs compétences et de leurs qualifications sur des points d'action spécifiques. Cela prend encore davantage d'ampleur dans l'aboutissement et l'investigation profonde de certaines démarches qui sont liées au bagage scolaire et professionnel des travailleurs : les démarches de prime ADEL ou de gestion financière par les assistants sociaux, l'investigation de questions d'introspection plus profondes par la psychologue, l'organisation d'un pilulier et une approche « santé » par l'infirmier, le lien et les activités par l'éducatrice spécialisée. Cette spécification peut paraître banale, fine ou encore anodine, mais elle ne l'est pas dans les faits. Le travail d'accompagnement accompli ne pourrait pas être aussi bénéfique et aussi pertinent s'il était pris en charge par une équipe composée d'un même profil.



Au-delà des tâches qui seraient prises spécifiquement - ou plutôt l'aboutissement de ces tâches -, le tronc commun est aussi opérationnalisé de façon pluridisciplinaire. Le regard que portera l'infirmier ou l'éducatrice spécialisée sur une même action - ranger le logement, faire la cuisine, acquérir des meubles, faire un WRAP<sup>28</sup> - sera forcément différent et l'appréhension de cette même action sera portée de façon complémentaire en fonction des travailleurs en présence.

*In concreto*, eu égard aux nombreux temps d'échanges organisés dans le cadre du dispositif – réunion d'équipe hebdomadaire, supervision mensuelle, mise au vert et immersions diverses –, cette pluridisciplinarité est effective puisque chacun est amené à appréhender les difficultés rencontrées et questionnements y afférents en fonction de son propre bagage et, *in fine*, à proposer ses propres pistes d'intervention, ce qui permet une multiplication des regards et des solutions envisagées face à des problèmes complexes et multi-référentiels.

En ce sens la pluridisciplinarité telle qu'elle est envisagée au sein du dispositif Housing First Namur est de deux ordres : 1) référentielle puisqu'elle se donne à voir au sein d'échanges de vision et de stratégies ; 2) opérationnelle puisqu'elle se donne à voir dans le travail concret quotidien mené par les différents intervenants, qu'il s'agisse de tâches partagées – appartenant au tronc commun – ou spécialisées en fonction du profil de la personne.

Enfin, bien que notre approche nous permette de constater des effets positifs – essentiellement marqué, donc, par : une couverture large des besoins (cf. infra), une réponse ici et maintenant à des demandes variées, une réflexivité importante, une multiplication des stratégies d'intervention – il faut reconnaître que nous peinons parfois à répondre à certains besoins et/ou difficultés. Face à un public aux besoins multiples et complexes - notamment lorsqu'ils sont dans une situation d'addiction profonde, de maladie mentale importante ou encore de double diagnostic « tout simplement » -, nous sommes parfois dépourvus d'outils adéquats ou d'une expérience suffisante, particulièrement lors de crises aiguës. C'est pourquoi, dans les prochains mois, nous souhaitons travailler autour de deux axes : d'une part, la formation des travailleurs sur des thématiques spécifiques, mais aussi leur immersion (au sein de projets HF ou au sein d'autres structures spécifiques) et, d'autre part, sur le renforcement de l'équipe par l'inclusion d'un pair-aidant en santé mentale spécifiquement. C'est en effet surtout sur cette thématique que nous éprouvons à certains moments des difficultés<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Wellness Recovery Action Plan : il s'agit d'un outil utilisé dans le champ de la santé mentale dans une optique de rétablissement. Celui-ci se décline en plusieurs points et permet à l'utilisateur d'identifier ce qui fait crise, ce qui contribue à son bien-être, etc. Cet outil est peu utilisé jusqu'à présent, mais fait l'objet d'une réflexion continue en équipe, notamment en lien avec le plan de rétablissement.

<sup>29</sup> Bien que les difficultés rencontrées soient aussi partagées par d'autres services rencontrés qui font aussi de l'intervention à domicile, notamment les équipes mobiles « 107 ».





## 2.2 LES CHAMPS D'INTERVENTION COUVERTS

En lien avec le point précédent, mais au-delà de celui-ci également, la pluralité des champs d'intervention mérite d'être approfondie et analysée. Déjà abordée lors de l'évaluation du bien-être, nous souhaitons ici nous attarder sur ces points dans la manière de les investir par l'équipe et non pas sur ce qui les qualifie eu égard à l'amélioration du bien-être des personnes. Plutôt que de les aborder dans l'ordre évoqué précédemment, nous choisissons délibérément de les décliner ici en ordre chronologique d'intensité d'intervention. Bien entendu, cet ordre est de type « moyen » (au sens de moyenne) puisque l'intensité de travail dans un domaine peut différer sensiblement en fonction du profil des personnes et de leurs besoins à un moment « t ».

Bien entendu, si les éléments sont ici inscrits de façon « chronologique », par « ordre d'importance », le travail réalisé se veut global, transversal et complémentaire entre les différents champs d'intervention. Comme souvent, le travail sur un élément a un impact sur un autre ; l'approche est donc systémique.

### 2.2.1 Le logement

Indubitablement, considérant qu'il s'agit là de l'outil principal à partir duquel nous travaillons, c'est la sphère d'intervention la plus investie. Elle se décline en différentes temporalités et correspond à différents sous-domaines de travail.

*° En amont, mais en préparation du logement*

Chaque personne accompagnée dans le projet HF est rencontrée avant la mise en logement, parfois à de multiples reprises. Elle l'est, d'une part, afin de comprendre et de soutenir les motivations<sup>30</sup> face au logement, d'autre part, car il est nécessaire de faire avancer toute une série de démarches nécessaires à l'obtention du logement : mise en ordre de revenu, obtention d'une carte d'identité, certificat de non-propriété<sup>31</sup>...

<sup>30</sup> Sans exiger qu'il y ai une démonstration de motivation particulière pour entrer dans le logement, mais seulement le souhait d'essayer, afin d'éviter de reproduire la conditionnalité des dispositifs habituels existants.

<sup>31</sup> Si le projet se veut le moins conditionnel possible, notamment pour ne pas reproduire les exigences habituelles en vigueur dans le secteur, il faut tout de même que certaines conditions administratives soient



Certains locataires attendent très peu pour entrer en logement (tout au plus un mois) tandis que d'autres attendent plusieurs mois avant leur entrée, et ce, pour des raisons multiples : nombre de logements réduit face au « pool » de candidats, absence à un RDV, refus du locataire (par le propriétaire) au profit d'un autre, revenus insuffisants au moment de l'entrée en logement (principalement dû au paiement du 1er mois de loyer et/ou à la constitution d'une garantie locative), etc.

Mais au-delà des démarches pratico-pratiques et des innombrables méandres administratifs à investiguer, le travail principal consiste en une préparation psychique et pédagogique à l'entrée en logement : comment vois-tu ton logement ? Quelles sont les difficultés que tu pressens et qu'est-ce que tu vas pouvoir mobiliser pour y faire face ? De quoi auras-tu besoin prioritairement ? Comment vas-tu faire avec les pairs ? Dans quel quartier souhaites-tu aller ? Quelles seraient les activités que tu souhaiterais débiter pour faire face à l'ennui ? Qu'est-ce que le logement va pouvoir t'apporter en termes de rétablissement ?

Ces termes, plutôt descriptifs, doivent désormais laisser place à une évaluation de ce qui a été proposé aux usagers depuis un peu plus d'une année.

Par rapport à l'ensemble des démarches réalisées, surtout en ce qui concerne l'administratif et le financier, nous constatons que cela prend énormément de temps, et ce, au détriment d'un travail de lien (même si ce travail permet aussi la création de lien), de préparation au logement pour la personne, mais aussi d'accompagnement au logement pour celles déjà relogées. La première évaluation à apporter donc, et elle se matérialise déjà en piste d'action, c'est que nous passons bien trop de temps dans ces démarches au détriment d'une démarche d'accompagnement plus en lien avec notre spécificité de travail d'accompagnement au logement dans une optique de rétablissement. Nous souhaitons dès lors associer davantage les « partenaires envoyeurs » afin qu'ils réalisent un seuil minimal de remise en ordre : obtention d'un revenu et mise à jour de la carte d'identité.

Aussi par rapport au travail préalable qui peut être mené, il faut reconnaître toute la difficulté de présager de quoi la personne a et aura besoin une fois dans le logement. Parfois, nous estimons que le profil de la personne est très complexe et nécessitera un travail très intensif tandis que d'autres profils semblent plus « faciles ».

---

nécessaires à l'inclusion dans le logement puisqu'elles sont exigées, soit par le bailleur soit par l'organisme de prestation financière.



Dans les faits, il nous est très difficile de présager de cela, car nous pouvons être très surpris de la manière d'occuper le logement et d'intégrer le processus de rétablissement. Le travail mené doit nous interroger ainsi sur ce que nous mettons en place – ou non –, et ce qu'il conviendrait de développer en attendant le logement. D'ailleurs, trop souvent nous avons vu qu'une explication pourtant claire de notre travail pouvait tout de même mener à des incompréhensions une fois la personne en logement : sentiment d'inquisition et de violation de l'intimité, cadrages trop cadrant, apparemment au bailleur de logement, etc. Nous avons donc décidé de travailler autour d'un plan de rétablissement<sup>32</sup> dès les prochaines inclusions à partir du début de l'accompagnement et avant même que la personne n'intègre le logement.

Enfin, et c'est un élément sur lequel nous n'avons malheureusement que très peu de prise, il y a un temps très important pour certains candidats entre le moment où le projet leur est présenté et le moment où ils peuvent enfin intégrer un logement. Cette attente est quasi exclusivement causée par le parc locatif limité auquel nous pouvons avoir accès et, au sein de ce même parc, au temps d'attente qui peut intervenir afin de trouver un logement « pour notre public ». Notre public est en effet clairement discriminé sur le plan du logement – tout comme sur bien d'autres champs – et subit des représentations négatives fortes – parfois légitimes en raison d'expériences douloureuses pour les bailleurs – qui conduisent à un temps d'attente certain pour obtenir un logement. C'est d'ailleurs une des raisons qui occasionne un découragement de certains candidats et un arrêt de fréquentation du dispositif.

#### ° A l'entrée en logement

L'entrée en logement est souvent accompagnée d'une série de démarches pratiques : 1ères courses, achats de meubles, recherche de produits de base, ameublement... Les travailleurs et la personne se voient assez régulièrement autour de ces démarches et l'objectif est de pouvoir finalement faire en sorte que la personne bénéficie des éléments de base nécessaires pour couvrir ses besoins et se sentir aussi chez elle.

---

<sup>32</sup> Sans que le canevas ne soit déjà bouclé, ce plan comprendra : les difficultés que la personne identifie, ses attentes et besoins, ce à quoi elle souhaite arriver, ce que l'équipe doit faire en cas de crise, etc. Ce plan a pour objectif principal, en début d'accompagnement, de baliser et cadrer nos interventions. La personne n'est alors pas surprise d'être confrontée à ses propres choix, que nous la questionnons sur ces troubles du comportement, etc. Support écrit, le plan de rétablissement est un outil central pour, d'une part, cadrer la relation, d'autre part, permettre l'évaluation constante et récurrente du processus en interrogeant l'évolution de la personne et les choix posés.



Cela matérialise également la logique du « Recovery » dont la base conceptuelle première est de reconnaître l'expertise de la personne dans sa situation, ce qui nécessite donc toute sa participation dans les choix à poser, et ce, dès le début du processus. La réalité cependant démontre que cette période est impactée de façon diverse en fonction, d'une part, du profil de la personne, d'autre part, en fonction de ses possibilités effectives. Une personne qui bénéficie d'une somme importante sur son compte épargne aura un accès plus important à des biens divers qu'elle souhaiterait acquérir pour se sentir bien chez elle tandis que celle qui n'a pas d'argent de côté ne pourra pas accéder au même « éventail de biens ». Ceci dit, cette même personne qui bénéficie d'une somme importante sur son compte pourra être freinée par une administration de biens peu soucieuse du processus de rétablissement en cours. Mais au-delà de la capacité financière, d'autres éléments liés au profil de la personne déterminent le type d'actions réalisées dans cette étape. La question de l'autonomie, tout d'abord. Certaines personnes ont en effet une capacité d'autonomie plus importante et réaliseront tout ou partie de ces démarches seules. Ensuite, le profil de la personne peut entraîner une faible motivation, voire des réticences, à réaliser ce genre de démarches, car elles sont en contradiction avec la vie menée jusqu'à présent en rue : l'acquisition d'un lit n'est pas forcément nécessaire pour tous, tout comme la question de l'hygiène du logement peut être appréhendée de façon très diverse en fonction du profil et de la trajectoire de vie.

Au-delà de ces démarches, d'autres sont entreprises : démarches administratives (mise en ordre de la carte d'identité, recouvrement d'une mutuelle...), financières (médiation de dettes, travail avec l'administration de biens, primes au logement...), et d'appropriation du logement. En ce qui concerne l'appropriation du logement, cela se décline de toute une série de manières différentes : travail motivationnel afin de permettre à la personne de trouver les raisons d'une fréquentation accrue du logement et d'une fréquentation restreinte des dispositifs pour personnes sans-abri, projection dans le logement et le rôle qu'il peut jouer dans le processus de rétablissement et dans les attentes que la personne nous a formulées, etc. Finalement ce travail est transversal et traverse toute la prise en charge puisque, il faut bien le reconnaître, l'évolution des usagers se fait plus en « dents de scie » que dans un processus stable d'évolution positive.



° *Durant toute la période de logement*

La situation de logement une fois effective, et les démarches liées à cette mise en logement (tant d'un point de vue préalable qu'à l'entrée en logement) étant réalisées, nous travaillons alors sur tout ce qui fait sens pour la personne et tout ce qui permet son maintien dans le logement puisque ce dernier reste l'outil de base nécessaire aux objectifs que nous nous fixons. *In concreto*, ce travail est présenté dans les développements qui suivent. Il y a cependant un axe important qui ne sera pas abordé plus loin et qui mérite une attention particulière. Il s'agit du travail de médiation spécifiquement lié au logement. En effet, la plupart de nos usagers rencontrent des difficultés dans le logement, principalement liées à la présence des pairs. Passés par la rue, des relations presque fraternelles impliquant loyauté, débrouille et solidarité se sont nouées entre les personnes qui intègrent le programme HF et d'autres usagers de la rue. Il arrive ainsi fréquemment que les premiers hébergent les seconds, avec presque indubitablement une série de difficultés qui en découlent : problèmes de voisinage, surconsommation (tant en termes d'énergie que de produits stupéfiants...), non-respect des règles minimales en termes d'occupation, appréhensions du voisinage (fondées ou non), etc. Ces difficultés, lorsqu'elles apparaissent à répétition, peuvent compromettre le processus de rétablissement, d'une part, par le sentiment négatif que véhicule cette occupation auprès du bailleur et la volonté de ce dernier de remettre en question l'attribution du logement, d'autre part, par l'impact que peut avoir cette occupation sur la personne elle-même en termes de motivation, de réduction des risques et d'abstinence, d'aboutissement dans les différents chantiers identifiés, etc. Toutes ces situations nécessitent un travail de médiation important entre les différents protagonistes avec un véritable rôle d'équilibriste : comment en effet appliquer le principe de séparation du logement et de l'accompagnement lorsque l'on sait que la personne risque de perdre son logement et donc de compromettre le processus en cours ? Il faut donc endosser différents rôles et dans différentes temporalités : compréhension des attentes et perceptions des différentes parties prenantes, conscientisation (de l'utilisateur par rapport aux nuisances occasionnées et du bailleur par rapport au profil de la personne et au processus entamé), médiation (en réunissant les différents protagonistes autour d'une même table), cadrage (de l'utilisateur en rappelant le seuil minimal de tenue d'un logement ainsi que les objectifs fixés lors des concertations/médiations ou du bailleur en expliquant les stéréotypes et représentations négatifs qui sont véhiculées à l'égard du locataire, ainsi que des comportements qui en découlent, alors que la personne ne produit plus de nuisances)...



Ce travail d'équilibriste est sans cesse réévalué, mais n'en est pas moins source de difficultés : incompréhensions des différents protagonistes sur le travail mené, voire remise en question de celui-ci ; tensions dans l'équipe sur les stratégies à adopter ; rupture du lien avec le locataire ; tensions pour les travailleurs détachés<sup>33</sup> ; etc.

### 2.2.2 Les démarches administratives et financières

Second axe de travail en termes d'intensité, les sphères administratives et financières sont particulièrement investies. Elles le sont, d'une part, car elles déterminent la possibilité effective d'avoir et de garder un logement, d'autre part, car les locataires ont une situation qui nécessite l'investigation de multiples domaines d'intervention régis par d'innombrables règles et qui nécessitent parfois aussi un coût pour lequel il est nécessaire de contribuer en vue que la personne y accède.

Nous pouvons donc décliner les champs/axes suivants dans ce domaine :

- Acquisition d'un revenu et/ou mise en adéquation du revenu avec la nouvelle situation (passage du revenu d'intégration « de rue » au taux « isolé » par exemple) ;
- Demande de prime(s) au logement (prime d'installation et prime ADEL) ;
- Remise en ordre au niveau des dettes, voire médiation en ce qui concerne la prise en charge de celles-ci ;
- Contacts avec l'administration de biens (avant l'entrée en logement pour obtenir son accord en vue d'intégrer un logement, durant la mise en logement pour l'accès à toute une série de dépenses ou encore pour la signature de documents puisque la signature de la personne qui n'a pas de légitimité légale) ;
- Recouvrement d'une carte d'identité, d'une mutuelle ;
- Négociation auprès d'un organisme « santé » (maison médicale, pharmacie) pour obtention de frais médicaux réduits (traitement de substitution par exemple) ;

---

<sup>33</sup> Ces tensions apparaissent pour les travailleurs qui sont détachés d'une institution et sont à même de rencontrer les usagers accompagnés dans le dispositif lors de l'autre temps de travail. On peut même parler de contradictions importantes dans les valeurs et les méthodologies véhiculées. Sachant, pour renforcer la problématique que cela engendre, que, au-delà des usagers accompagnés, nous devons parfois aussi travailler avec des usagers rencontrés lors de cet autre mi-temps dans le logement de nos propres locataires, avec à la clé des représentations tronquées et erronées de la méthodologie employée et des finalités poursuivies.



- Négociation d'une garantie locative (ou d'un accord de principe pour une garantie locative si le logement n'est pas pour tout de suite) auprès du CPAS ;
- Accompagnement auprès de divers organismes (SPF Santé, ONEM, FOREM, CPAS... ) ;
- Obtention d'une preuve de non-propriété ;
- Aller chercher l'avertissement extrait de rôle ;
- Etc.

Comme l'indiquent ces différents exemples non exhaustifs, la multiplicité des démarches dans ce(s) champ(s) est réelle et importante. Elle l'est également en raison d'une couverture des besoins larges, propres au dispositif HF. Heureusement, dans certains cas, nous pouvons bénéficier d'un soutien des institutions partenaires (étant entendu les institutions qui composent le dispositif) dans la prise en charge de certaines démarches en leur sein. Il faut aussi souligner toute l'importance de la collaboration avec le CPAS qui nous permet de bénéficier de circuits administratifs et financiers raccourcis<sup>34</sup>, notamment en ce qui concerne la preuve d'une présence sur le territoire et de l'accès à la constitution d'une garantie locative.

Finalement, sur ce champ d'action, il n'y a pas vraiment de points que nous pourrions améliorer puisque la complexité administrative concerne l'ensemble des citoyens et plus encore l'ensemble du secteur psychomédicosocial qui travaille avec un public en situation de pauvreté et de précarité. Nous souhaiterions tout de même, comme cela a été précisé précédemment, pouvoir laisser tomber la recherche d'un revenu et l'obtention de la carte d'identité au profit d'un travail de liens plus important en préalable de l'entrée en logement.

---

<sup>34</sup> « Raccourcis » ne signifie en aucun cas que nous obtenons de manière privilégiée nos demandes, mais les demandes introduites peuvent parfois être traitées en urgence, notamment lorsque nous avons une réponse positive pour un logement qui nécessite un travail très rapide pour donner une réponse positive ou négative.



### 2.2.3 L'addiction

La plupart des personnes sont des usagers de psychotropes. Bien que celles-ci revêtent des formes différentes, tant dans le produit concerné que dans la manière de gérer celle-ci, cette situation n'en nécessite pas moins un travail important de l'équipe qui se décline en plusieurs phases et temporalités, d'une façon plutôt circulaire que continue, en fonction des cycles d'évolution de la personne. Les différents champs qui suivent ne doivent pas être perçus comme chronologiques, mais plutôt comme faisant partie intégrante d'une approche globale et transversale.

#### ° *La discussion autour de la consommation*

C'est bien souvent la phase préalable à tout travail dans ce domaine. Il faut reconnaître que la plupart des usagers reconnaissent leur problématique d'addiction, même s'ils peuvent la minimiser. Mais pour l'un ou l'autre de nos candidats, il y a un déni important par rapport à l'addiction. Dans les deux situations, l'objectif reste d'aborder l'addiction et de voir quelles sont les fonctions de celle-ci dans la vie des personnes : s'agit-il d'une manière de surmonter l'angoisse de la rencontre avec l'autre ? Est-ce pour ne plus entendre – ou entendre moins – les voix qui résonnent dans sa tête ? Est-ce pour oublier les multiples ruptures vécues ? En somme, l'idée est de voir si nous pouvons travailler sur la fonction que prend la consommation dans la vie de la personne. Il s'agit également de mettre en perspective la consommation avec le projet de rétablissement en cours d'adoption : en quoi la consommation va-t-elle freiner – ou même peut-être – accélérer le processus en cours ? Comment faire en sorte de minimiser son impact sur celui-ci ?

#### ° *La réduction des risques*

La réduction des risques (RDR) n'est pas une approche uniquement basée sur les aspects sanitaires (échanges de seringues et consignation de celles-ci dans des boîtes spécifiques, invitation à un changement d'administration – inhalation plutôt qu'injection, etc.), mais sur une approche globale de la consommation. Les aspects liés à la socialisation et à la sociabilité, les aspects familiaux, les champs professionnels sont également intégrés dans cette approche. En lien avec le point précédent donc, il s'agit de questionner la personne sur sa consommation et les risques qu'elle encourt, sur de multiples domaines, et de tenter d'apporter des régulations qui permettent de minimiser ces risques. Et notamment sur le maintien du logement et le processus de rétablissement en cours.





Cette approche nécessite donc un travail « multifacettes » : travail sanitaire, concertations avec le médecin traitant (en ce qui concerne les traitements de substitution, notamment) et avec les autres services qui gravitent autour de l'utilisateur, démarches au niveau de la mutuelle, contacts avec des centres spécialisés, etc.

#### ° L'accompagnement dans l'abstinence

Si l'abstinence n'est pas la finalité du dispositif HF, il ressort que, pour une partie des usagers, et selon leurs propres attentes et besoins, elle semble la solution la plus efficace dans le processus en cours (pour eux à un moment « t »). L'équipe organise dès lors tout un travail d'accompagnement de la personne dans les différentes démarches qui constituent ce processus particulier d'arrêt de la consommation, bien que celui-ci soit envisagé de manière assez diverse en fonction de la personne (en choisissant, par exemple, d'intégrer ou non un centre thérapeutique, ouvert ou fermé d'ailleurs).

Sur ce point concernant l'abstinence, au même titre que ce qui concerne la « RDR », il ne s'agit dans aucun des deux scénarii d'une finalité. En effet, nous estimons que c'est la volonté de la personne qui prime sur les orientations psychopédagogiques que nous pourrions envisager en fonction de notre propre lecture de sa situation. Ceci étant, dans un cas comme dans l'autre, c'est notre rôle plein et entier de confronter la personne, de manière bienveillante, mais honnête et franche, aux comportements qu'elle adopte. Nous n'hésitons pas ainsi à pointer des difficultés lorsqu'elles apparaissent (ou à la prochaine rencontre lorsque l'état de la personne ne permet pas une discussion franche et bienveillante) : mensonges, absences régulières, hygiène problématique, état du logement problématique, absence d'argent en suffisance pour couvrir ses besoins de base, attitudes désobligeantes, voire violentes, etc. C'est à partir de ces comportements, et des conséquences qu'ils engendrent que nous essayons de travailler les trois points précédemment illustrés. Dans cette même optique, nous estimons que des conditions minimales de travail doivent être remplies pour que nous puissions produire ce travail de manière sérieuse : report d'un rdv à une date ou un moment ultérieur lorsque la personne est dans un état qui ne permet pas un travail ici et maintenant, interdiction de consommation lors d'une VAD, etc.



Enfin, par rapport au travail sur-le-champ des assuétudés, nous ne pouvons que constater la difficulté de travailler avec la sphère médicale. En effet, même lorsque le médecin traitant est invité à une ou plusieurs concertations, et qu'un accord au niveau du traitement de substitution est trouvé, il arrive plus que fréquemment que le médecin finisse par donner davantage de médicaments que ce qui était prévu initialement, avec des conduites à risque dans le giron de l'utilisateur et des troubles répétés. C'est très clairement un axe sur lequel nous souhaiterions travailler avec nos différents partenaires à l'avenir pour éviter de recommencer systématiquement les mêmes démarches et processus avec les usagers.

#### 2.2.4 La santé mentale

Si la problématique de l'addiction concerne presque l'ensemble des usagers ayant intégré le dispositif HF namurois, la situation en termes de santé mentale ou plutôt de maladie mentale est quelque peu différente. En effet, bien nous constatons des caractéristiques communes entre la plupart des usagers – anxiété, angoisse, dépression, faible estime de soi, etc. –, les troubles importants de santé mentale – bipolarité, troubles du comportement, schizophrénie, psychose, paranoïa – ne concerne que quelques usagers. Le travail avec eux est donc assez variable en fonction du profil et des difficultés rencontrées par la personne, sachant que celles-ci peuvent évoluer vers une amélioration ou une dégradation<sup>35</sup>.

Pour tout ce qui concerne les troubles « légers », le travail quotidien vise à permettre de (re)trouver du sens dans le parcours de la personne et particulièrement dans une vie quotidienne qu'il faut réapprendre. Le travail porte sur : l'estime de soi, l'occupation journalière, les relations avec les pairs et avec la famille, la consommation, la gestion et l'appropriation du logement... En somme l'idée est d'offrir un soutien permanent et adapté à toutes les difficultés qui surviennent et qui sont d'ordre psychologique. Les personnes qui ont un parcours de rue de longue durée, accompagné d'échecs et de ruptures successifs, ont tendance à se décourager rapidement et à avoir du mal à entrevoir le bout du tunnel. Si des améliorations nous apparaissent en tant qu'intervenants, ce n'est pas forcément le cas pour les personnes elles-mêmes qui n'ont pas intégré les mêmes normes que nous en matière de bien-être. Pour la plupart des gens, avoir un logement c'est tout à fait basique et nécessaire, à tel point que l'on ne questionne même pas cela. Mais pour les personnes que nous accompagnons, ce n'est pas spécifiquement le cas.

---

<sup>35</sup> Mettre une vignette sur Y pour montrer la dégradation.



A ce titre, nous avons tendance en tant « qu'équipe d'accompagnement en logement » à nous focaliser sur cette dimension du logement (hygiène, relations avec les pairs, voisinage, appropriation...) alors qu'il faudrait sans doute dépasser cette dimension, pourtant nécessaire, vers d'autres dimensions qui peuvent être source de bien-être pour la personne : activités diverses, relations avec d'autres personnes... C'est finalement encore une fois un rôle d'équilibriste en faisant en sorte que la personne puisse maintenir son logement tout en retrouvant des situations de bien-être qui ne seront pas forcément associées au logement, bien que ce soit ce dernier qui permet la stabilité et l'accès à d'autres sources de bien-être.

Pour les problématiques plus lourdes, comme nous le notifiions précédemment, c'est un travail complexe et permanent. Il y a d'abord la question de la crise<sup>36</sup> qui intervient puisqu'il s'agit de la manifestation exacerbée des troubles chez la personne, finalement révélatrice de ce qui doit orienter le travail mené. Que pouvons-nous apporter lorsque la crise survient à la personne ? C'est à partir de cela que nous allons travailler en tentant de trouver de façon commune avec la personne ce qu'elle peut mobiliser pour parvenir à sortir de ces situations. D'une part, en identifiant les sources qui amènent à une situation de mal-être entraînant par la suite la crise, d'autre part, en cherchant ce qui peut calmer cette crise, en ce compris l'attitude que l'équipe doit adopter dans ce type de situations. Après la crise, c'est un travail d'introspection qu'il faut pouvoir mener avec la personne, ce qui est souvent compliqué, notamment quand il y a une forme de déni profond ou encore lorsque ces manifestations surviennent à la suite d'une consommation excessive (puisque cette crise est susceptible de revenir à chaque consommation excessive, soit de manière récurrente). C'est donc un travail récurrent que nous menons – ou que nous tentons de mener – afin d'aider la personne à trouver, d'une part, ce qui peut éviter la manifestation exacerbée de troubles divers, d'autre part, lorsque ceux-ci surviennent, de trouver un moyen de les apaiser. Enfin, il y a bien entendu tout le travail avec le réseau existant, particulièrement celui de la santé mentale. C'est malheureusement toujours compliqué de répondre aux besoins des usagers par ce biais, car c'est souvent dans la crise qu'il faut pouvoir mobiliser les partenaires et cela s'avère souvent difficile : refus de voir la personne avant qu'elle ne voit un médecin traitant, pas de rdv possible auprès d'un psychiatre avant plusieurs semaines, saturation aux urgences psychiatriques, pas de place dans les centres spécialisés, etc.

---

<sup>36</sup> La crise peut être considérée comme des manifestations fortes, voire violentes, de la part de l'utilisateur. Mais elle se manifeste par d'autres comportements en fonction des troubles de l'utilisateur : paranoïa profonde et interprétations erronées sur les motivations de l'équipe, délires, etc.



Il nous faut donc bricoler avec ces différentes réalités et tenter de trouver nous-mêmes les ressources qui pourraient potentiellement aider la personne à surmonter ces troubles, à court terme, et tenter d'envisager avec le secteur de la santé mentale une solution à moyen voire long terme<sup>37</sup>.

Julien est entré dans le projet Housing First en septembre 2015. Contrairement aux autres bénéficiaires, il a lui-même trouvé son appartement. Nous l'avons accompagné dès son entrée en logement en octobre 2015.

Originaire d'une autre province, il a alterné séjours psychiatriques, passages en rue et maison d'accueil depuis la mort de ses parents. Julien souffre d'un retard mental modéré et de problèmes comportementaux (sans doute en lien avec son handicap). Il dit également être hyperactif. Il est sous traitement médicamenteux – lourd – depuis de nombreuses années.

Dès son entrée en logement, Julien a été très demandeur d'un accompagnement et était en constante recherche de lien. Une bonne relation s'est très vite créée, mais il était très souvent en crise, avec toutes les difficultés que cela peut générer au sein de l'équipe. En effet, Julien est sous administration de biens ce qui engendre beaucoup de frustrations. Ce dernier a du mal à accepter de ne pas recevoir de réponses positives à ses demandes, d'autant plus qu'il possède un héritage relativement important. Ces frustrations ont donné lieu à de nombreuses crises qui se manifestaient par des cris, menaces à l'encontre de l'équipe, prise excessive de médicaments, agressivité (ex : coup de poids dans ses murs)... Lors de ces épisodes, il était très compliqué, voire parfois impossible pour lui, de se calmer.

Julien faisait preuve d'un égocentrisme très marqué et expliquait avoir l'impression de vivre à 100 à l'heure. Il ne supportait pas attendre et changeait très rapidement de projets et de désirs. Un projet est resté néanmoins assez stable lors de cette année : partir en trekking jusque dans le sud de la France.

<sup>37</sup> Notons que pour la vignette qui suit, un travail de concertation a été réalisé avec l'équipe mobile EMISM qui travaille exclusivement avec les professionnels et non pas directement avec les usagers (en tout cas pas sans les professionnels qui gravitent et/ou coordonnent la situation). Nous avons également un partenariat avec l'équipe mobile Pléiade pour des immersions dans leur service en novembre 2016, ainsi qu'une possible concertation clinique autour de différentes situations. Il y a donc une amorce certaine avec le secteur même si, dans la crise et l'urgence, il nous faut mobiliser d'autres possibilités.

Suite à ces crises, diverses actions ont été mises en place :

° Afin de répondre à sa demande de lien et afin de l'aider à stabiliser sa médication, nous avons mis en place une distribution journalière de ses médicaments. Nous l'avons également invité à consulter un psychiatre afin de revoir éventuellement son traitement.

° Nous l'avons aidé à changer d'administrateur de biens, car la relation avec ce dernier était devenue tellement conflictuelle qu'il était compliqué de travailler en collaboration avec celui-ci. Nous avons également mis en place un système de référence afin que la même personne de l'équipe s'occupe des contacts avec son nouvel administrateur de biens.

° Nous avons réalisé ensemble un WRAP afin que Julien nous explique comment l'aider en période de crise. Nous avons également redéfini ensemble notre cadre d'intervention avec nos limites, ce que nous ne pouvons pas tolérer en tant que travailleurs (ex : insultes, menaces...)

° De façon transversale et systématique, nous avons travaillé la relation, même lorsque c'était très tendu, afin que se crée un cadre relationnel et d'intervention sécurisant pour Julien, avec en bout de course une compréhension claire de ce que nous pouvions amener et de ce qui relevait de son propre champ d'action

° Un suivi très régulier avec plusieurs rencontres (à domicile et au bureau) chaque semaine

° Une responsabilisation accrue face aux diverses demandes, qu'il s'agisse des demandes formulées à l'administration de biens ou encore de ces projets « trekking »

Au fil du temps, les crises de Julien se sont peu à peu espacées, laissant de plus en plus de place pour un travail d'introspection. Nous avons dès lors constaté une série de changements positifs chez ce dernier :

° Augmentation de son sentiment de bien-être général ;

° Création de liens avec son voisinage ;

° Augmentation de la tolérance à la frustration (il ne s'énerve plus lorsque l'administrateur refuse certaines de ses demandes ou met un certain temps avant de répondre) ;



- ° Amélioration de ses capacités de remise en question ;
- ° Augmentation de son autonomie (il réalise à présent lui-même ses demandes auprès de son AB) ;
- ° Augmentation de son empathie (Julien arrive à se mettre plus facilement à la place de l'autre et tente de le comprendre ce qui facilite ses relations, mais également diminue le risque de frustration). Il accepte également plus facilement les conseils ou remarques des autres ;
- ° Construction réfléchie de son projet de trekking dans le sud de la France (Julien est actuellement en train de préparer un dossier afin d'exposer son projet à son administrateur de biens.)

### 2.2.5 La santé

Dimension transversale et déterminante dans le rétablissement de la personne, c'est une sphère plus ou moins investie en fonction des usagers et sachant que les dimensions « consommation » et « santé mentale » sont imbriquées avec la santé « physique » de manière générale.

Le travail autour de la santé commence bien souvent autour de deux axes. Le premier, vise à conscientiser l'utilisateur sur diverses difficultés qui le concernent et sur la nécessité d'entreprendre des démarches pour y pallier. Le second découle du précédent puisqu'il s'agit d'intégrer un trajet de soins. Celui-ci passe indubitablement par une remise en ordre au niveau de la mutuelle (nous ne reviendrons pas ici sur les démarches à entreprendre pour y concourir), sans quoi il n'est pas possible d'entreprendre une quelconque démarche d'ordre médical. Ensuite, en fonction des problématiques « à traiter », le parcours peut s'avérer plus ou moins long, plus ou moins parsemé d'embûches, et dépend de facteurs divers tels que l'implication de la personne, l'accès aisé ou non aux soins existants (étant entendu : l'agenda disponible, la mobilité, la compréhension du personnel médical face au public accompagné...), etc.

La plupart des démarches entamées se structurent autour de deux axes : les soins médicaux légers (soins de plaie, mise en place d'un suivi infirmier à domicile pour une blessure spécifique, check-up général...) et les soins plus lourds qui, à ce stade, n'ont concerné « que ce qui a trait » aux troubles hépatiques (principalement pour les personnes en proie à des difficultés d'addiction).



## 2.2.6 Liens sociaux et activités

Nous pourrions résumer l'ambiguïté de cette sphère d'intervention comme un travail constant, mais qui se matérialise peu. Cette ambiguïté est liée au processus en cours et à la perspective au long cours qui est envisagée dans une perspective de rétablissement. Il y a souvent bien trop d'éléments à travailler autour de l'axe « logement-addiction-santé mentale » et qui nécessitent un temps d'intervention important de la part de l'équipe. Et c'est bien là toute l'ambiguïté puisque nous émettons le postulat qu'une des manières de sortir des problématiques inhérentes à l'axe précédent est de nouer de nouvelles relations, plus saines et plus stables, et de s'inscrire dans des activités nouvelles qui permettent de retrouver du plaisir et du sens autrement (pour autant qu'il y ait plaisir et sens dans les « activités » actuelles). Pourtant, il est très compliqué de mettre en place un nouveau fonctionnement et un nouveau réseau de relations (ou à tout le moins un réseau qui mêle pairs de la rue et relations nouvelles).

Le travail de l'équipe comprend actuellement tout un travail de sensibilisation de la personne face aux relations avec les pairs (qui est une des problématiques les plus couramment rencontrées et qui, très souvent, met en péril le maintien dans le logement, conduisant alors à un travail de négociation et de médiation important) et face à la réinscription dans de nouvelles activités. Nous avons d'ailleurs accompagné, par exemple, un usager au service d'insertion sociale lors d'une exposition, avec comme objectif sous-jacent de le mettre en contact avec la structure pour qu'il entrevoie éventuellement une perspective qui fait sens. Dans une même optique, nous tentons de proposer des activités qui sortent du quotidien de la personne : aller se balader, voire une exposition, aller faire un peu de sport. Mais il n'est pas toujours évident, d'une part, de renvoyer la personne au fait que ce qu'elle met – ou plutôt ne met pas – en place n'est pas forcément mobilisateur pour elle dans le processus en cours, et d'autre part, de mobiliser la personne ici et maintenant sur l'activité (prévue) ou sur la proposition d'activité (non prévue).



Finalement, c'est peut-être le point le plus important du travail que nous menons, ou devrions mener, d'où l'ambiguïté relevée plus avant. Car, dans les faits, nous travaillons constamment ce point, d'abord et avant tout par la relation que nous créons avec la personne – et qui est sans doute une des clés du « succès » du processus de rétablissement, ensuite par un travail de mise en perspective sur les dimensions inhérentes à cette sphère d'intervention. C'est donc la matérialisation des effets de ce travail qui peine à être rencontrée. Peut-être que nous plaçons également la barre trop haut en identifiant des activités « de droit commun » (sport, insertion sociale...) plutôt que des activités du quotidien (faire la cuisine avec la personne, l'accompagner à pied vers l'endroit où elle « zone » la journée) et la barre trop vite en demandant aux personnes d'identifier des éléments inhérents à cette sphère sur lesquels travailler (sans exiger quoi que ce soit de la personne, mais finalement en l'interrogeant de manière récurrente sur ceci).

En somme, le travail de l'équipe HF se déroule sur un fil tel un équilibriste. Il oscille entre impulsion et respect de la temporalité de la personne. L'idée est de permettre à la personne de se poser, de prendre le temps nécessaire avec la personne tout en essayant d'induire chez elle des questionnements par rapport à ce qu'elle vit, aux comportements qu'elle met en place, aux relations qu'elle a (ou n'a pas), aux liens familiaux... Mais, dans les faits, cela reste compliqué, car à la fois il faut « se plier » à ce que la personne veut ici et maintenant (lorsqu'on arrive chez elle, et qui peut être bien différent de ce qui a été convenu parfois la veille) tout en impulsant chez elle du changement, notamment par un renvoi de ce qu'elle fait – ou non. C'est une posture à la fois compréhensive et cadrante, respectueuse et confrontante.

Ainsi, bien que nos actions portent sur une multitude de champs, dimensions, aspects liés aux personnes, notre axe de travail principal, après l'accessibilité au logement, réside dans le bien-être de la relation. Plus que d'atteindre des objectifs dans des champs déterminés (consommation, maîtrise, recours au système de soins, inscription et fréquentation d'un service d'insertion sociale...), nous sommes de plus en plus convaincus que c'est la construction d'une relation d'aide « vraie » qui permet à la personne d'avancer dans les différents champs précités. Cette relation se matérialise par un soutien constant envers la personne, de la bienveillance, une mise à disposition de ressources, mais un retour constant de notre part vis-à-vis d'elle. Qu'il s'agisse de consommation, d'hygiène, de comportements inadaptés, nous allons systématiquement questionner cela et le mettre en perspective des objectifs que la personne poursuit et du rétablissement qui reste le cœur de notre travail.





## 2.2.7 La famille

Dernier pôle de travail sur lequel nous sommes amenés à être actifs, les relations familiales. Comme nous le soulignons précédemment, c'est un pôle peu travaillé. Il est souvent discuté avec la personne, souvent à son initiative, mais les processus singuliers en cours de chaque personne ne permettent pas souvent de travailler ces relations. C'est souvent prématuré eu égard aux différentes ruptures que ces personnes ont connues, peu importe les raisons qui les ont amenées d'ailleurs.

## 2.3 LA CAPTATION DE LOGEMENTS ET LE TRAVAIL AVEC LES PARTENAIRES

Au même titre qu'il ne peut y avoir un logement sans accompagnement, le Housing First nécessite que nous trouvions des logements, sans quoi l'accompagnement serait caduc et s'apparenterait à ce qui se fait ailleurs (c.-à-d., un accompagnement dans l'itinérance sans qu'une solution de logement ne soit garantie, rendant ainsi impossible la perspective de rétablissement). Cela nécessite donc un travail important de captation, qui passe elle-même par de nombreuses présentations du dispositif ainsi qu'une négociation continue au sein du parc locatif existant.

A Namur, cette captation s'est déroulée en deux temps et avec deux interlocuteurs différents. D'une part, via le RSUN directement auprès des logements publics et assimilés (d'abord). D'autre part, via le capteur logement pour ce qui concerne les propriétaires privés (ensuite). Ce n'est qu'après environ six mois que ce travail a été pris en charge concomitamment par le RSUN (coordination du HF) et par le capteur de logements namurois (sachant que cette concomitance évolue au fur et à mesure du travail accompli et, surtout, des difficultés rencontrées sur le terrain).

Le cadre étant posé, nous pouvons donc illustrer dès à présent la captation de logements et les relations que nous entretenons avec les bailleurs, principalement publics.



Loterie Nationale



Avec le soutien de la



Pour ce faire, voici un tableau résumant le type de logements captés, le type de bailleurs ainsi que

le type de contrats liant les personnes :

	Type de bailleur	Type de contrat	Revenu
Usager 1	SLSP	Article 132 / 1 an	RI
Usager 2	AIS	1 an	RI
Usager 3	CPAS	1 an	Mutuelle
Usager 4	AIS	1 an	RI
Usager 5	Privé	1 an	Mutuelle
Usager 6	CPAS	1 an	Chômage
Usager 7	Privé	1 an	RI
Usager 8			
Usager 9	SLSP	Transit	RI
Usager 10	CPAS	1 an	RI
Usager 11	AIS	1 an	RI

Comme ce tableau l'indique, les différents logements captés s'inscrivent au sein de différents parcs locatifs puisque nous retrouvons, d'une part, le parc locatif privé et public/social/assimilé, d'autre part, une hétérogénéité au sein-même du parc locatif public<sup>38</sup>/social/assimilé. C'est donc la 1<sup>ère</sup> caractéristique à retenir en ce qui concerne la captation de logements.

Ensuite, en ce qui concerne la durée et/ou le type de contrat, il faut relever les durées de logement assez courtes, avec pour illustration l'occupation d'un logement de transit qui concerne une des personnes ayant intégré le dispositif. Cela contrevient quelque peu à la philosophie du projet HF, car c'est vraiment, dans ce cas singulier, un logement temporaire afin de migrer vers un autre plus durable, alors que le HF prévoit l'inscription dans un logement à long terme et non pas dans un logement provisoire (celui-ci peut le devenir, par l'expérience et pour différentes raisons, mais pas comme un préalable). Notons par ailleurs que le bailleur a « vraiment joué le jeu » en proposant ensuite un logement à durée « 3-6-9 ans » à la personne, et ce, dès la libération d'un logement, et non pas dans une optique de récompense par rapport à l'évolution de la personne. Mais revenons plutôt sur les autres durées, car celles-ci sont en fait la conséquence, pour la plupart, d'arrangements institutionnels dans la négociation des logements.

<sup>38</sup> A l'heure d'écrire ces quelques lignes, nous avons enfin pu réunir une location au sein des trois sociétés de logement présentes sur le territoire (un usager n'est pas repris dans la présente évaluation en raison de son entrée trop récente).



Il s'agit là d'un point quelque peu « problématique » puisque comme le public est perçu comme un public à risque (non-paiement des loyers et/ou des différentes charges qui incombent à l'occupation d'un logement, dégradations potentielles, squat, etc.), les bailleurs exigent différentes garanties afin de se rassurer dans la mise en location (ou à disposition dans le cadre de l'article 132) du logement auprès du public sans-abri. C'est évidemment un point que nous regrettons, car les contrats de bail sont rédigés à titre précaire, dérogeant ainsi à la loi habituelle sur les baux par des durées d'occupations courtes (souvent une année) et par la réduction des délais de renom (un à deux mois). C'est pourtant la seule manière de pouvoir capter des logements.

En ce qui concerne le paiement du loyer, au même titre que le point précédent, la plupart des bailleurs exigent une sécurité en matière de paiement du loyer qui se « matérialise » par un mandat de gestion ou, une administration de biens qui assure la perception des loyers. Concrètement, les représentations à l'égard du public priment sur les garanties en termes d'accompagnement que le dispositif propose, bien qu'il ne soit pas possible d'assurer à 100 % qu'aucune difficulté dans le logement ne soit rencontrée.

Ceci étant, nous comprenons tout à fait les craintes des bailleurs puisqu'elles font souvent suite à des expériences « malheureuses » et parfois multiples, mais elles nous semblent parfois démesurées.

Dans le même registre d'exigences, nous avons également l'impression qu'un focus et une attention particulière sont apportés auprès de notre public, en lien avec les craintes préalablement citées. Ces attentions particulières font en sorte que nous sommes également mobilisés pour des faits qui, à notre sens, et même s'ils ne rencontrent pas toujours nos convictions et nos valeurs, ne devraient pas faire l'objet de demandes de la part des bailleurs et de qui que ce soit, à partir du moment où ces comportements ne concernent que la personne elle-même. Nous pensons ici et principalement aux questions d'hygiène. Souvent interpellés pour ces questions, nous estimons que les personnes ont le droit d'avoir une hygiène différente de la nôtre, pour autant qu'elle ne contrevienne pas à la « paisibilité et au confort » des lieux. Bien entendu, nous renvoyons cela – le manque d'hygiène – aux personnes en questionnant celui-ci plutôt qu'en confrontant, jugeant et stigmatisant la personne. Mais finalement, tant que cela ne porte pas à conséquence sur le voisinage, il nous semble peu opportun de remettre en question le logement sur cette dimension (même si, la plupart du temps, lorsque le logement est remis en question, c'est qu'il y a une accumulation de plaintes sur d'autres « domaines »).



Si nous identifions ici des éléments problématiques, il faut concéder, et même reconnaître amplement que la plupart de nos partenaires « logement » ont fait aussi des efforts importants face à diverses problématiques, parfois récurrentes : paisibilité des lieux dérangée, conflits de voisinage, squats, consommation de psychotropes, etc. Indéniablement, s'il a été nécessaire de négocier les logements en préalable de l'entrée des personnes, il nous a fallu négocier leur maintien dans le logement face à ces nuisances et problématiques. En ce sens, il faut reconnaître toute l'implication philosophique de nos partenaires « logement » qui reconnaissent l'intérêt de notre travail et, surtout, l'intérêt de laisser une temporalité suffisante aux personnes et de leur apporter un accompagnement spécifique. C'est donc une forme de dons et contre-dons : une précarisation des conditions de location en échange d'un temps suffisant pour que la personne se rétablisse.

Et, finalement, bien que les contraintes pèsent indéniablement sur toutes les parties, il faut à nouveau reconnaître le rôle compliqué qu'a à jouer l'équipe qui se situe « entre le marteau et l'enclume », puisque nous sommes à nouveau sur un fil d'équilibriste, entre la compréhension nécessaire qu'il faut apporter aux deux parties et le rappel d'un cadre, qu'il s'agisse du cadre d'intervention vis-à-vis des bailleurs ou qu'il s'agisse du cadre de bienveillance et de respect nécessaire à toute location. Cette position nous amène, nous semble-t-il, continuellement dans une position de porte à faux, car nous avons souvent l'impression de « décevoir », soit le bailleur, soit le locataire en fonction de la posture que nous adoptons, voire même les deux qui peuvent manifester de l'incompréhension face à notre action ou, plutôt, un manque d'écoute et de compréhension face aux problématiques et à la situation qu'ils vivent.

## 2.4 LES CANDIDATURES

Comme nous le mentionnions brièvement en début de rapport, la procédure de candidature a été réévaluée constamment pour aboutir finalement à une procédure renouvelée durant la période de congés estivale. Avant d'aborder cette nouvelle mouture, il convient de préciser quelque peu le modus operandi initial et les questions qui ont surgi face à celui-ci.

La sélection initiale s'est opérée au travers des équipes constitutives du HF, soit les Equipes Mobiles de Rue. Au début de l'expérimentation du dispositif, et même avant que les 1ères prises en charge soient effectives, nous avons demandé à chaque équipe de proposer une liste de candidatures. Le membre détaché de « l'équipe EMR » participant au dispositif était ensuite chargé de présenter les candidatures et de justifier en quoi le projet HF pourrait correspondre.



« Pourrait », car aucune personne n'était informée du fait que sa situation était discutée, car l'objectif de toutes et tous était de ne surtout pas recréer une désillusion supplémentaire pour ces personnes à ruptures multiples.

Nous avons ensuite délibéré sur ces candidatures autour de plusieurs points :

- La durée de rue : le but étant de favoriser les durées les plus importantes ;
- La présence de troubles d'assuétudes et/ou de santé mentale sans que ceux-ci ne fassent l'objet d'un diagnostic obligatoirement ;
- Le caractère résiduel de la situation : en effet, comme la liste comprenait beaucoup de noms et que l'équipe souhaitait privilégier les personnes les plus « exclues du logement », nous avons ajouté ce critère à ceux « traditionnels » du HF ;
- D'autres éléments sont entrés en compte sans pour autant faire l'objet d'une clarification spécifique tels que les risques socio-sanitaires, la possibilité pour la personne d'être en logement « ici et maintenant » (notamment en ce qui concerne la situation administrative et financière, etc.).

Sur une vingtaine de candidats potentiels, 5 ont été identifiés. Le projet leur a donc été présenté, sachant que pour deux d'entre eux, tout s'est passé très vite. En effet, le 1<sup>er</sup> candidat est rentré presque immédiatement en logement, car nous en avons obtenu un dès le début de l'expérimentation, à savoir le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Le second est entré une semaine après avoir marqué son accord, soit le 8 juillet 2015. Ces deux inclusions rapides, surtout la deuxième, ne se sont pas faites sans difficulté. Tout d'abord, car nous n'avions pas l'expérience de mises en logement et qu'il nous fallait jongler avec de multiples dimensions (obtention de meubles, démarches administratives et financières, visite de logement et état des lieux, mises en perspective du projet pour la personne, contrat d'accompagnement...). Tout se faisait donc très vite alors qu'il s'agissait là de nos premiers « suivis ». Ensuite, il faut reconnaître que le logement est une rupture pour la personne par rapport à son environnement initial – la rue – et que cela nécessite, d'une part, qu'elle puisse trouver son nouvel environnement enviable (notamment par l'ameublement), d'autre part, un investissement important de l'équipe pour rencontrer ce besoin et parvenir à boucler le plus rapidement possible toutes les démarches nécessaires. Pourtant, la situation de ces personnes, notamment financière, et les difficultés liées à leur profil, rendent parfois ces démarches complexes et longues.



Ce fût le cas pour ce deuxième candidat qui se plaignait de son logement, car il était complètement vide, mais utilisait ses maigres ressources pour sa consommation importante de psychotropes, ce qui rendait le processus complexe et sans cesse inachevé. Pour les quatre inclusions qui ont suivi, le processus a été plus facile sur ces éléments, car nous avons eu plus de temps pour préparer les choses, sachant que certaines personnes sont moins en demande, notamment d'ameublement, que d'autres, mais aussi que d'autres ont plus de ressources pour parvenir à leurs fins (les personnes accompagnées dans le projet ne sont pas toutes dénuées de ressources financières, voire même pas du tout...).

Pour revenir sur les candidatures, il faut ensuite reconnaître toute la difficulté d'opérer un processus clair et méthodique permanent. Nous avons en effet eu 6 inclusions sur trois mois et puis une seule sur les trois mois qui ont suivi. Ce qui fait que la sélection est amenée à évoluer en fonction, d'une part du logement proposé (et de l'urgence dans laquelle il est proposé), d'autre part de la perte de motivation de certains candidats en raison d'un temps d'attente trop important. Il nous est arrivé à plusieurs reprises de devoir travailler « l'adéquation » entre un logement proposé pour lequel il fallait répondre dans les deux ou trois jours et une personne qui pourrait remplir ces conditions, qu'il s'agisse de son profil (en lien avec les logements au sein du parc locatif privé qui nécessitent une visite préalable et donc une rencontre avec le propriétaire par exemple) ou de sa situation administrative (la personne est-elle en ordre de carte d'identité ? A-t-elle la capacité financière de payer le 1<sup>er</sup> mois de loyer et la garantie locative dès à présent ou faut-il trouver un accord avec le CPAS ?). Cela a engendré beaucoup de frustrations dans l'équipe, car, d'une part, nous tentons d'offrir un accompagnement de qualité, mais aussi une forme d'objectivité dans la chronologie des inclusions des personnes, d'autre part, nous devons répondre à l'urgence du logement (comment en effet se permettre de refuser ou de rater un logement alors qu'il s'agit là de notre outil principal de travail et que nous travaillons avec un public sans-abri et donc en rue) et donc déroger à certains principes méthodologiques ou éthiques que nous tentons de nous fixer. C'est donc dans ce type de situations que l'une ou l'autre personne qui n'avait pas encore été intégrée dans le dispositif *stricto sensu* a pu bénéficier d'un logement très rapidement alors que d'autres, « prioritaires », n'ont pas pu en bénéficier pour les raisons susmentionnées (profil et situation administrative).

Enfin, nous avons eu aussi de longs débats sur la sélection des personnes et sur leur profil : qu'est-ce qui justifie que l'on prenne cette personne-ci et pas celle-là ? Comment se fait-il que cette personne soit rentrée en logement avec un tel ? Ne nous sommes-nous pas trompés sur le profil de cette personne en regard du dispositif HF ? Bref, les discussions ont parfois été houleuses en réunion d'équipe sur ce sujet.



Tout ceci a fait en sorte que certaines personnes qui avaient pourtant très clairement le « profil HF » n'ont pu bénéficier du dispositif, car elles ont abandonné en cours de route. Cela pose très clairement la question de l'accroche des personnes et du maintien de celles-ci, parfois sur du long terme, avant même de pouvoir trouver un logement. C'est une réelle et importante difficulté quand nous savons que le HF est parfois considéré comme la « solution de la dernière chance ». Comment pouvons-nous dès lors à l'avenir faire en sorte de ne pas « exclure » les personnes les plus « éloignées » du logement en raison de facteurs liés à l'environnement, particulièrement en ce qui concerne le logement ? Il y a là sans doute encore tout un travail de recherche de logements et de lobbying nécessaire pour diminuer les appréhensions sur le public, d'une part, et obtenir du logement en suffisance et de façon programmatique, d'autre part.

Ces frustrations continues et permanentes - mais surtout très variables puisque la recherche active de logements est dépendante du nombre de candidats à suivre simultanément, nous ont donc amené à repenser notre sélection en profondeur. Bien entendu, nous sommes et serons toujours soumis d'une certaine manière à l'urgence, car des logements peuvent se débloquer à tout moment. Mais cela n'empêche pas de limiter au maximum les biais dans la sélection des personnes et de tenter, dans la mesure du possible, de faire en sorte que les personnes soient prêtes administrativement avant la proposition d'un logement. Pour ce faire, nous avons choisi de/d' :

- Renforcer l'objectivation des choix par l'introduction d'un formulaire détaillé qui permet d'identifier le plus finement possible la situation et le profil des candidats (cf. infra) ;
- Introduire les demandes par le biais des EMR, mais pas par le travailleur HF (et de faire en sorte d'anonymiser la candidature pour permettre la plus grande objectivité) ;
- Ouvrir les inclusions à des partenaires externes (Hôpital neuropsychiatrique St-Martin, urgences du CHR, CPAS).

Concernant le formulaire, l'objectif est de favoriser l'inclusion des personnes les plus éloignées du logement (et très souvent des dispositifs conventionnels). Ainsi, au contraire des dispositifs conventionnels avec une forte conditionnalité, notre but est de permettre à ceux qui sont exclus de ce secteur conventionnel d'accéder au logement.



Ce formulaire se décline en 5 points :

- Durée de rue : si la durée de rue n'est pas d'au moins deux années (durée cumulative sur le parcours de la personne), la personne ne peut intégrer le dispositif ;
- Santé mentale : il s'agit ici de voir si la personne souffre de problématique « profonde » de santé mentale. En fonction des réponses aux questions auxquelles doivent répondre le partenaire, la personne est reconnue comme ayant ou non une problématique ;
- Assuétudes : idem que le point précédent ;
- Caractère résiduel de la situation : nous tentons d'appréhender le degré d'exclusion de la personne au travers de plusieurs questions (chaque réponse « positive » = 1 point) ;
- Santé : nous tentons ici de mesurer l'état de santé de la personne (chaque réponse « positive » = 1 point).

Ce formulaire établi depuis août 2016 nous a déjà permis de faciliter le processus, car nous ne revenons pas systématiquement sur les critères. Par exemple, une personne qui avait le profil, mais était en rue depuis moins d'un an a été refusée. C'est en somme une manière de légitimer nos choix, de les rendre davantage objectifs et justifiés sur base d'un dossier dûment complété, de renforcer l'accès au dispositif pour les personnes les plus « désaffiliées » et de diminuer les tensions inhérentes à cette question au sein de l'équipe.





## 2.5 MULTI-INSTITUTIONNALITÉ

Vu la spécificité institutionnelle du dispositif namurois, nous avons souhaité réaliser une évaluation spécifique de cette singularité constitutive. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser une grille d'analyse spécifique : (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ou également connue sous l'acronyme AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces). Il s'agit d'un outil d'analyse stratégique qui permet d'interroger à la fois la structure interne (force-faiblesse) et l'environnement externe (opportunité-risque). C'est donc un outil particulièrement propice à l'étude d'un dispositif, en réseau.

### FORCES

#### - **Travailleurs déjà actifs dans le secteur local namurois**

Les travailleurs sont déjà actifs dans le secteur, et plus spécifiquement avec le public-cible du dispositif :

- ⇒ connaissance du secteur et de ses spécificités
- ⇒ connaissance du public et accroche déjà réalisée avec (une partie de) ce dernier (confiance mutuelle)
- ⇒ connaissance du réseau
- ⇒ appréhension des difficultés du public et mise en perspective facilitée

#### - **Connaissance entre les partenaires EMR**

Les institutions se connaissent, les travailleurs aussi. Du travail régulier est mené en commun, tant dans le travail de rue, que dans des démarches partenariales :

- ⇒ connaissance des méthodes, des valeurs et sensibilités de chacun
- ⇒ échanges d'informations facilité et récurrent (mais aussi à entrevoir comme un risque donc)
- ⇒ confiance mutuelle

expérience du travail commun.



#### - **Connaissance du réseau (dans les deux sens)**

Les travailleurs connaissent le réseau (ils savent où chercher de la ressource), et ils sont connus à leur tour de celui-ci.

- ⇒ possibilité de toucher un réseau plus large, accès à une multitude de dispositifs
- ⇒ pas besoin de devoir présenter tout le monde à chaque rencontre/contact (mais bien la méthodologie !)
- ⇒ reconnaissance des compétences et de l'expertise des travailleurs
- ⇒ facilitées dans les démarches par un accès plus rapide à certains outils/offres (pass permettant des réductions dans une boutique de seconde main, accord de garantie locative au niveau du CPAS...)

#### - **Approche globale/spécialisée, transversale/complémentaire**

L'équipe est à la fois pluri-thématique (assuétudes, santé, social, rue) et pluridisciplinaire (assistants sociaux, éducatrice, psychologue, infirmier, coordinateur).

- ⇒ expertises dans différentes thématiques (assuétudes, santé, social, rue) et facettes qui en découlent (réduction des risques, hygiène, primes logement, captation, liens avec les pairs<sup>39</sup>...)
- ⇒ couverture large des besoins des usagers
- ⇒ réponses multiples et diversifiées face à une même problématique
- ⇒ assurance face à des besoins complexes (de façon moindre en psychiatrie)
- ⇒ ACT plutôt que ICM<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Serait sans doute utile d'identifier toutes les thématiques que l'on couvre de par l'expertise antérieure et toutes les facettes y afférentes.

<sup>40</sup> « Assertive Community Traitement (ACT) » : le public accompagné est un public sans-abri chronique avec troubles psychiatriques et d'assuétudes importants. L'équipe est pluridisciplinaire et propose un travail d'accompagnement intensif eu égard aux besoins élevés du public qu'elle accompagne. L'équipe est uniquement dédiée à l'accompagnement. « Intensive Case Manager (ICM) » : public sans-abri aux besoins moins élevés. L'accompagnement ICM ne nécessite pas forcément une équipe pluridisciplinaire intensive, car elle coordonne la prise en charge de l'utilisateur au travers du réseau psycho-médicosocial existant.



## - **Porté par un réseau d'institutions**

Le projet est porté par un réseau d'institutions (CPAS – RSUN – EMR).

- ⇒ ancrage local fort
- ⇒ force du réseau
- ⇒ capacité de négociation accrue
- ⇒ participation au HF oblige les partenaires à travailler dans l'intérêt du dispositif
- ⇒ possibilité de faire porter la charge de travail sur ces différents partenaires (à amplifier davantage), voire à remplacer l'équipe dans certaines circonstances (conflits, absence...)

## **FAIBLESSES**

### - **Approches divergentes dans l'accompagnement des personnes**

Les équipes réunies au sein du dispositif ont parfois des visions différentes du travail à mener : réduction des risques *versus* processus de soin, activation *versus* émergence de la demande...

- ⇒ conflits entre deux visions
- ⇒ position inconfortable pour le travailleur
- ⇒ incompréhensions possibles entre l'équipe/le travailleur et l'institution
- ⇒ épuisement des travailleurs

### - **Double appartenance**

Le travailleur, au-delà de la vision, travaille dans deux institutions, ce qui peut avoir des complications pour le travail

- ⇒ vision divergente entre les deux institutions face à une même problématique
- ⇒ réception des usagers de façon continue (dans les deux services)
- ⇒ Incompréhension face aux missions et à la double-casquette du travailleur
- ⇒ épuisement des travailleurs vu la présence continue de personnes au profil complexe (au sein des deux jobs)
- ⇒ cadrage difficile des personnes selon le lieu institutionnel dans lequel elle est reçue
- ⇒ reproches d'autres usagers (pourquoi lui il a un logement et moi pas) qui ont un impact lors d'une « double-appartenance » institutionnelle



### - **Mise à disposition de temps partiels**

Le travailleur est systématiquement à temps partiel au sein du projet, ce qui peut créer des difficultés, à la fois pour le travailleur, mais aussi pour l'équipe

- ⇒ conciliation de deux temps de travail avec impératifs propres
- ⇒ problèmes de communication vu qu'il est rare d'avoir un même travailleur deux jours de suite
- ⇒ épuisement des travailleurs
- ⇒ difficulté importante à utiliser du temps de travail pour des lectures, des rencontres partenariales...

### OPPORTUNITÉS

#### - **Prise en charge structurelle coordonnée**

La prise en charge se fait au sein du service et du réseau, dans la plupart des domaines dont la personne a besoin (en tout cas prioritairement et hors secteur « santé mentale ») :

- ⇒ diminution des services avec lesquels la personne traite
- ⇒ meilleure coordination de l'aide par la présence d'un acteur centralisé et centralisant
- ⇒ accessibilité renforcée dans le réseau d'aide et de soins

#### - **Prise en charge qui peut reposer sur plusieurs partenaires**

L'accompagnement peut aussi se faire directement en partenariat avec les institutions qui constituent le dispositif (par exemple, une demande de prime ADEL auprès des TSP)

- ⇒ diminution de la charge de travail qui repose sur l'équipe
- ⇒ concentration sur les aspects liés au rétablissement et la mise en logement
- ⇒ travail du lien et inscription dans un réseau plus large
- ⇒ augmentation du nombre de prises en charge possibles



## - **Changement paradigmatique dans la prise en charge des personnes sans-abri**

Nous pensons qu'une fédération d'un dispositif de Housing First sous forme d'un réseau de partenaires rassemblés et concrétisés par une seule et même équipe d'intervention permet de sensibiliser à l'intérêt d'une telle démarche et d'impacter la prise en charge structurelle du sans-abrisme

- ⇒ évolution à la baisse de la conditionnalisation des dispositifs
- ⇒ modification des pratiques existantes
- ⇒ impulsion d'une logique de rétablissement
- ⇒ développements des solutions orientées logement (« housing led »)
- ⇒ croyance qu'une fin du sans-abrisme est possible

## **RISQUES**

### - **Le secret professionnel**

La configuration multi-institutionnelle peut créer des difficultés dans le respect stricto sensu du secret professionnel, bien que ce problème existe déjà dans le travail des EMR, notamment lorsqu'un travailleur obtient des informations relatives à un même usager dans un des deux temps de travail

- ⇒ sentiment de trahison de la personne
- ⇒ perte de lisibilité dans les missions, fonctions et rôles propres à chaque institution
- ⇒ obtention d'information non-importante dans le travail, mais qui impacte cependant la prise en charge

### - **La perte de lisibilité dans les dispositifs**

Le travail mené au sein du dispositif HF est souvent plus « contraignant » que dans les autres dispositifs (visites à domicile, confrontation de la personne à ce qu'elle met en place – ou non, utilisation d'outils spécifiques, etc.)

- ⇒ frustrations et incompréhensions chez l'utilisateur
- ⇒ tensions auprès des deux organismes (HF et équipe EMR)
- ⇒ perte de liens auprès des deux organismes



⇒ absence de prise en charge et de soutien de la personne en raison d'un arrêt de fréquentation des services d'aide

#### - **Tentatives de modification de la finalité et méthodologie HF**

Ce n'est pas parce que le projet réunit différents partenaires qui s'accordent sur la nécessité de développer un projet de HF que la philosophie, sur certains points spécifiques, est complètement avalisée par les différents prétendants. Il y a donc des risques pour que la méthodologie soit amendée en fonction des sensibilités de chacun

- ⇒ contradictions entre les différents cadres d'intervention
- ⇒ frustrations et tensions dans l'opérationnalisation du modèle
- remise en question du modèle sur certains points.

#### - **Substitution et déresponsabilisation du réseau**

La prise en charge est intensive et transversale, peut comporter de nombreux champs d'intervention (cf. supra). En ce sens, il ne fait pas non plus faire en sorte que le HF soit le seul porteur de la prise en charge de ces personnes en cours de rétablissement, tant dans une perspective de substitution d'un réseau déjà actif et sans doute plus efficace (insertion sociale et professionnelle par exemple) que dans une perspective de déresponsabilisation de dispositifs face à un public spécifique

- ⇒ absence de création de liens avec d'autres structures
- ⇒ prises en charge incomplète en regard de ce que d'autres peuvent proposer
- ⇒ refus d'accompagnement du public, car nous le faisons alors que certaines facettes incombent à d'autres acteurs (santé mentale par exemple)

De façon transversale, on peut donc constater que les points traités précédemment mettent en exergue une certaine positivité dans la configuration institutionnelle du HF namurois. Il faut noter par ailleurs que les faiblesses sont surtout liées à la double-appartenance des travailleurs en raison de leurs temps partiels et donc à un potentiel porte-à-faux et épuisement de ceux-ci (et non pas à la configuration multi-institutionnelle elle-même qui pourrait, en cas de subsides suffisants, permettre l'engagement de temps plein). Et que dans les risques liés à l'environnement extérieur, c'est surtout la défense bec et ongles du modèle HF qui permet et permettra, nous en sommes convaincus, de maintenir la philosophie telle qu'elle est conçue, ici et ailleurs.



## V. PISTES D'ACTION POUR LES ANNÉES À VENIR

Evoluant dans un contexte incertain en termes de pérennisation, ce n'est qu'il y a peu que nous avons appris la reconduction du projet, et ce, pour une durée de trois années. Bien que le subside soit bancal et insuffisant, puisqu'il ne permet pas à ce stade d'assurer les 3 ETP actuellement en place, cela nous permet tout de même d'envisager l'avenir de façon à penser et structurer la prise en charge. Ceci étant, il est clair qu'une réflexion devra être engagée auprès des pouvoirs publics, car, en accumulant d'année en année le nombre de prises en charge, nous ne pourrions très certainement pas assurer la qualité pédagogique actuelle du dispositif. Les lignes qui vont suivre vont donc tenter d'identifier les principales guidelines sur lesquelles nous devons travailler.

### 1. RENFORCER L'INTENSIVITÉ ET LA RÉCURRENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT, PARTICULIÈREMENT DANS LA « BANALITÉ DU QUOTIDIEN »

Comme nous l'évoquions précédemment dans la sphère « liens sociaux et activités », nous oscillons constamment entre demande et confrontation de la personne. Avec en point de mire, non pas l'expression et la construction obligatoire d'un projet, mais la projection des personnes dans un futur plus ou moins proche en fonction des profils et des étapes dans lesquels elles se situent. Ceci étant, peut-être avons-nous perdu de vue ce que nous avons nommé à plusieurs reprises dans nos échanges (réunions d'équipe et supervisions) « la banalité du quotidien ». Il s'agit en fait d'être « simplement » dans la relation, et pas spécifiquement dans le « faire quelque chose dans un domaine particulier » ou la « projection ». C'est très clair, nos liens avec les usagers sont forts, ils nous le répètent assez souvent et nous pensons, au terme de cette première année, que c'est peut-être notre arme la plus puissante : la relation déliée des intérêts et des exigences habituelles, au rythme de la personne et selon ses désirs. Mais pour l'être davantage, et éviter de ne parler que des sujets « traditionnels » (logement, assuétudes, maladie mentale, insertion sociale...), nous pensons que nous devrions passer davantage de moments « banals » avec les personnes : se balader avec eux le long du halage, partager un repas, se raconter un bouquin... La plupart du temps, il faut reconnaître, même s'il y a une volonté sous-jacente de la personne, que ce qu'elle nous évoque en termes de projection ou d'action à porter par elle-même n'est pas réaliste, ici et maintenant dans les conditions qui l'entourent.



Où alors ce sont des choses convenues qu'elles savent que la plupart des intervenants sociaux attendent d'elles : une cure, ranger son logement, aller voir un médecin, etc.

C'est ainsi que, à côté de ce que nous mettons déjà en place avec ces personnes, qui peuvent être aussi parfois inscrits dans cette banalité, que nous allons tenter d'être davantage dans la relation quotidienne, et d'appréhender les différents chantiers à mener de manière plus « soft ». Il nous importe cependant de préciser que cela n'empêche en rien d'avoir une posture vraie, cadrante, questionnante, de mise en perspective. Mais il ne sert à rien de vouloir attendre trop vite des changements majeurs et l'inscription dans les structures de (re)socialisation traditionnelles eu égard à la trajectoire particulière des personnes que nous accompagnons<sup>41</sup>.

Dans cet esprit, et pour conclure ce point, nous tentons de trouver des subsides, certes peu élevés, qui nous permettraient de renforcer ce travail dans la « banalité du quotidien ». Il nous semble en effet essentiel de pouvoir sortir avec la personne, de temps à autre, pour aller boire un café tout simplement. C'est une manière de n'être ni au local, ni dans l'intrusion du domicile (même si elle n'est pas exclusivement perçue en tant que telle) tout en travaillant l'inscription dans les structures de socialisation habituelles de la vie quotidienne (faire société). De même que fêter un anniversaire en allant « manger un bout » ou faire une activité spécifique avec la personne peut tout à fait être bénéfique dans le processus de rétablissement, mais, dans les faits et pour des raisons strictement financières, ces actions nous sont quasi systématiquement impossibles jusqu'à présent.

---

<sup>41</sup> Soyons clairs cependant : nous accompagnons la personne dans tous les champs qui le nécessitent et s'il y a une demande, nous tenterons d'y répondre, tout en la mettant en perspective avec sa situation, ici et maintenant.





## 2. LE FONCTIONNEMENT INTERNE ET L'UTILISATION D'OUTILS

Jeune et dynamique, notre équipe n'a cessé d'évoluer et de s'améliorer. Devant la complexité des situations et du fonctionnement du tissu institutionnel social, elle s'est mue au fil du temps. Mais le dynamisme et l'innovation qui en découlent doivent pouvoir être contrôlés davantage, non pas en freinant les idées qui nous viennent et les projets qui peuvent en découler, mais en structurant davantage les actions, notamment par une priorisation des chantiers dans le temps.

C'est donc d'abord et avant tout l'aboutissement de tous nos outils, rassemblés désormais autour de trois canevas spécifiques, qui doivent désormais guider notre travail. L'aboutissement, d'une part, donc, mais la mécanisation du fonctionnement dans l'utilisation de ces outils d'autre part. Une fois cette systématisation en place, nous pourrions sécuriser encore davantage les personnes face à notre accompagnement et éviter les incompréhensions dans les face-à-face et dans l'utilisation de certaines techniques ou postures.

Nos outils : plan de rétablissement, ligne du temps, suivi psychosocial des personnes et WRAP doivent donc désormais se concrétiser amplement dans nos pratiques et faire en sorte que nos ambitions en termes de qualité d'accompagnement se concrétisent encore plus.

## 3. PORTER PLUS HAUT ET PLUS FORT NOTRE MÉTHODOLOGIE ET L'IMPORTANCE D'Y ACCORDER L'INTÉRÊT ET LE SOUTIEN NÉCESSAIRE

Nous estimons que cette première année d'expérience porte ses fruits dans le rétablissement des personnes sans-abri chroniques. Ici à Namur, mais aussi partout ailleurs vu les résultats qui sont obtenus.

Il nous semble donc primordial de pouvoir amplifier le nombre de prises en charge par une augmentation du nombre de logements disponibles en faveur du projet ainsi qu'au travers d'une augmentation de nos moyens humains. Si nous sommes à 11 personnes accompagnées au terme d'une année, quel sera le nombre de prises en charge après trois années, et 10 années, notamment eu égard à l'augmentation du nombre de personnes « homeless » ? Il est désormais nécessaire d'envisager et de pérenniser de nouvelles façons d'appréhender la chronicité du sans-abrisme (sans présager que notre dispositif soit le seul qui permette de parvenir à une fin du sans-abrisme).



Si la question politique et financière est très clairement visée, nous pensons que c'est un véritable mouvement, en partance du terrain et des acteurs concernés, qui doit s'initier. Croire et constater qu'une sortie du sans-abrisme est possible, même pour les cas les plus « lourds », les plus « difficiles », c'est entrevoir de nouveaux possibles dans le champ de l'accompagnement de ces personnes. Car même si elles sortent de la rue et retrouvent un logement, l'accompagnement reste essentiel et doit pouvoir se mouvoir en fonction des étapes du processus de rétablissement.

#### **4. AMÉLIORER LE PROCESSUS DE CANDIDATURE**

Nous l'avons évoqué au préalable, la procédure n'a pas été satisfaisante jusqu'à présent et a créé des frustrations et tensions en interne. Mais aussi conduit à l'abandon de candidats (même si, *de facto*, nous ne pouvons pas faire « grand-chose » sur l'obtention de logements en suffisance).

Il nous faudra donc dans les prochains mois systématiser la nouvelle procédure décrite et en faire un mécanisme constant de travail.

#### **5. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE, AU SEIN MÊME DU RÉSEAU QUI CONSTITUE LE DISPOSITIF**

Bien qu'une prise en charge partagée soit réelle dans certaines situations précises, notre équipe consacre encore énormément de temps à la remise en ordre administrative et financière, avant et pendant le logement. Si cette forme d'accompagnement fait nécessairement lien avec la personne, elle nous empêche cependant de pouvoir travailler sur d'autres aspects, plus proches de nos préoccupations et des nécessités liées au « recovery ». Ce n'est qu'en renforçant et amplifiant les prises en charge partagées à l'intérieur et à l'externe du réseau habituel de prise en charge que nous pourrions amplifier le nombre d'accessions au logement, et envisager une sortie du phénomène de sans-abrisme.



## VI. CONCLUSION

Cette première année d'expérimentation de la méthodologie Housing First rencontre indubitablement les attentes des acteurs qui portent le dispositif. D'une part, le maintien en logement et la logique de rétablissement qui sont à l'œuvre démontrent qu'une autre situation que l'itinérance chronique est possible pour les personnes qui en font l'expérience. D'autre part, le projet vient compléter une offre diversifiée et pertinente, mais insuffisante eu égard à la problématique que le dispositif HF tente d'éradiquer.

Ceci étant, si certains signaux sont au vert, il faut être prudent sur les éléments ici avancés. Les acquis peuvent sembler bien fragiles, à la fois dans les situations individuelles, tout comme dans la pérennisation du dispositif. Sur le premier point, il est bien trop prématuré pour affirmer que les situations sont stabilisées dans une situation de bien-être. Les profils qui sont accompagnés nécessitent que l'on travaille dans la durée et que l'on prenne le temps d'accompagner le rétablissement et l'autonomie. Sur le second point, la structure de financement reste précaire et ne permet pas à ce stade d'assurer une stabilisation de l'équipe et, in fine, une augmentation continue des prises en charge, pourtant bien nécessaire.

C'est donc à la fois déterminé et inquiet que nous entamons cette seconde année d'expérimentation. Déterminés, car la méthodologie montre à quel point une autre vie que la rue est possible, mais surtout que les moyens employés pour y parvenir portent leurs fruits. Inquiets, car, certains de la plus-value du dispositif dans ses différentes dimensions, il nous faudra encore démontrer et rassurer les différentes parties prenantes, particulièrement l'action publique subsidiaire, qu'une augmentation des moyens permettra de réduire l'ampleur du phénomène de l'itinérance chronique ici à Namur et comme le démontre d'autres expériences plus « anciennes » (notamment au Danemark et en Finlande).