

# Projet EHPAD

Espace d'Habitation pour Personnes Adultes Demandeuses

Rapport final – Phase II



Chargée de projet : Valentine Peren

Un projet subsidié par la Commission Communautaire Commune





## Table des matières

A.	Contexte du projet.....	3
B.	Chronologie du projet.....	4
C.	Déroulement du parcours d'accompagnement.....	4
D.	Réalisation et impacts .....	5
	<i>Une évolution des représentations .....</i>	6
	<i>Une nouvelle dynamique intersectorielle .....</i>	8
	<i>Des temps de concertation inclusifs.....</i>	8
	<i>Des activités porteuses de sens pour les résidents .....</i>	11
	<i>Des impacts positifs sur la vie de la personne relogée .....</i>	11
E.	Limites & pistes d'action .....	15
	<i>Repenser les temporalités .....</i>	15
	<i>Repenser l'accueil en profondeur.....</i>	16
	<i>Outiller plus largement les travailleurs.....</i>	16
	<i>Versant financier.....</i>	16
	<i>Annexes .....</i>	17

## A. Contexte du projet

Ce projet s'inscrit d'une part dans un contexte sociétal de vieillissement de la population et une réalité de diversification des publics entrant en maison de repos amenant, entre autres, des enjeux de santé mentale. D'une autre part, il tente de pallier le manque de réponses adaptées aux besoins des personnes sans-abri vieillissantes, particulièrement fragiles. Ce double constat appelle à faire évoluer les modèles d'institutions dédiées et les pratiques d'accompagnement de terrain.

La rencontre des publics vient soutenir une ouverture et un décloisonnement d'un modèle médico-centré de lieu de soins vers une approche psycho-socio-affective de la santé au sein de lieu de vie communautaire. La diversité des situations mais aussi le renforcement de besoins spécifiques (santé, logement, sociaux et économique) demande un glissement de leurs finalités en se centrant sur la personne accompagnée et sur sa qualité de vie, notamment en s'appuyant sur ses besoins et ressources au service de son sentiment d'appartenance et d'utilité au sein de sa communauté.

Sur le versant individuel, les personnes sans-abri cumulent des problématiques complexes et intriquées qui nécessitent une multitude de solutions de logement. Le dernier dénombrement de 2022 en Région Bruxelles-Capitale montre une augmentation alarmante d'environ 26% en deux ans, à savoir 5313 personnes recensées en 2020 face à 7134 en 2022<sup>1</sup>. Parmi elles, le Collectif des Morts de la Rue estime le ratio des plus de soixante-cinq ans à 15%<sup>2</sup>. Il est également important de souligner les effets dévastateurs de la rue sur la santé mentale et physique des individus, rendant leur vieillissement plus difficile et leur espérance de vie réduite de 30 ans en moyenne (Collectif des Morts de la Rue, 2021, p. 9). Il s'agit ici de proposer à ce public un lieu de vie pérenne leur permettant de vieillir et de finir leur vie dignement.

En septembre 2021, Senior Montessori a lancé un projet pilote visant à faciliter l'entrée en maison de repos et de soins d'un public connaissant un vieillissement difficile causé par la cumulation de problématiques de sans-abrisme, santé mentale et assuétudes. Nous avons ensuite lancé la phase II du projet de septembre 2022 à décembre 2023 au vu de la bonne réception du parcours d'accompagnement par les maisons de repos et de soins ainsi que les impacts positifs observés sur les personnes relogées.

En travaillant sur l'accès au logement en maison de repos pour un public sans-abri âgé, ce projet se présente comme un chemin préparé et balisé qui vient accompagner et équiper le personnel soignant afin de faciliter l'entrée en logement au travers d'un protocole d'accueil repensé et d'outils relevant des approches centrées sur la personne. Nous visons le rétablissement d'un public cumulant des problèmes de précarité, de santé mentale, d'addiction et de vieillissement difficile. Leur situation les conduit dans une impasse au niveau du logement et de l'accès aux soins de santé – ce qui constitue pourtant des droits fondamentaux.

Afin de favoriser une entrée en logement pérenne, nous n'intégrons dans ce projet que des personnes en demande d'une admission dans une maison de repos – que cette décision soit motivée par le besoin d'un lieu et d'un encadrement adapté à leurs difficultés cognitives et/ou leur fragilité physique, leur

---

<sup>1</sup> Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région Bruxelles-Capitale, 7<sup>e</sup> édition (2022).

[Synthèse Denombrement22 FR.pdf \(brusshelp.org\)](#)

<sup>2</sup> Collectif des Morts de la Rue (2021), « Mortalité des personnes sans domicile 2020. Résumé d'enquête. » (en ligne) [http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/RESUME\\_RAPPORT\\_2020\\_EN\\_2021-2.pdf](http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/RESUME_RAPPORT_2020_EN_2021-2.pdf)

envie de s’inscrire dans un lieu de vie communautaire ou tout simplement de se mettre à l’abri des aléas de la vie en rue.

Nous avons choisi de co-construire ce projet en partenariat avec le Smes, DoucheFlux et Infirmiers de Rue d’une part parce que nos champs d’expertises respectifs sont complémentaires, mais également au vu de la convergence de nos visions centrées sur la personne, véritable moteur de nos actions.

## B. Chronologie du projet

	09/22	10/22	11/22	12/22	01/23	02/23	03/23	04/23	05/23	06/23	07/23	08/23	09/23	10/23	11/23	12/23
Co-pilotage																
Mise en place du parcours d’accompagnement																
Entrées en logement et suivis																
Travail sur le parcours d’accompagnement																

## C. Déroulement du parcours d’accompagnement

Afin d’assurer en amont la sensibilisation du personnel aux problématiques relatives à l’accueil d’un public Housing First, nous avons fait le choix de concentrer nos efforts sur un groupe pluridisciplinaire de professionnels, de maximum six personnes, au sein de chaque maison. Nous souhaitons par ce biais offrir à chaque corps de métier l’occasion d’identifier les outils pertinents pour sa pratique tout en permettant à chacun de partager ses réflexions et ressentis. En effet, le changement de regard que nous voulons initier ainsi que la mise en place pratique d’outils favorisant un accompagnement centré sur la personne sont des objectifs ambitieux puisqu’ils touchent aux fondements même de nos représentations de l’altérité et de sa prise en soin.

Nous avons également décidé d’inclure les résidents des maisons de repos puisqu’ils connaissent de façon empirique les réalités d’une entrée en maison de repos – ses démarches, ses deuils, ses manques, etc. Au travers d’activités engageantes, nous souhaitons créer un espace de vie agréable où l’accueil serait facilité par la présence de comités divers au sein desquels les nouveaux résidents pourront trouver du lien ainsi que des activités porteuses de sens pour eux.

Le parcours d’accompagnement s’articule en 6 étapes :

1. **Rencontre initiale** : présentation du projet et premiers pas dans la sensibilisation autour du sans-abrisme et du Housing First : ouverture d’un espace de communication bienveillant et évaluation des craintes, limites et besoins perçus par le collectif de soignants.
2. **Sensibilisation thématique** : exploration de la thématique de la santé mentale axée sur le rétablissement de l’individu et des outils favorisant un tel processus de reconstruction. La focale est mise sur l’implémentation d’une dynamique patient-partenaire<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> POMEY M-P. *et all* (2015), « Le ‘Montreal Model’ : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, pp. 41-50.

3. Mobilisation partenariale : rencontre entre le collectif de soignants et les partenaires Housing First (soit Infirmiers de Rue, soit le Smes, soit DoucheFlux), mise en place d'une dynamique de partenariat et cartographie des champs d'expertises.
4. Rencontre communautaire : invitation des habitants de la MR/MRS à participer au comité chargé de repenser l'accueil pour tous. Séance d'information et identification des besoins des seniors pour une entrée en logement apaisée.
5. Comité d'accueil : réunion du comité d'accueil en présence des membres du personnel qui reprendront le flambeau par la suite. Actions pratiques en s'appuyant sur la liste des besoins élaborée lors de la séance précédente.
6. Tisser et entretenir le lien : en parallèle, premiers pas vers l'entrée en logement : visite de la résidence, premier temps de concertation, etc.

Ces différents modules sont adaptés en fonction des besoins identifiés par les participants. Une maison de repos n'étant pas l'autre, il est nécessaire d'être flexible afin de répondre au mieux aux attentes du terrain. Le parcours d'accompagnement et de formation proposé s'ancre dans une approche montessorienne en accordant une attention particulière à favoriser l'engagement des participants en utilisant certains outils spécifiques tels que : des exercices pratiques, un matériel ludique et visuellement agréable, des visuels à projeter, des exemples concrets et histoires vécues, etc.

## D. Réalisation et impacts

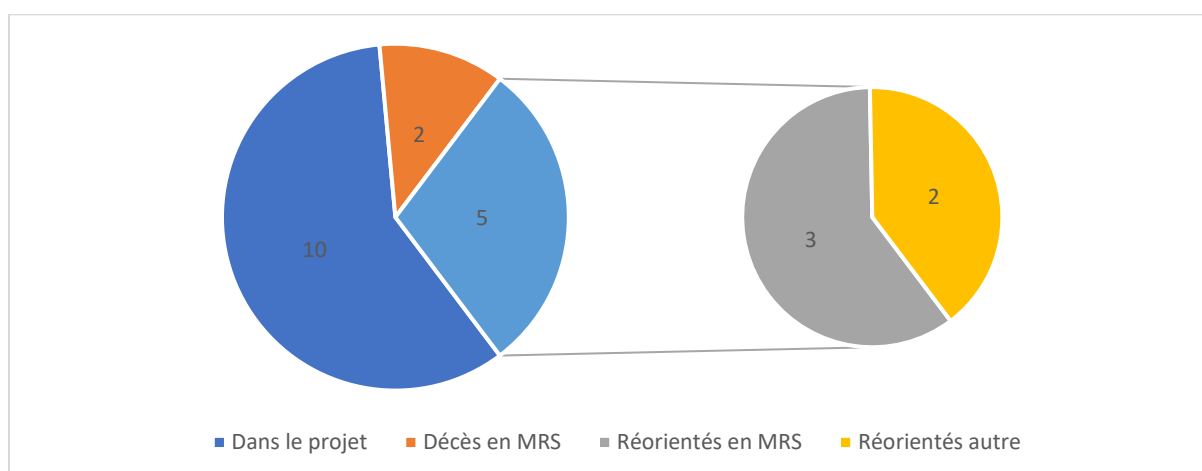
Tout au long du développement du projet, nous avons mis en place une stratégie d'évaluation d'impact dans une optique d'analyse et bonification du parcours d'accompagnement proposé. Nous pouvons observer une série d'effets positifs. Tout d'abord, nous avons pu constater que le projet a bien été reçu dans les maisons de repos de Bruxelles puisque nous avons établi des collaborations avec 20 d'entre elles. 16 MR/MRS ont été accompagnées lors des deux premières phases du projet, les parcours des 4 maisons suivantes sont d'ores et déjà planifiés pour la phase III. Ceci montre la pertinence de notre proposition face aux enjeux actuels des maisons de repos et de soins qu'est la diversification des publics, entraînant des problématiques de santé mentale et d'assuétudes.

La participation au parcours d'accompagnement de seize maisons de repos nous permet de confronter notre projet aux diverses réalités internes. En effet, certaines maisons accueillent déjà un public bas seuil depuis plusieurs années (comme la Résidence Sainte-Gertrude dans les Marolles) alors que l'expérience était inédite dans d'autres (comme la Résidence Saint-Joseph à Evère où la population est assimilée à un « village gaulois » par le personnel).

Nom de la maison de repos	Localisation	Secteur	Nombre de personnes relogées
Résidence Arcadia	Molenbeek	Public	2
Campus Eureka	Evère	Privé non-marchand	3
Saint-Joseph	Evère	Privé non-marchand	3
Val des Roses	Forest	Public	1
Home Brugman	Uccle	Public	0
Domaine du Neckersgat	Uccle	Public	0
Sainte-Gertrude	Bruxelles	Public	1
Anne Sylvie de Muzon	Saint-Josse	Public	0

Reine Fabiola	Auderghem	Public	0
Tour & Taxis	Bruxelles	Privé	3
Rinsdelle	Etterbeek	Privé	1
Sainte-Monique	Bruxelles	Privé non-marchand	1
Home Scheut	Anderlecht	Privé	3
Les Trois Pommiers	Etterbeek	Privé non-marchand	0
Les Tilleuls	Saint-Gilles	Public	1
Les Trèfles	Anderlecht	Privé	0
Total de maisons de repos formées	16	Total des entrées	19

Tout d'abord, nous devons préciser que deux de ces 19 entrées sont des transferts internes – d'une maison de repos à une autre au sein même du projet. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, 17 personnes sont donc entrées dans le projet dont 10 sont toujours suivies dans le cadre du partenariat. 5 personnes ont été réorientées soit vers d'autres maisons de repos et de soins ne faisant pas partie du projet soit vers des services plus spécialisés en psychiatrie afin d'assurer une prise en charge adaptée à leurs besoins. 2 personnes sont décédées dans leur MR/MRS. Bien que ce sujet soit délicat, il est important de prendre en considération qu'offrir un lieu de fin de vie digne à des personnes ayant eu un parcours de rue doit être compris comme un aspect positif du mécanisme. Nous pouvons donc constater que la totalité des personnes étant entrées dans le projet sont toujours en logement.



### Une évolution des représentations

Le parcours d'accompagnement commence par la mise en place d'un espace de discussion sans jugement autour de l'implémentation du projet au sein de la maison de repos. Les premières réactions sont relativement similaires dans chaque établissement, à savoir un sentiment ambivalent entre la volonté de s'inscrire dans un projet à vocation sociale tout verbalisant des craintes conséquentes telles que la gestion de l'agressivité des personnes relogées, la possibilité d'intégration dans la maison de ce public, de la sécurité des autres habitants, de la stigmatisation potentielle venant tant du personnel que des autres résidents et leurs familles.

L'expérience des personnes âgées sans abri attire l'attention sur la relation qui existe entre la construction sociale d'un problème et la réponse au besoin. Le lien entre les notions de « dépendance » et de « mérite » est depuis longtemps étudié et critiqué en gérontologie sociale. Il en va de même de la construction sociale du

sans-abrisme en tant que phénomène marginal et/ou déviant (par exemple de sous-classe morale). Cependant, c'est précisément cette dualité des personnes âgées en situation de sans-abrisme, à la fois « méritantes » du fait de leur âge chronologique et « non-méritantes » en conséquence d'une « déviance » perçue, qui cause l'ambiguïté de la réponse. Les personnes âgées sans abri occupent une place non reconnue entre leur catégorisation comme « méritantes » en raison de leur âge (ou de leurs besoins fonctionnels) et « non-méritantes », car elles sont considérées comme ayant fait de « mauvais choix en matière de mode de vie » qui les rendent individuellement responsables de leur situation.<sup>4</sup>

La grande majorité des soignants souligne le fait que ce public est généralement considéré par l'institution comme ayant un bon résultat sur l'échelle de Katz, entraînant un moindre financement et un temps de soin officiel réduit. Cependant, les besoins spécifiques liés au parcours de rue de ces résidents demandent une charge de travail plus intense que pour un résident « classique ». En effet, les questions d'hygiène, de comportements et d'addiction demandent un investissement temporel fort afin de créer une véritable relation de confiance permettant l'exploration de ces problématiques relevant de l'intime. Comme le résume la sociologue Laureline Coulomb dans son article « Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux » :

« Bien qu'elles souffrent des mêmes difficultés physiques, cognitives et sociales que le public habituel de la gériatrie, elles font face à la réticence des acteurs de la santé et du social spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées, qui craignent que ce public ne représente une charge de travail supplémentaire et dont le vieillissement prématuré ne répond pas aux critères habituels de leur intervention. »<sup>5</sup>

C'est pourquoi prendre le temps d'accueillir les peurs des soignants – au sens large du terme – est essentiel à la déconstruction des stéréotypes initiée durant le parcours d'accompagnement proposé aux maisons de repos participantes. En effet, un pourcentage non-négligeable de ces professionnels n'a été en contact avec ce public qu'au travers d'hébergements d'urgence – à la suite d'une hospitalisation par exemple. Ce type d'entrée en maison de repos et de soins est source de comportements réactionnels – qui doivent être compris comme des expressions de besoins humains non-satisfaits, comme des communications de ces besoins ou des signaux envoyés par la personne que ce soit de façon consciente ou inconsciente<sup>6</sup>. Dès lors la clé pour répondre à ces comportements est de comprendre quel est le besoin qui nous est communiqué et de mettre en place un plan d'action correspondant au profil spécifique de la personne. Bien souvent, le personnel des maisons de repos, n'ayant généralement pas de formation spécifique autour de l'accompagnement de ce public, se retrouve dépassé par la situation ce qui exacerbe d'autant plus les difficultés rencontrées. S'il n'est pas adressé en amont, ce phénomène peut engendrer un climat de méfiance réciproque – allant parfois même jusqu'à la défiance – de la part des personnes relogées comme du personnel.

Le langage utilisé par les soignants est également un indicateur parlant du chemin parcouru lors de ce parcours d'accompagnement. Si un champ lexical familier – voir même stigmatisant – se donne à entendre lors des premiers échanges, nous assistons à une transformation tangible au cours des

---

<sup>4</sup> GRENIER A, SUSSMAN T. (2021), « Le sans-abrisme à l'âge de la vieillesse », *Retraite et société*, n. 85, pp. 123-147.

<sup>5</sup> COULOMB L. (2021), « Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux », *Retraite et société*, n. 85, p. 77.

<sup>6</sup> COHEN-MANSFIELD J, DAKHEEL-ALI M, MARX MS, THEIN K, REGIER NG. (2015), "Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?", *Psychiatry Res.*, 30;228(1):59-64.

différents modules, adoptant des formules plus respectueuses de la personne ainsi que de sa situation. Le travail de fond réalisé permet donc un basculement et un changement de regard sur l'autre favorisant une prise en soin égalitaire et digne pour tous les résidents.

### **Une nouvelle dynamique intersectorielle**

Ce projet déploie de manière innovante des liens entre le secteur des maisons de repos et de soins et du sans-abrisme qui se côtoient d'ordinaire de manière informelle mais se connaissent peu. Au sein du troisième module du parcours d'accompagnement, nous invitons le collectif de soignants à rencontrer les référents Housing First de l'association partenaire. Rassembler les différents acteurs permet de cartographier les champs d'expertises respectifs tout en créant une dynamique de collaboration autour d'un même objectif : le maintien en logement dans une logique de rétablissement. C'est un nouveau champ de connaissance et d'action qui s'ouvre tout en décroissant les équipes. Au travers de discussions et d'activités, elles vont progressivement saisir la réalité de l'autre et créer des liens favorisant la co-construction du projet. Ci-dessous le témoignage d'un ergothérapeute ayant participé au parcours d'accompagnement :

*« Avant, on ne les connaissait pas. Ils rentraient, ils sortaient, c'est tout. Même pas comme des familles, parce que les familles viennent nous parler... souvent ! Mais là, on sait qu'on est tous dans le même bateau, qu'on a les mêmes valeurs, qu'on peut compter sur eux en cas de pépin. »*

La philosophie d'accompagnement qui sous-tend tout projet Housing First pourrait se résumer dans le credo « *Jamais sans moi !* ». Il n'est donc pas dans leur méthodologie d'entrer en contact avec le personnel des maisons de repos sans la demande et l'accord préalables de la personne concernée. De leur côté, la logique des maisons de repos tend plutôt vers le secteur hospitalier où de nombreux résidents sont pris en considération au travers de la grille de lecture de la dépendance ce qui ne fait pas d'eux des interlocuteurs pertinents. Le défi est donc de créer des ponts entre ces deux réalités de terrain au moyen de divers outils tels que le temps de concertation.

### **Des temps de concertation inclusifs**

Le parcours d'accompagnement est balisé de temps de concertation réunissant l'ensemble des partenaires : la personne relogée, son référent Housing First, une partie du collectif de soignants ainsi que la chargée de projet. Nous avons fixé un premier temps de concertation un mois après l'entrée en maison de repos, les suivants sont programmés de manière bimestrielle tout au long de la première année. Des temps de concertations dits « exceptionnels » peuvent bien évidemment être demandés par chacune des parties.

Il s'agit là d'une rencontre forte au niveau humain puisqu'elle met un visage et donne la parole à une personne d'ordinaire invisibilisée ou subissant ce que Snow et Anderson appellent une *attention négative*<sup>7</sup>, c'est-à-dire n'être visible qu'en termes négatifs.

Vivre au bas de l'échelle, ce n'est pas seulement être exclu en ce qui a trait aux revenus, à la scolarisation et aux services médicaux, c'est aussi devoir supporter une série d'affronts symboliques qui, souvent, n'arrivent pas isolément les uns des autres et qui portent atteinte à la perception qu'on a de sa propre valeur et de son efficacité. (Anderson & Sow, 2001, p. 18)

---

<sup>7</sup> ANDERSON L., SNOW D.A. (2001), « L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, n. 2, p. 16.



Ce temps d'échange avec la personne relogée s'inscrit dans le mécanisme de co-construction inhérent à un projet pilote tel que celui-ci. Nous avons pu observer que les personnes relogées depuis plusieurs mois ont compris l'importance de leur rôle au sein de la dynamique partenariale et mobilisent d'eux-mêmes cet outil de manière préventive en demandant des temps de concertation quand ils en ressentent le besoin.

Avoir la possibilité d'être entendu va de pair avec la nécessité de laisser de la place au vécu de l'autre. Inclure la personne dans ces échanges lui permet également d'entendre les témoignages du vécu des membres du personnel et de proposer des compromis visant à apaiser la situation problématique. François<sup>8</sup>, un homme de 57 ans, a eu de gros problèmes d'incontinence. Honteux de la situation, il choisit de refermer son lit sans alerter le personnel ce qui le conduit à dormir pendant plusieurs jours dans des draps souillés. Alarmée par cette situation sanitaire, une aide-soignante demande un temps de concertation lors duquel elle prend le temps d'expliquer à François que laver sa literie n'est pas un souci pour elle, mais ce qui la met dans une position délicate est de devoir demander à un homme de son âge si ses draps sont propres. Touché par la sincérité de l'aide-soignante et soutenu dans sa réflexion par l'ensemble du collectif, François réalise les difficultés que cette situation engendre et fait un pas en avant pour trouver un compromis. Avoir l'occasion d'entendre le témoignage de l'aide-soignante l'a conduit à se rendre compte que prendre soin de lui-même a un impact positif sur le quotidien du personnel tout en réduisant les tensions et conflits a été essentiel dans la construction d'un plan de soins adapté.

Rien n'est décidé sans l'accord de la personne ce qui la responsabilise également dans ses choix et lui donne un sentiment de contrôle sur sa vie. Ces temps de concertation favorisent une prise de parole de tous les partenaires ainsi qu'une véritable écoute permettant aux obstacles post-entrée en logement d'être progressivement surmontés. Cette démarche s'inscrit dans une perspective de collaboration similaire au modèle développé par la faculté de médecine de Montréal où le patient est considéré comme « un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins » en s'appuyant sur le savoir expérientiel issu de son vécu.<sup>9</sup> Une expertise qui dont l'importance doit être considérée au même titre que celle du corps médical.

« La collaboration entre les patients et les intervenants suppose aussi de la part des professionnels la responsabilité d'informer mais surtout d'entretenir avec le patient une relation d'apprentissage, afin que celui-ci développe la compréhension de sa maladie, de ses déterminants et de son traitement pour lui permettre de devenir progressivement autonome et actif dans la dynamique de soins. Il s'agit là d'une relation d'interdépendance dont la pleine compréhension permet de revoir comment considérer le traitement. »  
(Pomey et al, 2015, p. 43)

L'exemple de Roger est parlant pour ce qui est des mécanismes favorisant l'engagement de la personne dans son rétablissement. Roger est un homme de 57 ans. Lors de ses premières semaines à la maison de repos, le personnel d'entretien est confronté à un manque d'hygiène extrême dans sa chambre. Nous avons donc organisé un temps de concertation en urgence. Quand nous lui demandons pourquoi il met son environnement dans un tel état, Roger nie sa responsabilité. Au fil de la conversation, sa gêne se donne à voir et il nous explique qu'il se sent très mal d'être en maison de repos, qu'il aimerait avoir un logement indépendant. En nous basant sur le travail de psychiatres

---

<sup>8</sup> Nom d'emprunt.

<sup>9</sup> POMEY M-P. *et al* (2015), « Le 'Montreal Model' : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, p. 42.

experts du rétablissement psychosocial – tel que Nicolas Rainteau- nous avons constaté que la porte des *soins* était fermée mais que nous pouvions travailler sur la porte *projet*. En d’autres mots, Roger n’était pas réceptif à la problématique de l’hygiène ou des soins médicaux de façon générale. Sa priorité étant de retrouver une vie autonome et indépendante, nous lui avons proposé de faire de ce souhait son « projet de vie » au sein de la maison de repos. Nous avons ensuite réfléchi ensemble aux conditions à remplir pour un retour en logement individuel et avons dressé un plan d’action en fonction des points différents points mentionnés. Bien que quelque peu hors du commun, la mise en place de ces étapes a permis à Roger de cheminer et d’être soutenu sur le chemin de son rétablissement.

« Laisser place à l’espoir et aux projets, c’est créer un environnement propice à la demande d’aide. »  
(Rainteau, 2002, p. 60)<sup>10</sup>

Il est en effet important de donner les outils et l’espace à la personne de réfléchir sur sa propre situation ainsi que sur les pistes d’action pouvant améliorer son intégration dans la maison de repos et plus largement sur son plan de rétablissement. Les logiques de survie issues de la vie en rue ne laissent que peu de place à une réelle réflexion autour de la thématique du bien-être. Nous avons pu constater la difficulté que peuvent éprouver les personnes relogées quand ils sont invités à donner leur opinion sur ce qui améliorerait leur quotidien.

L’exemple de Marius<sup>11</sup> met en lumière ce processus de réappropriation : il décide de faire un séjour de sevrage afin d’optimiser ses chances d’intégration au sein de son nouveau logement. Une fois entré dans l’institution, il se remet à boire très vite ce qui induit des situations problématiques de violence verbale ainsi que des commentaires à caractère sexuel sur les membres du personnel féminin. Marius, souffrant de perte de mémoire dues à l’alcool, ne se souvient pas de ces comportements. Les soignants de la maison de repos nous demandent donc d’organiser un temps de concertation d’urgence afin de dénouer la situation. Dès les premiers instants de la rencontre, Marius explique que c’est l’ennui qui le pousse à consommer afin de ne plus penser ni se sentir seul. Il ne participe pas aux activités par manque d’information et peine à prendre l’initiative de demander. Les activités proposées par la maison ne semblent pas convenir à cet homme de 55 ans. Quand on lui demande ce qu’il aimerait faire, Marius est évasif, se perd dans ses souvenirs et ne semble pas capable d’identifier ce qui pourrait lui faire plaisir. Ses référents Housing First lui rappelle qu’il avait parlé de son amour pour les animaux et suggèrent donc de contacter des refuges où il pourrait faire du bénévolat. Marius se montre enthousiaste et exprime le fait qu’il a du mal à se projeter dans un avenir stable au sein duquel il pourrait mettre en place des projets. La dynamique de co-construction de plans de rétablissement passe donc pas une certaine réalisation chez la personne de sa stabilité et de la possibilité de se réinventer, de se faire plaisir afin d’éviter le besoin de se réfugier dans la consommation d’alcool<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> RAINTEAU Nicolas (2022), *Soyez Réhab, guide pratique de réhabilitation psychosociale*, Paris, Elsevier, p. 60.

<sup>11</sup> Nom d’emprunt.

<sup>12</sup> Le syndicat des immenses parle de « s’assuivader » définit comme *Trouver refuge dans la consommation d’alcool, de drogues ou de médicaments*.

### **Des activités porteuses de sens pour les résidents**

Nous venons de le voir, l'inclusion du nouveau résident dans la maison de repos nécessite sa participation active aux prises de décisions qui concernent ses conditions et son environnement de vie. C'est en suivant la même logique que nous avons décidé de repenser le protocole d'accueil directement avec les résidents. Nous mettons en avant leur expertise du vécu tout en leur donnant une certaine marge de manœuvre dans leur habitat. La formation de comités de résidents part des besoins qu'ils expriment et essaye de co-construire des pistes d'action en leur rendant une certaine autonomie, en jouant sur leurs capacités préservées tout en développant leur sentiment d'appartenance à la communauté qui a été fortement impacté par la pandémie. Un soignant nous confiait que depuis peu, il voyait les résidents « se sentir seul tout en étant en collectif ». L'idée inhérente aux comités est de les remettre en lien tout en favorisant leur engagement.

*« Les humains sont comme les arbres. Ils poussent et vieillissent, s'enracinent dans leur environnement. Quand on rempote une plante, elle a du mal au début. Ça se voit directement, elle n'a plus d'énergie aux débuts. C'est encore plus traumatisant quand il s'agit d'un arbre centenaire. Il faut absolument lui préparer un terreau fertile, lui amener à boire, lui parler, lui donner du soleil. C'est pareil avec les résidents. Il faut prendre soin d'eux, leur apporter tout l'amour possible. C'est extrêmement difficile de partir de chez soi pour un autre endroit. Il faut être là pour s'assurer que l'arbre va reprendre racine. »* Nathalie, coordinatrice d'unité de vie en MRS

Proposer des activités qui ont du sens pour la personne vient la chercher là où elle est, pas là où nous voudrions qu'elle soit. Une décision passée lors d'un comité a été de s'organiser pour augmenter les plages horaires où le bar de la maison de repos est ouvert. Voter, donner ses propositions, réfléchir à l'organisation, s'engager à tenir la comptabilité, etc. Tous ces gestes, toutes ces réflexions, tous ces débats sont autant d'activités thérapeutiques puisqu'elles mobilisent tant le corps et l'esprit dans une activité porteuse de sens. Les membres du personnel ainsi que les familles sont bien souvent étonnés des capacités des résidents. Par exemple, une dame s'est opposée à ce que sa mère écrive la lettre de bienvenue parce qu'elle craignait qu'elle n'y arriverait pas. Quelle ne fut pas sa surprise et son émotion de voir sa mère écrire parfaitement en cursive et se proposer comme traductrice français-néerlandais. Les résultats sont assez éloquentes, notamment au niveau du discours que les résidents tiennent :

*« Nous sommes tous des malades ici, nous ne pouvons rien faire ! Moi je débarrassais les tables du déjeuner. J'aimais bien, c'était comme à la maison. J'avais l'habitude. Mais mon fils et les infirmières m'ont dit d'arrêter, que ce n'était pas à moi de faire ça. Que ce n'était pas chez moi... Alors j'ai arrêté. »* (Mariam, résidente)

*« J'aime bien venir ici. Ah oui ! On se sent utiles pour une fois. Ça change ! On ne voit pas le temps passer, on papote. J'aime bien passer du temps comme ça avec vous. »* (Jean, résident membre du comité)

Lors de ces sessions, les résidents ont pu s'exprimer sur leur vécu lors des premières semaines en maison de repos et, par la suite, identifier sur quels besoins il était important de travailler au sein du comité afin de faciliter l'intégration d'un nouvel arrivant. Dans toutes les maisons de repos, les points soulevés sont relatifs au sentiment d'appartenance, de lien, de contribuer, de mouvement. Les résidents désirent avoir des mécanismes leur permettant de rencontrer et de tisser des liens avec les autres. Certains comités ont donc décidé de créer un système de parrainage, d'écrire une lettre de bienvenue invitant le nouveau résident à venir prendre un café avec eux pour faire connaissance, etc. D'autres, se sont focalisés sur l'offre d'activités ou de moments de sociabilisation – avec une attention particulière donnée aux week-ends par exemple – et ont décidé de prendre en charge la gestion du bar ou encore la responsabilité des boules de pétanque.

### **Des impacts positifs sur la vie de la personne relogée**

Grâce à un protocole d'évaluation, nous avons également l'occasion de suivre les impacts du projet sur la qualité de vie de la personne relogée. Nous avons choisi une approche centrée sur son ressenti

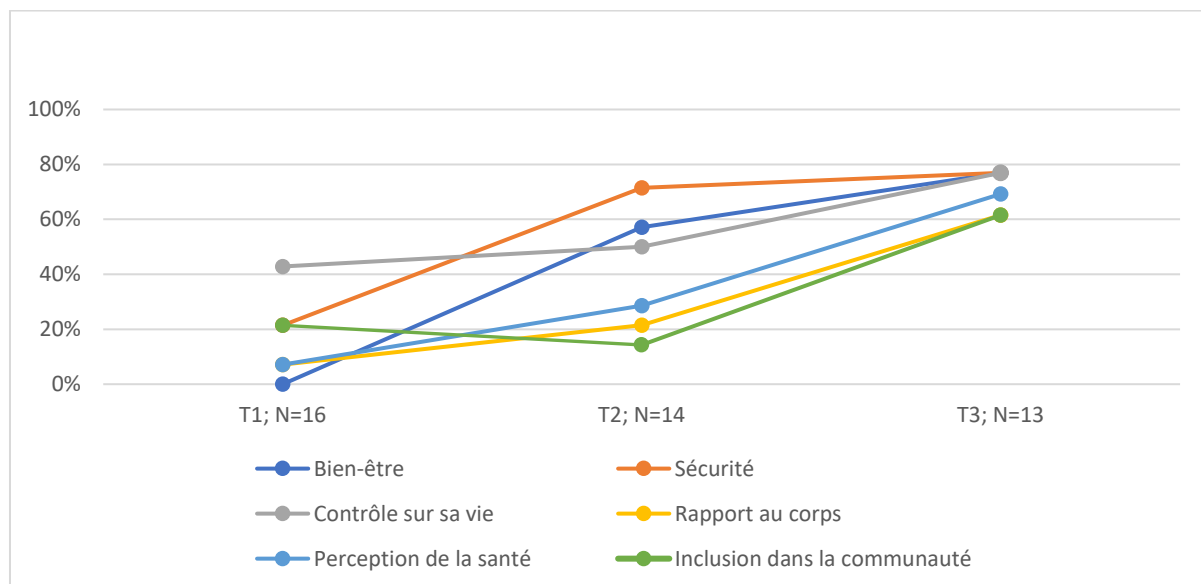
afin d'être au plus proche des indicateurs proposés. Pour rappel, ces indicateurs portaient sur les catégories suivantes et ont été mesurés grâce à l'échelle en vis-à-vis, éventuellement complétées par les observations de la personne référente :

Sentiment de bien-être	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je me sens très mal</li> <li>2. Je ne me sens pas bien</li> <li>3. J'ai mes hauts et mes bas</li> <li>4. Je me sens bien</li> <li>5. Je me sens super bien</li> </ol>
Sentiment de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je ne me sens pas du tout en sécurité</li> <li>2. Je ne me sens pas vraiment en sécurité</li> <li>3. Je me sens en sécurité parfois</li> <li>4. Je me sens assez en sécurité</li> <li>5. Je me sens tout à fait en sécurité</li> </ol>
Sentiment de contrôle sur sa vie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je ne me sens pas du tout libre de prendre mes propres décisions</li> <li>2. Je ne me sens pas vraiment libre de prendre mes propres décisions</li> <li>3. Je me sens plus ou moins libre de prendre mes propres décisions</li> <li>4. Je me sens assez libre de prendre mes propres décisions</li> <li>5. Je me sens tout à fait libre de prendre mes propres décisions</li> </ol>
Rapport au corps	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je ne me sens pas du tout à l'aise dans mon corps</li> <li>2. Je ne me sens pas vraiment à l'aise dans mon corps</li> <li>3. Je me sens plus ou moins à l'aise dans mon corps</li> <li>4. Je me sens assez à l'aise dans mon corps</li> <li>5. Je me sens parfaitement à l'aise dans mon corps</li> </ol>
Perception de santé	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ma santé n'est pas bonne du tout</li> <li>2. Ma santé n'est pas bonne</li> <li>3. Ma santé est plus ou moins bonne</li> <li>4. Ma santé est bonne</li> <li>5. Ma santé est excellente</li> </ol>
Sentiment d'inclusion dans la communauté	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je me sens exclus du monde qui m'entoure</li> <li>2. Je ne me sens pas vraiment inclus dans le monde qui m'entoure</li> <li>3. Je me sens plus ou moins inclus dans le monde qui m'entoure</li> <li>4. Je me sens assez inclus</li> <li>5. Je me sens inclus</li> </ol>
Stabilisation de la consommation de psychotropes (y compris légaux)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ma consommation est source de problèmes dans mon quotidien</li> <li>2. Ma consommation est quelques fois source de problèmes</li> <li>3. Ma consommation est forte mais sous contrôle</li> <li>4. Ma consommation est faible</li> <li>5. Je ne consomme pas/plus</li> </ol>

Ce questionnaire est soumis à la personne à trois moments clés. Le T1 est rempli par la personne avec son référent Housing First. Il s'agit ici de faire un état des lieux de la situation avant l'entrée en logement. Pour des raisons liées à la préservation du lien de confiance ainsi qu'à la l'intensité de l'admission en maison de repos, il a été prévu que cette évaluation puisse être réalisée dans le courant du premier mois suivant l'entrée en logement. Il est important de bien faire comprendre à la personne que cette grille n'est pas destinée à évaluer son progrès individuel mais bien de mesurer l'impact du projet sur ses bénéficiaires afin de travailler ensemble sur des pistes d'amélioration futures. Les deux récoltes d'information suivantes sont prévues lors les deux temps de concertation post-entrée en

logement - à savoir un mois et trois mois après. L'évaluation prend également la forme d'une conversation entre la personne, son référent Housing First et la chargée de projet. Nous visons ici à mettre le ressenti de la personne en vis-à-vis avec le temps d'évaluation précédent.

En analysant les premières données récoltées sur le ressenti des personnes relogées tout en les combinant avec les observations de leurs référents et du personnel de la maison de repos et de soins, nous pouvons apercevoir les retombées du projet au fil des mois. Les personnes se sentent globalement mieux et nous remarquons de gros progrès tant au niveau des comportements à risque (diminution et stabilisation de la consommation, affects plus maîtrisés indiquant un certain apaisement) que dans leur rapport au corps (prise de poids, meilleure hygiène, soins, etc.). Il s'agit là d'un véritable travail de désapprentissage des logiques de la rue, des habitudes et des stratégies s'inscrivant dans une carrière de survie qui représentent maintenant autant d'obstacle à leur maintien en logement<sup>13</sup>. Certains profitent de cette stabilité (re)trouvée pour développer, petit à petit, leur projet de vie – par exemple renouer avec sa famille, créer un potager ou encore écrire ses mémoires.



Le graphique ci-dessus illustre l'évolution des six premiers indicateurs – à savoir le sentiment de bien-être, de sécurité et de contrôle sur sa vie, le rapport au corps et la perception de la santé ainsi que le sentiment d'inclusion dans la communauté. Pour ce faire, nous avons isolé le pourcentage de réponses de niveau « 4 » et « 5 » de chaque indicateur<sup>14</sup>. Nous pouvons constater un impact positif sur l'ensemble des indicateurs après 3 mois de relogement. La maison de repos et de soins sert de socle favorisant le rétablissement malgré les contraintes (horaires, règlements, vie en communauté). Les indicateurs portant sur le bien-être et le sentiment de sécurité sont les premiers à connaître une nette augmentation. Les premières semaines, il se peut que la personne ne se sentent pas sécurisée dans la durabilité de son relogement et choisisse de dormir par terre, à côté de son lit, afin de ne pas perdre la carapace de protection qu'elle s'est construite pour comme mécanisme de survie lors de son parcours de rue. Au fil des semaines, elle comprend que l'équipe de la maison de repos travaille dans

<sup>13</sup> COULOMB L. (2021), « Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux », *Retraite et société*, n. 85, p. 67.

<sup>14</sup> Les graphiques détaillés des différents indicateurs se trouvent en annexe de ce rapport.

le sens de son intégration permanente et qu'elle peut réellement investir le lieu comme son domicile (faire une sieste lorsqu'elle le désire, dormir dans un lit, etc.). Le sentiment de sécurité se développe en parallèle malgré le fait que les différents abus de son parcours restent en filigrane.

Le rapport au corps ainsi que la perception de la santé s'améliorent également dans un second temps. On peut voir les personnes s'engager dans leurs soins. Notre travail autour de ces aspects s'articule dans une logique où nous envisageons que deux portes peuvent mener aux soins : l'une est purement médicale, l'autre se focalise sur les projets de la personne<sup>15</sup>. Si la première est fermée, il est nécessaire de passer par l'autre en se demandant quel soin peut aider la personne à réaliser son projet – quel qu'il soit. La personne veut être en capacité de se laver seule mais souffre de problèmes d'équilibre ? Nous lui proposons, par exemple, d'effectuer des exercices de musculation sans étiqueter cette pratique comme des séances de kinésithérapie. Cette démarche respecte son autonomie tout en préparant les conditions nécessaires à son rétablissement, à son indépendance.

Bien que moins visible, un changement essentiel s'opère dans l'appréhension de ce qu'est avoir du contrôle sur sa vie. Si l'entrée en maison de repos annonce un cadre de vie à respecter, celui-ci s'avère structurant et rassurant et permet à la personne d'investir son temps et son énergie dans des activités qui ont sens pour elle. La vie en rue peut donner l'illusion d'une vie foncièrement libre, sans horaires ni restrictions. Cependant, elle repose sur des besoins essentiels à la survie : trouver de quoi se nourrir, où dormir, se protéger, etc. et ne favorise donc pas l'expression réelle de l'autonomie de la personne. Sortir des logiques de survie permet donc à la personne de se recentrer sur ce qu'elle veut faire et non pas sur ce qu'elle doit faire pour subvenir à ses besoins primaires.

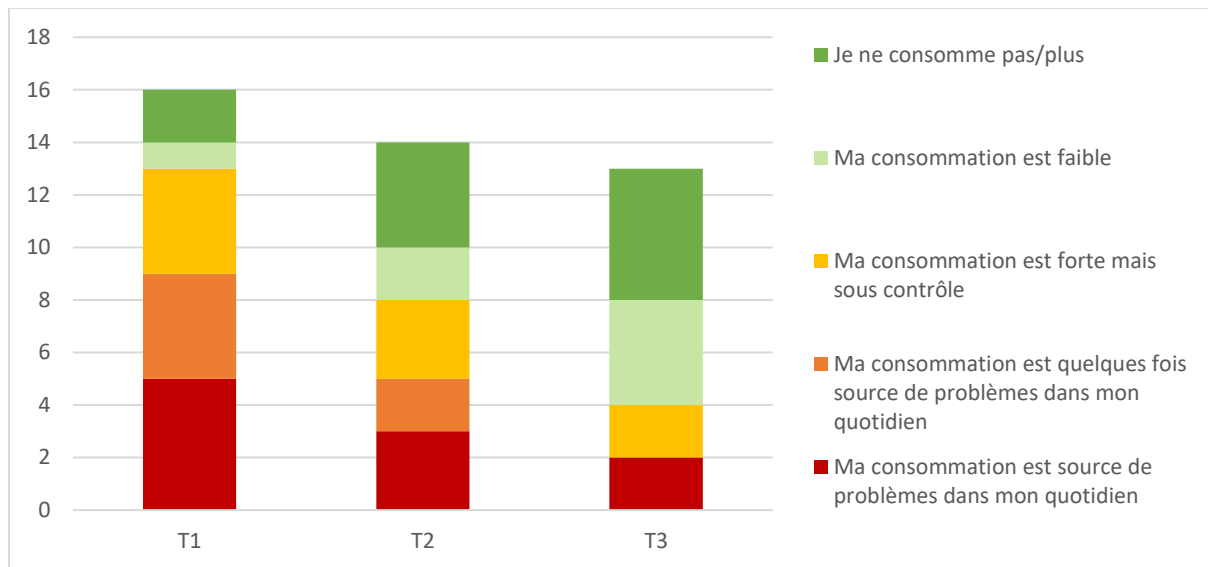
Enfin, en nous concentrant sur l'indicateur relatif au sentiment d'inclusion dans la communauté, nous pouvons constater une évolution en deux mouvements : au cours du premier mois, la personne se sent isolée, a peu de contact avec les autres habitants et maintient une logique de défiance vis-à-vis du personnel soignant. Il est important de bien saisir que les multiples abus que la personne a connus tout au long de son parcours peuvent avoir endommagé sa capacité à octroyer sa confiance aux professionnels des institutions qui la prennent en charge. Refuser de s'engager dans le lien est une forme de protection, évite d'être déçu ou trompé une énième fois. Il en va de même pour les contacts avec les autres résidents où une certaine forme de stigmatisation peut être de mise. « Mieux vaut prévenir que guérir » comme dit l'adage. Or ce mécanisme s'avère être un obstacle à la bonne intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie. Nous pouvons constater qu'avec le temps, des liens de confiance se tissent et donnent l'occasion à la personne relogée de s'investir dans des relations d'entraide et de soutien. Un fil rouge commun à chacune des personnes relogées au sein du projet est la naissance d'une véritable envie de contribuer et d'appartenir à cette nouvelle communauté.

Nous avons choisi d'analyser séparément le dernier indicateur portant sur la consommation et les assuétudes – ici principalement l'alcool. En effet, pour ce cas, les différentes catégories de réponse ne sont pas linéaires et ne peuvent donc pas être représentées de la même façon que les indicateurs précédents. Nous pouvons toutefois constater que les situations individuelles où la consommation reste problématique dans la vie quotidienne de la personne diminuent drastiquement après 3 mois. En suivant la logique propre aux services Housing First, nous ne nous focalisons pas sur un sevrage total mais bien sur la réduction des risques liés à la consommation (chutes, comportements violents,

---

<sup>15</sup> RAINTEAU Nicolas (2022), *Soyez Réhab, guide pratique de réhabilitation psychosociale*, Paris, Elsevier.

pertes de mémoires) qui pourraient également mettre en danger les autres habitants et le personnel. En marchant avec la personne, nous faisons émerger des pistes d’actions visant une situation apaisée pour tous. L’amélioration des conditions de vie de la personne mène bien souvent à une réduction de sa consommation même si le chemin n’est pas linéaire dans la plupart des cas. En effet, en quittant le rythme de vie intense de la rue et en ouvrant ce nouveau chapitre dans la maison de repos, l’emploi du temps de la personne se vide, laissant la porte ouverte aux décompensations et ruminations. Quand la situation se présente, il est nécessaire d’initier un travail sur les envies et capacités de la personne comme expliqué dans la partie sur les temps de concertation.



## E. Limites & pistes d’action

Au cours de la première phase de ce projet, nous avons pu nous confronter à certaines réalités de terrain qui font obstacle à son bon déroulement. C’est un véritable changement de culture que nous visons ce qui demande des ajustements et un retravail constant des mécanismes mis en place au sein du projet.

### **Repenser les temporalités**

Nous avons pu constater que travailler à l’intersection des deux grands secteurs que sont l’action sociale (sans-abrisme, précarité et santé mentale) et les maisons de repos (vieillesse et prise en soin) nous amène à collaborer avec des acteurs de terrain ayant des méthodologies et des temporalités différentes. En effet, si un nombre conséquent de maisons de repos ont réussi à mobiliser rapidement leurs effectifs, le versant individuel du projet – que ce soit au niveau administratif ou personnel – demande plus d’investissement en temps.

De plus, les situations particulières du public cible – axées sur les systèmes de débrouilles et des concepts de liberté – combinées à la méconnaissance du secteur des maisons de repos par les associations Housing First sont autant de freins à la bonne diffusion du projet quand celui-ci s’inscrit dans un temps court. Le travail psychologique tout comme celui administratif demandent un investissement de temps conséquent afin de faire comprendre le bien fondé et la dynamique propre de notre proposition. L’entrée en maison de repos est difficile à accepter pour un public standard ayant eu un domicile tout au long de leur vie. Nous pouvons donc imaginer le chemin à parcourir afin de faire

comprendre l'importance d'un cadre de vie bienveillant et d'une prise en soin à un public ayant un parcours de rue et de ce fait ayant subi de multiples abus. Nous avons déjà abordé les préjugés émanant du personnel soignant vis-à-vis du public Housing First, nous souhaitons également souligner la réticence et la méfiance dudit public face aux institutions que sont les maisons de repos : perte d'autonomie et de liberté, encadrement et règlements strictes, horaires à respecter, etc.

Les accompagnateurs psycho-sociaux ont besoin d'inscrire leurs démarches dans une temporalité plus longue afin de respecter le cheminement de pensée de leurs bénéficiaires puisque l'entrée en maison de repos ne s'impose pas comme une évidence. L'exemple de notre deuxième entrée en logement illustre bien cette différence de rythme : le parcours d'accompagnement de la première maison de repos a été finalisé en février, cependant Monsieur n'a pu être admis qu'en avril. Le processus d'admission requiert une remise en ordre administrative ce qui nous rend tributaire du rythme institutionnel d'acteurs tels que le CPAS, la mutuelle, etc. Ceci fragilise énormément l'intégration de la personne dans la maison de repos. Nous tentons d'établir des dynamiques de partenariat avec les CPAS des différentes communes bruxelloises afin de faciliter les procédures pour notre public.

### ***Repenser l'accueil en profondeur***

Afin de mener à bien notre volonté de repenser l'accueil pour tous, nous avons également besoin de plus de temps afin de former le personnel des maisons de repos à animer et à inscrire les comités de façon permanente dans le fonctionnement interne de l'institution. Les logiques qui sous-tendent ces activités sont relativement récentes au sein de ces institutions et demandent donc un soutien de notre part. Les résidents, longtemps exclus des processus de décisions, ont également besoin d'être accompagnés et rassurés dans leurs capacités à réfléchir et à agir, en fonction de leurs intérêts, pour un mieux-vivre au sein de leur habitat. Il s'agit là d'un véritable processus de réapprentissage.

### ***Outiller plus largement les travailleurs***

Nous avons pu constater que les membres du personnel soignant qui ont eu l'occasion de suivre les modules de sensibilisation du parcours d'accompagnement se sentent mieux outillés et donc rassurés sur leurs compétences. Ils comprennent mieux les tenants et aboutissants du projet et s'y investissent. Nous souhaiterions proposer cet accompagnement à plus de collectifs de soignants tout en assurant un suivi dans les pratiques. Une plus grande diffusion de notre approche aboutirait à plus de mobilisation collective des travailleurs autour d'une même vision et donc aura plus d'impact. A partir de la phase III du projet, nous allons proposer deux groupes de formation à chaque maison pour un minimum de 15 personnes formées.

### ***Versant financier***

Un obstacle récurrent est la question financière. Le système actuel prescrit une aide du CPAS en cas de manque de moyens pécuniers : l'ensemble des revenus est capté par le CPAS qui couvre la différence. La personne relogée dispose d'un denier de poche d'une centaine d'euros par mois – cette somme est calculée sur base d'une entrée en maison de repos standard. Le public que nous visons ici cumule les problèmes de santé mentale et d'addiction, ce qui nécessiterait plus de ressources qui pourrait par la suite être recalculée en fonction de l'évolution la consommation.

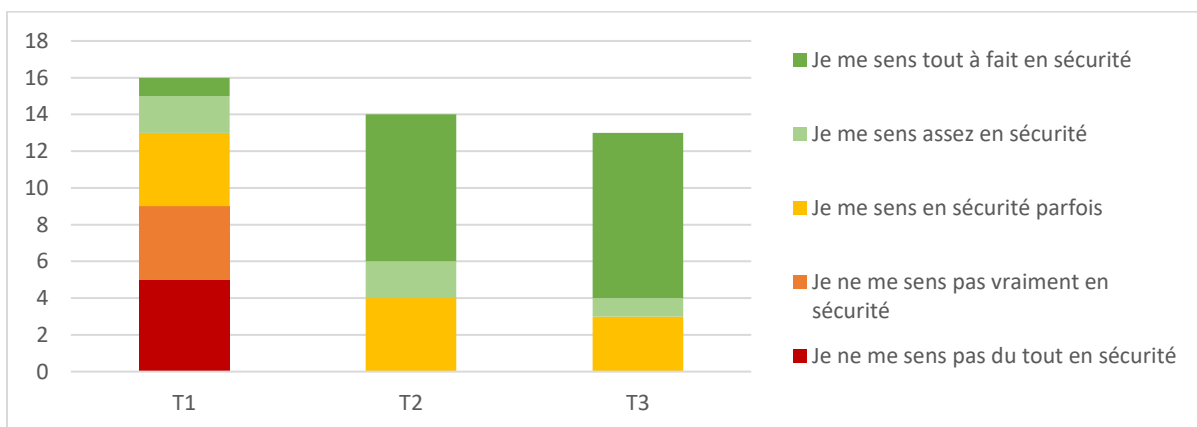


## Annexes

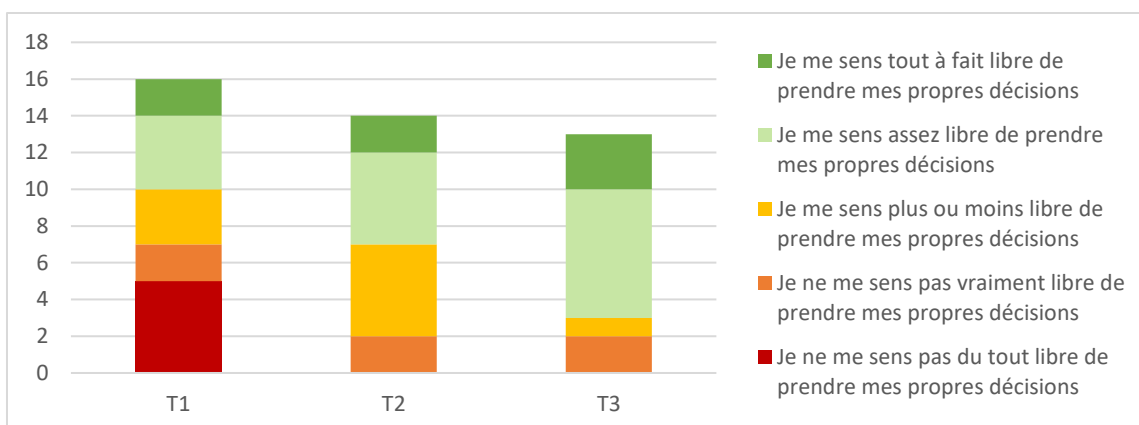
### Evolution du sentiment de bien-être sur 3 mois



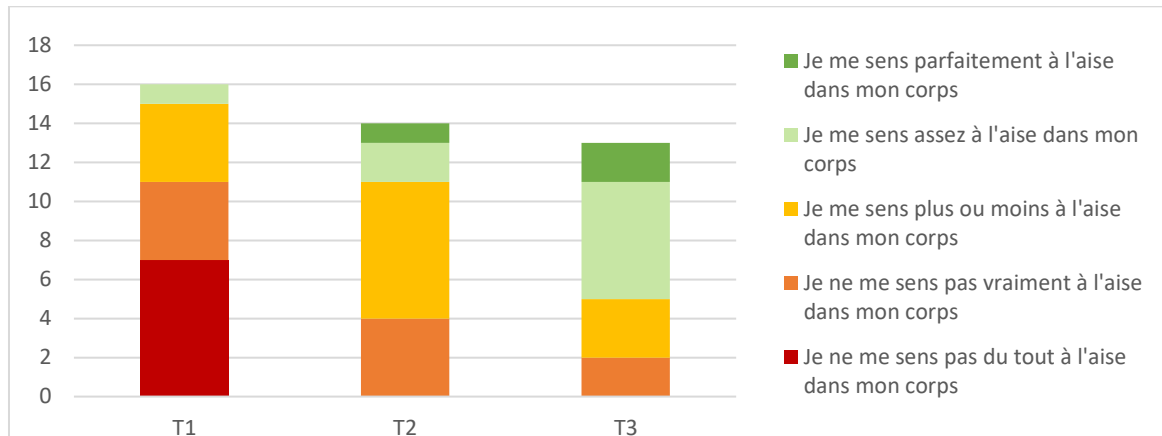
### Evolution du sentiment de sécurité sur 3 mois



### Evolution du sentiment de contrôle sur sa vie sur 3 mois



### Evolution du rapport au corps sur 3 mois



### Evolution de la perception de la santé sur 3 mois



### Evolution du sentiment d'inclusion dans la communauté sur 3 mois

