

SORTIES DE RUE

Une ethnographie des pratiques d'intervention Housing First

Sébastien Lo Sardo



PRÉAMBULE

La lutte contre la pauvreté est au cœur de la mission de la Fondation Roi Baudouin depuis sa création. Un de ses objectifs en matière de logement est de soutenir et de renforcer les initiatives qui facilitent l'accès à et le maintien dans un logement de qualité pour les publics précarisés. Parmi ceux-ci, les hommes et les femmes sans abris et les réfugiés.

L'approche Housing First est innovante. Elle propose une forme alternative d'accueil des sans abris chroniques, les personnes les plus difficiles à atteindre et à aider. D'autres pays européens ont déjà testé le modèle et les résultats sont positivement surprenants : 66 à 80% des personnes sont toujours logées après 2 ans, et d'énormes coûts humains et financiers sont ainsi évités. C'est pourquoi la Fondation a décidé de renforcer et de contribuer à disséminer le modèle du Housing First en Belgique, suite à l'impulsion donnée en 2013 par la Secrétaire d'Etat

à la lutte contre la pauvreté et relayée depuis 2015 par les Ministres régionaux de l'Aide aux personnes.

La contribution de la Fondation prend deux formes : d'une part elle met en réseau les travailleurs sociaux impliqués dans un projet Housing First en Belgique pour leur permettre de partager leurs difficultés et les solutions pratiques qu'ils mettent en place localement. D'autre part, elle a contribué au financement de la présente analyse qualitative réalisée par **Le Forum – Bruxelles contre les inégalités**. L'objet de l'étude est de comprendre l'impact du Housing First sur la nature même des pratiques du travail social. Cette analyse unique, qui s'appuie sur le formidable travail réalisé par les équipes sur le terrain, permettra de documenter les pratiques et de produire une série d'outils.

Fondation Roi Baudouin



INTRODUCTION

Cette étude est le fruit d'une année passée à documenter le travail des équipes d'accompagnement du SMES-B et d'Infirmiers de rue. Depuis 2013, ces deux associations portent le modèle Housing First en Région bruxelloise. Elles s'adressent à des sans-abri de longue durée présentant des troubles psychiatriques et/ou une problématique d'addictions. En d'autres termes, elles ciblent les personnes aux profils les plus lourds rencontrées en rue. Celles pour qui les structures traditionnelles ne fonctionnent pas. Celles qui errent dans les dispositifs d'urgence. Celles pour qui la seule perspective de sortie de la rue est le décès à court ou à moyen terme. Le SMES-B et Infirmiers de rue proposent à ces personnes

l'accès à un logement individuel, permanent et inconditionnel. Il n'est, à aucun moment, question de leur imposer un traitement psychiatrique ou une abstinence en matière de drogues ou d'alcool. Les intervenants des projets vont accompagner ces personnes dans leur parcours de rétablissement, aussi ardu et chaotique soit-il. L'accompagnement proposé est intensif et pluridisciplinaire. Il est également spécifique à chaque bénéficiaire, taillé aux mesures de ses demandes et de ses besoins.

Le modèle Housing First est l'une des principales innovations sociales apparues dans le courant des 20 dernières années. Il constitue aujourd'hui l'axe central de

plusieurs stratégies nationales de lutte contre le sans-abrisme, tant en Europe qu'en Amérique du Nord. Durant près de deux années, **Le Forum – Bruxelles contre les inégalités** a pris en charge l'évaluation du programme fédéral Housing First Belgium. Il s'agissait d'une vaste entreprise d'expérimentation sociale visant à tester l'implémentation du modèle dans cinq grandes villes belges, dont Bruxelles. Les résultats, disponibles depuis juin 2016, réaffirment toute l'efficacité du modèle. Au fil des mois, nous avons acquis la conviction que l'essentiel ne se situe pas dans la démonstration d'efficacité. Il est à chercher dans le quotidien des équipes d'accompagnement. En travaillant sans filet auprès du public le plus précarisé, elles redéfinissent les manières de faire du travail social. Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin et de la Commission Communautaire Commune, nous nous sommes attelés à explorer la spécificité de ces pratiques d'accompagnement.

Durant plusieurs mois, nous avons partagé, selon les principes de l'ethnographie, le quotidien des intervenants de terrain.

Nous avons sillonné la ville avec eux pour rendre visite aux locataires. Nous les avons accompagnés lors de démarches à l'extérieur, partagé des moments de flottement et d'attente dans les files de services administratifs ou de centres hospitaliers. Nous avons rendu visite à des locataires incarcérés et sommes sortis promener leurs animaux de compagnie. Nous avons partagé les doutes des intervenants lors des réunions d'équipe. En bref, durant plusieurs mois, nous avons occupé une place située à mi-chemin entre l'observateur et le membre de l'équipe.

L'étude qui résulte de cette observation participante est composée de quatre chapitres. Ils explorent autant d'enjeux fondamentaux du travail social et de la relation d'aide. Le texte est ponctué de récits concrets d'accompagnement racontés par les intervenants. Ces récits ne se limitent pas à une fonction illustrative. Ils visent à donner chair à toute la complexité du travail d'accompagnement.

Housing First : un modèle cohérent de lutte contre le sans-abrisme



Le modèle Housing First émerge, au début des années 1990, dans les rues de New York, marquées par une forte aggravation du sans-abrisme. Sam Tsemberis, un psychologue clinicien, va y fonder une association, Pathways to Housing, qui s'adresse aux sans-abri chroniques présentant une situation de double diagnostic en matière d'addictions et de troubles mentaux. Pathways to Housing leur permet une sortie immédiate de la rue, via l'accès permanent et inconditionnel à un logement individuel. Ce faisant, l'association définit la méthodologie Housing First. Le modèle se base sur un principe simple : le logement est un droit fondamental. Il est aussi la condition *sine qua non* à tout processus de rétablissement (voit Tsemberis 2010). Le modèle Housing First se veut une

alternative aux approches qui, depuis les années 1970, dominent les pratiques Nord-américaines et européennes de lutte contre le sans-abrisme. Ces modèles sont connus sous les termes de « continuum de soins » ou, de manière plus prosaïque, de « modèles en escalier ». Il s'agit d'approches évolutives et gradualistes fondées sur le postulat que la personne sans-abri est incapable de se maintenir en logement de manière autonome, *a fortiori* si elle présente des problématiques de santé mentale ou d'assuétudes.

L'« escalier » prend la forme d'un parcours linéaire, d'une succession de paliers que la personne sans-abri doit franchir. Il s'agit de transformer le comportement de la personne en lui inculquant l'abstinence en matière de drogues et d'alcool, en la conduisant à suivre des traitements, en la préparant au logement.

Le modèle Housing First opère un renversement total de perspective. Il s'agit de montrer que la personne sans-abri – fût-elle toxicomane et atteinte de troubles psychiatriques sévères – est apte à vivre en logement pour autant qu'on lui permette l'accès à un accompagnement adapté : intensif, pluridisciplinaire et fondé sur les principes de la réduction des risques.

Toute l'approche Housing First est là, structurée entre deux pôles : l'accès immédiat à un logement et la

proposition d'un accompagnement global. Le modèle est défini par une série de principes dont les principaux sont :

- ➔ **L'inconditionnalité.** L'accès et le maintien en logement ne sont assortis d'aucune condition de traitement ou d'abstinence (drogues et alcool). Les seuls motifs d'expulsion du logement sont les mêmes que pour tout locataire lambda (non-paiement du loyer, dégradation du bien, non-respect du voisinage). En d'autres termes, l'inconditionnalité signifie ici de ne pas imposer aux personnes du programme des conditions supplétives aux règles locatives standard.
- ➔ **La personne au centre.** Le libre choix de l'usager est une notion centrale. C'est la personne elle-même qui détermine la nature de son suivi et de la fréquence des services d'accompagnement qui lui sont proposés. Cet accompagnement n'est assujéti à aucune conditionnalité, restriction ou limite de temps. La personne est simplement encouragée à rencontrer l'équipe une fois par semaine.
- ➔ **La scission de l'accompagnement et du logement.** Cette séparation permet à l'équipe de pouvoir continuer à assurer un suivi même si la personne a quitté son logement, qu'il s'agisse d'un choix

La personne sans-abri, fût-elle toxicomane et atteinte de troubles psychiatriques sévères, est apte à vivre en logement pour autant qu'on lui permette l'accès à un accompagnement adapté.

volontaire ou d'une expulsion.

➔ **La dispersion des logements individuels.**

Le programme privilégie les logements individuels, sauf si la personne souhaite vivre en couple ou en colocation. Ces logements doivent être dispersés dans la ville afin d'éviter les phénomènes de micro-ghettoïsation de problématiques similaires.

L'une des forces du modèle Housing First est d'avoir allié les pratiques concrètes de terrain aux logiques de l'évaluation scientifique. Dès les années 1990, une série d'études longitudinales, basées sur le principe de l'essai contrôle randomisé, a permis de tester l'efficacité du modèle new-yorkais originel. Elles ont comparé l'évolution des personnes relogées dans le cadre du programme Housing First/Pathways to Housing avec celle de personnes présentant un profil similaire mais circulant au sein du dispositif classique d'aide aux sans-abri (voir Tsemberis *et al.* 2004).

Pour ce qui est du maintien en logement, les résultats sont sans appel. Après deux années, le groupe du dispositif Housing First affiche un taux de 80% de personnes occupant toujours un logement. Ces données montrent également, sur la même période, l'absence d'aggravation des symptômes psychiatriques

ou des pratiques de consommation de substances psychotropes. Rappelons que la méthodologie Housing First n'impose, contrairement aux dispositifs classiques, aucune obligation de traitement. Le coût global de l'insertion par le logement apparaît également moindre ou équivalent à celui du système classique. Les failles du modèle en escalier induisent, en effet, une fréquentation répétée des services d'urgence, qu'il s'agisse de santé (urgences hospitalières, urgences psychiatriques, centres d'hébergement) ou de justice (interventions policières, emprisonnements). Le Housing First permet d'amortir ce coût sociétal en endiguant, à moyen terme, ce recours systématique à l'urgence (Padgett *et al.* 2006 ; Busch Geertesma 2013 ; Busch Geertesma).

Devant le succès du projet new-yorkais, l'approche Housing First se verra expérimentée dans différentes grandes villes des États-Unis. En 2009, la Commission de la santé mentale du Canada voisin a mis en place un ambitieux programme d'expérimentation sociale : le projet **At Home/ Chez soi**. Ce projet avait pour objectif de tester, sur quatre années, l'efficacité et les conditions d'implémentation du modèle Housing First dans cinq villes canadiennes (Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg et Moncton). Avec le suivi longitudinal de 2334 personnes réparties sur les cinq sites, il s'agit,

à ce jour, de la plus vaste étude expérimentale conduite autour de la méthodologie Housing First. Le vaste dispositif d'évaluation confirme les résultats new-yorkais initiaux.¹

1 ➔ Pour les résultats de l'expérimentation canadienne, voir : www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/24381/national-homechez-soi-final-report

Au terme de deux années d'expérimentation, les taux de maintien en logement du programme européen sont spectaculaires.

La diffusion européenne du modèle

La Finlande et le Danemark – pionniers en la matière – vont axer leurs politiques nationales de lutte contre le sans-abrisme sur le modèle Housing First dès 2007. L'acte de naissance officiel du Housing First européen peut être situé à Bruxelles, en 2010. Une conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme y était organisée sous la présidence belge de l'Union européenne. En 2011, le Parlement européen entérine l'intérêt pour le Housing First dans le cadre d'une résolution visant la mise en place d'une stratégie européenne de lutte contre le sans-abrisme. Cette reconnaissance politique permet le lancement du projet **Housing First Europe**, un projet multi-situé et financé par la Commission européenne. **Housing First Europe** avait pour objectif d'expérimenter l'implémentation du modèle dans quatre grandes villes européennes (Amsterdam,

Copenhague, Glasgow et Lisbonne). Entre 2011 et 2013, près de 400 personnes – cumulant sans-abrisme chronique, troubles psychiatriques et problématiques d'addictions – ont été logées et suivies dans le cadre de ce programme. Au terme de deux années d'expérimentation, les taux de maintien en logement sont spectaculaires (Amsterdam, Copenhague et Glasgow affichent des taux de 97%, 94% et 93%, contre 79% pour Lisbonne).

Parallèlement au projet européen, la France lance un ambitieux programme national, **Un chez soi d'abord**, en juin 2011. **Un chez soi d'abord** vise à tester le maintien en logement de personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères. Ce projet constitue, conformément à la tradition hexagonale, un projet centralisé soutenu par une volonté politique forte. Un chez soi d'abord prévoit la mise en logement et l'accompagnement de 400 personnes réparties sur cinq grandes villes françaises (Marseille, Toulouse, Lille et Paris). Le projet consiste également en une vaste étude randomisée conduite par une équipe multidisciplinaire de chercheurs réunissant psychiatres, sociologues, économistes et statisticiens. Les résultats de l'expérimentation sont attendus pour 2017.

Enfin, notons également la multiplication d'initiatives locales, non coordonnées au

niveau national, au Royaume-Uni ou en Espagne, par exemple (pour le Housing First en Europe, voir Pleace 2016 ; Pleace & Bretherton 2013).

Le Housing First en Région bruxelloise

Le programme **Housing First Belgium** constitue, à l'échelle européenne, le dernier développement d'envergure dans la diffusion du modèle impulsé par Pathways to Housing. Entre 2013 et 2016, cette expérimentation fédérale a testé l'implémentation du modèle dans les cinq plus grandes villes belges : Anvers, Gand, Charleroi, Liège et Bruxelles. Trois villes de taille moyenne – Hasselt, Namur et la commune bruxelloise de Molenbeek-Saint-Jean – se sont jointes au processus en cours de route. Au total, 141 personnes ont été relogées et accompagnées dans le cadre du programme. Le volet bruxellois du programme a été porté par le SMES-B et par Infirmiers de rue.

Le programme Housing First Belgium était doté d'un volet évaluatif conséquent. Les projets de relogement ont été suivis et évalués par une équipe de trois chercheurs,

L'éradication du sans-abrisme chronique dans la capitale est un objectif réaliste, à portée de décision ministérielle.

1 ➔ Les résultats de l'expérimentation sont disponibles sur www.housingfirstbelgium.be

un pour chaque région. Les résultats de l'expérimentation, disponibles depuis juin 2016, confirment les résultats Nord-américains et européens précédents. Ainsi, après deux années, 90% des locataires suivis par les équipes Housing First Belgium sont toujours en logement (voir Buxant 2016)¹.

Depuis 2015, les autorités régionales bruxelloises ont repris l'impulsion fédérale. Le projet **Housing First Brussels**, qui regroupe les initiatives du **SMES-B** et d'**Infirmiers de rue**, est financé de manière structurelle par les Ministres bruxellois en charge de l'Aide aux personnes. Le Samusocial est, lui aussi, à l'initiative d'un projet inspiré par le modèle Housing First et destiné aux personnes âgées de 18 à 25 ans. Ces acteurs associatifs sont soutenus par un réseau issu des secteurs du logement social, de la santé mentale et du soutien aux personnes toxicomanes. Aujourd'hui, en Région bruxelloise, 65 personnes sont logées et accompagnées dans le cadre des programmes Housing First. On peut estimer le nombre de sans-abri bruxellois en situation de double diagnostic à 350 personnes. On comprend donc que l'éradication du sans-abrisme chronique dans la capitale est un objectif réaliste, à portée de décision ministérielle.

Les acteurs

Dans le cadre de cette étude, nous avons suivi et observé le travail des deux structures qui portent le modèle Housing First depuis 2013 : le **SMES-B** et **Infirmiers de rue**.

Le **SMES-B**, pour **Santé mentale et exclusion sociale - Belgique**, est une association fondée en 1993. Son objet principal est de faciliter l'accès aux soins et à l'aide pour les personnes cumulant souffrance psychique et grande précarité sociale. Pour ce faire, l'association propose une cellule d'appui aux professionnels de terrain, organise des groupes d'intervision et impulse un réseau regroupant différents acteurs issus des secteurs de la santé mentale et de l'aide sociale. Dans le cadre du Housing First, le SMES-B a intégré 25 locataires. Six nouvelles entrées en logement sont planifiées entre la fin de l'année 2016 et les premiers mois de 2017. Le projet Housing First est porté par une équipe pluridisciplinaire de type *Assertive Community Treatment* (ACT)². Elle regroupe un psychologue, un médecin, un assistant social, un thérapeute, un pair-aidant, un expert en réduction des

risques, un responsable du volet locatif et un coordinateur.

Infirmiers de rue (IDR) œuvre, depuis 2006, à la réinsertion des personnes sans-abri par l'hygiène. IDR réalise du travail de rue, allant directement et gratuitement à la rencontre des personnes sans-abri en les motivant à prendre soin de leur hygiène et de leur santé. Les travailleurs d'IDR orientent également les patients de l'association vers les structures de soin adaptées. IDR organise également des séances de sensibilisation et des formations. IDR accompagne 24 patients dans le cadre de son projet Housing First. L'équipe associe assistants sociaux, infirmiers, médecins et éducateurs.

2 ➤ L'approche ACT, souvent traduite en français comme suivi intensif de proximité, émerge dans le courant des années 1970. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Elle propose un suivi, traitement et accompagnement dans le milieu de la vie de la personne plutôt que dans des contextes hospitaliers ou institutionnels. Classiquement, les équipes ACT sont multidisciplinaires et regroupent des travailleurs issus des champs de la psychiatrie, de la psychologie, du travail social, du secteur infirmier ou de la réduction des risques. Ces professionnels, sur base de leurs aires d'expertise respectives, collaborent pour proposer une approche globale, spécifique aux besoins et aux demandes de la personne. Ces services sont proposés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et aussi longtemps que nécessaire.

Inspiration et méthode

Cette étude puise son inspiration dans un projet québécois : **les récits de pratiques d'intervention en itinérance** du CREMIS (centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté). Ce centre associe, au sein d'une même équipe, chercheurs universitaires et praticiens-chercheurs. Le CREMIS a été en charge de l'étude qualitative du volet montréalais de l'expérimentation canadienne **At Home/ Chez soi**, soit la plus vaste étude ayant été consacrée au modèle Housing First. Dans un cheminement similaire à celui du Forum, le CREMIS s'est attelé à documenter le travail clinique des équipes d'accompagnement. Deux chercheurs ont suivi le quotidien des équipes Housing First montréalaises pour produire une banque de 30 principes d'intervention. Ces consensus de pratiques sont le fruit de processus collectifs où chercheurs et intervenants se sont réunis

pour réfléchir aux meilleures choses à faire dans une situation donnée. Cette banque de principes d'intervention est aujourd'hui disponible pour la formation et la recherche (voir Hurtubise et Rose 2013).

Une ethnographie du travail social

D'un point de vue méthodologique, notre étude se partage entre les principes de l'ethnographie et ceux de la co-construction des savoirs.

La phase d'ethnographie, ou d'observation participante, s'est déroulée entre les mois de juin et de décembre 2015. Durant cette période, nous avons suivi le quotidien des équipes d'accompagnement. Le rythme et la fréquence des observations ont été choisis par le SMES-B et par Infirmiers de rue. Il en résulte un décalage important. Durant six mois, nous avons passé deux jours par semaine à accompagner l'équipe du SMES-B. Nous n'avons passé, par contre, que dix jours en compagnie d'Infirmiers de rue. Ce décalage explique la place prépondérante prise par le SMES-B au fil des pages de l'étude. Il peut cependant être pondéré par la relative similarité des pratiques observées sur le terrain.

Durant six mois, nous avons observé le travail d'accompagnement des équipes : visites des locataires à domicile ou dans l'espace public, présence lors de démarches administratives ou médicales. Nous avons également participé à 25 réunions d'équipe, qu'il s'agisse des réunions hebdomadaires ou de réunions cliniques portant sur un suivi particulier.

1

UN LIEN INCONDITIONNEL

Le travail social est affaire de lien. pour le praticien, il s'agit de tisser une relation, de parvenir à établir un climat de confiance. Il s'agit également de faire perdurer ce lien malgré les difficultés qui adviennent. De par l'inconditionnalité de son accompagnement, le modèle Housing First illustre bien cette nature relationnelle du travail social. Les équipes d'intervention Housing First travaillent sans filet auprès d'un public extrêmement fragilisé. Elles lui proposent des cadres d'accompagnement évolutifs, taillés pour les spécificités de la situation et de la personne. Les intervenants acceptent une part importante d'inconfort et de mise en danger.

Ce faisant, leur travail quotidien donne à voir de manière explicite les enjeux du lien.

Une part essentielle de l'accompagnement consiste à encourager, avec patience et ténacité, l'émergence d'un lien unissant le locataire à l'équipe. Ce lien devra tenir malgré les crises qui, nécessairement, vont survenir. Les facteurs de crises sont, auprès d'un public de sans-abri chroniques en situation de double diagnostic, innombrables. Ces facteurs peuvent être somatiques, psychiatriques ou financiers, liés aux séquelles de la vie en rue ou au « choc des quatre murs » de l'entrée en logement. Les locataires du programme sont des personnes fondamentalement abîmées. La violence de



la rue a souvent miné leur capacité à tisser du lien et à faire confiance. Ces personnes, lorsqu'elles ont connu l'enfermement psychiatrique ou judiciaire, font preuve d'une méfiance viscérale envers les institutions. De manière presque brutale, le modèle Housing First leur offre la possibilité d'un lien d'accompagnement inconditionnel. Dans l'état actuel de l'aide aux personnes sans-abri, ce lien semble être un mirage. Les locataires vont, dès lors, le mettre à l'épreuve et le tester, parfois durement. Afin d'éprouver la réalité du lien, il s'agira parfois de le pousser dans ses dernières limites.

Pour les intervenants du projet, tout l'enjeu sera de maintenir le lien malgré les tentatives de rupture ou les comportements autodestructeurs. Il faudra prouver l'inconditionnalité de l'accompagnement. Dans le même temps, il faudra mettre en place les cadres permettant de conserver l'intégrité physique et psychique de l'équipe, cette zone minimale de confort hors de laquelle la relation d'aide n'est plus possible. C'est à ce travail d'équilibriste qu'est consacré le premier chapitre de cette étude.

La première section – **le temps du lien** – s'attache aux premiers temps de l'accompagnement. Dans la période qui suit l'entrée en logement, le locataire et l'équipe d'accompagnement devront apprendre à se connaître, à se faire confiance, à s'approprier. Ces moments peuvent paraître flottants. Le travail d'accompagnement s'y apparentant parfois à de simples visites de courtoisie. Pourtant, ce temps de l'appropriation – pouvant durer plusieurs mois – est essentiel. C'est peut-être là que tout se joue.

Les trois sections suivantes – **aux limites de l'accompagnement, le lien à l'épreuve et le retour en rue** – sont consacrées au maintien du lien par-delà les difficultés et les crises.

- ➔ **Comment maintenir le lien** lorsque, par son comportement, le locataire se fait menaçant ? (p30)
- ➔ **À l'inverse, comment continuer à travailler** lorsque c'est l'accompagnement lui-même qui est perçu comme violent et intrusif par le locataire ? (p36)
- ➔ **Quelles procédures adopter** lorsque le locataire met en place des stratégies d'évitement ? (p40)
- ➔ **Enfin, comment maintenir le lien** par-delà la perte du logement et le retour en rue ? (p47)

Le temps du lien

Les procédures d'entrée au sein du projet du SMES-B, l'un des deux projets Housing First bruxellois, sont particulières. La sélection des bénéficiaires est le fait d'un consortium d'associations issues des secteurs bruxellois de l'aide aux sans-abri, de la santé mentale et de la toxicomanie¹. À tour de rôle, ces structures sélectionnent, dans leurs files actives de suivi, des personnes répondant aux critères définissant le public cible. Si elles le souhaitent, ces personnes sont invitées à rencontrer l'équipe Housing First. Ce premier contact, durant lequel les spécificités du projet sont expliquées, peut conduire à la signature d'une convention et à l'entrée en logement.

Ces procédures de sélection ont des conséquences directes sur l'accompagnement. Les associations « envoyeuses » étant soumises aux exigences du secret professionnel, l'équipe Housing First ne dispose généralement que de peu d'informations sur les personnes qu'elle est amenée à accompagner. Elle est simplement

avertie de l'existence éventuelle de passages à l'acte violents par le passé, sans davantage de détails. Il s'agit également de démarrer un accompagnement et de créer un lien de confiance à partir de rien. L'ampleur des problématiques auxquelles les locataires sont confrontés ne se dévoile souvent qu'au fil du suivi. Les premières semaines constituent une période à la fois exaltante et critique.

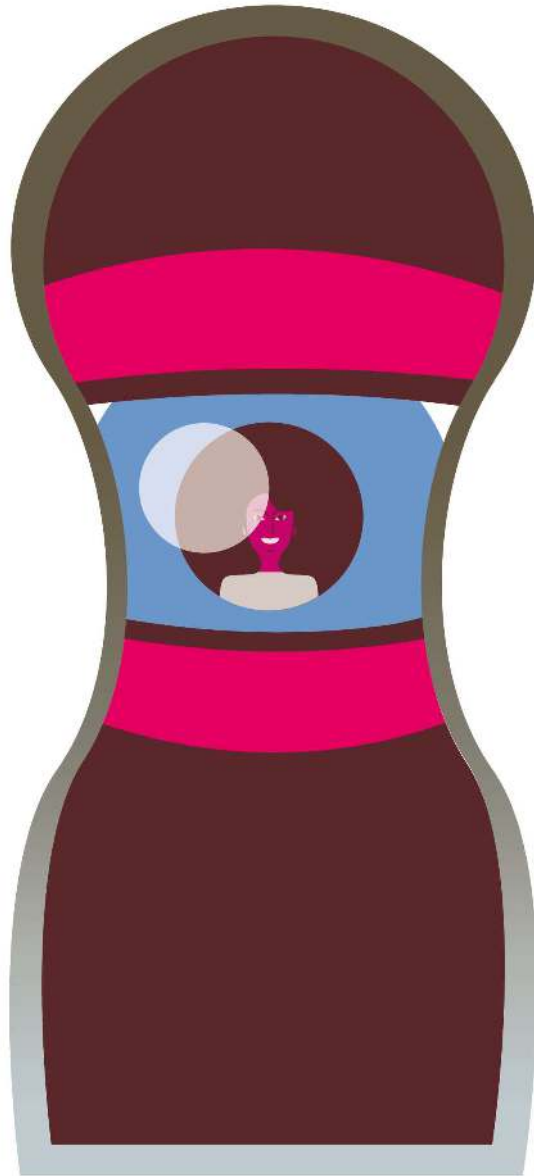
La personne, ayant connu les mouvements chaotiques de la rue, doit soudainement faire face à l'isolement et à la solitude du logement. Ce « choc des quatre murs » peut donner lieu à une aggravation des pratiques de consommation ou à une flambée des symptômes psychiatriques. L'entrée en logement est également le moment

1 ➔ Ces structures « envoyeuses » sont les suivantes : Diogènes (travailleurs de rue), Transit (centre d'hébergement pour personne toxicomanes), Le Projet Lama (service d'aide aux usagers de drogue), La Gerbe (centre de santé mentale) ; le Centre Ariane, Pierre d'Angle et le SAMU Social (services d'hébergement d'urgence pour personnes sans-abri).

de la régularisation administrative.
Dès le moment où la personne a une adresse, elle peut être retrouvée par les services de police et rattrapée par des dettes financières ou judiciaires [voir chapitres 3 et 4].

Pour le locataire comme pour l'équipe, les premiers temps de l'accompagnement sont ceux de l'appropriation. Cette phase est d'une importance cruciale. Les intervenants devront avancer à pas de loup afin de ne pas brusquer la personne, tout en l'accompagnant dans une période de transition pouvant être extrêmement perturbante¹. Ils devront également être attentifs au caractère potentiellement intrusif des visites en logement. Et, surtout, ils devront laisser le temps et le lest nécessaires pour que la relation puisse émerger.

Ce « temps de l'appropriation » est illustré par deux récits de suivis. Le premier, celui de Monsieur R., met en exergue les difficultés liées aux premiers temps de l'accompagnement. Le second, celui de Monsieur L. et Madame M., un couple entré dans le programme en juillet 2015, montre les solutions de décentrement de l'accompagnement mises en place par l'équipe d'intervention.



Geli

Il est accueillant et souriant.
Un peu formel. Mais il reste sur
une réserve extrême.

La méfiance initiale

Monsieur R. est probablement la personne la plus méfiante au sein des suivis Housing First du SMES-B. Après plusieurs mois d'accompagnement, l'équipe n'en sait toujours que très peu sur lui. Monsieur R. est un homme dont l'âge se situe dans la fin de la quarantaine. Il est passé par plusieurs institutions d'hébergement pour personnes sans-abri et consomme activement du cannabis. D'après certains membres de l'équipe, il est probable qu'il souffre de troubles psychotiques. Chaque jour, il franchit le canal pour rejoindre le quartier dans lequel il a grandi. Il y retrouve des amis dans des cafés. Personne ne semble savoir exactement combien de temps Monsieur R. a passé en rue. Lui-même est évasif et fuyant face à l'équipe.

Lors de la première rencontre, Monsieur R. ne semble que très peu intéressé par le projet et par l'accompagnement qu'il propose :

« Il ne posait aucune question, n'avait aucune demande. Il n'attendait qu'une seule chose :

que la rencontre se termine. »

(C., thérapeute au SMES-B). Bien qu'il souhaite intégrer l'appartement le plus rapidement possible, il refuse de communiquer son numéro de téléphone à l'équipe ou de régler avec elle les détails pratiques de l'emménagement. Il tente également d'esquiver les visites à domicile hebdomadaires : **« Il voulait bien nous revoir mais pas avant un mois, un mois et demi. »** À force d'insistance, l'équipe parvient à négocier le rythme d'une visite tous les 15 jours.

Lors des visites à domicile, Monsieur R. semble plutôt content. Il est accueillant et souriant. Un peu formel. Mais il reste sur une réserve extrême. Il ne pose aucune question et ne donne que très peu d'informations. Il fume constamment du cannabis, ce qui ne facilite pas le contact : **« Pendant les visites, il parle de tout et n'importe quoi, de l'histoire de son pays d'origine. De tout sauf de lui. De temps en temps, il glisse de petites informations, il les distille très légèrement. Mais il faut vraiment les saisir au bond. Au bout de 20 minutes, il nous fait gentiment comprendre qu'il est temps de s'en aller. Il doit partir retrouver ses amis. »** Au moment de fixer un nouveau rendez-vous, Monsieur R. repousse la rencontre le plus tard possible. Il n'offre aucune brèche, aucune prise sur laquelle appuyer l'accompagnement. Son

comportement commence à devenir étrange et erratique. Un soir, les équipes sont alertées par la société de logement social.

Monsieur R. a jeté un réchaud à gaz allumé par la fenêtre, effrayant les voisins.

Les réunions d'équipe permettent d'objectiver le ressenti des intervenants : Monsieur R. assimile l'accompagnement à une obligation conditionnant son maintien en logement : **« La seule étincelle que j'ai vue dans ses yeux, c'est quand j'ai proposé qu'on l'accompagne physiquement faire des courses ou marcher dans un parc. »** Les intervenants devront réfléchir à des manières de décentrer le suivi, de rendre explicite la scission du logement et de l'accompagnement¹.

1 ➤ La scission de l'accompagnement et du logement constitue l'un des principes qui définissent le modèle Housing First. Cette séparation permet à l'équipe de pouvoir continuer à assurer un suivi même si la personne a quitté son logement, qu'il s'agisse d'un choix volontaire ou d'une expulsion [voir introduction].

Le fait d'avoir été prudents,
d'avoir veillé à ne pas être intrusifs,
cela a permis qu'ils viennent avec
des demandes.

Dépasser la méfiance initiale

Monsieur L. et **Madame M.** constituent l'un des deux couples à avoir intégré les projets du Housing First bruxellois. Ils ont un long parcours de sans-abrisme. On devine assez vite qu'ils ont connu la violence de rue et celle des locations misérables des marchands de sommeil. Ils conservent une ambivalence par rapport au logement, une méfiance viscérale envers les propriétaires. Le couple a intégré le programme presque par défaut. Il fallait trouver un couple. Le logement disponible était spacieux et son loyer nécessitait l'addition de deux revenus de remplacement. Le couple initialement envisagé par l'association « envoyeuse » s'étant séparé quelques jours avant d'emménager, la place dans le programme va échoir à Monsieur L. et Madame M. :
« Elle était plutôt enthousiaste mais lui était hyper méfiant. On venait à peine de lui parler du projet et voilà qu'il entrait déjà dans l'appartement. Il ne comprenait

pas bien ce qu'on lui voulait. Nous, on sentait qu'on devait être très prudents dans la manière de les accueillir. Il ne fallait pas être intrusifs. » (S., assistante sociale au SMES-B).

D'emblée, l'assistante sociale en charge du suivi va centrer le travail sur les quelques demandes amenées par le couple. Dans les premières semaines, il est important de montrer le caractère tangible et palpable de l'accompagnement. La première démarche consistera à organiser le branchement de la télédistribution. Par la suite, une intervenante de l'équipe utilisera son véhicule pour accompagner Monsieur L. et Madame M. à la côte belge pour récupérer des effets entreposés chez des membres de la famille. Ce road-trip vers la côte va s'avérer essentiel dans l'émergence du lien.

Le lien, de manière paradoxale, va s'établir rapidement mais rester longtemps superficiel. Monsieur L. et Madame M. accueillent volontiers les visites à domicile hebdomadaires mais, après une demi-heure, ils poussent gentiment mais fermement l'équipe vers la sortie. Pour un observateur extérieur, ces visites semblent d'avantage

tenir de la visite de courtoisie que du travail social. Le fait de respecter ce temps de latence, impulsé par les locataires, est pourtant essentiel. Derrière cette relation cordiale, Monsieur L. et Madame M. ont tendance à bloquer l'accompagnement :

« Le fait d'avoir été prudents, d'avoir veillé à ne pas être intrusifs, ça a permis qu'ils viennent avec des demandes. Mais, quand ils viennent avec des demandes, alors, ils ont tendance à bloquer, à te mettre en échec. Par exemple, c'est récurrent, elle se plaint de problèmes de santé, de problèmes respiratoires. À chaque fois, on l'oriente vers une maison médicale toute proche de chez eux. Ils n'y ont encore jamais été. Ça fait presque un an et ils n'y ont toujours pas mis les pieds. Et on propose systématiquement de les y accompagner. À chaque fois, ils refusent. »

Sous les discours rassurants du couple, les difficultés affleurent : consommation, jeux d'argent, dettes de rue. Le logement lui-même devient source de tension : **« Le partenariat avec les bailleurs n'est pas toujours évident. Dans ce cas-ci, il n'y a toujours pas eu d'état des lieux. L. et M. sont plutôt dans la plainte**

Il a fallu réaffirmer nos principes de bienveillance, de non-jugement et d'écoute.

par rapport à des choses qui se détériorent dans leur logement et rien n'a été fait. Et ça a tendance à les mettre à cran. Ils ruminent leurs mauvaises expériences passées, leurs griefs avec leurs anciens proprios. »

La tension va monter d'un cran lorsque Monsieur L. et Madame M., pris dans une problématique de dettes de rue, cessent de payer plusieurs loyers successifs. Face au risque d'expulsion, le projet Housing First propose un plan d'épure des dettes au couple. La proposition passe mal. Elle est ressentie comme intrusive : « L., ça l'a mis fort à cran. Il s'est senti forcé de nous expliquer ses dettes mais il n'avait pas réellement envie qu'on le sache. Dans sa tête, ça s'est un peu mélangé. Il avait l'impression que l'équipe avait pris la décision de les mettre dehors. Il a fallu réexpliquer la séparation entre le logement et l'accompagnement, que nous on n'avait rien à voir avec le bailleur. Il a fallu réaffirmer que nous on ne mettait pas la pression, que l'on était là pour les aider mais que s'ils ne voulaient pas qu'on s'en mêle, on ne s'en mêlerait pas. Bref, il a fallu réaffirmer nos principes de bienveillance, de non-jugement et d'écoute. »

Pour les intervenants, ces principes impliquent de se calquer sur le rythme et le mode de vie des locataires. Monsieur L. et Madame M. font un usage particulier de leur logement : **« C'est presque un dortoir pour eux, ils ne font qu'y dormir. »** Le vrai centre de gravité de leur vie sociale reste la rue dans laquelle ils ont leurs amis, leurs habitudes et y pratiquent la mendicité. Chaque jour, ils quittent leur logement en fin de matinée pour passer la journée en rue. Ils ne reviennent à leur appartement que la nuit tombée, pour y dormir. L'équipe a posé le choix de sortir la visite du logement et de les rencontrer en rue : **« Ils étaient super contents, ils étaient ravis de nous recevoir là-bas. Eux, les visites à domicile, ils prennent ça pour une forme de contrôle. Tandis que là, à la gare, ils sont réellement chez eux, ils sont à l'aise, dans leurs habitudes. Ils te présentent leurs copains, ils sont fiers de nous les présenter. »**

Même après une année d'accompagnement, l'équipe doit continuer à avancer avec une prudence de Sioux. L'évolution du couple est encourageante. Monsieur L. a trouvé un travail saisonnier d'été dans les forêts ardennaises. Madame M. l'y accompagnera.

Elle voit cela comme des vacances. La rentrée d'argent pourra également leur permettre d'épurer les dettes contractées en rue. Plus encore que l'aspect matériel, c'est la projection dans le futur qui est remarquable, même s'il ne s'agit que de quelques mois :

« Ils se projettent dans l'avenir plutôt que dans les griefs du passé, dans leurs histoires de rue ou d'appart. C'est assez unique d'avoir une projection dans le futur comme ça. »

Pour autant, tout n'est pas gagné. Tout l'enjeu est désormais de parvenir à individualiser l'accompagnement : **« L. et M. forment un bloc, mais un bloc dominé par L. Dans son optique, c'est lui le mec, c'est lui qui doit gérer les problèmes. Il doit assurer, il en va de sa virilité. Et quand M. a des avis différents, ça passe un peu à la trappe. L'enjeu, ça va être d'arriver à individualiser les suivis, pour laisser leurs demandes personnelles émerger. Mais il faut y aller en douceur. On s'oriente vers des visites en binôme où l'un d'entre nous assurerait le suivi de L. pendant que l'autre essaierait de mettre en place quelque chose de personnel avec M. »**

Aux limites de l'accompagnement

En Région bruxelloise, comme ailleurs, les projets Housing First s'adressent à des personnes dont le comportement a été jugé inacceptable par d'autres structures d'aide ou de soin. La rupture de la relation d'aide est la réponse institutionnelle dominante à des comportements délirants, menaçants, parfois objectivement violents. A contrario, l'approche inconditionnelle caractéristique du modèle Housing First se doit de travailler à maintenir le lien, parfois aux limites de la mise en danger des intervenants sociaux.

Auprès d'un public fragilisé la survenue de crises est hautement probable, qu'elles soient liées à des difficultés financières, des problèmes somatiques, une flambée des symptômes psychiatriques ou à un emballement de la consommation de drogues ou d'alcool.

Les locataires peuvent également mettre à l'épreuve le lien en le poussant dans ses derniers retranchements par une agressivité

verbale ou des menaces concrètes de passage à l'acte violent.

Cette mise à l'épreuve soulève une série de questions fondamentales : jusqu'où peut-on aller pour maintenir le lien ? Quelles sont les limites de l'accompagnement ? Qu'est-ce qui est acceptable pour l'ensemble de l'équipe ? Comment préserver la zone minimale de confort en dehors de laquelle la relation d'aide n'est plus possible ?



Gali

Le lien avec l'équipe est très fortement investi. Puis, les choses vont commencer à déraiper.

Au bord de la rupture

Monsieur B. un jeune homme d'environ 25 ans, a intégré le programme Housing First dans le courant de l'été 2014. L'histoire de Monsieur B. est chaotique, marquée par les violences intrafamiliales, l'usage de drogues et plusieurs séjours en institution. Il a été interné, très jeune, dans l'aile psychiatrique d'une prison bruxelloise. Il y connaîtra la violence du monde médical et les traumatismes – encore très présents aujourd'hui – de l'incarcération. À sa sortie, il ira vivre en rue. Au moment de son entrée en logement, le réseau de ressources qu'il peut mobiliser est réduit – une assistante de probation et un centre de santé mentale – et les rapports souvent conflictuels. Monsieur B. a, par exemple, saccagé les bureaux du centre et menacé plusieurs de ses employés. On ressent chez lui une violence rentrée qui, malgré un travail constant pour la contenir, semble sur le point de le submerger à tout moment.

Pendant près d'une année, pourtant, l'accompagnement se passe bien. À la demande de Monsieur B., il est essentiellement centré sur un travail d'ordre administratif. Étant sans revenu aucun, il s'agit de rouvrir ses droits sociaux et d'installer une situation administrative stable. Il est relativement autonome dans le quotidien et dans les démarches administratives. Il montre cependant un besoin constant de réassurance : **« B. avait toujours besoin d'être rassuré. Il avait très peu confiance en lui et était très angoissé à l'idée de perdre son logement. Mais ses angoisses n'étaient pas très fondées, le loyer était payé, tout se passait bien. Il se mettait la pression pour montrer qu'il était le locataire idéal. Il n'arrivait pas à croire que le projet lui propose un logement sans conditions. Ses demandes étaient centrées sur ses besoins primaires, matériels : manger, se laver. On l'accompagnait faire des courses. On avait une fonction très rassurante pour lui. »** (C., thérapeute au SMES-B).

Le lien avec l'équipe est très fortement investi. Il lui est difficile de se séparer des travailleurs, de les laisser partir au terme des visites. Puis les choses vont commencer à dérapier. Ce lien surinvesti va être poussé dans ses derniers retranchements, presque au point de rupture. Différents éléments vont s'aligner : dégradation financière,

sanctions des organismes payeurs, relations familiales et interpersonnelles perturbantes. Monsieur B. décide également d'interrompre la médication prescrite par son psychiatre. Une décision qu'il ne communiquera pas à l'équipe. Cette conjonction d'éléments va entraîner une forte dégradation de son état psychique et un débordement de pulsions violentes. Dans un premier temps, il multiplie les altercations avec le voisinage. En raison des antécédents de passage à l'acte de Monsieur B., l'équipe est inquiète. Un matin, il appelle la coordinatrice du projet pour qu'elle l'empêche d'aller tuer un jeune du quartier. Puis, il va progressivement diriger son agressivité sur l'équipe d'accompagnement : **« Ces événements ont généré de l'angoisse et nous ne parvenions plus à le rassurer face à cette situation. Et ça a suscité de l'agressivité vis-à-vis de nous. Son système ne tenait plus et l'équipe est devenue le mauvais objet. Il devait désigner une responsabilité. La conjonction de sanctions, de dettes et l'arrêt de la médication qui, jusque-là, le contenait, ça a été l'explosion. En termes de violence, de violence verbale, c'est devenu très, très compliqué. »**

Dans la pièce où il nous reçoit, l'agressivité est palpable. Monsieur B., physiquement impressionnant, ne cesse de se lever brusquement pour dominer les intervenants

On lui apporte un soutien dont il a grand besoin mais, en même temps, on contribue à faire flamber ses symptômes.

Comment sortir de ça ?

de sa hauteur. Il parle de violence et récite des prières et des mantras, comme pour s'empêcher de frapper. L'équipe tente différentes approches pour faire baisser la pression : « **On a essayé de changer les binômes, d'organiser les visites à l'extérieur, dans le petit parc en face de chez lui. On a également modifié les horaires, en cherchant le moment le plus confortable pour lui mais rien n'y faisait. On était convaincus qu'il allait finir par nous frapper.** »

Les réunions d'équipes vont permettre d'analyser et d'objectiver le sentiment d'insécurité généré par le comportement de Monsieur B. De manière unanime, l'équipe décide de ne plus le rencontrer dans son appartement. Les visites auront désormais lieu dans un centre de santé mentale. Cette décision permet d'offrir un cadre plus sécurisant à l'accompagnement. Par la présence des professionnels du centre, elle vise également à introduire du tiers dans une relation en surchauffe. La délocalisation de l'accompagnement va durer plusieurs mois. Elle a, probablement, permis de sauver la relation d'aide. Elle a, cependant, engendré de nouvelles difficultés : « **Notre optique était de maintenir le lien coûte que coûte tout en protégeant l'équipe. Mais B. a vécu ça comme une sanction, il s'est senti pénalisé. Le lien était maintenu mais, pendant plus de quatre mois, à chaque visite, on ne**

parlait que de ça : *pourquoi vous ne venez plus chez moi ? Pourquoi ici ? Cela prenait toute la place et paralysait tout le travail d'accompagnement.* »

Durant près de quatre mois, la question « quand reviendrez-vous chez moi ? » va occuper tout l'espace de l'accompagnement.

À la faveur d'une reprise de sa médication, Monsieur B. va s'apaiser. L'équipe décide de reprendre les visites à domicile. Pour lui, il s'agit d'un moment très formel : « Il a mis un enjeu de dingue dans le retour de l'équipe chez lui après presque six mois. Il a astiqué l'appart de fond en comble. Il a entendu ce qu'on lui disait sur son comportement qui peut être menaçant. Il ne se lève plus d'un bond de sa chaise, il garde une distance physique normale avec nous. Il faisait tout pour montrer qu'il avait entendu. Il voulait être rassuré : *j'ai bien fait ? J'ai bien fait les choses ?* »

Pour l'ensemble des intervenants, cette longue crise a été l'occasion d'interroger le lien qui unit Monsieur B. à l'équipe :

« B. ne sait pas être dans une bonne distance relationnelle : c'est trop proche ou trop lointain. Il ne sait pas se poser entre les deux. Avant, il pouvait nous appeler dix fois sur une même journée pour apaiser ses angoisses. »

L'équipe se pose la question de l'espacement des visites. Il s'agit de desserrer le lien, de lui

donner du lest pour que la relation d'aide puisse trouver un équilibre adéquat : « B. montre une certaine autonomie. Il vit sa vie, il gère ses affaires. Son parcours, sa vie, tout ça est très accidenté mais il arrive à se contenir, à construire sa vie. C'est compliqué mais il le fait. Mon hypothèse est que, à certains moments, notre présence le fait flamber. Le fait que des intervenants sociaux demandent à le rencontrer le met dans une position dans laquelle il faut que quelque chose n'aille pas, qu'il dresse une sorte de liste de doléances. Parfois, j'ai l'impression que nos rencontres peuvent alimenter sa pathologie, son côté délirant. C'est tout le paradoxe de cet accompagnement. On lui apporte un soutien dont il a grand besoin mais, en même temps, on contribue à faire flamber ses symptômes. Comment sortir de ça ? On se dit que ralentir l'intensité de l'accompagnement pourrait être une manière de faire baisser la tension. On pourrait espacer les visites tant qu'il n'y a pas de demande urgente. »

La violence de l'accompagnement

À contrario du récit précédent, c'est parfois l'accompagnement lui-même qui est perçu comme brutal, intrusif ou inapproprié. Les questions demeurent les mêmes : comment rebondir sur un épisode de crise ? Comment maintenir la relation ?

Madame N. a intégré le projet Housing First en juin 2015 via une structure spécialisée dans l'accès aux soins pour les personnes toxicomanes. L'équipe ne disposait que de très peu d'informations en dehors du fait que Madame N. avait passé une année en rue après une période d'incarcération de 20 ans. La longueur de la peine permettait d'inférer la gravité des faits l'ayant conduit en prison.

Les premiers contacts, et les premières semaines d'accompagnement, sont encourageants. Madame N. est accueillante et semble heureuse de recevoir les visites hebdomadaires de l'équipe. Le lien se noue facilement. Elle parle de ses envies, de ses ressources, de ses passions pour le dessin et la musique. Elle est désorientée et a besoin d'être accompagnée physiquement, qu'il s'agisse de démarches administratives ou de tâches quotidiennes. Au fil des semaines, pourtant, la consommation de Madame N. –

1 ➔ Le principe de Réduction des Risques (RdR) désigne les stratégies de soins visant à limiter les risques sociaux et sanitaires chez des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer des produits psychotropes. Leur objectif n'est pas de prévenir ou à diminuer la consommation [voir chapitre 4].

un cocktail explosif d'alcool, de médicaments détournés et de substances diverses – devient préoccupante. Elle se met à plusieurs reprises en danger : **« C'est son rapport à la conso qui a tout fait basculer. Elle consommait de tout. On a fait intervenir les ressources de l'équipe, le médecin et le spécialiste en Réduction des Risques¹. Mais ça restait très compliqué. Au fur et à mesure que la conso empirait, elle se blessait. On a dû l'accompagner plusieurs fois aux urgences. Puis, il y avait des histoires un peu confuses de dettes et de bagarres dans des cafés du quartier. Elle était consciente du problème. Elle voulait suivre une cure de sevrage. On avait fait les démarches avec elle et un entretien de pré-admission était prévu. »** (S., assistante sociale au SMES-B).

Quelques jours avant l'entretien de pré-admission, cependant, l'assistante sociale de l'équipe découvre Madame N. inconsciente dans le couloir d'entrée de son immeuble. Elle parvient à la réveiller mais doit la porter pour gravir les trois étages conduisant à son appartement. Son état est alarmant : **« Elle tenait à peine debout. Elle parlait sans cesse de redescendre et d'aller buter des gars pour des histoires de coke. »** Ces menaces devaient, en raison d'antécédents de passage à l'acte, être prises au sérieux. L'état de Madame N. représentait un danger réel, à la fois pour elle-même et pour autrui.

L'assistante sociale décide, contre le gré de Madame N., de faire venir une ambulance. Après l'avoir examinée, les ambulanciers proposent à Madame N. de les accompagner aux urgences. Devant son refus de les suivre, ils font appel aux services de police, entraînant le déclenchement d'une procédure de mise en observation. Dans un climat extrêmement tendu, Madame N. est emmenée de force par la police. Elle agresse verbalement les membres de l'équipe présents. L'assistante sociale l'accompagne. Après avoir menacé le personnel hospitalier, elle profite de l'inattention des policiers pour s'enfuir. Pendant plusieurs jours, elle ne donnera plus de signe de vie. L'équipe se rend chaque jour devant son immeuble et s'assure, en guettant des mouvements de fenêtres et de rideaux, que Madame N. occupe toujours son appartement.

Pour Madame N., cet épisode a été extrêmement brutal. Elle s'est sentie trahie et menacée dans l'intimité de son logement. Lorsqu'elle a fini par accepter de revoir l'assistante sociale, il a fallu affronter la situation de face : **« C'est compliqué, chaque fois que des visites se passent mal, chaque fois que des moments désagréables se produisent, il est essentiel, quand on se revoit, d'en parler, de mettre les choses à plat, d'en discuter. Du coup, j'ai été voir N. pour en parler. Elle n'a pas voulu que je monte**

dans l'appartement mais elle m'a reçu sur le pas de la porte. Et ce qu'elle a dit, c'est : *Putain, qu'est-ce-que vous avez foutu ? Et, on a pu parler. Je lui ai dit : Voilà, il s'est passé ce qu'il s'est passé. Je ne suis pas contente non plus, j'ai dû faire violence à mes valeurs pour faire intervenir l'ambulance qui a dû faire intervenir la police. En même temps, dans la situation où on était, je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre.* Elle a répondu : *Il fallait me laisser seule, fallait me laisser tranquille.* Et moi : *Toi, tu nous disais que tu voulais ressortir, que tu allais buter des types. Dans l'état où tu étais, tu allais te tuer dans l'escalier...* On a mis les choses à plat. Elle a fini par comprendre pourquoi on a fait ce choix. »

Il faut toujours (...) en parler, décortiquer ce qui s'est passé. Même si la personne minimise, dit que c'était rien, il faut insister sur le fait que ce n'est pas rien.

De manière générale, ces épisodes de crises doivent être abordés de la manière la plus franche possible. Comme l'exprime A., psychologue au SMES-B, les moments de crises peuvent constituer une opportunité : *« Il faut toujours utiliser ça, il faut toujours en faire quelque chose. En parler, décortiquer ce qui s'est passé. Moi, dans ces moments-là, j'exprime que pour moi, c'était violent de recevoir ça. Même si la personne minimise ce qui s'est passé, dit que c'était rien, il faut insister sur le fait que ce n'est pas rien. Il faut donner de la valeur à ce qui s'est passé, prendre un moment pour ça. Qu'on puisse repartir sur de bonnes bases, sans faire comme si rien ne s'était passé. Dans certains cas, ça peut même être des moments positifs, des moments qui viennent renforcer la relation. »*

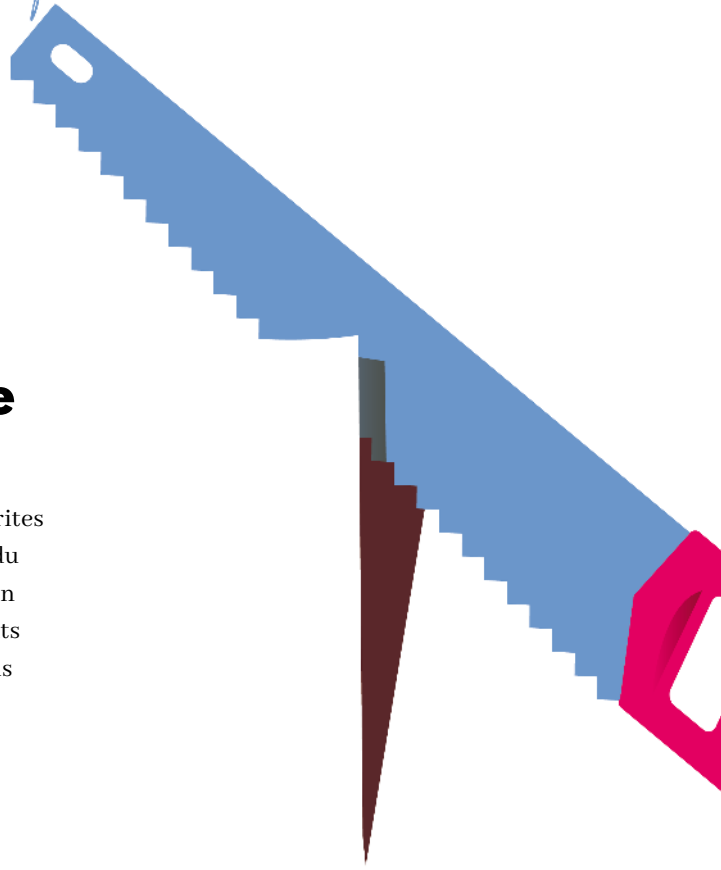
Dans le cas de Madame N., la reprise de l'accompagnement a permis de relancer l'idée d'une cure de sevrage. Une réunion de concertation entre les différentes structures pouvant lui apporter du soutien était également prévue. Cette réunion n'aura pas lieu. Madame N. est décédée dans son logement quelques semaines après la crise. En l'absence de traces de violence, la police a conclu à une mort naturelle. Elle avait 54 ans.

Gali

Le lien à l'épreuve

Eu-delà des crises ouvertes décrites plus haut, la mise à l'épreuve du lien prend parfois la forme d'un long travail de sape. Ces conflits de basse intensité soulèvent des questions cruciales pour l'accompagnement : comment assurer un suivi lorsque la personne met en place des logiques d'évitement et de dissimulation ?
Comment maintenir une relation que la personne s'évertue à user ?

Ces questions seront abordées par le récit des suivis de Madame V., une femme de 47 ans, entrée dans le programme en septembre 2014, et de Monsieur D., un homme de 42 ans en logement depuis janvier 2014.



Un lien flottant

Le parcours de **Madame V.** est marqué par une violence multiforme et parfois extrême. Elle dit avoir grandi auprès d'une mère prostituée et avoir pratiqué elle-même la prostitution dès son adolescence. Sa jeunesse sera un cercle vicieux de dépendance à l'héroïne, de maltraitance et de violences sexuelles. Madame V. va connaître durant une dizaine d'années la vie en rue. Elle sera également incarcérée pour voies de fait. Elle est entrée dans le programme Housing First du SMES-B via une association spécialisée dans le travail de rue.

Madame V. présente un profil pathologique de type *borderline*¹ : « **Elle est totalement désinhibée, totalement soumise à ses pulsions. Si elle ressent l'envie de faire quelque chose, elle le fait. Avec elle, tout peut basculer d'un moment à l'autre.** » (C., thérapeute au SMES-B). Elle présente également un début de syndrome de Korsakoff². Les premiers contacts sont positifs et le lien semble se nouer de manière

1 ➔ En psychiatrie, les termes de personnalité *borderline* (ou personnalité limite) désignent un ensemble de troubles de la personnalité caractérisés par une forte instabilité des affects, de l'image de soi et des relations interpersonnelles. Le DSM-IV-TR propose une série de critères tels que des perturbations de l'identité, une impulsivité marquée, des relations intenses et instables ou la présence de comportements autodestructeurs.

2 ➔ Le syndrome de Korsakoff désigne un trouble neurologique, souvent irréversible. Il est principalement caractérisé par une altération de la mémoire, une désorientation temporelle et spatiale et une tendance à la fabulation. Sa cause principale est l'alcoolisme chronique.

aisée. Cependant, Madame V. va rapidement mettre en place des logiques d'évitement :
« Au début, elle était dans la séduction. Elle voulait plaire, elle voulait montrer qu'elle faisait tout pour que cela se passe bien. Assez rapidement, disons au bout de trois ou de quatre mois, ça a commencé · elle manquait nos rendez-vous, elle nous disait qu'elle avait fait telle ou telle chose mais c'était faux. Elle prétextait des pertes de mémoire (...) »

L'accompagnement devient de plus en plus erratique. L'équipe a le sentiment que Madame V. utilise son syndrome de Korsakoff, dont elle exagère les symptômes, comme prétexte pour esquiver les visites. Les accompagnateurs doivent composer avec ses faux bonds constants. Plus d'une fois sur deux, elle est absente au moment du rendez-vous. Souvent, malgré la porte close et l'absence de réponse, l'équipe discerne, derrière les rideaux, un mouvement furtif qui atteste de sa présence : « On passe un temps dingue à lui courir après, à se déplacer jusqu'à chez elle en sachant qu'elle ne sera pas là. Ici, cela fait cinq fois de suite que l'on s'est déplacé pour rien. L'aller, le retour... cela prend une heure. En termes de temps de travail, c'est quand même pas mal (...) Elle le sait très bien, à chaque fois on lui laisse des mots. Parfois, elle les affiche sur son frigo (...) La difficulté de ce suivi, c'est de maintenir le lien, de savoir où elle en est

La difficulté de ce suivi, c'est de maintenir le lien, de savoir où elle en est car au, final, on a peu de contacts. Et puis, elle ment énormément.

car au, final, on a peu de contacts. Et puis, elle ment énormément. Elle te donne des informations totalement fausses, elle te raconte absolument n'importe quoi. Elle raconte beaucoup d'histoires, qu'elle raconte d'ailleurs très bien. Elle a un aspect ludique et se met en scène, ce qui fait qu'elle arrive à capter son public. »

Le maintien du suivi est, pourtant, crucial. Madame V. est systématiquement sur le fil. Dans son logement, elle frôle sans cesse l'expulsion en raison de loyers impayés et de problèmes de voisinage. Dans la rue, et dans les milieux des usagers de drogue, son comportement impulsif la met en danger. Ses relations de couple se caractérisent par des formes extrêmes de violence. Malgré la frustration et le temps perdu, l'équipe va devoir se calquer sur le rythme saccadé de Madame V. : « Notre présence, le fait que l'on vienne chaque semaine, cela permet de maintenir le lien. Je pense que cela la rassure. Mais que, parfois, ça la dérange parce qu'elle n'a pas envie de nous voir. Mais quand c'est la grosse panique, elle s'adresse à nous. Quand elle en a vraiment besoin, elle parvient à s'adresser à nous et à demander de l'aide. Ce qui nous rassure assez fort, ce qui est précieux, c'est que, quand c'est vraiment grave, quand elle a vraiment besoin, elle trouve toujours une ressource. Elle trouve toujours un circuit

pour faire appel à l'équipe ou à un travailleur social d'une autre structure. Au final, je ne trouve pas qu'elle soit démunie. Parfois, quand tu la vois, elle a l'air complètement à la ramasse, sans aucune ressource mais, en fait, elle en a beaucoup des ressources. Elle arrive toujours à mobiliser des ressources, elle arrive toujours à ses fins. Alors oui, c'est toujours en dernière, dernière minute, juste avant la catastrophe. Mais elle y arrive. Et ok, il se peut que la catastrophe arrive. Et elle a dû arriver à plusieurs reprises mais elle tient toujours et elle avance. Je crois qu'on s'épuiserait à vouloir changer ce fonctionnement. Si c'est important pour elle, elle sera là. Si elle n'est pas là, c'est que ça n'est pas important pour elle. C'est vraiment la nécessité qui fait loi. Quand c'est extrêmement nécessaire, quand elle pense qu'elle n'a plus le choix, alors elle le fait. Pour elle, c'est un système qui fonctionne. Cela ne lui pose aucun souci. Les seules personnes à qui cela pose un souci, c'est nous, en termes de gestion du temps, en termes de temps de travail. »



Un travail de sape

Monsieur D. est un homme de 42 ans. Il entre dans le programme en janvier 2014, via une structure d'accompagnement thérapeutique de personnes toxicomanes. Son parcours biographique est morcelé et marqué par la rupture des liens interpersonnels. Monsieur D. a grandi dans un environnement fait de maltraitance et de violences. Il connaîtra très tôt un parcours institutionnel : placé à 12 ans, emprisonné à 16. Sa trajectoire, faite de trafics et de poly-toxicomanie, le conduira à nouveau en prison, pour une période de six ans. À sa sortie, il ira s'installer dans un bois situé à l'orée de la ville. Il y vivra quatre années. Durant cette période, Monsieur D. n'a aucune existence administrative et la mendicité constitue son unique source de revenu. Il est volontairement déconnecté du monde bruxellois de la rue et ne s'identifie pas aux sans-abri. Ses seuls contacts sont des associations de soutien aux usagers de drogue qui lui permettent de contrôler sa consommation via un traitement de méthadone.

L'équipe Housing First s'est employée à réaffirmer la permanence d'un lien qui ne rompt pas malgré la tension et les provocations. Pour une personne dont le parcours est fait de ruptures, cet aspect est essentiel.

Les premières semaines de l'accompagnement seront empreintes de méfiance : *« Dès le départ, D. va questionner le lien. Et amener des questions : pourquoi moi ? À quoi vous me servez ? Je n'ai pas besoin de vous. Je me débrouillais très bien tout seul. Ce genre de choses. Cela a pris du temps avant de pouvoir vraiment l'approcher. Il était très méfiant, revendicatif. C'était assez compliqué de nouer une relation avec lui au début. Il refusait d'être identifié en lien avec le sans-abrisme, la toxicomanie ou la santé mentale. Il minimisait toutes ses difficultés. Addictions ? Il présentait ça comme un choix. Santé mentale ? Aucun problème. Il rejetait l'identité que lui assignait le projet. Il ne comprenait pas pourquoi on l'avait choisi, lui, et pas un autre. Il disait qu'il n'avait pas besoin de ça, qu'il aurait bien trouvé une solution tout seul. Surtout, il ne fallait pas qu'il montre qu'il était content pour l'appartement. L'appartement, c'est bien mais en rue, j'étais bien aussi. On s'est surtout rendu compte que D. avait besoin de se poser, de récupérer. »* (C., thérapeute au SMES-B).

Dans un premier temps, l'équipe va surtout veiller à laisser à Monsieur D. le temps de se reposer et de trouver son propre rythme. L'équipe met également en place un travail de régularisation administrative et de réouverture des droits sociaux. Monsieur D. se montre autonome et efficace, n'ayant

besoin que de petites impulsions de la part des accompagnateurs. Progressivement, un lien de confiance va se nouer. va également tisser un lien étroit avec les professionnels d'une Maison médicale située à proximité de son domicile. Après de longs mois, Monsieur D. va s'ouvrir et raconter aux intervenants des pans de son histoire. Les relations, cependant, restent tendues. C'est un homme en colère et le conflit est son principal mode de relation à l'autre. Des problèmes financiers vont venir miner le rétablissement. Chaque fin de mois, il se trouve sans ressource, en raison de sa consommation et d'une tendance à l'achat compulsif.

Une première rupture, brutale et inattendue, va survenir suite à une reprise d'une consommation importante d'héroïne : **« Tout à coup, D. ne nous a plus ouvert. On voit sa boîte aux lettres qui déborde. Il ne répond pas au téléphone. On sonne à la porte, il ne répond pas mais on voit du mouvement à la fenêtre. On était très inquiets. On continue à téléphoner, à passer une fois par semaine chez lui. Sans être harcelants. On lui laisse des mots. On tente de maintenir le lien. »** Pendant près d'un mois, le travail d'accompagnement consiste à affirmer un lien avec une personne qui le refuse. Chaque semaine, il faut se rendre à son appartement, appuyer sur la sonnette en espérant une réponse et repartir inquiet. Un matin, l'une

des intervenantes lui laisse une longue lettre qui réaffirme l'inconditionnalité de la présence de l'équipe. Monsieur D. reprendra contact quelques jours plus tard. Un second épisode de rupture unilatérale du lien se produira quelque temps plus tard. Il va durer trois mois. Lors de la reprise de l'accompagnement, Monsieur D. se montre plutôt vindicatif : **« En gros, ce qu'il nous amenait, c'était : je ne te dois pas d'excuse, tu crois pas que je vais être sympa avec toi parce que j'ai consommé. Puis, il a fini par nous expliquer qu'il avait honte d'avoir consommé. L'appartement était dégueulasse, lui aussi. Il ne voulait pas qu'on le voie comme ça. »**

À la fin de l'été 2015, Monsieur D. est rattrapé par d'anciennes affaires judiciaires et placé sous surveillance électronique. Durant sept mois, il est confiné 22 heures sur 24 dans son appartement, le régime de peine ne lui autorisant que deux heures de sortie par jour [voir chapitre 4]. Durant la même période, il est rattrapé par des dettes et arrête de payer son loyer et ses factures. La pression va monter lentement. La relation avec l'équipe – l'un de ses seuls liens avec l'extérieur – va servir d'exutoire. Le projet est contraint d'avancer plusieurs mois de loyer auprès de la société de logement social. Il refuse l'idée même de médiation ou de remboursement de dettes. Une saisie conservatoire de ses biens est pratiquée par des huissiers lors

de son absence. L'équipe tente de jouer les médiateurs avec les huissiers. Monsieur D. décide de vendre une partie de ses possessions et de détruire le reste. Le lien avec l'équipe, miné par le confinement et la problématique financière, se tend à l'extrême : « **Il a commencé à péter les plombs. Son agressivité montait, il m'insultait. Ça devenait menaçant. Je ne l'ai pas pris pour moi mais, en équipe, on a décidé de plus aller le voir seul. Puis, il a commencé à nous harceler par des SMS. C'était de longues tartines où il nous insultait, nous disait à quel point nous étions incompetents. C'était du harcèlement. On en recevait 15 ou 20 par jour. C'était très paradoxal. Il mettait en place les conditions de la rupture du lien mais, dans le même temps, il était dans le contact permanent avec nous. Il n'arrêtait pas de nous relancer. Pour nous, c'était trop violent, à la fois dans les messages et dans les visites à domicile. Depuis le début, on était un peu son punching ball. C'est une fonction que l'on peut avoir mais là, ça allait trop loin, ça devenait maltraitant.** »

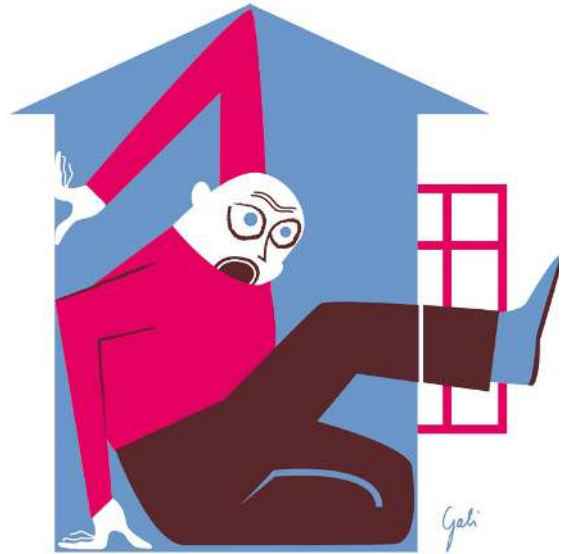
En réunion d'équipe, il est décidé de remettre un cadre à l'intervention : « **Je lui ai dit qu'on n'acceptait plus d'être traités comme ça et qu'on ne paierait pas ses dettes. C'était non négociable.** » Dans le même temps, Monsieur D. rencontre la direction du SMES-B, de manière à ce que ses griefs envers le projet

soient pris au sérieux. Les partenaires de la maison médicale voisine vont également jouer un rôle essentiel dans l'apaisement de Monsieur D.

L'accompagnement a aujourd'hui repris selon les modalités souhaitées par Monsieur D. Son parcours de vie est fait de ruptures. De manière systématique, l'équipe Housing First s'est employée à réaffirmer l'inconditionnalité de l'accompagnement, la permanence d'un lien qui ne rompt pas malgré la tension et les provocations. Pour une personne dont le parcours est fait de ruptures, cet aspect est essentiel : « **Il y a une répétition dans son histoire personnelle. Que ce soit au niveau familial, professionnel, des relations sociales... il a toujours tout fait pour mettre en place les conditions de la rupture. Et de fait, cela cassait. La différence c'est que nous on a essayé de lui proposer autre chose. Malgré tout, le lien n'a pas rompu. *Ok, ok, tu pousse, tu pousse, on met des limites et tu les transgresses, tu n'es pas d'accord mais nous, on maintient, on reste.* On a tenté de lui proposer quelque chose d'autre, un lien dans la durée.** »

La sortie du logement

Le mouvement conduisant de la rue au logement peut être fortement anxiogène. Les premiers mois en logement requièrent une grande vigilance de la part des équipes d'accompagnement. Pour une personne ayant connu un long parcours de rue, le « choc des quatre murs » peut être rude. L'entrée en logement s'accompagnant alors d'un sentiment pesant de solitude, d'une résurgence de problèmes somatiques, d'une flambée des symptômes psychiatriques ou d'une surconsommation de substances. Généralement, les locataires parviennent à dépasser ce cap difficile pour s'approprier pleinement leur logement [voir chapitre 3]. Dans certains cas, cependant, la vie en logement devient trop problématique. L'appartement devient un lieu où le locataire se met en danger. Se pose, dès lors, la question de la sortie du logement. Ce point est essentiel. Il illustre l'un des principes majeurs du modèle Housing First : la séparation du logement et de



l'accompagnement. Cette scission permet à l'équipe de pouvoir continuer à assurer un suivi, même si la personne a quitté son logement, qu'il s'agisse d'un choix volontaire ou d'une expulsion.

Ces dynamiques sont illustrées par le récit de suivi de Monsieur N. L'équipe d'accompagnement du SMES-B a été confrontée à une lente dégradation ayant conduit à la perte du logement. Le suivi de Monsieur N. a posé, plus que tout autre, la question des armes et des outils dont dispose l'équipe face à un rétablissement difficile. Il illustre également l'importance du travail en réseau et la nécessité de maintenir la continuité du lien malgré un retour en rue.

On a décidé en équipe
d'interrompre son logement.
Cela lui avait fait trop de mal,
ce n'était pas tenable.
On lui a dit que le logement
était trop mauvais pour lui.

Le lien et le retour en rue

Monsieur N. entré en logement durant le mois d'octobre 2013, est l'un des premiers locataires à avoir intégré le projet Housing First du SMES-B. Il présente un profil psychiatrique extrêmement lourd. Ses premières expériences de décompensation psychotiques remontent à l'adolescence. Elles ont été accompagnées de passages à l'acte violents et ont précédé une forte consommation de substances, héroïne et haschich en tête. Au début de la vingtaine, Monsieur N. se fera expulser de plusieurs logements en raison de dégradations et de plaintes du voisinage. Ces expulsions déboucheront sur un parcours de sans-abrisme chronique d'une vingtaine d'années. La vie en rue sera entrecoupée d'hospitalisations et de mises en observation. Elle sera également marquée par des passages à l'acte violents, notamment à l'encontre de travailleurs sociaux.

Dès les premiers jours, lorsque Monsieur N. emménage avec son chien, l'équipe comprend que l'accompagnement sera difficile. Il est corseté dans sa psychose et envahi par des voix. Il n'a aucune conscience morbide¹ et son délire, extrêmement structuré, n'offre aucune brèche : « **N. est très paranoïaque. Il est envahi par des délires de persécution, d'attaques et d'empoisonnement. Il a peur des ondes, on doit couper son téléphone portable quand on est avec lui. On ne peut pas s'habiller en noir non plus. Il n'a aucune conscience morbide¹. Son délire est extrêmement bien construit. Il n'y a aucun point d'accès, aucune fissure. Et puis, il avait un très long parcours en rue lorsqu'il est entré en logement. Il n'avait plus aucun code lié au fait d'habiter un logement. »**

Rapidement, les délires de Monsieur N. vont envahir l'espace de son appartement : « Il était persuadé d'être l'objet d'attaques. Il avait mis en place des rituels dans l'appartement pour se protéger. Il se déplaçait en rampant, il construisait des para-ondes avec du métal et des bouteilles en plastique. Il avait toujours sur lui sa nourriture et celle de son chien. Pour éviter qu'on ne les empoisonne. Mais, après avoir mangé des tranches de jambon qui traînaient dans sa poche depuis plusieurs jours, N. et son chien tombaient effectivement malades. Ce qui renforçait

les délires d'empoisonnement. » (C., thérapeute au SMES-B).

L'état psychique de Monsieur N. est également menacé par une médication hors de contrôle et la relation particulière qu'il entretient avec son médecin traitant : « **N. a de très bonnes connaissances pharmacologiques, meilleures que nous tous réunis. Il a toujours chipoté avec la méthadone, il arrivait à se faire prescrire des médicaments à différents endroits et à augmenter les doses. Puis, il s'est trouvé un médecin prescripteur qui travaille sur l'idée que le patient choisit lui-même la quantité de son traitement. Résultat, N. prenait des doses monumentales de méthadone, plus de dix fois la dose moyenne. Tu ajoutes à ça des benzodiazépines, des anxiolytiques, des antidépresseurs... En prenant le dixième de ce qu'il prend, n'importe qui de normalement constitué doit subir un lavage d'estomac en urgence. Il était très secret par rapport à ça**

1 ➤ L'absence de conscience morbide (ou anosognosie) est un symptôme fréquent de la schizophrénie. Il se rencontre également dans d'autres types de troubles psychotiques ou dans des démences de type Alzheimer. L'absence de conscience morbide désigne la non-conscience de la maladie, de ses conséquences sociales et du fait d'avoir besoin de soins.

mais on se rendait bien compte que ça n'allait pas du tout avec sa médication. On voulait en parler avec son médecin mais N. ne nous laissait pas avoir accès à lui. »

Au fil des semaines, l'état de Monsieur N. ne cesse de se dégrader. Il se plaint de son appartement qu'il perçoit comme un environnement hostile et menaçant. L'espace du logement est envahi par les délires paranoïaques et les relations avec le voisinage s'enveniment : **« On a dû se rendre à l'évidence. Il était beaucoup moins bien en appartement qu'en rue. Il avait perdu 20 kilos, il était l'ombre de lui-même. Les rapports avec les voisins devenaient violents. Et le travail d'accompagnement était très, très compliqué. Il nous enfermait. À cause de ses délires, il refusait de ne pas nous enfermer, de ne pas fermer la porte à clé derrière nous. J'ai été attaquée par son chien. Ce n'était plus tenable. »**

Un jour, lors d'une visite, une crise éclate avec des voisins venus s'en prendre physiquement à Monsieur N. Le binôme de l'équipe s'interpose et parvient à éloigner Monsieur N. Il tient à peine debout et est pris de vomissements. Les accompagnatrices parviennent à le faire asseoir dans un café. Pour la première fois, il accepte l'idée de se rendre à l'hôpital. Après un parcours du combattant qui renseigne beaucoup sur les

seuils de l'accès aux soins pour le public le plus fragilisé [voir chapitre 2], Monsieur N. est admis pour une mise en observation psychiatrique. Il restera hospitalisé durant trois mois. Durant cette hospitalisation, l'équipe Housing First maintient les visites hebdomadaires mais décide de suspendre la location de l'appartement : **« On a décidé en équipe d'interrompre son logement. Cela lui avait fait trop de mal, ce n'était pas tenable. On le lui a dit lors d'une visite. On lui a dit que le logement était trop mauvais pour lui. On avait certaines appréhensions mais il l'a bien pris. Il comprenait. Il a fallu vider l'appartement. Bon, entretemps, il avait filé ses clés à une fille rencontrée à l'hôpital. Ça a été toute une affaire. L'hospitalisation lui a fait beaucoup de bien. Sa médication était adaptée, il était moins délirant. Il a même recommencé à produire des dessins. »**

Les intervenants du projet Housing First ne parviennent pas à trouver de logement ou de structure qui puisse accueillir Monsieur N. au terme des trois mois d'hospitalisation. À la sortie, c'est le retour en rue et, pour l'équipe, la nécessité de maintenir le lien. Le travail en réseau va s'avérer crucial : **« Les premiers mois, il est toujours au même endroit. J'allais le voir une fois par semaine, on discutait. Puis, il s'est évaporé. Il a commencé à bouger dans la ville et je le cherchais. Je le trouvais parfois. Mais la situation était intenable du**

point de vue des horaires de travail. Cela me prenait une matinée entière sur trois jours de travail par semaine pour, peut-être, le voir. C'est par le réseau que le lien a été maintenu. En confiant ce lien à une association de travailleurs de rue et en étant en contact avec eux. »

Dans la rue, Monsieur N. va rapidement retourner vers son ancien médecin traitant. La reprise de sa sur-médication va entraîner une nouvelle dégradation de son état. En rue, son comportement délirant et paranoïaque le met en danger.

Le travail en réseau va permettre de démêler la situation de Monsieur N. L'équipe Housing First et l'association de travail de rue vont parvenir à obtenir une nouvelle hospitalisation de trois mois. Le SMES-B parvient à trouver un nouvel appartement et la sortie de Monsieur N. est minutieusement préparée par une triangulation associative et thérapeutique : l'équipe Housing First gère l'accompagnement quotidien, l'hôpital reste en charge du suivi psychiatrique et la médication est confiée à une structure spécialisée dans l'accompagnement thérapeutique des personnes toxicomanes. À l'été 2015, plus d'un an après la perte de son premier logement et son retour en rue, Monsieur N. intègre un nouvel appartement. La triangulation thérapeutique et l'intensité de l'accompagnement permettent d'obtenir

des résultats qui semblaient impensables auparavant : « Aujourd'hui, il est beaucoup moins délirant que lors de sa première entrée en logement. Il suit la médication prescrite et il est suivi par le psychiatre de l'hôpital. Il y a des ouvertures qui commencent à apparaître dans son délire, l'émergence d'une conscience morbide, des moments où on peut avoir accès à lui. Parfois, il se rend compte qu'il entend des voix et que ça n'est pas nécessairement réel. Il fait des démarches spontanément. Il fait refaire sa carte d'identité, il a décidé de se faire poser un dentier. Il a pris rendez-vous lui-même. Il a fait tout ça de manière autonome. Cela aurait été impensable avant. Pour la première fois, il m'a téléphoné. Par rapport à quelqu'un qui venait réparer sa chaudière. C'est la première fois qu'il m'appelait. Il disait : *ce monsieur il faut qu'il me laisse tranquille. Il subit des attaques comme moi, il émet de mauvaises ondes. Cela veut dire qu'il devient proactif par rapport à ses angoisses. Cela marque aussi le lien de confiance avec l'équipe. Il nous fait confiance pour le protéger des attaques qu'il pense subir. C'est un pas énorme.* »

Aujourd'hui, cela fait plus d'une année que Monsieur N. vit dans son nouvel appartement.

2

L'ACCOMPAGNEMENT MOBILE

Le quotidien des équipes d'accompagnement Housing First est particulier: sillonner la ville en transports en commun, guider les locataires le long de trajets qu'ils ne maîtrisent pas, les accompagner lors de démarches administratives ou dans des espaces apparemment ordinaires, tel un supermarché. Souvent, l'intervenant devra jouer le rôle d'intermédiaire ou de médiateur. Parfois, il faudra faire physiquement tampon entre le locataire et son environnement. Ces accompagnements mobiles sont aussi l'occasion de partager des moments de flottement et d'attente. Ces deux extraits de notre carnet de terrain illustrent bien ces spécificités d'un accompagnement en mouvement.

Un lundi après-midi, début septembre 2015
(...) la pluie s'est enfin arrêtée. S. – assistante sociale pour le projet Housing First du SMES-B – et moi-même sortons accompagner Madame C. Nous devons nous rendre à la pharmacie pour récupérer une préparation de méthadone. La pharmacie est située à l'autre extrémité de Schaerbeek. S. et Madame C. m'explique que les pharmacies qui acceptent de délivrer des prescriptions de méthadone se font rares. Il est nécessaire de les prévenir la veille par téléphone. Nous devons marcher une bonne dizaine de minutes jusqu'à un arrêt de tram. Nous nous arrêtons dans un petit supermarché. J'achète un paquet de mouchoirs et Madame C. achète une canette de bière qu'elle boira sur le trajet. Arrivés à la pharmacie, les choses ne se passent pas



comme prévu. Le pharmacien dit n'avoir reçu aucun coup de téléphone. Il demande à Madame C. de revenir le lendemain. Madame C. rétorque qu'elle a bel et bien prévenu et que, à court de méthadone, elle ne peut pas attendre le lendemain. Le pharmacien et Madame C. deviennent nerveux. Le ton est sur le point de monter. L'intervention de S., qui se présente en tant qu'assistante sociale, va permettre de désamorcer la situation. Étrangement, le pharmacien va désormais s'adresser à S. plutôt qu'à Madame C. Il finit par accepter de charger son assistante de la préparation. Il nous faudra revenir dans une heure. Nous nous installons dans le café d'en face. S. et moi commandons des cafés, Madame C. une Duvel. Nous parlons de son entrée prochaine en cure de désintoxication. Madame C. nous relate l'histoire des différentes cures qu'elle a expérimentées au travers des années. Elle nous parle de la relation de couple compliquée dans laquelle elle est engagée. Nous passons un bon moment. Après avoir payé les consommations, nous nous arrêtons pour fumer une cigarette avant de reprendre le chemin de la pharmacie. Il nous faudra encore patienter une dizaine de minutes. Devant la pharmacie, Madame C. fume une cigarette et discute avec un autre client venu chercher une prescription de méthadone. Ils échangent sur les pratiques des pharmaciens. Enfin, Madame C. récupère sa prescription. J'achète de la tisane contre le rhume et nous repartons en sens inverse. Nous déposons Madame C. à son arrêt de tram. Nous décidons de ne pas l'accompagner chez elle. Bien qu'elle ait des problèmes de mémoire

et d'orientation, Madame C. se sent capable de faire le trajet seule. S. doit terminer la journée par une dernière visite, chez D., qui est sous surveillance électronique depuis plusieurs semaines. L'après-midi, il est confiné dans son appartement. Il nous faudra sans doute aller promener son chien.

Un jeudi après-midi, fin juillet 2015

Après un long trajet en métro, je retrouve A. – psychologue pour l'équipe Housing First du SMES-B – devant l'entrée de l'hôpital Erasme. Nous allons rendre visite à Madame Y., hospitalisée en psychiatrie depuis plusieurs mois. Nous devons nous rendre ensemble à l'hôtel communal de Schaerbeek pour que Madame Y. récupère sa carte d'identité. Dans le suivi de Madame Y., cette démarche administrative a pris des allures d'épopée ayant nécessité de multiples allers et retours. A. lui demande si elle a tous les documents nécessaires pour l'obtention de la carte d'identité. Elle acquiesce et nous partons. Madame Y. porte un petit sac en plastique blanc. Elle nous parle d'un groupe de Mormons lui ayant proposé de rejoindre leur église. Elle cherche à se faire de nouveaux amis mais elle hésite à les rejoindre. Nous reprenons le chemin du métro pour un long trajet jusqu'à la station Parc. De là, nous devons prendre un tram. Par ma faute, nous nous trompons. Nous descendons à la lisière de la gare du Nord et nous reprenons un tram en sens inverse pour deux arrêts. Arrivés à la place Liedts, nous marchons dix minutes jusqu'à la maison communale située au centre de la place Collignon. Il pleut à verse, l'atmosphère

est automnale. Madame Y. nous parle d'un autre pays pluvieux, son pays natal, et de son envie d'y effectuer un voyage. Nous arrivons à l'hôtel communal de Schaerbeek, majestueux et décrépi. Après un premier filtrage, nous arrivons dans une vaste salle où des guichets sont disposés de part et d'autre. On se croirait dans une gare. Il y a du monde, beaucoup de monde. Les gens viennent chercher des compositions de ménage, des cartes de stationnement, déclarer des changements d'adresse. Nous attendons pendant plus d'une heure en parlant de tout et de rien. Notre tour arrive. Au guichet, nous nous apercevons qu'il manque un document. Madame Y. l'a oublié dans sa chambre d'hôpital. Nous sommes saisis d'effroi. L'employé communal, un homme d'une vingtaine d'années, nous dit qu'il ne peut rien faire sans ce document. A. intervient pour expliquer la situation à l'employé. Il marque un temps d'arrêt et nous fixe longuement. Subitement, sans raison apparente, il accepte de délivrer la carte d'identité de Madame Y. Elle rayonne en brandissant ses documents. Je prends des photos. Ce moment est l'aboutissement de démarches ayant pris près de deux années. Nous quittons l'hôtel communal. La pluie s'est arrêtée. Nous marchons jusqu'à un arrêt de bus situé dans la chaussée de Haecht. Ce bus nous conduira jusqu'au centre-ville. Nous parlons de l'obtention de revenus pour personnes handicapées et de nos vacances prochaines. À la station Parc, nous reprenons le métro jusqu'à son terminus, la station Erasme. A. et moi laissons Madame Y. aux portes de l'hôpital et nous reprenons le métro en sens inverse. Il

est près de 18h. A. me laisse à la station Gare de l'Ouest. Elle s'engouffre dans les couloirs, sa messagerie vocale déborde de messages.

Cette fonction d'accompagnateur mobile n'est pas exclusive aux équipes Housing First. Depuis quelques années, en Région bruxelloise, un travail de réflexion s'opère pour une reconnaissance institutionnelle de l'accompagnement psycho-social mobile (voir Slimbrouck 2012). En l'état, cependant, cette fonction demeure souvent « hors-cadre », dépendante des initiatives individuelles de travailleurs sociaux. L'une des spécificités du Housing First est de placer l'accompagnement mobile au cœur même de la pratique professionnelle : **« Cela fait partie du descriptif de fonction, on sait à quoi s'attendre. Et la demande était présente chez les locataires, dès le tout début, dès les premières entrées. Si on n'était pas présents pour les soutenir dans certaines démarches, alors elles ne se faisaient pas. Comme l'une de nos missions c'est de pouvoir soutenir la mise en ordre administrative pour que la personne puisse payer son loyer... Cela faisait partie des moyens pour arriver à ça. »** (C., thérapeute au SMES-B).

Ce type d'accompagnement est particulièrement pertinent en regard du public auquel s'adresse le modèle Housing First. La vie en rue affecte la confiance en soi ainsi que la capacité à poser des gestes et des actions en apparence anodins. L'accompagnement physique des personnes peut être une manière de

les aider à se réappropriier leur quotidien. L'accompagnement mobile est également nécessaire dans le cadre des démarches préalables à la réouverture des droits sociaux et à la régularisation administrative. Pour l'essentiel, les locataires des projets Housing First sont, pour survivre, dépendants de l'aide sociale. Ils sont, dès lors, scrutés et soumis à une série de démarches obligatoires. Pour des personnes à peine engagées sur la voie du rétablissement, il est souvent difficile de remplir ces obligations sans la présence et le soutien, parfois au sens physique du terme, d'un accompagnateur.

Le modèle Housing First place la personne et ses demandes au centre de l'accompagnement. Dès lors, ce sont les locataires du projet qui déterminent la nature des accompagnements mobiles, qu'il s'agisse de démarches administratives ou juridiques, d'un rendez-vous médical ou de tâches ménagères.

Au cours de ce chapitre, nous analyserons trois versants de l'impact de l'accompagnement mobile sur les pratiques de travail social :

➤ **L'accompagnement mobile comme instrument du lien**, permettant de stimuler l'émergence du lien dans lequel peut se déployer la relation d'aide. (p57)

➤ **L'accompagnement mobile comme impulsion à l'autonomie**. L'accompagnement de la personne dans des démarches et des activités du quotidien devenant une manière de lui redonner confiance en sa capacité à faire les choses. (p61)

➤ **L'accompagnement mobile : une manière de forcer les seuils**. L'accompagnement physique d'un travailleur – jouant le rôle d'intermédiaire et parfois de tampon avec l'environnement – est parfois la seule manière de forcer les seuils d'accès de l'aide et du soin. (p66)

L'accompagnement mobile : un instrument du lien

L'accompagnement mobile peut être l'instrument du lien, d'une relation basée sur la confiance. Ce type d'accompagnement offre l'occasion de moments particuliers, parfois privilégiés. Durant ces moments, la relation se fait plus horizontale et l'asymétrie du rapport entre le travailleur social et le bénéficiaire s'estompe. Les travailleurs sociaux engagés dans les programmes Housing First ne sont pas avares en anecdotes, qu'il s'agisse de trajets en voiture ou en transports en commun, de séances d'achat, d'un café partagé dans l'attente d'un rendez-vous ou d'un détour par la laverie automatique : « Un beau moment avec X., c'est quand on a été chercher des meubles chez Ikea avec ma voiture. Ça le faisait marrer parce que je m'énervais et je klaxonnais sur d'autres voitures. Ces moments-là permettent de créer un rapport beaucoup plus horizontal. Ce n'est plus seulement un bénéficiaire et un

travailleur social, c'est deux personnes qui vont chez Ikea. Cela crée des duos parfois atypiques. Ce type d'accompagnement, cela permet de créer des moments particuliers, hors du projet et hors des difficultés du quotidien. » (A., psychologue au SMES-B). Ces moments privilégiés ne peuvent être programmés. Il s'agit de parvenir à capter l'énergie du moment. De manière générale, l'accompagnement mobile favorise la relation horizontale : « Dans le lien avec la personne, cela permet de passer des moments off, de parler d'autre chose. C'est super en termes de liens. Si cela se passe bien, cela va renforcer le lien que la personne a avec l'équipe, avec les travailleurs du projet. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Dans les premières semaines, l'accompagnement mobile peut favoriser l'émergence d'un lien de confiance entre l'équipe et les locataires. Il peut également permettre de débloquent des situations où prévalent la méfiance et dans lesquelles le lien ne prend pas : « **L. et M., le trajet en voiture pour aller chercher leurs meubles à la mer, cela a été extrêmement important pour eux. C'est peut-être à partir de là qu'ils ont commencé à faire confiance à l'équipe. Pour M. aussi, on a dû aller de commissariat en commissariat pour refaire sa carte d'identité. Ça a été un moment important, c'est à ce moment qu'un lien a commencé à se nouer entre nous. Pour C. aussi. Elle a des problèmes de mémoire et d'orientation. Les premiers accompagnements [mobiles] étaient hyper laborieux. On a fait un trajet jusqu'à la maison médicale et on cherchait ensemble des repères – des maisons, des arbres – pour qu'elle puisse s'y retrouver et refaire le chemin. On rigolait ensemble, c'est une autre approche, cela crée du lien.** » (Focus group SMES-B, juin 2016).

Enfin, l'accompagnement mobile constitue également un lieu d'observation, presque un outil de diagnostic : « **Les courses, faire à manger, aider la personne à faire le ménage, c'est aussi le moment de voir comment la personne se débrouille, comment elle peut anticiper la préparation d'un repas, comment elle s'oriente dans un supermarché, comment elle gère son budget, comment elle se comporte par rapport aux autres ou par rapport aux démarches administratives.**

C'est super en termes de liens mais aussi en termes d'informations » (M., coordinatrice au SMES-B).

Ces plongées au cœur du quotidien de la personne accompagnée questionnent des schémas bien ancrés dans les champs du travail social. Elles bouleversent également les habitudes des bénéficiaires et soulèvent les enjeux de la multidisciplinarité des équipes : « **Souvent, les locataires ne s'imaginent pas que l'on puisse les accompagner dans ce genre de choses. Ah oui ? Vous faites ça aussi ? Vous pouvez nous accompagner pour faire des courses ? Il y a encore cette image plus normative, plus classique du travailleur social. Et oui, dans l'équipe, tout le monde – psychologue, assistant social, médecin – va potentiellement faire des courses avec les locataires.** » (M., coordinatrice au SMES-B).

Du point de vue du travailleur social, l'accompagnement mobile ne va pas sans soulever certaines difficultés. Il impose de travailler sans filet, de parvenir à cadrer une relation d'aide sans les protections matérielles et symboliques offertes par l'environnement d'une institution. Potentiellement très riches, ces moments peuvent également être exigeants, voire éprouvants : « **C'est des accompagnements chronophages. Tu sais quand ça commence, pas quand ça termine et c'est très compliqué à organiser. La personne peut être dans un état délirant. Elle peut devenir insultante avec les autres. Tu dois être prêt à**

t'interposer dans la salle d'attente, car il peut y avoir des altercations. Il peut y avoir des pétages de plomb. Tu ne sais jamais comment ça va se passer. Tu dois être toujours sur le qui-vive. Cela ne tient pas à grand-chose pour que ça bascule. »

A., psychologue au SMES-B).

Le fait de trouver une bonne distance dans la relation est particulièrement important dans l'accompagnement mobile : « J'accompagnais G. pour ses lessives. C'est quelque chose de très familier, tu rentres dans l'intimité de la personne. J'ai dû rappeler ma place, la relation professionnelle, que je n'étais pas sa fille. Il faut passer au-dessus d'une certaine distance mais il faut garder un bon équilibre. » (A., psychologue au SMES-B).

Tu es le garant de tous ces cadres implicites. Tu es toujours en train de réfléchir à la bonne distance, que ce soit dans la distance physique, dans la parole, les attitudes, etc.

Les corps et leur proximité sont mis en jeu : « Ces accompagnements sont énergivores car tu dois toujours mettre un cadre qui n'est pas évident, pas palpable. Tu dois gérer l'ensemble de la relation · tu dois mettre le cadre de la relation, le cadre de travail, le cadre avec les autres. Tu es le garant de tous ces cadres implicites. Tu es toujours en train de réfléchir à la bonne distance, que ce soit dans la distance physique, dans la parole, les attitudes, etc. » (M., coordinatrice au SMES-B). D'autant qu'il faut soutenir la personne, parfois au sens physique et littéral du terme : « J'étais seule avec X., il avait consommé et il dormait debout. Il devait s'appuyer sur moi ou, sinon, il s'effondrait dans le métro. Je devais le tenir pour qu'il tienne sur sa chaise. Tu es assise à côté de

lui, tu t'interroges sur comment gérer le contact physique. Même chose avec D. et son pied dans le plâtre, il s'accrochait à ma main et à mon bras. Il était physiquement hyper demandeur. Il se jetait par terre dans le tram pour qu'on lui cède la place. Pour Y. aussi, cela a pris trois heures entre De Brouckère et Schaerbeek. Elle insultait les gens dans les transports, elle essayait de les frapper. Elle avait plein de sacs, elle tombait. On a fini par y arriver. » (A., psychologue et M., coordinatrice au SMES-B) ; « À la fin, tu es vidé. Physiquement et psychologiquement. C'est comme si tu étais passé dans une essoreuse. » (C., thérapeute au SMES-B).

Bien souvent, l'accompagnateur doit jouer le rôle de tampon entre le locataire et l'environnement. Il doit le protéger des réactions d'autrui ou de ses propres comportements problématiques. Dans l'urgence du moment, le travailleur peut se mettre physiquement en danger. Cet aspect est bien illustré par ce passage dans lequel la thérapeute et la psychologue du SMES-B accompagnent Monsieur N. pour tenter d'obtenir une hospitalisation en psychiatrie. Monsieur N. est délirant et paranoïaque. Il a des antécédents de passage à l'acte violents. Un jour de visite, des voisins, excédés par les dégradations de l'appartement, se rassemblent devant l'immeuble et menacent de s'en prendre à Monsieur N. avec une

batte de baseball. Les intervenantes doivent faire tampon pour éviter que la situation ne dégénère. Dans le trajet en bus les conduisant à l'hôpital, le comportement de Monsieur N. devient particulièrement erratique et préoccupant : « On était dans le bus, pour aller à l'hôpital en situation de crise totale et N. se met à sortir son couteau et à faire des rituels, des sortes de signes cabalistiques pour se protéger d'attaques invisibles. Il y avait des enfants dans le bus. Nous on s'est positionnés de manière à faire écran. On se disait que si un coup venait à partir, autant que cela soit sur nous. Dans ces situations-là, tu es dans l'adrénaline du moment. »

L'accompagnement mobile comme impulsion

L'accompagnement mobile est une plongée au cœur du quotidien des locataires. Il constitue également une manière d'impulser une action, de mettre la personne en mouvement et de lui permettre de se réapproprier son quotidien : « B. avait vraiment besoin qu'on l'accompagne pour les courses. On a la même chose avec beaucoup de locataires : ils ne savent plus comment faire les courses. Tu les lâches dans un magasin avec 200 euros, ils reviennent avec tout sauf ce dont ils ont besoin. Ils sont perdus. L'idée même de préparer un repas... Ils ne savent plus comment faire. Avec B., on a d'abord essayé de faire des listes de ce dont il avait besoin mais c'était trop compliqué pour lui. C'est à l'intérieur du magasin que tu peux aider : quand la personne se dirige vers quelque chose, tu peux t'interroger avec elle : à quoi ça sert ? Qu'est-ce qu'on peut faire avec ça ? Et puis, quand elle a un panier plein, de se dire : *mais*

est-ce assez pour faire un repas ? Avec B., au début, il achetait de l'huile, des mouchoirs et une boîte de petits pois et puis voilà. Il parlait faire sa semaine avec ça. Petit à petit, on l'amenait à réfléchir : ah oui, et si j'achetais de la viande. C'est un vrai réapprentissage. Ou un apprentissage dans certains cas. » (C., thérapeute au SMES-B).

En accompagnant la personne dans des démarches extérieures ou dans des activités quotidiennes, il ne s'agit pas de se substituer à sa capacité d'action mais, plutôt, de faire avec elle la moitié du chemin : « À un moment, Y., quand j'arrivais il me tendait son linge comme si j'allais aller faire sa lessive. Bon, j'ai dû lui expliquer que ce n'était pas mon job. On peut y aller ensemble mais je ne vais pas le faire à sa place. » (C., thérapeute au SMES-B).

Pour S., assistante sociale au SMES-B : « Il s'agit d'initier quelque chose, de leur montrer comment on nettoie, pas de récupérer l'appartement à leur place. » Dans certains cas, cependant, le locataire est dans l'impossibilité de poser ces actions du quotidien. Se pose alors la question du recours à des structures spécialisées, telles que les aides familiales ou ménagères.

L'accompagnement mobile doit demeurer un outil permettant à la personne de reprendre

Impulser le mouvement nécessite, dans certains cas, une part de ruse. Il s'agit de biaiser pour dépasser les angoisses et les blocages que le locataire s'impose.

confiance en elle et en sa capacité à faire les choses : **« Il faut leur laisser de la place dans l'accompagnement, pour qu'ils reprennent confiance en eux. Ils ne doivent pas se rendre compte que l'accompagnement était nécessaire. L'idée, c'est qu'ils se disent : *tiens, mais en fait, je n'avais pas besoin qu'ils viennent, j'aurais pu le faire tout seul.* L'idée est de leur redonner confiance en leur capacité à faire les choses. De les réassurer sur leur capacité d'action. »** (S., assistance sociale au SMES-B).

Le rôle de l'équipe d'accompagnement est souvent celui d'une béquille : **« Notre présence sert aussi à réassurer la personne**

quand elle n'a plus l'habitude de faire un certain nombre de choses. Puis, il y aussi quelquefois beaucoup de confusion dans ce qui est à faire ou ne pas faire, dans ce qui est à dire et pas à dire. Au final, pourtant, il s'avère souvent que les locataires s'en tirent très bien tout seuls. Notre présence ne fait que les réassurer, un peu comme une béquille. » (C., thérapeute au SMES-B). L'accompagnement, lors de démarches administratives ou juridiques, donne un caractère directement palpable au travail effectué par les équipes Housing First : **« C'est hyper satisfaisant pour ceux qui oublient toujours leurs rendez-vous, parce qu'ils ont des problèmes de mémoire ou une tendance à la procrastination. C'est quelque chose de concret, avec un résultat. Ça les renforce, ça les pousse à bouger, à se remettre en route pour faire des démarches. Ne serait-ce que d'aller faire des machines à la laverie, ça donne un caractère palpable et concret à notre démarche de travail. »** (A., psychologue au SMES-B).

Impulser le mouvement nécessite, dans certains cas, une part de ruse. Il s'agit de biaiser pour dépasser les angoisses et les blocages que le locataire s'impose : **« Par exemple avec R., les entretiens psy, l'idée était de trouver un endroit où faire le lien pour continuer le travail ensemble. Lui m'expliquait que c'était quelque chose qui l'effrayait que de rentrer dans un service qu'il ne connaissait pas. Franchir les portes alors qu'il ne connaissait pas les personnes, ça lui semblait juste insurmontable. Alors,**

j'ai dû ruser. Je savais que si j'allais chez lui, on ne partirait jamais. Il aurait toujours eu une bonne excuse. Je lui ai donné rendez-vous devant le café en face de chez lui parce que je savais que si j'allais chez lui, il allait me dire que non il n'était pas prêt. Non finalement, on n'y va pas. Tandis que là, le pas était déjà presque franchi. » (A., psychologue au SMES-B).

Initier le mouvement est également une entreprise de décroisement. Il s'agit de se défaire des carcans du monde de la rue ou de l'aide aux sans-abri, de se connecter à de nouvelles ressources, de nouveaux réseaux. Il s'agit également de travailler à sortir de l'isolement qui, dans plusieurs cas, accompagne l'entrée en logement :

« Les locataires sont souvent confrontés à la solitude. C'est pour ça que je prône l'approche par 'le faire'. Parce qu'on a affaire à des personnes qui restent seules dans leur logement toute la journée, qui sont fort isolées. Pour beaucoup, pour qu'ils puissent s'appuyer sur leurs propres ressources, ils doivent être lancés vers l'extérieur. Les accompagner vers l'extérieur, aller faire des choses, comme aller voir un médecin, dans un premier temps, c'est là qu'on peut les aider. Moi, le bien-être me semble lié au social, on pourrait vraiment aider en les tournant le plus possible vers l'extérieur et, de là, des choses positives peuvent émerger. Certains sont dans un parcours d'autonomisation. On a un locataire qui travaille, certains sont dans la projection – comme suivre une formation ou des projets

de cours de kung-fu – et même si ça n'aboutit pas toujours, ça veut dire que la machine est lancée et ça, c'est génial. » (N., pair-aidant au SMES-B).

On touche ici à la spécificité des apports de la pair-aidance intégrée à l'équipe Housing First du SMES-B depuis juin 2015. La pair-aidance est, dans le contexte du travail social en Belgique francophone, une fonction innovante. Concrètement, il s'agit d'intégrer, au sein d'équipes d'intervention psycho-médico-sociale, des usagers – ou des ex-usagers – de services sociaux ou de services de santé mentale. L'expertise particulière du pair-aidant tient à ses expériences personnelles et à son propre parcours de rétablissement. La pair-aidance propose une approche centrée sur le « faire » complémentaire aux approches analytiques du « dire » caractérisant souvent l'intervention psycho sociale. La « pair-aidance santé mentale et précarité » est un métier émergent du social. Elle fait l'objet, depuis 2016, d'une formation universitaire dispensée à l'Université de Mons (voir Le Cardinal *et al.* 2013).

Avec Y.,
l'approche par la parole ne me
semblait pas être la plus idéale.
On a tenté de proposer une
approche par 'le faire', quelque
chose de plus horizontal.

Une approche par « le faire » : blocage et pair-aidance

Monsieur Y. est un homme d'environ 45 ans. Il est entré dans le programme Housing First du SMES-B dans le courant du mois de janvier 2014. Après deux années de suivi, le lien unissant Monsieur Y. à l'équipe d'accompagnement demeure fragile et problématique. Monsieur Y. souffre de ruminations et de troubles dépressifs graves. Il est également pris dans des dynamiques familiales complexes et douloureuses. Pour les intervenants, les visites chez Monsieur Y. ont quelque chose d'épuisant. Ils doivent faire face à un mur de logorrhée, comme si Monsieur Y. cherchait à faire obstacle au lien en parlant sans cesse : « **Les visites à domicile chez Y., on s'est rapidement dit que ça tournait en rond. On était toujours confrontés aux mêmes difficultés. Y. souffre de ruminations et, à chaque rencontre, cela tournait autour des mêmes sujets, toujours**

les mêmes sujets. Y. est sans cesse dans le monologue, c'est très difficile d'entamer un dialogue, une conversation avec lui. En plus, Y. a tendance à rester évasif et à cloisonner les choses. C'est difficile de démêler le vrai du faux et d'être au clair par rapport à ses demandes. C'est quelqu'un de très fermé, qui a une forme de pudeur par rapport à sa vie privée. Il préfère laver son linge sale en famille plutôt que de faire appel à un assistant social. » (N., pair-aidant au SMES-B).

L'accompagnement de Monsieur Y. a quelque chose de désespérant, d'autant que les difficultés sont bien présentes : difficultés familiales, souffrance psychique et irrégularités dans le paiement des loyers qui le mettent en danger d'expulsion : « Les visites nous paraissent stériles. Il n'y a pas de discussion, rien de concret. On l'apaise, on lui montre que tout ne va pas si mal mais, la semaine suivante, on le retrouve dans le même état. » N. – qui expérimente la pair-aidance au sein des équipes Housing First depuis juin 2015 – propose alors de tenter une approche centrée sur « le faire ». Il prend appui sur quelque chose que Monsieur Y. amène de manière récurrente, son attrait pour les activités sportives : « Avec Y., l'approche par la parole ne me semblait pas être la plus idéale. On a tenté de proposer une approche par 'le faire', quelque chose

de plus horizontal. On a voulu s'appuyer sur quelque chose qui lui amenait du plaisir. J'ai proposé de faire du sport, qu'on aille courir ensemble. Bon, courir, ça n'a pas marché. Chaque fois que j'arrivais chez lui, il n'était pas bien ou pas prêt. Du coup, on a été faire plusieurs balades, pour le sortir de chez lui. Cela a déclenché un dialogue plutôt qu'un monologue. Alors, on a été faire du foot ensemble. Et c'était fructueux. Dans ces moments-là, Y. sortait de ses ruminations. On était dans l'échange. Des choses qui n'avaient pas été dites avant sortaient sur le tapis. Ça a permis d'engager un échange plus franc, d'être plus au clair par rapport à ses demandes. C'était une des seules pistes avec Y : l'activité, 'le faire', l'amener dans quelque chose tournée vers l'action. »

L'accompagnement mobile : une manière de forcer les seuils

Les services sociaux et administratifs prennent, parfois, l'allure de forteresses imprenables. Les modalités d'attentes et de comportements qu'ils imposent sont souvent angoissantes pour un public fragilisé par la vie en rue, les troubles psychiatriques ou l'addiction. À certains moments, il leur est impossible d'accomplir ces démarches de manière autonome. La présence physique d'un travailleur social – jouant le rôle d'intermédiaire et parfois de tampon avec l'environnement – est parfois la seule manière de forcer les seuils : « **On se rend compte que pour certaines demandes, quand il y a eu de multiples refus, la personne ne voudra plus y aller. La présence d'un travailleur social pour soutenir la demande, c'est parfois la seule chance pour que ça aboutisse. C'est ce qui s'est passé avec**

Madame Y. [voir chapitre 2]. Elle n'avait pas tous les documents nécessaires avec elle. C'est parce qu'on était là avec elle, parce qu'on n'a pas lâché que le gars a accepté de lui donner sa carte d'identité. Certaines institutions dysfonctionnent tellement, avec des files de quatre ou cinq heures, que ça devient dissuasif. Une heure et demie ou deux heures d'attente, rien que pour avoir un ticket, pour certaines personnes, c'est impossible à assumer. » (C. et A., thérapeute et psychologue au SMES-B).

Certains locataires peuvent consciemment utiliser la présence du travailleur social comme un outil permettant de faire aboutir leurs démarches : « **D., par exemple, il demandait pour être accompagné au CPAS alors que c'est quelqu'un de très autonome. Il est parfaitement capable de formuler les demandes seul. Mais il sait comment fonctionne le système aussi. Il sait que s'il vient accompagné par quelqu'un du projet, il aura plus de chances d'être respecté et entendu.** » (S., assistante sociale au SMES-B). Ces seuils interrogent la nature même des services d'aide sociale et des services administratifs : « **C'est des services qui sont là pour apporter une aide. C'est**

très questionnant, tous ces seuils. Tu te rends compte que sans la présence d'un travailleur social, cela n'aboutit pas et la personne ne reçoit pas d'aide. Et même avec la présence d'un travailleur social, ce n'est pas une garantie. » (C., thérapeute au SMES-B). Cette question des seuils d'accès est particulièrement alarmante dans le cas des structures hospitalières.

En Région bruxelloise, l'accès aux soins des franges les plus précarisées de la population constitue un enjeu extrêmement préoccupant. Les sans-abri, fragilisés par la vie en rue, constituent probablement l'un des publics ayant le plus besoin de soins. Paradoxalement, c'est celui qui y a le moins accès. Le public précarisé est particulièrement démuné devant les seuils d'accès mis en place par des structures de soins saturées : procédures d'admissions et de pré-admissions irréalistes, longueur des délais d'attente pour les centres résidentiels ou les hospitalisations, etc. Plus encore, la réticence des structures hospitalières à accueillir le public le plus précarisé est explicite : « Ils sont considérés comme les pires clients pour un hôpital. Ils arrivent dans des états d'hygiène abominable, ils sont défoncés, ils ne savent pas se tenir. La régularité de leur situation administrative suscite des doutes, même si elle est en ordre. Et puis, ce sont des personnes qui ne peuvent pas rester cinq heures dans une salle d'attente sans consommer de l'alcool. Ce sont eux qui ont le plus besoin de soins mais ce sont eux qui y ont le moins accès. C'est assez clair, les hôpitaux ne veulent pas de personnes dans cet

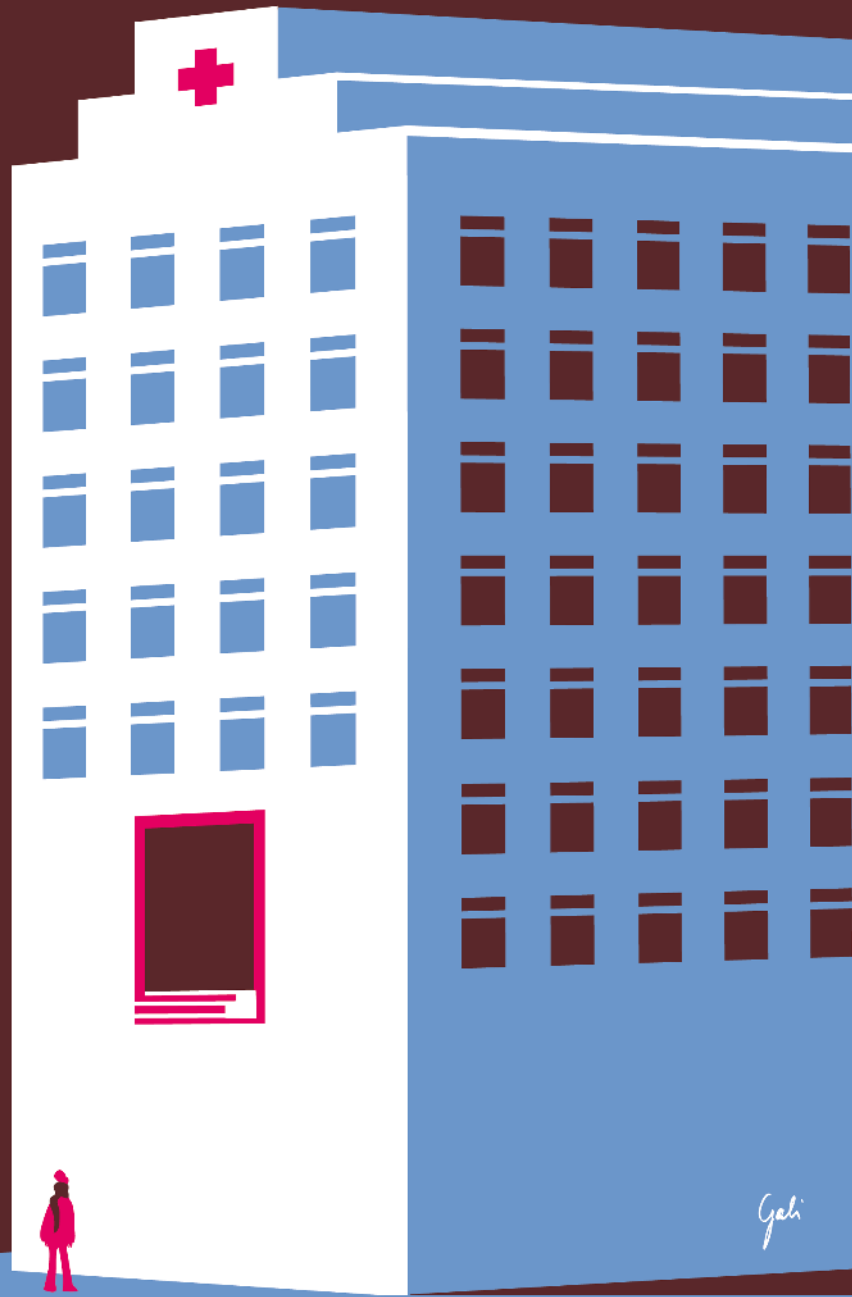
Tu te rends compte que sans la présence d'un travailleur social, cela n'aboutit pas et la personne ne reçoit pas d'aide.

état-là. Toutes les excuses sont bonnes pour ne pas les admettre. Et du coup, on fait quoi ? Qui est là pour les prendre en charge ? » (M., coordinatrice au SMES-B).

Dans le cas des consommateurs actifs, un frein dans l'accès aux soins est également le fait d'un jugement rapide, d'une relégation des problématiques somatiques aux seules pratiques de consommation : « Un frein dans l'accès aux soins c'est que la problématique est posée très vite. Après un long délai dans la salle d'attente, la plupart des personnes sont renvoyées chez elles parce qu'on réduit leur situation à un problème d'alcool. Si, par exemple, tu as une personne alcoolisée et suicidaire, on la renverra chez elle en disant qu'il s'agit d'un problème d'alcool. Et on ne prendra pas en charge le côté suicidaire parce que la personne est bourrée. C'est la même chose pour des pathologies somatiques. Dans les hôpitaux, elles sont masquées par la consommation, qui peut être extrême. On met tout sur le compte de la consommation sans investiguer le côté somatique.

C'est toute la question de la prise en charge hospitalière des consommateurs actifs. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Dans le cadre des projets Housing First, la stabilisation en logement permet un formidable pas en avant dans l'accès à des soins appropriés. Les projets mettent en place, en effet, une série de facilitateurs dans le rapport au monde médical en intégrant des médecins dans les équipes d'accompagnement, ou en établissant des partenariats avec des maisons médicales soucieuses de s'ouvrir au public précaire. La question demeure, pourtant, sensible et complexe : pour les locataires des projets Housing First, l'accès aux soins continue à prendre l'aspect d'un parcours du combattant à l'issue potentiellement fatale.



Gali

Monsieur A. devra patienter quatre heures avant de rencontrer un assistant psychiatre. Celui-ci refuse de l'admettre et lui conseille de tenter de se faire hospitaliser pour une plainte somatique.

Les seuils du soin hospitalier

Monsieur A. est entré dans le dispositif Housing First du SMES-B en décembre 2013. Il a connu la rue durant plus d'une quinzaine d'années. La santé de Monsieur A. est particulièrement fragile. Il est atteint de troubles respiratoires, d'une hépatite C et montre une mobilité réduite. Monsieur A. est sous traitement de méthadone tout en consommant activement différents produits : cocaïne, cannabis, médicaments détournés et alcool en grande quantité. Sa consommation peut, en fonction de cycles d'abstinence et de rechutes, prendre un caractère extrême et cataclysmique.

En novembre 2014, Monsieur A. se sent prêt à effectuer une cure de sevrage et une postcure. Il introduit, avec le soutien de l'équipe Housing First, une demande d'admission auprès d'une clinique spécialisée. Son profil est jugé trop lourd et sa demande refusée. En décembre de la même année, l'équipe d'accompagnement obtient un rendez-vous auprès du service de gastro-entérologie

d'un grand hôpital bruxellois. Le jour du rendez-vous, Monsieur A. est refoulé pour raison administrative. Quelques jours plus tard, son médecin traitant parvient à lui obtenir un rendez-vous en médecine interne. L'objectif du médecin traitant est que Monsieur A. intègre l'unité psychiatrique de l'hôpital pour y effectuer un sevrage. L'hôpital temporise. Le service de médecine interne renvoie Monsieur A. vers une équipe de travailleurs sociaux dont la mission est de faire le lien entre l'hôpital et les patients toxicomanes.

Le 24 décembre, lors d'une visite à domicile, l'équipe Housing First retrouve Monsieur A. dans un état de surconsommation alarmant. La thérapeute du projet décide de l'accompagner aux urgences pour une prise en charge et un sevrage. L'hôpital est averti de l'arrivée de Monsieur A. par le psychiatre d'un centre de santé mentale et par le service de liaison toxicomanie évoqué plus haut. Monsieur A. devra néanmoins patienter quatre heures avant de rencontrer un assistant psychiatre. Celui-ci refuse d'admettre Monsieur A. et lui conseille de tenter de se faire hospitaliser pour une plainte somatique. Monsieur A. n'a plus la patience d'attendre et quitte l'hôpital. Quelques jours plus tard, l'équipe Housing First prend contact avec le service social de l'unité psychiatrique de l'hôpital. Elle

obtient un rendez-vous pour organiser un entretien de pré-admission en vue d'une hospitalisation pour sevrage.

Début janvier 2015, Monsieur A. est percuté par une voiture. Il est hospitalisé aux soins intensifs d'un autre grand hôpital bruxellois et opéré au pied. L'équipe Housing First fait part de son inquiétude au médecin en charge du service et demande un transfert vers le service psychiatrique. La demande, jugée hors procédure standard, est refusée. L'équipe Housing First demande à être prévenue de la sortie de l'hôpital de Monsieur A. Trois jours plus tard, il sort de l'hôpital plus rapidement que prévu. L'équipe Housing First n'est pas avertie.

Deux jours plus tard, un travailleur de rue retrouve Monsieur A. inconscient dans une gare. Il est emmené aux urgences. Il est renvoyé de l'hôpital au milieu de la nuit sans argent et sans les clés de son appartement. Une semaine plus tard, l'équipe attend Monsieur A. à l'hôpital pour l'accompagner à son rendez-vous de pré-admission. Il ne viendra pas. Il est décédé la veille dans son appartement. Son corps a été trouvé par la police, alertée par le service de distribution de repas à domicile. Monsieur A. avait 52 ans.

En guise d'hospitalisation, Monsieur C. passera la nuit étendu sur une civière dans un couloir de l'hôpital. Il sera mis à la porte le lendemain matin pour raisons administratives.

En octobre 2014, au moment d'intégrer son appartement, **Monsieur C.** a 48 ans. Il vit en rue depuis sept ans. Il consomme des médicaments détournés ainsi que de très grandes quantités d'alcool. Monsieur C. souffre de troubles dépressifs graves avec tendances suicidaires et autodestructrices marquées. Il lui est extrêmement difficile de se mobiliser pour effectuer des démarches administratives et médicales. Dès son entrée en logement, il demande à être hospitalisé en raison de sa consommation d'alcool et de médicaments.

Le 14 novembre 2014, un mois après son entrée en logement, Monsieur C. est hospitalisé en psychiatrie. L'objectif de

l'hospitalisation est le sevrage d'alcool. Un protocole est mis en place en concertation avec Monsieur C., l'équipe Housing First et le psychiatre responsable du service. Ce protocole prévoit :

L'hospitalisation de Monsieur C. jusqu'à la fin du mois de janvier. La mise en place d'un suivi ambulatoire par le psychiatre d'un centre de santé mentale.

La prise en charge des démarches administratives par l'équipe Housing First. La recherche, par l'équipe Housing First, d'une formation en néerlandais, d'un bénévolat et d'un chat.

Monsieur C. signifie, de manière claire et explicite, que sa sortie doit être préparée le plus lentement et le plus sereinement possible. Le 15 décembre 2014, le psychiatre de la clinique contacte l'équipe Housing First. Monsieur C. a été expulsé sans préavis suite à la découverte dans sa chambre d'un joint de haschich et d'un comprimé d'un médicament acheté en rue. Cette expulsion prématurée va mettre à mal l'accompagnement entrepris par l'équipe Housing First. Son expulsion de la clinique est vécue comme une douloureuse injustice. Très rapidement, Monsieur C. reprend ses habitudes extrêmes de consommation. Son état physique et mental se dégrade fortement.

Le 22 janvier 2015, lors d'une visite à domicile, l'équipe constate l'état extrêmement inquiétant de Monsieur C. : surconsommation d'alcool et de médicaments, discours morbide et risque de passage à l'acte violent envers lui-même. Les intervenantes préviennent deux psychiatres qui collaborent au projet Housing First. Tous deux contactent les urgences d'un hôpital bruxellois et insistent sur la nécessité d'une admission. Une fois à l'hôpital, cependant, Monsieur C. et l'équipe Housing First doivent patienter plusieurs heures et insister à plusieurs reprises avant de voir un psychiatre. Monsieur C. est en manque d'alcool et extrêmement agité. Après de multiples tractations, l'hôpital accepte de l'admettre. L'équipe Housing First se retire. En guise d'hospitalisation, Monsieur C. passera la nuit étendu sur une civière dans un couloir de l'hôpital. Il sera mis à la porte le lendemain matin pour raisons administratives.

Malgré ces expériences difficiles, Monsieur C. continue à vouloir effectuer un sevrage. Après un rendez-vous de pré-admission, une hospitalisation est prévue pour le 10 février. Le jour venu, Monsieur C. se présente à l'accueil de l'hôpital. Son admission est refusée. L'hôpital prétexte l'absence d'un réquisitoire du CPAS. L'équipe Housing First contacte le responsable du service social du CPAS auquel Monsieur C. est affilié. Son

discours est sans appel : Monsieur C. étant en ordre de mutuelle, l'hôpital n'a aucune raison légale de refuser son admission. Après s'être entretenue avec le CPAS, l'administration de l'hôpital maintient son refus d'admettre Monsieur C. L'équipe Housing First maintient la demande de sevrage et tente d'obtenir un réquisitoire auprès du CPAS.

Le 13 février, Monsieur C. est hospitalisé dans un autre hôpital pour un problème respiratoire. L'équipe Housing First tente d'obtenir qu'il soit transféré en psychiatrie à la fin de l'hospitalisation. Il est à nouveau refusé pour des raisons administratives fallacieuses. Le 16 mars 2015, le CPAS accorde à Monsieur C. un réquisitoire couvrant ses frais d'hospitalisation et une place se libère à l'hôpital. Il entre à l'hôpital pour effectuer, comme il le désirait, un sevrage d'alcool et de médicaments. cinq mois, de multiples démarches et le soutien constant d'une équipe de travailleurs sociaux auront été nécessaires pour répondre à cette demande de prise en charge.

La réponse est à chaque fois identique : les hôpitaux ne peuvent recevoir Monsieur N. aujourd'hui.

Lors d'une visite à domicile, deux intervenantes de l'équipe Housing First retrouvent **Monsieur N.** amaigri et à bout de force. Il est extrêmement délirant et persuadé d'être victime d'attaques invisibles et d'empoisonnements émanant à la fois de l'intérieur et de l'extérieur de son logement. Les relations avec les voisins, fortement dégradées depuis plusieurs semaines, prennent un tour violent. Un attroupement se forme et un voisin menace de frapper Monsieur N. avec une batte de baseball. Monsieur N. ayant des antécédents de passages à l'acte violents importants, l'équipe craint une confrontation et s'interpose physiquement entre les protagonistes. Les intervenantes parviennent à éloigner Monsieur N. de son domicile. Il leur explique avoir beaucoup vomi la veille parce qu'il a mangé de la nourriture empoisonnée. Il a appelé une ambulance et a été admis pour la nuit aux urgences. Malgré son état psychique manifestement dégradé, il a été autorisé à sortir le lendemain matin. Il explique également à l'équipe qu'il ne lui est plus possible de rester en logement. Monsieur N. a saccagé son appartement qu'il ressent comme un environnement hostile. Il dit ressentir le besoin d'être hospitalisé, soigné et protégé [voir chapitre 1].

L'équipe contacte quatre hôpitaux différents, dont celui qui l'a admis la veille. La réponse

est à chaque fois identique : les hôpitaux ne peuvent recevoir Monsieur N. aujourd'hui. Il faut programmer un rendez-vous de pré-admission, ce qui peut prendre plusieurs semaines. Un cinquième hôpital accepte d'organiser un rendez-vous de pré-admission le jour même.

Après une attente assez longue, Monsieur N. et l'accompagnatrice sont reçus, pour une raison obscure, par un médiateur culturel. Dès que Monsieur N. évoque son dosage de méthadone très important [voir chapitre 1], le dialogue s'interrompt. Personne dans l'hôpital ne veut prendre la responsabilité d'admettre Monsieur N., bien que tout le monde s'accorde sur la nécessité de le faire. Le cas doit être débattu en équipe et Monsieur N. doit attendre le lendemain pour une réponse.

L'équipe se dirige vers l'hôpital le plus proche, le sixième. Après quatre heures d'attente, et en ayant expliqué la situation au personnel, l'accompagnatrice décide de laisser Monsieur N. à l'hôpital. Il est plus de 21h. Aux alentours de 23h, un médecin contacte un membre de l'équipe. Il demande pourquoi Monsieur N. est aux urgences. Tôt le lendemain matin, une intervenante se rend sur place. Monsieur N. attend toujours aux urgences. Il n'a pas encore vu de médecin. L'intervenante insiste pour que Monsieur N. soit reçu par un psychiatre. Après quelques

heures supplémentaires d'attente, un médecin explique qu'il faudra attendre le changement d'équipe de l'après-midi. Il parle d'un malentendu, d'un « oubli » du psychiatre de garde. Finalement, avec toute l'insistance de l'équipe, Monsieur N. rencontre un assistant en psychiatrie. Devant le risque de passage à l'acte violent, l'assistant décide d'hospitaliser Monsieur N. Il est plus de 18h. L'hospitalisation de Monsieur N., dans une situation manifestement urgente, mettra plus de 24h et aura nécessité des contacts avec six hôpitaux. Son hospitalisation durera trois mois. Elle n'aurait pas eu lieu sans la présence physique et la ténacité de travailleurs sociaux.



LE LOGEMENT

L'objectif de notre étude est de mettre en lumière la face cachée du Housing First : le travail quotidien et les pratiques d'accompagnement mises en œuvre par les équipes d'intervention. Pour autant, il faut veiller à ne pas tordre le bâton dans l'autre sens. Le logement n'est pas uniquement la toile de fond de l'accompagnement. Il constitue, dans ses dimensions matérielles, sociales et psychologiques, un élément essentiel du processus de rétablissement.

En Région bruxelloise, le logement est une ressource rare et convoitée. La crise de l'accès au logement, particulièrement marquée au niveau des loyers les plus bas, affecte

essentiellement les franges précarisées de la population. Le secteur du logement social, en état de saturation permanente, peine à faire rempart. En 2013, lorsque le Housing First émerge en Région bruxelloise, les personnes identifiées pour intégrer le programme ne manquaient pas. Les logements, par contre, faisaient défaut.

Grâce à un travail constant de « captation de logement » et de plaider, les porteurs de projets ont su dépasser cette phase angoissante de pénurie. Trois années après la mise en route du programme, ils disposent d'un ensemble appréciable de logements, essentiellement captés sur le marché locatif social et assimilé. Les projets



disposent également de partenariats solides et efficaces avec des sociétés de logement social, des agences immobilières sociales et des CPAS. D'un point de vue politique, l'expérience bruxelloise du Housing First a permis à la problématique du sans-abrisme de reconquérir un champ dont elle n'aurait jamais dû s'éloigner : celui des politiques de logement. **Le Housing First montre comment le monde associatif peut devenir un pôle de création de logement plutôt que le parent pauvre d'un marché locatif sous tension.** Cette captation de logement demande un travail presque quotidien. Les projets du SMES-B et d'Infirmiers de rue ont, dès lors, étoffé leurs équipes d'un poste de responsable du volet logement, dit créateur de logement. Cette fonction, quelque peu décentrée par rapport au travail d'accompagnement, gère l'ensemble des aspects liés au logement : rapports avec les bailleurs, suivi des problèmes techniques, prospection du marché, etc. Ce poste est particulièrement important dans la mesure où il rend effective la scission du logement et de l'accompagnement.

Du point de vue de l'accompagnement, on ne saurait sous-estimer l'impact de l'entrée en logement sur des personnes ayant connu la rue durant de longues périodes. Le « choc des quatre murs » peut être rude et anxiogène. La nécessité de réapprendre la vie en logement et les difficultés à se réapproprier

l'environnement matériel du logement sont souvent mises en avant. Elles doivent, pourtant, être quelque peu relativisées. Sur le long terme, elles ne concernent qu'une minorité de locataires atteints de formes graves de troubles psychotiques [voir chapitres 1 et 4]. Dans la plupart des cas, elles sont surmontées après quelques semaines ou quelques mois : **« Dans les premiers mois, il faut parfois accompagner la personne dans des choses très pratiques · dormir dans un lit, avoir des clés, fermer et ouvrir la porte, ne pas perdre les clés, comment fonctionne un four, faire des courses... Ce genre de choses. Mais, souvent, ce n'est qu'une étape qui n'a qu'une importance relative sur le fait de vivre en logement. »** (P., médecin, Infirmiers de rue). Le modèle Housing First montre que la personne sans-abri en situation de double diagnostic est apte à vivre en logement de manière autonome pour autant qu'on lui permette l'accès à un accompagnement adapté.

Au cours de ce chapitre, nous envisagerons les manières par lesquelles le logement et l'accompagnement constituent les deux faces d'une même pièce.

→ La première section – **le logement, outil d'accompagnement** – montre toute l'importance des caractéristiques matérielles et de la qualité du logement. Des « détails » – tringles de rideau qui tombent, toilettes bouchées, traces d'humidité sur les murs, sonnette défectueuse – peuvent venir parasiter tout l'espace de l'accompagnement et paralyser la relation d'aide. Ils peuvent accaparer toute l'attention du locataire, l'empêchant de déployer son énergie dans d'autres domaines du quotidien. (p80)

→ Dans la seconde section – **la phase critique** – nous nous intéresserons aux premiers mois qui suivent l'entrée en logement. Pour les équipes d'accompagnement, cette période demande une vigilance de tous les instants. Pour le locataire, la transition entre la rue et le logement peut être anxiogène et brutale. Ce « choc des quatre murs » peut s'accompagner de sentiments de solitude ou d'une flambée des pratiques de consommation. Enfin, après la brutalité de la vie en rue, les barrières

de défense se relâchent, laissant le corps vulnérable à la résurgence de problèmes somatiques. (p85)

→ La troisième section – **la non dispersion du logement** – s'intéresse à la concentration de plusieurs locataires dans un même immeuble. Ce type de regroupements, fréquent dans les développements européens du Housing First, ne sont pas prévus par le modèle américain original. À condition d'être encadrée par les équipes d'accompagnement, cette concentration peut devenir une ressource pour le rétablissement des personnes. (p90)

→ Enfin, la section – **un logement. Et puis un autre** – s'attache aux processus entourant l'expulsion ou la perte du logement. L'expulsion fait peur. Pourtant, elle ne constitue pas un aveu d'échec, ni dans le chef du locataire, ni dans celui des équipes d'accompagnement. C'est là l'une des forces du modèle Housing First : affirmer l'inconditionnalité du lien par-delà la sortie du logement. (p94)

Le logement, outil de l'accompagnement

Les premiers mois du Housing First en Région bruxelloise ont été marqués par l'angoisse liée à la pénurie du logement : « **Au début, on était déjà bien contents si on trouvait un logement. On n'était pas très exigeants au niveau de la qualité et on ne s'est pas trop soucié non plus des interlocuteurs. On a assez vite déchanté. Les gens voulaient s'installer, investir le logement mais, très vite, des détails faisaient que c'était beaucoup plus difficile que prévu.** » (P., médecin, Infirmiers de rue). Les détails en question sont d'ordre matériel : installations vétustes, canalisations défectueuses, isolation médiocre, appartements aux limites de la salubrité. En entrant dans leur appartement, les locataires basculent dans une nouvelle vie. Cette phase de transition peut être anxiogène. **Les défauts matériels** – qu'il s'agisse d'une toilette bouchée ou de taches d'humidité sur le mur – **peuvent revêtir**

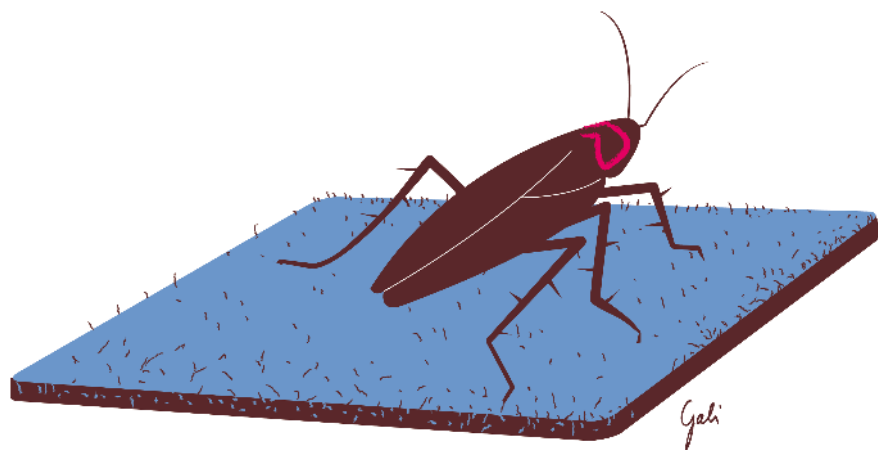
une importance démesurée. Ils peuvent devenir source d'angoisse et donner corps à des représentations négatives du type : je n'y arriverai jamais ; vous voyez bien, ça ne marchera pas. Dans certains cas, ils peuvent contribuer à paralyser l'accompagnement et à grever, pendant plusieurs mois, le rétablissement du locataire. La mauvaise qualité des appartements a également des répercussions sur les intervenants sociaux : « Cela peut être extrêmement frustrant pour les équipes de ne pouvoir parler que du robinet qui coule ou de devoir s'improviser technicien alors qu'il y a des choses extrêmement urgentes à faire en matière d'accompagnement. » (P., médecin, Infirmiers de rue).

"Monsieur n'a qu'à se débrouiller
six mois sans sonnette."

Des vices cachés

Monsieur F. est un homme de 46 ans. Il a passé près de 20 années en rue. Il suit un traitement de méthadone tout en consommant de l'alcool, des médicaments détournés et, sans doute, d'autres substances. En raison d'un syndrome de Korsakoff, il souffre de problèmes de mémoire et de désorientation. Monsieur F. est ravi lorsque, à l'été 2014, il découvre l'appartement proposé par Infirmiers de rue. Il s'agit de l'un des premiers logements du projet. Dans l'immeuble, l'appartement de Monsieur F. est le seul à être géré par une agence immobilière sociale. Les autres appartements appartiennent à différents propriétaires privés.

Rapidement, des difficultés d'ordre matériel apparaissent dans l'appartement. Monsieur F. les vivra très mal. Il parle de vices cachés, de dissimulations de la part de l'équipe. La première manifestation est une sonnette qui ne fonctionne pas. Elle engendre, chez Monsieur F., un fort sentiment d'angoisse et



complique l'accompagnement. De par ses problèmes de mémoire, il perd ou oublie souvent son téléphone portable. Sans sonnette, il est souvent difficile pour l'équipe de parvenir à le voir. Les propriétaires de l'immeuble se drapent derrière des attermoiments très peu respectueux du locataire. Ils ne veulent pas intervenir dans l'immédiat en prétextant des travaux de rénovation dans les six mois. Le message est clair : « *Monsieur n'a qu'à se débrouiller six mois sans sonnette.* » Quelques semaines plus tard, une fuite dans l'appartement du dessus va provoquer un effondrement du plafond de Monsieur F. Les deux appartements appartiennent à des propriétaires différents. Assez classiquement, les différentes parties vont se renvoyer la balle des responsabilités,

contraignant Monsieur F. à vivre avec un trou au-dessus de sa tête durant plusieurs semaines.

Ces difficultés matérielles et le peu d'empressement des propriétaires à les résoudre seront très mal vécus. Elles vont paralyser l'accompagnement et mettre à mal le lien unissant Monsieur F. à l'équipe d'intervenants : **« Les conditions de logement prenaient tout l'espace de l'accompagnement. On ne parlait plus que de détails techniques. F. a commencé à penser que tout était de notre faute, que c'est nous qui l'avions mis dans cette situation. C'est quelqu'un de très angoissé, il avait l'impression qu'on lui avait menti. Du coup, ça devenait très compliqué de travailler avec lui. Ça le rendait paranoïaque et il avait l'impression que tout allait mal à cause de nous, à cause du projet. Ça a bien duré six mois. Jusqu'au déménagement. »** (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

Après quelque mois, l'agence immobilière sociale va proposer à Monsieur F. et au projet un nouvel appartement : **« Ça arrangeait bien tout le monde. F. voulait partir et, en même temps, à cause de plaintes de voisins, il n'était pas très loin de l'expulsion. Des amis à lui avaient fait plusieurs fois du bruit. La police**

a même dû intervenir. En même temps, l'agence immobilière sociale voulait se débarrasser de cet appartement, parce que la situation était compliquée et que les relations étaient tendues avec les propriétaires. Au final, tout le monde était content. »

Monsieur F. emménage de l'autre côté du canal. Bien qu'il soit satisfait de son nouvel appartement, les relations demeurent dans un premier temps tendues. Et puis, un déclic se produit. Dans son nouvel appartement, il n'est plus uniquement focalisé sur des défauts matériels. L'équipe d'accompagnement dispose d'espace pour travailler et Monsieur F. peut déployer son énergie à autre chose. Il va commencer à contrôler sa consommation d'alcool et à se projeter dans le futur. Il va également diminuer son dosage de méthadone et entamer une série de démarches administratives et médicales de manière autonome. Il serait exagéré d'établir une relation de cause à effet directe entre le « déclic » de Monsieur F. et le nouvel appartement. Le changement s'inscrit également dans la durée. Il survient après près d'une année de sortie de rue et de suivi par le projet. Il est néanmoins certain que l'appartement a joué un rôle essentiel dans le processus de rétablissement.

Des difficultés, telles que celles rencontrées par Monsieur F., sont courantes. Elles vont amener les équipes à être plus attentives à la qualité des appartements, aux manières par lesquelles accompagnement et logement se répondent : « **On a appris à être très prudents avec la qualité des logements. C'est essentiel. On a beaucoup d'exemples négatifs. C'est une source de stress pour le patient et pour l'équipe alors que c'est quelque chose que l'on peut régler en amont. C'est important de prendre des précautions pour que l'état de l'appartement n'interfère pas avec l'accompagnement ou avec l'investissement des locataires dans le logement. Pour des gens qui ont du mal à y croire, qui ont du mal à franchir le pas, des mauvaises conditions de logement c'est presque un prétexte pour tout envoyer en l'air. Il faut régler ces détails avant.** » (P., médecin, Infirmiers de rue).

L'équipe d'accompagnement va également se faire beaucoup plus proactive dans ses rapports avec les bailleurs. Il s'agit de ne pas laisser des considérations techniques interférer avec l'accompagnement :

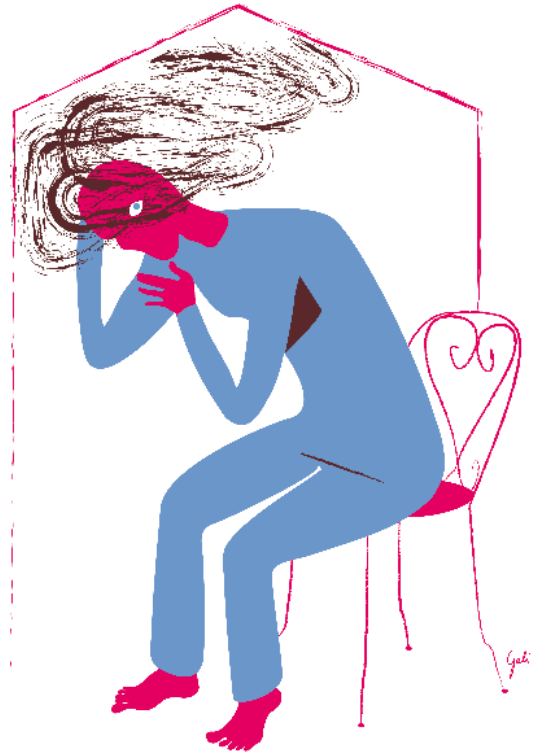
« Les premières fois, on était presque timides, on avait moins d'expérience. Maintenant nous sommes beaucoup plus directs avec les bailleurs. On expose notre point de vue, en

expliquant l'impact que cela peut avoir sur le locataire et sur l'accompagnement. On n'hésitera pas à les recontacter plusieurs fois si on observe que rien ne change. » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

À l'instar de ce qui se fait ailleurs, les projets Housing First bruxellois ont intégré à leurs équipes la fonction de « créateur logement », en charge des aspects ayant trait au logement : « **L'équipe, qu'il s'agisse des infirmiers ou des assistants sociaux, passe beaucoup de temps à discuter avec les agences immobilières sociales, les proprios. C'est usant. Et, à la longue cela peut être démotivant. On a donc créé un poste de responsable du volet logement qui est là pour encaisser tout ça. Ce qui fait que l'équipe d'accompagnement est moins contaminée par les aspects liés au logement. Ce poste, qui occupe une position un peu en retrait par rapport au patient, permet de séparer de manière encore plus claire le logement de l'accompagnement.** » (P., médecin, Infirmiers de rue).

Une phase critique

Après le bruit et le chaos de la rue, le locataire va devoir faire face au silence de l'appartement. La transition peut s'avérer brutale et anxiogène. Le « choc des quatre murs » peut s'accompagner de solitude et d'isolement, de sentiments dépressifs ou d'une flambée de la consommation de substances. L'entrée en logement est également le moment de la régularisation administrative. L'accession à une existence légale implique un ensemble de responsabilités (factures, loyers, démarches administratives) pouvant être anxiogènes. Dès le moment où la personne possède une adresse légale, elle est susceptible d'être retrouvée par les services de police, rattrapée par des dettes ou des condamnations



judiciaires en suspens [voir chapitre 4]. Enfin, avec la sortie de la rue, les barrières de survie mises en place par la personne se relâchent, laissant le corps vulnérable à la résurgence de problèmes somatiques. Durant cette période – généralement six à neuf mois – les équipes d'accompagnement devront faire preuve d'une vigilance toute particulière. Il faudra naviguer entre la nécessité d'assurer une présence forte et celle d'éviter le poids parfois intrusif des visites à domicile.

Angoisse et isolement

La rue est dure et dangereuse. Elle est aussi vivante et animée. En appartement, le locataire évolue dans un environnement certes clos et sécurisé mais également vide et silencieux. C'est un nouveau rythme de vie qui doit être mis en place : « **Tout à coup, les gens se retrouvent dans un espace clos. Ils maîtrisent mieux leurs affaires, leur argent. Ils ne risquent plus à tout moment de se faire voler ou de tout perdre. C'est un autre rythme, une autre manière de vivre. Par exemple, en rue, certaines personnes marchent toute la nuit de peur de se faire agresser et dorment la journée. En logement, ils vont devoir apprendre à mettre en place le rythme inverse.** » L'appartement prive les locataires des liens sociaux de la rue : « **En rue, les gens sont souvent au même endroit, cela permet d'avoir des contacts, des liens sociaux. Que ce soit avec les passants, via la manche ou avec d'autres personnes qui vivent en rue. Ici, si on reste dans son logement, il ne se passe rien. On est isolé, coupé du monde. C'est l'avantage et l'inconvénient du logement.** » (P., médecin, Infirmiers de rue).

Dans une certaine mesure, le caractère clos de l'appartement constitue un facteur

de risque : « Le logement, c'est presque un facteur de risque en soi. Il n'y a pas de regard extérieur, pas de contrôle social, pas de passants, personne pour appeler une ambulance si la personne se retrouve par terre, inconsciente après avoir surconsommé. Ce sont des problèmes auxquels il faut être très attentif dans les premiers mois. On a eu le cas. Un locataire qui s'était foutu en l'air tout le week-end, seul. Si on n'était pas passé le voir le lundi matin, je crois que c'était fini. Ça n'est pas passé loin... » (P., médecin, Infirmiers de rue). L'appartement, et le sentiment d'isolement afférent, peut venir provoquer ou exacerber des humeurs dépressives : « Avec l'isolement, beaucoup de locataires sont fort déprimés au début. Avec l'expérience, on a compris que c'était presque un passage obligé. Ils passent tous par là, à leur manière, c'est une phase du processus. Et puis, c'est des moments qui peuvent être stressants : les dettes, les factures, tout arrive en même temps. » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

L'appartement induit également l'angoisse de la perte et celle des responsabilités administratives : « Je crois qu'on a tendance à sous-estimer que le logement est source de responsabilité et de stress. Les gens ont très peur de perdre leur logement. Il y a une pression, il y a des factures qui doivent être payées à temps. Ce n'est pas comme ça en rue. Nous, on a tendance à sous-estimer le stress et l'impact de l'idée même de perdre son logement. Cela peut mener à des comportements étranges. Les gens stressent

énormément pour des choses qui nous paraissent anodines. On sait bien que s'il y a un petit problème, l'agence immobilière sociale ne va pas mettre les gens à la porte du jour au lendemain. On sait aussi que le CPAS ne va pas couper les revenus comme ça du jour au lendemain. Mais eux, ils ne voient pas ça de la même façon. Nous, on doit faire attention de bien expliquer dans quel jeu on est, quelles sont les conséquences concrètes et que, parfois, les menaces sont plus théoriques qu'autre chose. Dans les premiers mois du logement, les gens n'y croient pas vraiment et du coup, ils sont prêts à croire tous les signes qui vont dans l'autre sens. Ils sont prêts à se ruer dessus parce que l'échec et le négatif, ça leur semble être la norme. » (P., médecin, Infirmiers de rue).

Les intervenants doivent prendre ces angoisses au sérieux, même si elles ne sont pas fondées. Il s'agit à la fois de les apaiser et de les confronter au réel : « Avec le logement, les patients sont confrontés à l'angoisse de tout perdre. On a beaucoup de patients qui sont très angoissés à l'idée de perdre leur logement. Cela peut nous sembler un peu fou parce qu'il n'y a souvent aucune raison objective. On doit entendre et écouter ces angoisses, les prendre au sérieux et tenter de les apaiser. Dire : *écoutez, on comprend votre stress, mais nous, on n'est pas inquiets parce que le loyer est payé, parce que la convention est en ordre et parce qu'il n'y a pas de plainte des voisins.* » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

L'entrée en logement s'accompagne également de transformations dans les pratiques de consommation de substances, qu'il s'agisse d'une modification des produits consommés ou d'une surconsommation visant à répondre au sentiment d'isolement. La flambée des pratiques de consommation est également favorisée par l'augmentation des moyens financiers liés à la réouverture des droits sociaux : « On a eu un cas où tout ça s'est un peu mélangé. C'est Monsieur X, qui est décédé dans son appartement quelques semaines après être entré dans le projet. Il avait beaucoup de problèmes de santé. Il souffrait d'insuffisance respiratoire et en même temps il fumait beaucoup de cannabis. Dès son entrée en logement, il était très dépressif, très angoissé à l'idée de perdre son logement. Bien, qu'objectivement, il n'y avait aucune raison pour qu'il soit expulsé. Il s'est aussi retrouvé avec une manne financière importante à gérer, le CPAS va lui verser des arriérés en une seule somme. Il est décédé d'une insuffisance cardiaque durant un week-end. On suppose qu'il a surconsommé, enfermé pendant tout le week-end seul dans son appartement. Ça faisait deux ou trois mois qu'il était en logement. » (P., médecin, Infirmiers de rue).

Le dégel du corps

La vie en rue est douloureuse et brutale. Elle induit, chez les sans-abri chroniques, un phénomène d'« anesthésie du corps » pouvant induire une insensibilité à des souffrances corporelles intolérables telles que celles provoquées par des ulcères ou la gangrène (Furtos 2009). Avec la sortie de la rue, la nécessité de mettre en place ces mécanismes de survie s'efface. En logement, ces barrières psychiques anesthésiant le corps tombent, laissant les problèmes somatiques refaire surface¹ : « On a eu des gens dont les infections sont ressorties quelques semaines après l'entrée en logement. Il faut être très attentif à tout ce qui est infectieux dans les deux premiers mois. Des pneumonies, des infections urinaires... On a affaire à des personnes qui ont connu la rue, qui ont survécu à tout. Puis, à peine en logement, elles font une infection banale et elles sont au plus mal. On a aussi un patient qui a fait une ostéite, avec une flambée grave, alors qu'il a traîné ça pendant des mois en rue et qu'il n'avait aucun symptôme. Il faut

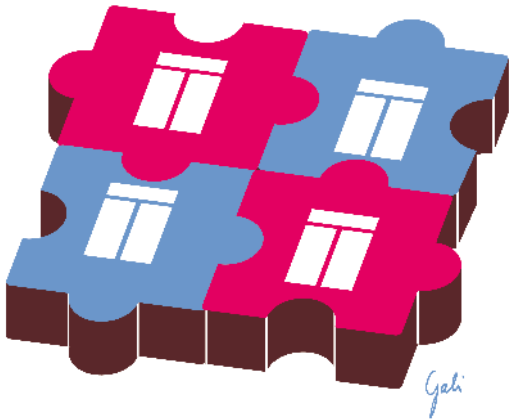
être extrêmement attentif à ces problèmes médicaux. Le fait que les gens soient stressés, cela joue sur la santé. Une de nos patientes, par exemple, a fait une embolie quelques semaines après être entrée en logement. C'est vraiment la conséquence de tout ça : le corps qui se relâche, la solitude du logement. Elle avait déjà des problèmes importants de surpoids et elle a passé plusieurs semaines sans pratiquement bouger de son lit. » (P., médecin, Infirmiers de rue).

Face à ces risques sanitaires, l'un des enjeux est de parvenir à connecter rapidement la personne vers le réseau des soins de santé. Il est également urgent de sensibiliser le personnel soignant, souvent aussi démuni face au public sans-abri que devant les problématiques afférentes à la sortie de la rue : « **Les généralistes ne sont pas habitués à ça. On a, par exemple, des personnes avec un diabète. Avec l'entrée en logement, elles marchent moins, font moins d'exercice et leur traitement doit être revu. Soit ils sous-estiment la nécessité de mettre en place un traitement immédiat, soit ils surestiment la capacité de la personne à gérer ce traitement de manière autonome. Ou alors, ils ne se rendent pas compte du risque du changement. Par exemple, au départ, dans les premières semaines en logement, la personne n'est pas encore prête à gérer un traitement par injection. La personne est difficile à joindre et n'est pas toujours dans son logement. Les injections ne sont pas régulières. C'est parfois pire que bien. Dans le cadre du projet, on travaille**

beaucoup à sensibiliser les généralistes à ces questions. Il s'agit d'amener les médecins à faire des visites à domicile pour qu'ils se rendent compte de la réalité des gens. »

1 ➔ La dureté de la vie en rue exacerbe un phénomène banal et bien connu des travailleurs : celui de la grippe qui éclate les premiers jours des vacances après une période stressante. On parle également de la malaria de l'ex-patrié qui voit la personne faire une crise de paludisme dès son retour alors qu'elle a tenu la maladie à distance durant son séjour.

Des appartements non-dispersés



Le modèle Housing First, dans sa forme new-yorkaise originale, table sur une dispersion des logements dans la ville. Il s'agit d'éviter les phénomènes de micro-ghettoïsation et de concentration des problématiques dans un même lieu. Ce modèle est le reflet du marché locatif privé, souple et volatile, caractéristique des grandes villes nord-américaines. En Région bruxelloise, comme ailleurs en Europe, la concentration des logements sociaux fait que plusieurs locataires du programme peuvent être logés dans le même immeuble ou dans le même bloc d'immeubles. Pour les équipes, ces regroupements ont été source de questionnements et d'inquiétudes. Ces inquiétudes ont fini par être désamorçées. **Le regroupement, s'il est encadré par les équipes d'accompagnement, peut devenir un instrument du rétablissement.** Pour Infirmiers de rue, c'est plutôt lorsque le patient est isolé au sein d'un bloc de logements sociaux que les difficultés adviennent, notamment en raison de phénomènes de stigmatisation : **« Ce n'étaient pas de bonnes expériences. Le patient est vite perçu comme bizarre, dérangeant. Très vite, il peut devenir le bouc émissaire de tout l'immeuble, des gens qui portent des accusations à tort. Là, ça devient très compliqué. »** (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

On a noté une tolérance des uns par rapport aux autres. Ils ne sont pas stigmatisés comme ils peuvent l'être dans des logements sociaux standards.

L'immeuble H

L'immeuble H est très particulier en regard d'un modèle Housing First tablant sur la dispersion des logements du programme. Situé au nord-ouest de Bruxelles, l'immeuble H regroupe dix appartements. Cinq sont occupés par des locataires du projet Housing First d'Infirmiers de rue, les cinq autres par des personnes accompagnées dans le cadre d'autres structures.

L'immeuble, géré par une agence immobilière sociale, a été rénové récemment. Ses appartements sont spacieux et leurs installations flambant neuves. La qualité du logement est essentielle. Elle peut amortir le « choc des quatre murs » : *« C'est sûr que c'est beaucoup plus agréable pour tout le monde. Les gens sont ravis en voyant l'appartement. C'est génial si, dès le début, on peut leur proposer un appartement beau, spacieux, dans un état impeccable. C'est très valorisant. Ils se disent : moi aussi j'ai droit à un beau logement, pas seulement la rue ou des taudis avec des rats et des cafards. »*

Au final, ce type d'autorégulation a presque plus d'impact que si le message venait d'un travailleur social ou d'une autorité extérieure.

On a aussi un excellent partenariat avec l'agence immobilière sociale. Dès qu'il y a un problème, ils sont là, ils arrivent, ils réparent le truc. Et ça, pour nous, c'est hyper aidant. Ils sont même attentifs aux problèmes de voisinage qui pourraient survenir. Ce qui facilite notre travail, parce qu'on ne voit pas forcément tout. » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

Pourtant, l'équipe était inquiète au moment des entrées en logement : « On avait peur de l'effet ghetto, de l'aggravation des problématiques. On a rencontré les trois associations qui s'occupent des autres locataires de l'immeuble. On avait vraiment peur de ça. Et, au final, c'est un peu l'effet inverse qui s'est produit. On a noté une tolérance des uns par rapport aux autres. Ils ne sont pas stigmatisés comme ils peuvent l'être dans des logements sociaux standards. Et on note une sorte de gestion des choses en interne. Par exemple, au niveau du bruit, ils arrivent à régler ça sans rentrer dans le conflit. Ils comprennent la situation et font preuve de tolérance. Ils savent que certains jours, ça peut déconner mais que ça ne veut pas dire que ce sera tous les jours comme ça. Quelqu'un qui vit ou qui a vécu les mêmes situations, il peut relativiser les problèmes et leur durée. »

Pour que cette autorégulation des

problématiques puisse fonctionner, il y a presque un effet de casting nécessaire :

« Sur les cinq patients, il faut veiller à ce que tous n'aient pas les mêmes problématiques. Il faut des variations, des choses différentes pour que ça s'équilibre. Au début, on avait fort peur d'une explosion de la consommation. Pourtant, après presque une année, ce n'est pas du tout ce qu'on constate. Il faut aussi des gens plus stables qui puissent avoir un effet positif sur les autres. »

Le profil des locataires est essentiel :

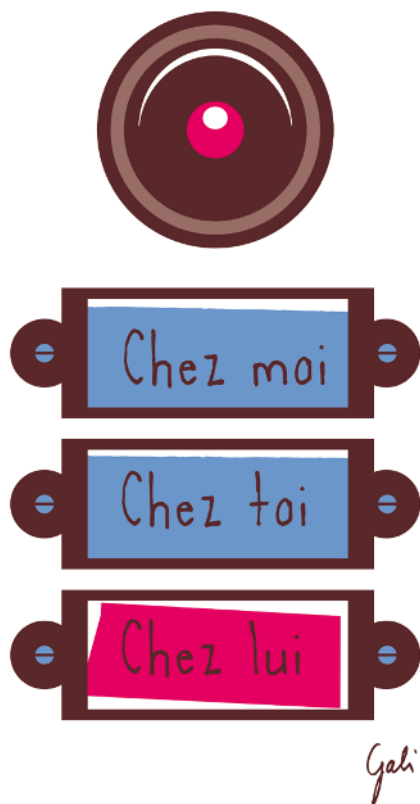
« En gros, dans l'immeuble, ce sont des profils assez solitaires, ils n'ont pas vraiment besoin de présence constante. Ce sont des types solitaires qui consomment seuls. Et essentiellement de l'alcool plutôt que d'autres types de produits. Ils ne consomment pas entre eux, enfin pas qu'on sache. En tout cas, cela n'a jamais posé de problème particulier. »

Cette autorégulation a été perturbée par l'arrivée de Madame K., l'une des premières patientes à avoir intégré le programme Housing First d'Infirmiers de rue en 2013. L'accompagnement avait été difficile. Madame K. avait perdu son logement et entretenait des griefs importants à l'égard de l'équipe d'accompagnement. Après une longue période de retour en rue, elle va intégrer l'immeuble H via une autre structure d'accompagnement. L'arrivée

de Madame K., dont les comportements peuvent être très problématiques, a suscité l'inquiétude tant des intervenants sociaux que des locataires qui la connaissent de la rue : « On s'est dit mince. Est-ce que ce n'est pas un peu tenter le diable ? Au final, pourtant, ça se passe bien. Elle se retrouve, au final, dans un environnement plutôt tolérant. Elle pose quand même quelques soucis, elle crie, des choses comme ça. Mais les autres locataires vont la trouver pour lui dire de faire moins de bruit. Au final, ce type d'autorégulation a presque plus d'impact que si le message venait d'un travailleur social ou d'une autorité extérieure. Ils se disent des trucs du genre : *on peut t'aider mais fais un peu moins de bruit parce que j'habite aussi ici*. Elle fait encore du bruit mais ils le gèrent entre locataires. Ils sont beaucoup moins stigmatisés. Dans un autre immeuble cela aurait sans doute été plus difficile, Madame K. aurait été rapidement stigmatisée, laissant peu de temps à l'équipe pour gérer les problèmes. Elle aurait sans doute été mise dehors après deux semaines. Ici, il y a une vraie tolérance. »

Un logement. Et puis, un autre.

La perte du logement – qu’il s’agisse d’une expulsion ou d’un choix volontaire – fait partie intégrante des trajectoires Housing First. Ces sorties du logement peuvent déboucher ou non sur un retour en rue. Elles ne signifient en rien la fin de l’accompagnement. En ce qui concerne le logement, le modèle n’impose pas de limite sur la voie du rétablissement : le locataire pourra intégrer autant d’appartements qu’il sera nécessaire. En l’espace de trois années, les projets Housing First bruxellois ont connu quatre pertes de logement. Les premières ont été amères, vécues sur le mode de l’échec par les équipes d’accompagnement. L’expérience aidant, cependant, les intervenants en sont venus à appréhender ces sorties du logement comme une étape, parfois nécessaire, sur le chemin du rétablissement : *« On est passé d’une vision dramatique – oh, mon Dieu ! La personne a été expulsée – à une vision – Ok, c’est l’étape d’un processus. On essaye d’envisager l’expulsion comme une étape plutôt qu’un problème : Ok, quels sont les éléments qui ont mené à cette situation ? Que va-t-on apprendre en tant qu’intervenant et que la personne va-t-elle apprendre ? »* (P., médecin, Infirmiers de rue).



Trois appartements, deux expulsions

Monsieur J., âgé de 48 ans, a passé plus d'une dizaine d'années en rue. Son corps et sa santé mentale y ont été abîmés. Monsieur J. est atteint d'une hépatite C et consomme de l'alcool de manière incontrôlée. Il est également très envahi. Son comportement est exubérant et ses délires l'amènent à interpeller les passants en criant. Il a connu l'expulsion dans plusieurs structures bruxelloises d'aide aux sans-abri. Le projet d'Infirmiers de rue lui permet d'intégrer un logement durant l'été 2014. Il n'y restera pas très longtemps. Au bout de quatre mois, il sera expulsé suite à des plaintes du voisinage. Le comportement de Monsieur J. était objectivement problématique : hurlements, bruits, agressivité verbale, etc. Pour autant, l'expulsion a été rapide et l'agence immobilière sociale n'a envisagé aucune solution alternative. Pour l'équipe

d'accompagnement, cette expulsion, l'une des premières, est vécue comme un échec : « Ça a été très dur, cette première expulsion, l'équipe l'a très mal vécue. Au final, c'est presque comme si on l'avait plus mal vécue que Monsieur J. Puis, on s'est repris. On a dit à Monsieur J. que l'on croyait en lui, que l'on allait trouver autre chose. Cela l'a fort marqué. » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue).

Par chance, Monsieur J. ne va passer que deux semaines en rue. Quelques années plus tôt, il s'était inscrit sur les listes d'attente pour l'obtention d'un logement social. En vertu du système de points de priorité, une place lui est attribuée au sein d'un foyer communal de logement social. L'appartement est lugubre, peu entretenu mais Monsieur J. est ravi d'emménager. Dès son arrivée, pourtant, les choses prennent une tournure étrange. Les autorités communales demandent à le rencontrer, ce qui est tout à fait extraordinaire dans le cadre de l'obtention d'un logement social. Le message est limpide et méprisant : personne n'y croit. Monsieur J. est jugé, a priori, comme étant incapable de conserver son logement. Et, à la manière d'une prophétie auto-réalisatrice, cette prédiction va s'avérer vraie. Monsieur J. va

rapidement devenir le bouc émissaire de l'immeuble :

« Il a une allure particulière, il peut faire un peu peur. Il est très souvent stigmatisé. Et puis, il y a eu des manipulations pas très claires des voisins qui voulaient que l'appartement revienne à quelqu'un de leur famille. »

Les comportements de Monsieur J. sont à la fois problématiques et exagérés par le voisinage. Au bout de quelques mois, il sera à nouveau expulsé. Là encore, l'équipe d'Infirmiers de rue va affirmer son soutien et l'inconditionnalité de l'accompagnement. Le projet obtient un troisième logement. L'appartement, géré par une agence immobilière sociale, est situé dans une vaste tour d'une vingtaine d'étages. L'expérience sera beaucoup plus positive que dans les logements précédents : « Là aussi, dans un immeuble avec plein de gens, on était un peu inquiets. On se disait ça ne va pas aller du tout. En fait, tout s'est plutôt bien passé. L'immeuble est tellement grand que c'est presque impersonnel. Il passe plus inaperçu là-bas. Les gens se disent, oui, il est un peu bizarre, mais il y a tellement de monde qu'ils passent à autre chose. Et puis, il a

beaucoup changé aussi. Ce n'est plus la même personne que dans le premier logement. S'il avait été dans le même état qu'au début de l'accompagnement, ça ne ce serait pas aussi bien passé. Il est beaucoup plus posé, il est moins envahi et ne crie presque plus. Des aides familiales viennent l'aider à nettoyer son logement une fois par semaine. Ça se passe bien. » .

Aujourd'hui, après deux années dans le programme, Monsieur J. semble bien engagé sur la voie du rétablissement et de la reconstruction personnelle. Trois logements auront été nécessaires à ce cheminement. Il a arrêté de boire et accepte d'être suivi par un psychiatre. Ses comportements délirants sont beaucoup moins envahissants que par le passé. Le fait que l'équipe n'ait cessé de réaffirmer, malgré les expulsions, la permanence du lien a été essentiel :

« Cela l'a fort marqué quand, après sa première expulsion, on lui a dit qu'on croyait en lui. On a été fort présents. Le fait d'être toujours là, de croire en lui, ça a été très important. On lui disait : on croit en vous, même si vous perdez votre logement. On continue, l'accompagnement continue. C'est possible. »

Pour les intervenants comme pour Monsieur J., ces expulsions ont été formatrices :

« Cela nous a appris énormément. À tous. Perdre un logement, c'est un apprentissage. Les patients passent par des phases et apprennent certaines choses par le fait de perdre un logement. Et nous on apprend à se dire, on se dit : ok, ces phases sont nécessaires. Ce n'est pas parce que j'ai foiré mon boulot. Monsieur J., c'est clairement l'exemple de la personne qui a appris au travers de ses expulsions. Au début, dans le premier logement, il était dans le déni par rapport aux problèmes et à ses propres comportements problématiques : ce n'est pas moi, c'est les autres. Dans le deuxième, c'était toujours le cas mais un peu moins. Et maintenant, c'est comme s'il avait pris conscience que ses actes avaient un impact sur les autres. Ça a mis du temps, ça a nécessité deux expulsions, mais il prend en compte et réalise cet impact. »

On est très vigilants sur le fait d'intervenir avant que les plaintes ne s'accumulent.

Le cas de Monsieur J. le montre bien : l'expulsion et la perte du logement peuvent être des occasions d'apprentissage. Les équipes ont appris à relativiser les problèmes de voisinage : « **Maintenant, on a aussi moins peur des problèmes de voisinage. On se dit que, oui, des problèmes avec les voisins il y en a et il y en aura toujours. Cela passe aussi par le fait de parler, de communiquer avec les voisins, de les laisser évacuer leur stress et leurs craintes pour que ça les apaise. On essaye d'être rassurants, aussi bien avec les locataires qu'avec les patients, c'est vraiment important.** » (G. et S., infirmières, Infirmiers de rue). Les situations d'expulsions permettent la mise en place de procédures visant à prévenir ou à gérer des situations ultérieures : « **Les propriétaires ne se rendent pas toujours compte. Parfois, ils nous appellent et nous disent : ça fait quatre mois que monsieur ne paie pas son loyer, il va être expulsé. Comment est-ce possible que ça fasse quatre mois et qu'on ne soit même pas au courant ? Il faut leur réexpliquer notre rôle sinon ils n'en tiennent pas vraiment compte. S'ils**

nous avaient prévenus dès le premier mois, on aurait pu faire quelque chose mais, après quatre mois, le remboursement ça devient compliqué. Ce travail auprès des proprios n'est jamais fini. Il faut toujours présenter ce qu'on fait, pourquoi on le fait. Les gens disent c'est génial le Housing First mais ils ne se rendent pas compte. Ils ne se rendent pas compte de l'ampleur des problématiques. Le bailleur a aussi d'autres locataires, d'autres problèmes, d'autres loyers. » Ces expériences ont amené les projets à se faire proactifs ans leurs rapports avec les propriétaires et le voisinage : « **Maintenant, on est beaucoup plus proactifs dans nos rapports avec les voisins et avec les agences immobilières sociales. On n'attend pas qu'il y ait des problèmes avant d'aller les voir. C'est la personne en charge du logement qui s'occupe de ça. Lorsqu'il y a eu des problèmes par le passé, elle rend visite au voisinage pour voir si c'est réglé. À l'occasion d'une visite, elle peut sonner et demander : tiens, est-ce qu'il y a encore des problèmes ? (...)** On est très vigilants sur le fait d'intervenir avant que les plaintes ne s'accumulent. Au début, les agences immobilières sociales et les proprios attendaient qu'elles s'accumulent et puis ils nous appelaient pour nous dire : *maintenant, ça ne va plus du tout !* Mais, ce n'est pas à ce moment-là que nous, on peut intervenir. Maintenant, on est très clairs : on veut que l'agence immobilière sociale nous signale dès qu'il y a une plainte. Avant le pourrissement. Sur ces questions, on est beaucoup plus interventionnistes. On a eu des cas où on a vu le bien-fondé de cette attitude :

désamorcer les conflits qui commencent, organiser une rencontre entre le patient et les autres locataires de l'immeuble. Nous, quand cette rencontre est encore possible, on peut jouer le rôle de facilitateurs. Une fois que tout l'immeuble est ligué contre un patient, ça devient très compliqué. On a aussi vu que dans un certain nombre de cas, les gens qui se plaignent à l'agence immobilière sociale ou au proprio sont eux-mêmes des gens qui posent problème. Donc, pour nous, c'est important d'avoir une bonne vision de ce qui se passe dans l'immeuble. Cela permet de relativiser si l'agence immobilière sociale ou le proprio nous contactent pour des plaintes à propos du locataire. Cela permet de déconstruire l'idée que c'est toujours notre locataire qui pose problème dans l'immeuble. Dans les faits, ce n'est pas toujours aussi simple. On est beaucoup plus proactifs, dans l'anticipation quand on entend qu'il y a des problèmes de voisinage. On va directement les avertir. C'est devenu l'un de nos protocoles · quand on sait, ou même quand on suppose, qu'il y a un problème dans l'appartement, on va directement vers le bailleur. Pour en parler, c'est dans nos listes de protocole. Au début, on se disait si on en parle cela va être pire. Mais on s'est très vite rendu compte que plus vite on était sur la balle, plus vite on désamorçait les angoisses du bailleur et prenions une fonction rassurante, mieux c'était. » (P., médecin, Infirmiers de rue).

La perte du logement n'est pas un échec, ni dans le chef du locataire, ni dans celui des

intervenants : « Au final, toutes les personnes qui ont changé de logement, cela a été pour un mieux. Avec le changement de logement, il y a un apprentissage qui se fait, elles se disent qu'il faut tourner la page. Parfois ça marche, parfois pas tout à fait. Ça reste embêtant parce qu'un déménagement c'est plus compliqué qu'une mise en logement : il faut retrouver un appartement, bouger les meubles, tout ça. Mais, en gros, les expériences sont plutôt positives. Tous nos cas d'expulsions étaient liés à des problèmes de voisinage ou, dans un cas, d'entretien et d'invasion de cafards. Il n'y a pas eu de problème de paiement. Ce sont des problèmes qui s'améliorent dans le ou les logements suivants. Par exemple, pour les allers et venues liés à la consommation, les patients apprennent à mieux les gérer. Ils ont été expulsés pour cela et dans le suivant, ils sont plus prudents. Par rapport à leurs amis, ils ont plus d'arguments, ils se sentent mieux armés pour refuser les demandes. L'équipe ne doit jamais se décourager en cas d'expulsion. On a un gars qui est passé par trois logements. Et il a fallu attendre ce troisième appartement pour qu'il soit réellement bien en logement. En cas d'expulsion, même d'expulsions successives, le message ça doit être : on est là, on va continuer avec vous et on va trouver autre chose. C'est essentiel. Pour tous. »

4

LA PERSONNE AU CENTRE

La personne au centre. Ces quatre mots constituent l'un des leitmotivs du modèle Housing First. Ils renvoient à l'une de ses principales caractéristiques : c'est le bénéficiaire lui-même qui détermine la nature et la fréquence de l'accompagnement qui lui est proposé. Ce modèle, basé sur l'inconditionnalité et la liberté de choix, questionne des schémas bien ancrés dans le champ du travail social. Au-delà du sans-abrisme, le Housing First invite à redéfinir les relations qui lient l'institution et le bénéficiaire. Ici, c'est l'institution qui devient plastique, qui se calque sur les spécificités de la personne. Ce n'est plus le bénéficiaire qui doit montrer patte blanche ou remplir une série de conditions pour recevoir une aide.

Dans le cadre du Housing First, les personnes placées au centre de l'accompagnement présentent des parcours de vie violents et morcelés. Les problématiques auxquelles elles sont confrontées – troubles de santé mentale, problématiques d'addictions ou difficultés liées à la grande précarité – sont parfois d'une ampleur insondable. Le fait de placer cette fragilité au centre de l'accompagnement a un impact fort en termes de pratiques de travail social. Au travers quatre sections, ce chapitre s'attache à explorer les conséquences de ce déplacement.



➔ La première section - **la santé mentale au centre de l'accompagnement** - traite des outils mis en place par les intervenants auprès de personnes confrontées à la maladie mentale, qu'il s'agisse d'états dépressifs sévères ou de troubles psychotiques graves. (p103)

➔ La deuxième - **accompagner les cycles de l'addiction** - est consacrée à l'accompagnement de personnes toxicomanes. Il s'agit, dans une approche basée sur la réduction des risques, de laisser à l'usage de substances sa juste place dans la relation d'aide. Il s'agit également de travailler l'ambivalence des personnes en regard de leur propre consommation et de les accompagner dans leurs cycles d'abstinence et de rechute. (p114)

➔ La troisième section - **accompagner face au système judiciaire** - s'attache à l'accompagnement de personnes confrontées à la brusque judiciarisation de leur vie quotidienne. De manière plus spécifique, nous traitons du maintien de l'accompagnement par-delà des périodes d'incarcération ou de surveillance électronique. (p121)

➔ Enfin, nous nous intéressons à la **fin de l'accompagnement**. Le plus souvent, ces sorties de l'accompagnement résultent de la stabilisation de la personne et de la passation de son suivi à un réseau patiemment construit au fil des mois. Dans certains cas, la fin de l'accompagnement peut être la conséquence du décès de la personne. Pour les équipes, il faudra apprendre à en gérer les conséquences et en absorber le choc émotionnel. (p128)

La santé mentale au centre de l'accompagnement

Le modèle Housing First s'adresse à un public particulier : les sans-abri chroniques présentant une situation de double diagnostic en matière d'addictions et de troubles psychiatriques. L'expérience de la rue et la maladie mentale sont étroitement liées, sans que la direction de la causalité ne soit aisée à établir. Les troubles mentaux auxquels sont confrontés les bénéficiaires du projet sont divers : états dépressifs graves, épisodes paranoïaques induits par la consommation de substances, troubles psychotiques sévères ou personnalités borderline. En termes d'accompagnement et de travail social, la maladie mentale pose de nombreux défis. Il s'agit de définir des outils permettant d'accompagner les personnes aux prises avec leurs symptômes. Il s'agit également, dans le cas de locataires psychotiques, de devoir prendre le délire au sérieux, de lui accorder une juste place

dans l'accompagnement. Face à la maladie mentale, les équipes d'accompagnement Housing First ne sont pas isolées. Leur travail peut s'appuyer sur un réseau de centres de santé mentale prenant en charge le suivi psychiatrique et la médication des patients. Ces partenaires constituent également des acteurs essentiels face à une crise nécessitant une hospitalisation.

L'objectif était de travailler sur les
petits plaisirs de la vie,
les petites choses.

Une psychothérapie à domicile

Pendant près d'une année, l'équipe Housing First du SMES-B a travaillé à mettre en place les outils d'une psychothérapie à domicile. Cette démarche, particulière en raison du temps et de l'investissement qu'elle implique, a été mise en œuvre dans l'accompagnement de Monsieur C., âgé de 48 ans lorsqu'il intègre le projet. Il souffre de troubles dépressifs graves, caractérisés par des pensées morbides et des pulsions suicidaires. Il consomme de l'alcool et des médicaments détournés. Sa consommation peut, à certains moments, devenir cataclysmique, s'apparentant à une entreprise dangereusement réussie d'autodestruction.

Plusieurs mois après son entrée en logement, Monsieur C. va faire un séjour dans un hôpital pour y effectuer une cure de sevrage. Alors que l'hospitalisation touche à sa fin, la psychologue de l'équipe décide de mettre en place les outils d'une thérapie

brève, de type cognitivo-comportementale. Il s'agit de prévenir les rechutes à la sortie et d'accompagner une abstinence durant laquelle, sans le filtre anesthésiant de l'alcool, la dépression est particulièrement violente : « **Chaque vendredi matin, nous nous voyions pour les entretiens psy. L'objectif de départ était de préparer sa sortie de l'hôpital, de lui donner les outils pour continuer sur la lancée de la cure. C. ne voulait pas entendre parler de postcure, il voulait rentrer chez lui. Or, l'hôpital est un environnement artificiel. Là, il allait retrouver des amis de la gare, des lieux, des habitudes de consommation.** » (A., psychologue au SMES-B).

À la sortie, l'équipe suggère à Monsieur C. de continuer ce travail psychologique au sein d'un centre de santé mentale. Monsieur C., qui a tendance à se cloîtrer dans son appartement, refuse ce suivi ambulatoire. Il demande à l'équipe Housing First de prendre en charge ce travail. Et de le faire dans ses murs : « **Au début, je voulais faire le lien avec un service de santé mentale où il aurait pu continuer ce travail. Mais ça n'était pas envisageable. Il ne se sentait pas capable de sortir de chez lui, de franchir les portes d'un service qu'il ne connaissait pas. Alors, on a mis en place une récurrente. Une fois par semaine, je me rendais chez lui pour une séance d'entretiens psy. C'était très chronophage mais c'était un travail**

important. Et puis, au départ, il était question de quelques semaines. ».

La psychologue envisage ce suivi comme relevant de la thérapie brève. Il s'agissait de donner à Monsieur C. des outils lui permettant de faire face à la dépression et aux ruminations : « **Au début, nous avons travaillé son impulsivité et sa confiance en lui. On est parti du comment réagir ? Comment faire face ? On se basait sur des plans, des exercices à faire. On partait de certaines anecdotes. On parvenait à identifier les situations qui lui faisaient péter un plomb et qui provoquaient le réflexe de consommer. On a également identifié des phrases qu'il pouvait dire en boucle pour se calmer. Le travail était basé sur des exercices de relaxation, de scan corporel et d'imagerie mentale. L'idée était qu'il parvienne à les maîtriser pour les utiliser seul. On travaillait également sur le mode de la thérapie du rêve : si tout était possible, de quoi aurais-tu envie ? Au début, c'était très compliqué. Il était extrêmement dépressif. Il s'enfermait dans ses ruminations et avait une estime de lui très négative. Comme s'il n'avait pas le droit de faire bien, de faire des progrès. Il y a un côté très masochiste chez lui. L'objectif était de travailler sur les petits plaisirs de la vie, les petites choses. Il s'agissait d'être bienveillant avec lui-même, de trouver des petits moments de bonheur. Il s'agissait aussi**

Il fallait trouver des lieux où effectuer un travail psy, pour lutter contre la solitude.

de s'autoriser des moments pour ruminer. Et puis d'en sortir. »

Au fil des semaines, Monsieur C. va vouloir dépasser les cadres de la thérapie cognitivo-comportementale pour replacer la parole au centre. Il va ouvrir des pans de son passé : « La thérapie est devenue une sorte de co-construction qui évoluait avec le temps. C. s'ouvrait sur ce qu'il considérait comme des expériences traumatiques dans son enfance. On s'est aussi beaucoup intéressés à sa désillusion par rapport au logement. Quand il était en rue, C. idéalisait le logement. Il se disait que tout allait être parfait, que le logement allait tout résoudre. Et il a dû apprendre à faire le deuil de ça. Un moment, il me disait même : *le logement n'a rien changé. On a travaillé sur cette période de transition, sur une identité qui n'est plus celle de la rue et pas encore celle du monde dans lequel il voudrait s'intégrer mais qui continue à le rejeter. C'est super difficile pour lui. Il y a comme une perte d'identité.* »

Monsieur C. va fortement investir ces moments d'entretiens psy. Ce qui était prévu pour durer quelques semaines va s'étirer sur près d'une année : « Il postposait sans cesse, il ne voulait pas qu'on arrête. Cela me mettait presque en porte-à-faux avec l'équipe. Il avait développé une relation d'attachement très forte avec moi, ce qui pouvait mettre

en danger le travail des autres. J'étais moi aussi ambivalente. Je disais qu'il fallait continuer, l'équipe disait qu'il fallait arrêter. Le problème c'est qu'il fallait que ce travail soit continué ailleurs. Il fallait trouver des lieux où effectuer un travail psy, pour lutter contre la solitude. Mais il mettait toutes nos tentatives en échec. »

Le lien était presque trop fort. Dans le même temps, la thérapie commençait à tourner à vide et Monsieur C. était toujours cadenassé dans sa solitude. La décision a été prise, en réunion d'équipe, d'interrompre la démarche : « À la fin, il maîtrisait les exercices. Il avait des exemples d'outils de relaxation sur une clé USB. C'était un travail qu'il pouvait faire seul. En équipe, on a décidé d'arrêter les entretiens psy à domicile. L'idée était que, si je parvenais à créer le manque, il y aurait peut-être une place pour autre chose. Une place pour le faire sortir de chez lui, lui faire rencontrer des gens, faire le lien avec le psy d'une maison médicale. »

Aujourd'hui, l'accompagnement de Monsieur C. se poursuit. Les outils de la thérapie – conjugués à près de deux années d'accompagnement par l'ensemble de l'équipe – ont porté des fruits. Mais ces fruits demeurent fragiles : « Les moments de crise se sont espacés. Il y a encore des moments où il consomme à fond, ne sort pas de chez

lui, ne mange pas, ne se lave pas. Mais les intervalles entre les crises sont plus longs et les crises elles-mêmes sont plus courtes. Il y a une évolution mais les entretiens psy ne suffisent pas. Il faut une hospitalisation. »

On a mis plus de six mois pour pouvoir créer un lien. Son délire prenait toute la place.

La panthère et la douche

Madame Y. est âgée de 48 ans lorsqu'elle entre en logement. Elle avait passé sept années en rue. Elle est la première personne à avoir intégré le projet Housing First du SMES-B. Au moment de démarrer l'accompagnement, l'équipe Housing First ne disposait que de peu d'informations à son sujet. Physiquement et mentalement, Madame Y. était très affectée par la vie en rue. Elle était fortement envahie par des symptômes psychotiques. Au moment d'intégrer le logement, Madame Y. se considérait tantôt comme la souveraine d'un royaume, tantôt comme le maître du monde. Elle présentait également une personnalité double, clivée entre le masculin et le féminin. En s'adressant à elle, il fallait marquer le respect, la déférence. Il fallait également s'abstenir de toute identification de genre : « **On ne pouvait pas utiliser le tutoiement avec elle. On ne pouvait pas non plus utiliser une identification féminine ou masculine. On devait utiliser des formes**

neutres à la troisième personne. Cela rendait les échanges très difficiles et limitait les possibilités de communiquer. Si on dérapait, cela la mettait en colère et elle nous mettait dehors. Elle n'attendait que ça. Elle attendait le moindre dérapage pour pouvoir se fâcher. C'était très compliqué. Dans les premiers temps elle était systématiquement dans la contestation, dans la revendication. L'appartement n'était pas assez bien, elle n'avait pas assez d'argent. Rien n'allait. On a mis plus de six mois, pas loin d'un an, pour pouvoir créer un lien, établir un peu de confiance. C'était extrêmement compliqué, son délire prenait toute la place. » (C., thérapeute au SMES-B).

Les troubles psychiatriques dont elle souffre, couplés à l'expérience de la vie en rue, ont des répercussions tangibles : « Les premiers mois, elle n'occupait que la pièce arrière de son appartement. Elle y avait recréé, exactement et précisément, les conditions de sa vie en rue : des cartons posés à terre et une sorte de tente faite de sachets en plastique. Elle ne s'aventurait jamais dans les autres pièces de l'appartement. Elle n'allait pas dans la cuisine, elle n'allait pas dans la salle de bain. Cela posait de gros problèmes d'hygiène. Elle n'utilisait pas les toilettes mais faisait ses besoins dans un seau. Elle buvait beaucoup d'alcool et vomissait régulièrement. Une autre question, c'était

celle de l'hygiène corporelle. En rue, elle ne s'était pas lavée depuis plusieurs mois et, en appartement, elle refusait toujours de se laver. C'était extrêmement délicat d'aborder ces questions avec elle. Elle expliquait qu'elle était un animal, une sorte de panthère, et que les animaux ont besoin de leurs défenses naturelles. Si elle se lavait, elle allait faire tomber ses défenses. »

Confrontée à ces questions, l'équipe d'accompagnement refuse d'adopter une approche frontale, de type hygiéniste. Il s'agit, au contraire, de composer avec le délire, de tenter d'y aménager un espace : « L'idée était de trouver une place dans son délire. Il faut composer avec le délire, se poser la question de la place de l'accompagnement dans le délire plutôt que d'arriver avec une position hygiéniste du type : *voilà Madame, la réalité c'est que vous devez vous laver et c'est comme ça*. Si on avait pris cette position, cela aurait été la rupture. Elle nous aurait foutus dehors. C'est ce qu'elle a fait avec d'autres associations. »

Il faut beaucoup de temps et de prudence pour aménager la place du travail d'accompagnement dans le délire psychotique : « Petit à petit, à mesure que le lien de confiance se nouait, j'ai fait un travail d'approche de la douche. Elle percevait la douche comme un espace menaçant. Et donc,

Il faut composer avec le délire, se poser la question de la place de l'accompagnement dans le délire plutôt que d'arriver avec une position hygiéniste.

je l'ai amenée dans la salle de bain et je me suis assise à côté d'elle. Pendant plusieurs semaines, on se contentait de regarder la douche. À chaque fois, on s'avancait un peu plus. Un jour, après plusieurs semaines d'approche, on a fait couler l'eau pour vérifier si elle était chaude. Puis, encore plus tard, elle a accepté de mettre son pied sous l'eau. On a parlé des sensations qu'elle avait ressenties · le contact de l'eau chaude sur la peau, la sensation de bien-être. C'était pareil pour l'hygiène dentaire. On parlait du plaisir, du bien-être. Un jour, je suis arrivé chez elle et elle était très fière de me montrer qu'elle avait acheté une brosse à dents. Elle ne voulait toujours pas utiliser de dentifrice mais bon, c'était déjà un plus. Elle a commencé à se brosser les dents et puis, au bout d'une petite année, elle a pris une douche. Elle prenait une douche tous les mois, tous les mois et demi. »

Madame Y., de par sa maladie, est confinée dans la solitude et l'isolement : « À partir du moment où elle s'est retrouvée en appartement, elle s'est retrouvée très isolée. En rue, elle était très visible sous ses sacs en plastique, il y avait une forme de contrôle social · des travailleurs sociaux, des passants qui la connaissaient. Dans l'appartement, à part nous elle refusait toute visite. Elle estimait que, puisqu'elle était sortie de la rue, elle n'avait plus à recevoir la visite

de travailleurs sociaux ou de personnel soignant. C'était une grande question pour nous : comment parvenir à élargir le champ de ses relations ? On a fait quelques tentatives avec différentes structures, mais à chaque fois elle mettait tout en place pour que ça ne se passe pas bien. (...) Avec sa fille aussi, elle se disputait beaucoup. Elle est venue la voir quatre ou cinq fois mais c'était très difficile. Elle avait des contacts téléphoniques de temps en temps avec sa sœur. Sinon, il n'y avait que nous. »

Hors de l'appartement, les comportements de Madame Y. sont problématiques et provoquent le conflit : « Elle sortait une fois par semaine pour faire ses courses et acheter de l'alcool dans un supermarché. C'était à l'autre bout de la ville mais elle y avait ses habitudes. Elle ne voulait pas aller ailleurs. Dès qu'elle sortait de l'appartement, elle se mettait en confrontation avec l'extérieur. Par exemple, comme elle était le maître du monde, il n'y avait aucune raison pour qu'elle paie les transports en commun. Elle passait par-dessus les barrières du métro, puis elle restait assise cinq ou dix minutes sur le portique pour que tout le monde la voie bien. Forcément, il y avait des moments où ça passait mal. Quand elle avait décidé de s'installer quelque part et que la place était prise, elle dégageait les gens. Quand elle voulait quelque chose, elle le prenait.

Du coup, elle était constamment dans des relations violentes. Ce qui renforçait son délire. Elle était très paranoïaque. Elle était furieuse que le monde ne reconnaisse pas sa toute-puissance. Toutes ses relations avec l'extérieur étaient compliquées. Avec nous, ce n'était pas simple non plus. En plus de son aspect délirant, il y avait des alcoolisations très fortes. C'était vraiment compliqué. Elle pouvait devenir agressive. En même temps, elle mesurait toujours les choses pour ne pas rompre la relation avec nous. »

Ce type de troubles psychiatriques est particulièrement sévère. Inévitablement, se pose les questions de la médication et de l'hospitalisation. Peu de temps après son entrée en logement, Madame Y. est arrêtée par la police suite à une altercation dans le métro. Elle sera mise en observation psychiatrique pour une période de 40 jours : « Elle a demandé à ce qu'on nous avertisse. Puis, elle a refusé de parler, elle a décidé qu'elle ne parlerait plus. Elle refusait également de s'habiller. Elle était emmaillotée dans des draps et avait recréé l'environnement de la rue dans sa chambre. Elle n'avait aucune conscience morbide et refusait toute médication. Dans son optique, elle n'était pas malade. Il n'y avait donc aucune raison pour qu'elle se soigne. Bizarrement, l'hôpital a décidé de ne pas la mettre sous traitement. Elle est restée à

Se rendre compte qu'elle était malade et que cette maladie avait un nom – schizophrénie – cela a été un choc terrible pour elle.

l'hôpital sans médication pendant 40 jours. Je ne sais pas à quoi ça a servi. Du point de vue de l'alcool, elle est ressortie sevrée. Mais, en sortant, la première chose qu'elle a faite ça a été d'aller acheter de l'alcool. Puis, elle est rentrée chez elle et a repris exactement la même vie qu'avant l'hospitalisation. »

Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, Madame Y. arrache l'un des convecteurs à gaz de son appartement. Le gaz s'échappe dangereusement de la canalisation béante. Quelques heures plus tard, les intervenantes de l'équipe Housing First lui rendent visite. Une violente altercation éclate lorsqu'elles appellent les secours et demandent à Madame Y. d'ouvrir les fenêtres. Madame Y. sera une nouvelle fois placée en observation psychiatrique. Au bout de 40 jours, l'hôpital obtient une mesure de maintien d'une année. Une médication est établie. Une certaine latitude est laissée à Madame Y. mais une base d'injections d'antipsychotiques est non négociable. Très rapidement, les effets du traitement se font sentir : « **Le délire était toujours là mais il était beaucoup plus ténu. L'idée de toute-puissance restait présente mais elle ne l'absorbait pas totalement. L'idée d'une double identité sexuelle s'est effacée. Y. s'est féminisée, elle a commencé à se laver, à mettre des robes, du parfum. Elle a également repris contact avec sa famille, avec sa fille.** » Durant

ces longs mois d'hospitalisation, l'équipe d'accompagnement maintient le suivi au rythme d'une visite par semaine :

« Lorsqu'elle était à l'hôpital, l'essentiel du travail consistait à maintenir le lien qu'on avait réussi à tisser. Elle restait très isolée, les visites étaient rares. On effectuait aussi certaines démarches administratives mais c'était presque un prétexte pour être avec elle. L'objectif était de la soutenir. Je crois qu'elle a pu s'appuyer sur notre présence pour assumer sa décision d'arrêter de consommer de l'alcool. Notre présence lui a également permis d'accepter le traitement par injections et de pouvoir parler de sa maladie. Se rendre compte qu'elle était malade et que cette maladie avait un nom – schizophrénie – cela a été un choc terrible pour elle. »

À sa sortie, Madame Y. retourne vivre dans son appartement. L'accompagnement se poursuit et elle est incomparablement plus stable et apaisée que par le passé : « (...) Sa médication était stabilisée même si elle essayait parfois de négocier pour ses injections. On organisait régulièrement des réunions de concertation entre elle, nous et l'hôpital. Elle a repris une vie plus stable. Elle voyait sa fille, ses tantes. Elle avait recommencé à cuisiner. On en était au point où elle commençait à se projeter dans le futur. Elle avait des projets, elle

voulait se faire des amis. Elle pensait même reprendre des études. » Ces projets ne se réaliseront pas. Trois mois après son retour en logement, Madame Y. est décédée dans son appartement. La police classera son décès comme relevant de causes naturelles. Elle avait 50 ans.

Accompagner les cycles de l'addiction

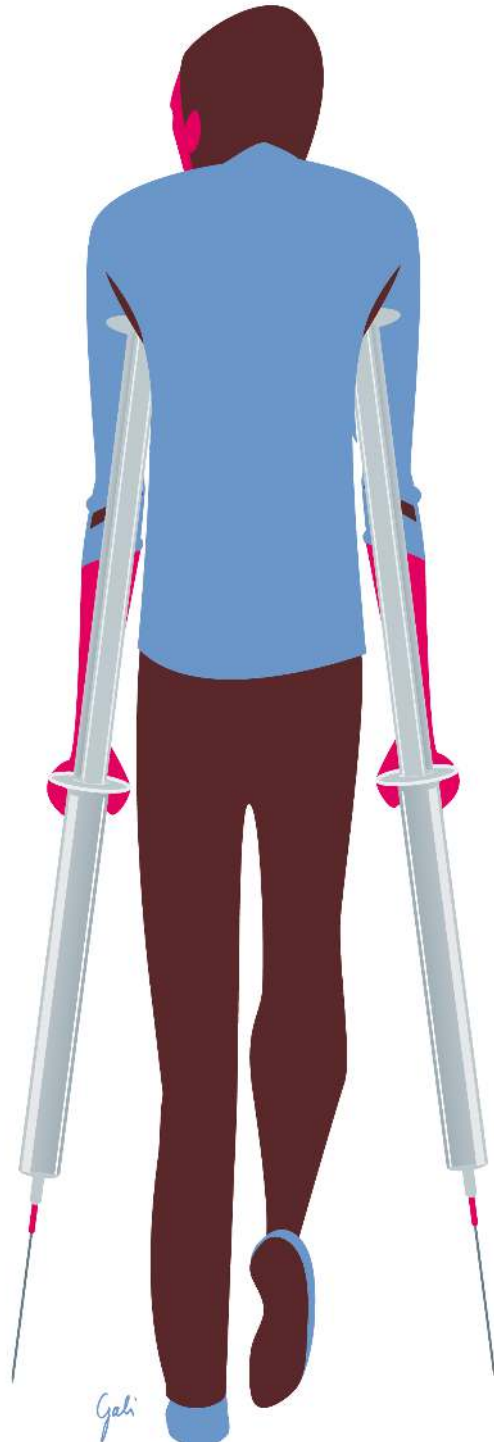
Au-delà de la maladie mentale, le modèle Housing First s'adresse également à des personnes qui sont consommatrices actives de substances. Ainsi, les suivis Housing First du SMES-B concernent, pour deux tiers, des personnes qui font un usage régulier de produits psychotropes (héroïne, cocaïne, cannabis, amphétamines, benzodiazépines détournés ou méthadone de rue).

La consommation de drogues soulève de nombreux enjeux en matière d'accompagnement. Elle peut venir exacerber des symptômes de maladie mentale tout en faisant office d'automédication. Les semaines qui suivent l'entrée en logement constituent, à cet égard, une phase particulièrement critique, marquée par une prise de risques accrue due à l'exacerbation ou la modification de la consommation [voir chapitre 3]. La consommation peut également menacer le

maintien en logement en raison de son impact sur le budget ou des nuisances au voisinage qu'elle peut occasionner.

Dans ce cadre, tout l'enjeu est d'accorder à la consommation sa juste place dans la relation d'accompagnement. Il s'agit de respecter les choix de la personne tout en maintenant une relation thérapeutique. Les principes de réduction des risques sont essentiels, à la fois comme outils concrets d'accompagnement et comme philosophie traversant l'ensemble du modèle.

Les politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues se développent dans le courant des années 1980. Elles s'inscrivent dans le sillage de l'épidémie de SIDA. Leur objectif est de limiter les infections de VIH ou d'hépatites chez les usagers injecteurs. Les stratégies de soins regroupées sous le vocable RdR ne visent pas à prévenir ou à diminuer la



consommation. Il s'agit de limiter les risques sociaux et sanitaires chez des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer des produits psychotropes. Le principe de réduction des risques occupe une place centrale dans un modèle Housing First. Rappelons que l'accès au logement est inconditionnel et qu'il n'est, à aucun moment, exigé de la personne qu'elle ne réduise ou arrête sa consommation :

« La réduction des risques est une méthodologie que l'on utilise par rapport à l'usage de drogues. Mais c'est aussi une philosophie qui traverse l'ensemble du projet. Dans chaque situation, qu'il s'agisse de consommation ou pas, on prend la personne où elle en est. L'idée est de s'abstenir de la juger ou de lui imposer des principes hygiénistes. On essaye de lui donner des outils pour que ses comportements à risque aient le moins de répercussions possibles sur sa santé, sur son bien-être. Cette approche ne se limite pas à la consommation de drogues. Nous travaillons aussi ce principe de réduction des risques dans les domaines de la santé mentale, du logement ou des relations avec la famille. En bref, tous les domaines où la personne a des comportements qui lui sont potentiellement dommageables. C'est la philosophie bas seuil. La seule différence c'est qu'on le fait en logement, ce qui rend les choses plus compliquées. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Dans le cadre du projet du SMES-B, les différents intervenants sont formés aux

principes de réduction des risques :

« C'est un aspect qu'on a voulu central. Dès le commencement du projet. Chaque membre a suivi une formation auprès d'une structure spécialisée. C'est une formation qui porte sur les drogues, les différents produits, leurs usages. Lorsqu'on accompagne des usagers de drogues, un des défis c'est d'avoir l'air crédible. Les principes de l'injection, les types de produits, les dosages de méthadone... Ce sont des connaissances importantes que tous ceux qui travaillent auprès de ce public devraient avoir. »

Le SMES-B va également intégrer un spécialiste de la réduction des risques au sein de l'équipe. Le rôle de cet intervenant est transversal, son expertise étant mise au service des bénéficiaires comme de l'équipe : « Dans le courant de la deuxième année, on a engagé un expert en RdR. Elle connaît bien les drogues de rue ainsi que les drogues de synthèse plus récentes. De par ses expériences professionnelles, elle est à l'articulation de la rue, de la précarité et de la santé mentale. Elle fait le même travail que le reste de l'équipe en matière d'accompagnement tout en amenant un aspect spécifique. Elle parvient à parler très directement de conso. Chaque professionnel, même s'il travaille à la demande, va avoir des réflexes qui sont directement liés à son expertise. L'expert en RdR amène spontanément la question de la conso, de sa gestion et des risques, qu'il s'agisse d'overdose ou de transmission de virus. Elle aborde ces questions de

front. Elle a aussi commandé du matériel stérile à destination de l'équipe et, donc, potentiellement des locataires. Elle a vérifié si les locataires étaient en contact avec des comptoirs d'échange de seringues et s'ils étaient conscients des risques. Et puis elle a également formé l'équipe aux différents types de risques. Pour l'équipe, son arrivée a aussi été l'occasion de dire aux locataires : *si vous voulez aborder spécifiquement des questions liées à la consommation, il y a dans l'équipe une personne spécialisée.* »

Le SMES-B collabore étroitement avec d'autres acteurs spécialisés dans la Réduction des Risques, qu'il s'agisse de centres d'hébergement pour personnes toxicomanes, de structures spécialisées dans l'accès aux soins pour usagers de drogues ou de services de santé mentale. Ces services constituent des partenaires essentiels dans l'accompagnement des consommateurs actifs. Ce sont notamment eux qui prennent en charge le suivi médical ou les prescriptions de méthadone. Ils constituent également des ressources précieuses lors de situation de crise.

Les risques sanitaires de la consommation de substances sont bien connus, tout particulièrement pour l'injection : **« Dans le projet, on a surtout affaire à des personnes qui consomment depuis longtemps, donc qui ont souvent contracté une hépatite ou un VIH. Les risques sont l'aggravation, la transmission ou la surinfection qui consisterait à contracter deux ou trois fois**

Le principal risque de la consommation, c'est le non-paiement du loyer. C'est un risque très élevé. C'est même le risque numéro un.

un même virus. De plus, le fait de consommer avec une hépatite, ça ne va pas aider le foie. »

Les principes de la réduction des risques sont tout particulièrement nécessaires lors de certaines phases sensibles. L'entrée en logement, après des années passées en rue, peut s'avérer anxiogène. Ce « choc des quatre murs » peut, dès lors, s'accompagner d'une augmentation de la consommation de substances. Les sorties de prison ou d'institutions médicales constituent elles aussi des phases critiques : **« Il est important de travailler la RdR quelques semaines avant la sortie. Les périodes de sorties de prison sont les plus à risque au niveau des overdoses. L'héroïne, par exemple, induit une très forte accoutumance. Au plus on consomme, au moins les doses vont faire de l'effet. Prenons une personne qui consomme 2 grammes par jour avant la prison. Si elle consomme la même dose en sortant, c'est immédiatement une dose létale, car le corps n'est plus habitué. »**

Dans le cadre du Housing First, le principal risque lié à la consommation de substances est son impact potentiel sur le maintien en logement : **« Le principal risque de la consommation, c'est le non-paiement du loyer. C'est un risque très élevé. C'est même le risque numéro un. C'est là-dessus qu'on fait le plus de RdR : quels sont les outils à mettre en place pour que la consommation de la personne n'entraîne pas son éviction du logement ? Ces expulsions sont essentiellement liées à des problèmes**

de loyer ou des problèmes de voisinage. En général, qui dit consommation dit consommation de groupe. L'injection en rue est beaucoup plus risquée du point de vue santé et judiciaire. Un consommateur qui a un logement va inviter ses amis de la rue consommateurs. C'est plus safe pour eux. Mais cela crée des nuisances, du bruit dans les communs, des voisins qui se plaignent d'allers et venues nocturnes. »

Après d'un public de consommateurs, un travail linéaire d'accompagnement est difficile à maintenir. **L'intervention doit épouser le rythme particulier de la personne, fait de cycles d'abstinence et de rechutes :**

« De manière générale, l'addiction procède par cycles. Les personnes arrêtent, assez brutalement, et s'engagent dans une période plus ou moins longue d'abstinence. Puis, elles rechutent. Cela fait partie du processus. Mais chaque rechute est l'occasion d'un apprentissage : quelles en ont été les causes ? Quelle est la place du produit dans ma vie ? Quelles sont les choses à mettre en place pour que les rechutes soient de plus en plus courtes, de plus en plus espacées ? Une consommation contrôlée est-elle possible ou l'abstinence doit-elle être totale ? Ce sont des choses qui ne s'apprennent que par essais et erreurs. Tout cela prend du temps. Ce n'est pas comme un problème administratif qui peut se régler une fois pour toutes. Notre rôle est d'accompagner la personne dans ces différents cycles, de l'aider à trouver son propre rythme. Cela prend énormément de temps entre la prise en compte du problème,

le fait d'avoir envie de changer les choses et la mise en place des étapes du changement. »

(M., coordinatrice au SMES-B). Ces cycles sont compliqués par la consommation simultanée de plusieurs substances :

« On a aussi beaucoup de poly-consommateurs. Donc on peut avoir une personne qui est définitivement abstinente pour un produit, qui est dans la gestion d'un deuxième et qui essaie d'être abstinente pour un troisième. Ou alors des personnes qui deviennent abstinentes pour un produit mais qui le remplacent par un autre et surconsomment. Ou encore des personnes qui passent d'un mode d'usage à un autre, qui passent de l'injection au fait de fumer, par exemple. »

Les intervenants doivent également intégrer dans leur pratique professionnelle le caractère déstructuré induit par l'usage de substances.

Cette déstructuration est très apparente dans le cas de Monsieur W., entré dans le programme du SMES-B au printemps 2014 : **« W. est plutôt jeune, il a une trentaine d'années. Il consomme depuis très longtemps, essentiellement de la cocaïne et de l'héroïne. Il chipote aussi avec la méthadone. Il surconsomme de la métha et offre des colocations en échange de doses. Sa santé est fortement dégradée. Il souffre de troubles anorexiques. Sa situation administrative est aussi très compliquée. Il ne se rend pas aux rendez-vous, ce qui lui vaut des amendes, des dettes, des sanctions à l'ONEM. En raison de sa consommation, c'est quelqu'un d'hyper**

Une consommation contrôlée est-elle possible ou l'abstinence doit-elle être totale ? Ce sont des choses qui ne s'apprennent que par essais et erreurs.

déstructuré. Il plante tous les rendez-vous et ne répond pas au téléphone pendant des jours. Puis, tout à coup, il débarque avec des demandes extrêmement urgentes que tu dois gérer. Pour lui, la consommation n'est pas réellement un problème. Il n'a pas vraiment envie d'arrêter. L'essentiel du travail consiste à tenter de prévenir les répercussions de sa consommation sur son quotidien : les difficultés à payer, les huissiers qui débarquent, les dettes au CPAS ou à la STIB. Ce qui fonctionne bien avec lui, c'est la peur. Quand W. a peur, pour sa santé ou ses revenus, il se mobilise. Tout l'enjeu, en l'accompagnant, ce serait de l'aider à se structurer, à sortir de cette logique d'impulsivité. » (A., psychologue au SMES-B).

L'élévation des seuils d'accès et la saturation des structures de soins compliquent fortement l'accompagnement des personnes toxicomanes [voir chapitre 2]. Le public précarisé des usagers de drogues est particulièrement vulnérable : procédures d'admissions et de pré-admissions irréalistes, longueur des délais d'attente pour les centres résidentiels ou les hospitalisations, etc. Plus encore, la réticence des structures hospitalières à accueillir ce public est

explicite : « Ce qui prend du temps, c'est d'obtenir des places en cure et en postcure. On parle de semaines ou de mois. Ce qui, avec l'ambivalence des personnes, est très largement disproportionné. Ça prend des semaines à organiser et, au bout d'une semaine ou d'un jour, elles craquent. Et donc, il faut tout recommencer. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Accompagner face au système judiciaire

L'entrée en logement signe le moment de la régularisation administrative. L'accession à une existence légale implique un ensemble de responsabilités, qu'il s'agisse de démarches administratives à accomplir, de factures ou de loyers à payer. Plus encore, dès le moment où la personne possède une adresse légale, elle est susceptible d'être retrouvée par les services de police, rattrapée par des dettes ou par des condamnations judiciaires en suspens. Pour les équipes d'intervenants, il s'agira alors d'accompagner ces personnes confrontées à la brusque judiciarisation de leur vie quotidienne et aux procédures, parfois kafkaïennes, du système judiciaire.

Ces questions sont traitées à travers le récit du suivi de Monsieur Q., qui sera incarcéré quelques mois après son entrée en logement. L'incarcération du locataire



soulève de nombreuses questions. Cette section aborde également les questions liées à l'accompagnement d'un locataire placé sous surveillance électronique.

C'était une période assez positive au final, Q. s'est vraiment restructuré. Le problème, c'était que la consommation prenait toute la place.

Une année en prison

Monsieur Q. a intégré le programme Housing First du SMES-B dans les premiers mois de l'année 2014. Consommateur actif d'héroïne, il a été référé par un centre d'hébergement pour usagers de drogue. Monsieur Q. a contracté le VIH plusieurs années auparavant. Il souffre de problèmes de santé et nécessite des traitements médicamenteux lourds. Il a également connu un long parcours de justiciable. Il est en liberté conditionnelle au moment de son entrée en logement et entretient d'excellents rapports avec son assistante de probation. Des démarches sont entreprises pour l'obtention de revenus auprès de la Direction Générale personnes handicapées.

Après quelques mois de suivi, un contrôle de police va entraîner la révocation de la liberté conditionnelle de Monsieur Q. Il était, en effet, juridiquement tenu de s'abstenir de tout contact avec les milieux des usagers de drogues. Une période anxiogène d'incertitude va s'ouvrir entre le jugement du tribunal et

l'incarcération : « Q. est rentré chez lui après l'audience et ça a été une période hyper angoissante. Il savait qu'il allait retourner en prison mais il ne savait pas quand. Il était tout le temps dans l'angoisse que l'on vienne chez lui et qu'on l'embarque. Il n'avait aucune prise là-dessus. Il a même été se présenter lui-même à la police pour qu'on le mette en prison mais, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne. » (A., psychologue au SMES-B).

Après plusieurs semaines d'attente, Monsieur Q. finira par être incarcéré dans l'aile psychiatrique de la prison de Forest. Il s'agit d'un lieu de détention provisoire, imposé dans l'attente que des places se libèrent dans d'autres prisons. Cette période d'incertitude va, au final, durer dix mois. L'équipe d'accompagnement va maintenir le rythme des visites tout au long de l'incarcération : « On allait le voir toutes les semaines, pour lui apporter du soutien. C'était très dur pour lui d'être enfermé. C'est surtout l'incertitude qui était compliquée à gérer. Il ne savait pas quand il allait être transféré et les démarches entreprises pour obtenir un congé pénitentiaire n'aboutissaient pas. Mais, surtout, il ne connaissait pas la date de sa fin de peine. Il y avait des problèmes de communication avec l'administration pénitentiaire et la date changeait tout le temps. Le fait de ne pas savoir était une vraie torture. » Pourtant, malgré l'incertitude et

l'angoisse, Monsieur Q. parviendra à tirer profit de cette période d'enfermement :

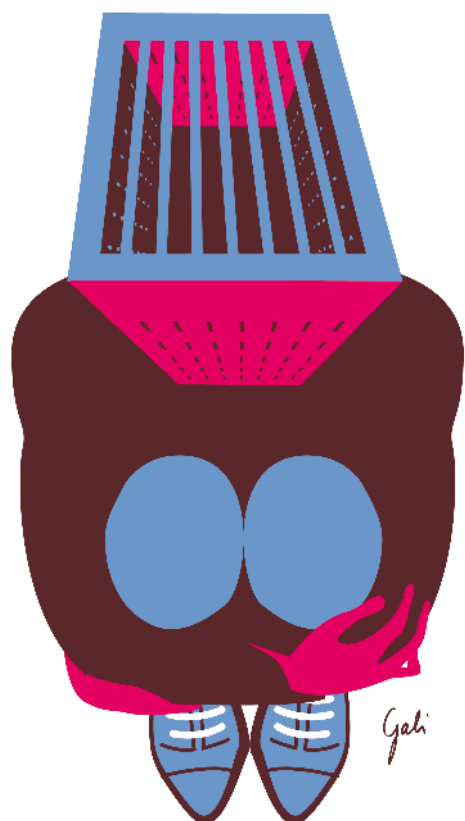
« Dix mois à Forest alors que c'était censé être pour une courte période, c'est très long. C'est une aile de la prison dans laquelle l'accès au travail ou à des activités est impossible. Mais Q. a réussi à en faire quelque chose de positif. Il s'est sevré, a arrêté de consommer. Il a également pris en main sa situation administrative, dont ses problèmes de dettes. Il a multiplié les démarches de manière autonome. C'était une période assez positive au final, il s'est vraiment restructuré. Q. est quelqu'un de malin, de débrouillard. Le problème, c'était que la consommation prenait toute la place. »

Au bout de dix mois, il sera transféré à la prison d'Ittre où il bénéficiera de meilleures conditions de détention. Tout l'enjeu de cette fin de peine sera, pour l'équipe d'accompagnement, de préparer la sortie. Le bail et le paiement des loyers ont pu être maintenus tout au long de l'incarcération : « Juste avant d'entrer en prison, Q. avait reçu pas mal d'argent, des arriérés d'allocations suspendues. Il nous a versé plusieurs mois de loyer d'un coup afin que nous puissions maintenir le bail. On a réussi à tenir pendant un an. C'était ça la priorité numéro un, le maintien du logement. À la fin, lorsqu'il était à Ittre, on a eu peur car la date de fin de peine a de nouveau été modifiée. Cela a été limite

avec le paiement mais on a réussi à tenir jusqu'à la sortie. »

Les difficultés que rencontre Monsieur Q., très largement corrélées à sa consommation, réapparaissent dès la sortie : « Il a recommencé à consommer dès sa sortie de prison. Sa santé s'est dégradée, il a fait plusieurs hospitalisations pour des problèmes respiratoires, des pneumonies à répétition. Il ne s'alimentait plus, ne prenait plus ses médicaments. Il a tenté une cure mais s'est fait virer en raison de son comportement, ce qu'il a assez mal vécu. Il ressent de l'injustice dès qu'on tente de lui imposer des règles. Puis, avec les délais qui sont tellement longs pour les hospitalisations en cure et en postcure, c'est difficile de maintenir la motivation. » La sortie de prison de Monsieur Q. met également en lumière la question des cadres et des limites éventuelles de l'accompagnement : « C'est tout le paradoxe avec Q. On a constaté qu'il allait beaucoup mieux en prison, du point de vue de sa santé, de son hygiène alimentaire, du dégressif de métha. Le fait d'être dans quelque chose de très structuré lui faisait du bien. Et nous nous sommes interrogés sur ce dont il avait besoin. Il y a un rapport à la limite, à la liberté de consommer qui n'est pas forcément facile à gérer. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Le fait d'être dans quelque chose de très structuré lui faisait du bien. Il y a un rapport à la limite, à la liberté de consommer qui n'est pas forcément facile à gérer.



Un lion en cage

Monsieur D. est un homme de 42 ans. Il est entré dans le projet Housing First du SMES-B en janvier 2014 [voir chapitre 1]. La question d'une surveillance électronique était d'emblée présente. Monsieur D. était profondément ambivalent, il y voyait la possibilité d'en finir avec son parcours de justiciable tout en repoussant sans cesse le moment du confinement : « **Au moment d'entrer en logement, il est formel · sa priorité, c'est la pose du bracelet. Mais à chaque fois qu'on amenait la question sur le tapis, quelque chose faisait que ça n'allait pas · c'était l'été, ou il n'avait pas envie, ou il n'avait pas de solution pour le chien...** Cette situation a duré une bonne grosse année. D. a fini par se signaler au greffe. On lui a parlé de pénurie de bracelets, de délai d'attente de trois à six mois. Le greffe lui dit de le recontacter un mois plus tard, ce qu'il finit par faire trois mois après. D. se disait qu'il avait encore six bons mois pour préparer la chose. Mais là, bam ! 15 jours après on le contacte pour lui dire que quelqu'un va venir

Il mordait tout ce qui s'approchait de lui car ce qu'il vivait était trop violent pour lui. Il fallait lui donner un espace pour déposer tout ça, pour être plus serein.

lui poser le bracelet dans la semaine. Il a vraiment été pris de court. Il n'a pas pu faire les choses comme il les avait envisagées. » (C., thérapeute au SMES-B).

La pose du bracelet marque le début de longs mois de confinement : « Avec le bracelet, il avait droit uniquement à quatre heures de sortie par jour, de 8 h à 12 h. Le reste du temps, il devait rester dans son appartement. Et 20 heures en logement, c'est long. Ça a vraiment dégénéré au niveau de son humeur. Il était très irritable. C'était très difficile pour lui d'être coincé chez lui. Ça l'a rendu agressif. Avec nous, avec n'importe qui. »

L'équipe va mettre en place des procédures particulières et adapter le rythme de ses visites : « Nous avons augmenté le nombre de visites. On allait lui rendre visite deux fois par semaine en après-midi, lorsqu'il ne pouvait pas sortir. Quand on était dans le quartier, on passait aussi une troisième ou une quatrième fois pour promener le chien. Au fil des semaines, les visites devenaient de plus en plus compliquées. Il se servait de nous comme défouloir. Parfois c'était : *Ok, allez promener le chien et foutez-moi la paix.* On a quand même maintenu un suivi administratif en intensifiant le nombre de visites. » La situation va se tendre un peu plus lorsque Monsieur D. est rattrapé par des dettes : « Les huissiers lui réclamaient plusieurs centaines d'euros de dettes non

payées. Ils sont venus pratiquer une saisie conservatoire chez lui alors qu'il n'était pas là. Cela a été extrêmement mal vécu, comme une intrusion dans son intimité. Il était persuadé que les huissiers avaient empoisonné son chien, ça a été le pétage de plombs. Il a cassé ses affaires ou les a vendues plutôt que de les laisser aux huissiers. Au final, les huissiers ont accordé un délai mais on n'arrivait pas à rattraper une relation. C'était extrêmement violent verbalement, il nous harcelait de sms et de messages vocaux. »

Pour permettre à Monsieur D. de décharger sa colère, la psychologue de l'équipe va mettre en place une thérapie brève de dix séances : « C'était un moment de crise assez violent. Sa chienne était enceinte, il était hyper angoissé. Pour lui, c'était hyper violent que des objets de son quotidien soient saisis. Il était en colère, agité. Il hurlait. Il était comme un lion en cage, il mordait tout ce qui s'approchait de lui car ce qu'il vivait était trop violent pour lui. Il fallait lui donner un moment, un espace pour déposer tout ça, pour être plus serein. » (A., psychologue au SMES-B).


La psychologue a mis en place les outils d'une thérapie brève, de type cognitivo-comportemental : « L'idée n'était pas de faire un travail approfondi. Les entretiens

étaient planifiés : dix semaines et dix séances. Au terme de ces dix séances, l'idée était de trouver un endroit tiers dans lequel continuer le travail. On a terminé sur trois pistes. Les entretiens lui ont permis de déposer certaines choses. La maison médicale dans laquelle D. était suivi a aussi joué un rôle essentiel. Cela a aussi permis de maintenir le lien qui était extrêmement tendu. J'étais là pour écouter son point de vue, pas pour défendre celui de l'équipe. Et puis, D. se mettait systématiquement dans une position de victime : c'était la faute des huissiers, des travailleurs sociaux, jamais la sienne. Cela lui permettait de se déresponsabiliser, de s'abstenir d'avoir une prise sur ce qu'il se passait. En utilisant des techniques d'entretien, je reflétais ce qu'il me disait. Cela lui a permis d'être plus nuancé. »

La fin de l'accompagnement

Les premières entrées en logement du Housing First bruxellois remontent à l'automne 2013. À l'heure d'écrire ces lignes, certaines personnes sont accompagnées depuis près de trois années. Certaines d'entre elles occupent toujours l'appartement initial. D'autres ont fini par investir un nouveau logement après avoir connu l'expulsion et le retour à la rue. Leurs parcours ont été accidentés, faits de cycles et d'épisodes parfois douloureux, mais elles ont désormais atteint une certaine stabilité.

Ces personnes ont généralement tissé un réseau d'aide – maisons médicales, centres de santé mentale, services dédiés aux personnes toxicomanes, services d'aide à domicile, etc. – qu'elles peuvent mobiliser. À ce stade, les équipes Housing First peuvent relâcher l'intensité de leur accompagnement. Il s'agit d'opérer une passation au réseau ou, pour reprendre la terminologie d'Infirmiers de rue, de marquer l'entrée en « post-suivi ».



Le lien se fait plus lâche, les visites et les contacts téléphoniques s'espacent. Cet éloignement relatif suppose que la personne soit suffisamment entourée et dispose de suivis sociaux et médicaux fiables. Les équipes Housing First se tiennent également prêtes à redémarrer des périodes de suivi intensif si la personne en exprime le besoin : « Nous avons mis en place une série de critères qui permettent de déterminer si la personne est post-suivable : paiement du loyer, conventions en ordre, suivis médicaux et sociaux suffisamment solides. Nous posons aussi la question du rapport au logement : est-ce que la personne aime son logement ? Est-ce qu'elle l'investit ? Si ces critères sont rencontrés alors on peut considérer le passage en post-suivi. Ces critères nous permettent de dépasser le caractère subjectif de l'évaluation d'une situation. On a aussi régulièrement des cas de personnes qui retournent en suivi régulier. C'est ce qui nous incite à maintenir ces post-suivis plutôt que de mettre fin à l'accompagnement. On n'a



pas envie de retrouver quelqu'un à la gare du midi : ah, tiens, qu'est-ce que vous faites ici ? Oh, ben ça fait trois mois que je suis là. Si tu ne fais pas attention, tu peux te retrouver avec des situations de rupture, des retours à la rue. On a déjà vécu ça et on n'a pas envie que cela se reproduise.» (P., médecin, Infirmiers de rue).

La sortie de l'accompagnement peut être également la conséquence, brutale et inattendue, du décès de la personne. Les probabilités du décès des bénéficiaires sont relativement élevées, tant en raison des caractéristiques du public cible que des difficultés d'accès aux soins pour les franges les plus précarisées de la population

[voir chapitre 2]. L'équipe Housing First du SMES-B a été confrontée à trois décès, ceux de Monsieur A., Madame N. et de Madame Y. Ils étaient respectivement âgés de 48, de 54 et de 50 ans. Ils sont tous les trois décédés dans leur appartement. En raison de l'absence de traces d'effraction ou de violence, la police a conclu à un mort naturelle sans réellement investiguer plus avant. L'équipe d'Infirmiers de rue a, quant à elle, été confrontée à un décès, celui de Monsieur X., âgé de 57 ans. Ce décès est lié à la phase critique de l'entrée en logement [voir chapitre 3].

L'angoisse du décès est sous-jacente au sein des équipes d'accompagnement. Elle se fait manifeste lorsque les comportements à

risque du locataire en viennent à échapper au contrôle ou lorsqu'il décide d'interrompre toute communication pendant plusieurs semaines. Parfois, l'accompagnement consiste à faire le pied de grue devant un immeuble en y guettant un signe de vie. À certains moments, il faut se résoudre à forcer le contact ou, littéralement, à forcer la porte. Des procédures particulières sont mises en place : « Lorsque l'on craint que le locataire soit décédé, la règle est de ne pas entrer seul dans l'appartement. On appelle la police. C'est un peu la première étape de la procédure. La seconde étape, c'est de lister les gens à prévenir. Une personne décédée en logement, cela signifie énormément de travail administratif. Si la personne est suivie par un administrateur de biens, c'est lui qui prend en charge ces démarches. Sinon, nous sommes les seuls à pouvoir le faire. Il faut obtenir un certificat de décès et le transmettre, clôturer les différents contrats, etc. On en est venu à devoir établir une check-list administrative en cas de décès. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Lorsque les funérailles ne sont pas prises en charge par la famille, l'équipe d'accompagnement est le dernier rempart permettant d'organiser une cérémonie, un moment de recueillement : « Pour A., la famille a organisé une cérémonie à la mosquée. On a aussi organisé une petite cérémonie dans une association qui travaille avec les personnes de la gare du Nord, là où A. avait ses habitudes. Pour ça on peut s'appuyer sur le collectif des Morts de la rue¹.

Pour N., ça a été compliqué. La famille n'a pas voulu prendre en charge les funérailles et N. a été enterrée comme indigente. Nous avons organisé une cérémonie avec l'aumônière de la prison où elle a été incarcérée. C'était la personne de qui elle était la plus proche. Le corps est resté presque un mois à la disposition de la Justice. On n'avait aucune nouvelle. Et puis, brusquement, on a été prévenu qu'elle allait être enterrée dans la semaine. Au final, il y avait cinq personnes de l'équipe Housing First et trois aumônières. »

Le décès est un moment douloureux, qu'il faut exorciser en équipe : « C'est impératif de prendre des moments en équipe pour en parler. On a assez de ressources en interne pour gérer une situation douloureuse telle que celle-là. Chacun peut aussi la gérer en supervision ou prendre quelques jours off si il en ressent le besoin. L'idée est de prendre de la distance en se réunissant et en en parlant, pas de rentrer chez soi avec ça. » (C., thérapeute au SMES-B).

Au travers ces expériences émotionnellement

1 ➔ Le collectif des Morts de la rue est une structure, regroupant travailleurs sociaux et personnes privées, qui travaille à organiser un départ digne pour des personnes qui sont ou ont été des habitants de la rue. L'idée est que la personne ne parte pas dans l'oubli, ne parte pas seule. Le collectif est là pour informer le réseau et organiser des moments de recueillement.

Ces décès sont les conséquences des comportements à risque de la personne mais, surtout, ils sont la conséquence des difficultés d'accès à l'aide et aux soins.

difficiles, les sentiments de vigilance et d'alerte sont exacerbés : **« C'est des moments importants, qui restent gravés. Moi, dans ma pratique professionnelle, il y a un avant et un après N. (...) Après, on sait qu'on travaille avec une population à risque. Ce qui n'enlève rien à la gravité, au ressenti en équipe. Et puis, à force, notre instinct est affûté. Avec Z., au moment où on est rentrés chez lui, on ne savait pas si on allait le retrouver vivant ou mort sur son lit. Ça a été tout juste. Je pense que, à quelques heures près... »** (S., C. et A., assistante sociale, thérapeute et psychologue au SMES-B).

Le décès du locataire s'accompagne souvent de sentiments de colère et de frustration : **« Les trois décès m'ont laissé un goût amer. Oui, ces décès sont les conséquences des**

comportements à risque de la personne mais, surtout, ils sont la conséquence des difficultés d'accès à l'aide et aux soins. C'est rageant de voir à quel point la difficulté d'hospitaliser certaines personnes a participé au décès.

La frustration de ne pas avoir droit à plus d'informations aussi. La police les a classés comme des morts naturelles mais sans vraiment chercher très loin... Au final on ne saura jamais. On doit faire notre deuil sans réellement savoir ce qu'il s'est passé. » (M., coordinatrice au SMES-B).

Après les décès, les logements ne restent vides qu'un temps. Ils doivent réintégrer la file active des suivis, être préparés pour accueillir un nouveau locataire. Ils deviennent le lieu d'un nouvel accompagnement. Ils n'en demeurent pas moins des lieux émotionnellement chargés : **« Ce qui était très dur, c'est de devoir vider le logement. Cela m'a vraiment secoué. Tu mets toute la vie de quelqu'un dans une camionnette et tu amènes tout à la déchetterie. C'est comme si rien n'avait de valeur. Ce n'est pas évident de devoir réaménager le logement, de refaire une entrée en logement. D'y accompagner une nouvelle personne. C'est déjà difficile de passer la porte, la présence est toujours là. »** (A., psychologue au SMES-B).

CONCLUSION

Au début des années 1990, les initiateurs du modèle Housing First se sont attelés à répondre aux demandes d'un public particulier, celui des sans-abri de longue durée présentant un double diagnostic en matière de troubles psychiatriques et d'addictions. Ce faisant, ils ont défini l'une des principales innovations sociales des ces 20 dernières années. Le modèle Housing First procède d'un principe simple : le logement est un droit fondamental. Il constitue la principale demande des sans-abri chroniques et la condition sine qua non à tout processus de rétablissement. Le Housing First ne se réduit pas à ces « sorties de rue ». Dès l'entrée en logement, il met en place un accompagnement intensif, pluridisciplinaire, taillé aux spécificités de chaque bénéficiaire.

En Région bruxelloise, les équipes d'accompagnement du SMES-B et d'Infirmiers de rue mettent ce modèle en pratique. Au quotidien, elles travaillent sans filet auprès du public le plus fragilisé et s'aventurent dans les territoires les plus escarpés de l'intervention sociale. On aurait tort, cependant, de réduire le Housing First à une forme extrême de travail social. Le modèle met à jour certains des enjeux les plus fondamentaux de l'accompagnement : le lien entre l'institution et l'utilisateur, les cadres et leurs limites, le rôle du bénéficiaire dans la relation d'aide.

Pour explorer la spécificité de ces pratiques d'accompagnement, nous avons privilégié la co-construction des savoirs et la réflexion

collective. L'observation participante permettait de dépasser la démarche évaluative pour viser le consensus d'expert : comment les intervenants définissent-ils, eux-mêmes, les bonnes pratiques, les meilleures manières d'agir dans une situation donnée ? Nous avons également cherché la synergie entre l'activité de recherche et la pratique des intervenants de terrain. Il s'agissait de mettre notre présence au service des intervenants, de leur proposer des temps d'arrêt et des espaces de réflexivité. La matière de l'étude a été retravaillée avec les intervenants via une série de focus-groups, d'entretiens semi-directifs et d'allers et retours du texte. Au final, cette étude doit se concevoir comme le produit d'une réflexion intrinsèquement collective.

L'un des objectifs de cette démarche était de documenter et de valoriser la créativité des travailleurs sociaux. L'expertise du travailleur social, en effet, constitue une forme de savoir régulièrement négligée. L'intervenant de terrain est le parent pauvre de la littérature traitant de l'innovation sociale. Sa parole y est occultée, étouffée sous le poids de l'analyse sociologique. Avec ce projet, nous avons voulu proposer le contraire : un texte dominé par le travailleur social, dans lequel la recherche se fait le porte-voix des acteurs de terrain.

Valoriser une parole, c'est aussi lui permettre de se déployer au-delà de ses cercles habituels. Nous souhaitons que cette étude permette de décroquer les enseignements du Housing First et les fasse circuler dans les différents secteurs de l'intervention sociale et de l'aide aux personnes. Cette diffusion nous semble essentielle en regard du démantèlement de l'État social que nous connaissons depuis une vingtaine d'années. Les succès du modèle Housing First auprès du public le plus fragilisé invitent à une révolution copernicienne, à un changement de paradigme. Il s'agit de redéfinir les relations qui lient le bénéficiaire à l'institution. Avec le Housing First, ce n'est plus le bénéficiaire qui doit montrer patte blanche ou remplir une série de conditions. Le modèle fonctionne parce que l'institution est plastique et vient se calquer sur le rythme et les spécificités de la personne. À l'heure où le travail social est distordu par le culte de l'activation et par les conditionnalités imposées aux allocataires sociaux, ce déplacement est essentiel.

Références

Busch-Geertsema, V. (2013) Housing First Europe : Final Report – <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

Busch-Geertsema, V, Edgar, W., O'Sullivan, E. and Pleace, N. (2010) *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*, European Consensus Conference on Homelessness, FEANTSA.

Buxant, C. (2016) Osons le Housing First ! *Pauvreté* : 12.

Furtos, J. (2009) *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris : Editions Rue d'Ulm.

Hurtubise, R. et Rose, M-C. (2013) Récits de pratiques et consensus d'experts. Equipes cliniques du projet *Chez Soi* à Montréal – <http://cremis.ayudo.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/recits-de-pratique-et-concensus-d-experts-projet-chez-soi-hurtubise-2013.pdf>

Le Cardinal et al. (2013) Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives, *L'information psychiatrique* 5(89).

Padgett, D., Culcur, L. and Tsemberis, S. (2006) Housing First Services for People who are Homeless with Co-occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse, *Research on Social Work* 16(1) pp.74-83.

Pleace, N. and Bretherton, J. (2013) The Case for Housing First in the European Union : A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness, *European Journal of Homelessness* 7(2) : 21-41

Slimbrouck, A. (2012) Recherche action – Réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux (RAPS) – <http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapports-externes/raps-version-definitive-fr.pdf>

Tsemberis, S. (2010) Housing First : *The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minneapolis : Hazelden.

Tsemberis, S., Culcur, L. and Nakae, M. (2004) Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis, *American Journal of Public Health* 94(4) : 651-656.

Colophon

Sorties de rue.
Une ethnographie des pratiques d'intervention Housing First

Une coédition
Le Forum – Bruxelles contre les inégalités
Rue Fernand Bernier 40
1060 Bruxelles
Et la Fondation Roi Baudouin
Rue Brederode 21
1000 Bruxelles

Auteur
Sébastien Lo Sardo

Coordination pour la Fondation Roi Baudouin
Pascale Taminiaux, coordinatrice de projets senior

Conception graphique + illustrations
Caëlle Crisard

Print on demand
Cette publication peut être commandée ou téléchargée gratuitement sur le site du Forum – Bruxelles contre les inégalités www.le-forum.org

Dépôt légal
D/2016/14.07/01