



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

Q. 1. Ce qui est fondamental dans le Housing First (posée par David Pieroux)

Dès son implémentation en Europe, le modèle HF a été adapté aux spécificités locales (besoins, limites, expertises déjà en présence). Aussi, parfois, le terme HF est utilisé alors que les principes de base ne sont plus réunis. Aux Etats-Unis, on peut aussi imaginer que depuis 1991 et Pathways to Housing, différents développements du modèle ont vu le jour (on pense notamment à l'intégration de publics cibles spécifiques, tel que les vétérans de guerre).

- Pour vous, quels sont les ingrédients directement liés à la réussite de pratiques de type HF ?
- Quels sont d'autres exemples d'adaptation du modèle HF aux Etats-Unis ?

Réponse. 1. A retenir :

Housing First est fondé sur 5 grands principes. Basés sur ceux-ci les pratiques s'adaptent aux spécificités de leur terrain et principalement aux publics cibles.

La dissémination du modèle va de pair avec une certaine tension quant à la question de la fidélité au modèle d'origine. Quand on visite d'autres implémentations HF, on peut constater que l'opérationnalisation et le discours sur ces pratiques dépendent des objectifs poursuivis (bénéficiaires, politiques, chercheurs et travailleurs de terrain n'en parlent pas de la même manière).

L'objectif commun de ces acteurs est de réduire le sans-abrisme. Or, le programme HF fonctionne. Il faut donc mettre en évidence les différents principes associés à cette réussite :

- 1) **Libre choix.** Mais, suivant les projets l'amplitude et le type de choix peuvent être très variables. Par ailleurs, l'impression de choix est subjective.
- 2) **Séparation entre le logement et l'accompagnement.** Le logement doit être attribué sans condition de traitement. C'est une des clefs pour s'assurer que l'on se centre bien sur la personne et sur la possibilité qu'elle occupe son logement le plus longtemps possible.
- 3) **Viser le rétablissement.** C'est une philosophie connue dans le secteur des assuétudes, beaucoup moins dans celui de la santé mentale. L'idée est que la personne soit actrice de sa « maladie ». Il s'agit d'un programme à long-terme. 50 % des bénéficiaires iront vers le rétablissement.
- 4) **Intégration dans la communauté.** Il s'agit ici aussi d'une vision philosophique : penser les personnes avec des problèmes psychiatriques capables d'être intégrées dans la société. C'est une étape secondaire dans le processus de rétablissement qui intervient après une étape indispensable de « stabilisation » objectif à long terme.
- 5) **Fonctionnement de l'équipe.** Le travail en équipe est indispensable. Il faut pouvoir offrir la plus grande disponibilité et flexibilité (24h/24).



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

Exemples d'adaptation aux USA ?

Il y a probablement davantage de variations entre les pays (USA, Canada, Europe). A Vancouver, c'est une population plus jeune qui était ciblée.

A Winnipeg, il s'agissait pour plus de 70% d'autochtones qui ont une relation spécifique avec la santé et les soins. Le projet s'est donc adapté au terrain : tout le pan médical du projet est réalisé avec des sages de tribus qui sont complètement intégrés au projet. La médecine occidentale a été écartée au profit de la médecine des autochtones. Ceux-ci n'auraient pas accepté le concept HF sans cela.

Un autre exemple : dans le Vermont, il s'agit d'une région rurale avec de très grandes distances à parcourir pour rencontrer les bénéficiaires. Dans ce projet, il y a un recours important à la téléconférence et à toutes les technologies permettant de faciliter la communication à distance.



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

Q. 2. La cohérence des politiques (logement, santé, lutte contre la pauvreté, action sociale) (posée par Saskia Simoens)

En Belgique, l'expérimentation HFB est financée par la lutte contre la pauvreté et portée principalement par des acteurs de l'action sociale.

Le secteur de la santé et du logement sont associés sur le terrain mais les collaborations ne sont pas encore formalisées et les pouvoirs subsidiaires de ces secteurs n'investissent pas encore financièrement de manière significative.

En parallèle, il existe actuellement une Réforme de la santé mentale (visant la désinstitutionnalisation et les soins ambulatoires).

- ***Aux Etats-Unis, après toutes ces années, quel est actuellement la relation entre les différentes politiques (logement, santé, pauvreté, action sociale) ? Participent-elles/ont-elles participé de manière significative au développement/à l'expansion du HF ?***

Réponse 2. A retenir :

Il faut :

- **un soutien politique fort**
- **des équipes intégrant les différents secteurs,**
- **des institutions prêtes à prendre des risques.**

Même si l'intégration ne se fait pas au niveau politique, elle doit se faire au niveau de l'équipe (et c'est probablement plus facile). L'objectif est d'obtenir une réelle volonté politique en vue d'une pérennisation.

Aux E-U, pour l'instant, le programme HF destiné aux vétérans de guerre est fortement soutenu, et cela marche !

Peu importe quel type d'institution porte une équipe HF, tant qu'il y a une équipe « leader ». Et, dans tous les cas, il faut que ces institutions soient prêtes à prendre des risques. Cela implique de ne pas être trop rigides.



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

Q. 3. La durée de l'accompagnement. (posée par Vincent Desirotte)

Dans le cadre de HFB, l'accompagnement est intensif et fréquent. Malgré le caractère expérimental du programme (phase-test à durée déterminée), les partenaires essaient de s'assurer de la pérennisation possible de leurs pratiques d'accompagnement (par eux, ou par une autre institution-relais).

- ***Avec le recul que vous avez, en moyenne, combien de temps dure l'accompagnement HF ?***
- ***La visée est que la personne relogée puisse réinvestir les services de droit commun... est-ce effectivement le cas ? après combien de temps ? Dans ce cas, maintenez-vous néanmoins une veille si besoin ?***

Réponse 3. A retenir :

Individualiser l'accompagnement (et la durée de celui-ci).

Tout dépend des besoins de la personne. Sam Tsemberis reçoit toujours des appels de certaines personnes qu'il suit depuis 20 ans...

Il faut donc individualiser le programme et objectiver en fonction du processus de rétablissement de chacune des personnes suivies. Plutôt que de se demander « quand faut-il mettre fin à l'accompagnement? » il convient de se poser la question suivante: “quand cet usager n'a-t-il plus besoin de soutien dans son parcours vers son rétablissement” ?

L'accompagnement ne sera que très rarement de courte durée. Statistiquement, seul 5% des personnes n'ont plus du tout besoin d'accompagnement mais pour les autres, l'accompagnement se négocie et est dégressif.

Peut-être que quelqu'un n'aura plus besoin d'accompagnement dans un domaine de sa vie, mais toujours dans un autre. Ainsi, sortir des problèmes d'assuétude et/ou de santé mentale va plus vite que sortir de la pauvreté.

Pour favoriser le rétablissement à long-terme, répondre dans l'urgence à la crise n'est pas nécessairement le plus approprié même s'il est bien d'avoir une écoute bienveillante à tout moment (disponibilité 24/7). Il ne faut pas négliger les étapes dans le rétablissement et le processus évolutif : par exemple en fêtant la diminution des besoins en matière d'accompagnement (passage d'une équipe ACT à une équipe CIM).



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

Q. 4. L'inconditionnalité (posée par Muriel Allart)

HF s'adresse aux personnes sans-abri les plus fragiles qui ne trouvent pas de voie de réinsertion dans le système d'aide habituel. Les problématiques rencontrées sont souvent sévères, multiples et imbriquées. Parfois s'ajoutent des troubles cognitifs sévères ou des comportements anti-sociaux (psychopathie).

- ***Au nom de l'inconditionnalité, les équipes doivent-elles accepter tous les publics ?***
 - ***Pensez-vous que certaines personnes ont difficilement leur place dans un modèle de type HF ?***
-

Réponse 4. A retenir :

HF n'est pas destiné à tout le monde. Mais cela vaut toutefois la peine d'essayer le logement.

Il faut diminuer le plus possible les conditions d'accès au logement mais il faut être néanmoins réaliste et prudent. Quelqu'un qui aurait un trouble cognitif pourrait par exemple oublier le gaz.

Toutefois, cela vaut la peine d'essayer (en se disant que si cette personne peut survivre en rue, elle devrait pouvoir survivre en logement). C'est mieux de faire une erreur d'inclusion qu'une erreur d'exclusion.

Le HF c'est une prise de risque.

Ce n'est pas possible de prédire si cela fonctionnera ou pas avec chacune des nouvelles personnes entrant dans le programme. Pour environ 20% des clients, cela ne fonctionnera pas. Mais il peut y avoir de belles surprises.



Questions to Sam Tsemberis Meeting with HFB support teams 16-03-2015

5. Le non maintien dans le logement pour certains (*posée par Arnaud Jacquinet*)

Partout où les pratiques HF ont été mises en place, le taux de maintien dans le logement est un indicateur de réussite sans appel (au moins 80%). On oublie souvent les 20% de personnes pour lesquelles ce type d'outil ne semble pas convenir.

- ***Quelle est votre idée sur ce public-cible qui ne répond pas au HF ?***
 - ***S'agit-il d'un profil particulier ?***
 - ***Quelle serait l'offre adéquate pour ce public (s'il s'agit d'un public cible spécifique) ?***
-

Réponse 5. A retenir :

On ne peut pas prédire l'échec. Il faut parfois essayer plusieurs fois en logement.

Bien que les échecs existent (20%) les usagers pour lesquels le projet n'a pas fonctionné ne doivent pas être exclus. Il faut parfois essayer 2, 3 fois avant que ça ne fonctionne et se rappeler que dans la philosophie du modèle, le travail social s'articule autour de la personne et non du logement.

L'équipe doit faire preuve de patience... et doit aussi trouver un équilibre.

On ne peut pas prévenir une sortie de logement involontaire (comme volontaire). D'un point de vue statistique les « 20% » présentent des problématiques de toxicomanie et de dépendance affective (liée à leur entourage de consommation le plus souvent). Le retour à la rue est alors synonyme de reconnexion avec un réseau social existant (40% motivent leur retour à la rue par cet élément).

Avec ce type de public, il ne faut pas toujours se focaliser sur une démarche spécifique (remise en ordre administrative, accompagnement santé, occupationnel,...) mais être là, accompagner, rencontrer.

Ce qui fonctionne avec ce public s'inscrit dans la logique de réduction des risques (comme au Danemark, avec des lieux de consommations).