



Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D'ABORD »

Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche

Thomas Gesmond, sous la direction de
Christian Laval et Pascale Estecahandy
Octobre 2016



Rapport final du volet qualitatif :
Christian Laval, Jean Mantovani,
Delphine Moreau, Pauline Rhenter.
Laboratoire de santé publique EA 3279



Premier ministre

ministère
du Logement et
de l'Habitat durable

ministère des
Affaires sociales
et de la Santé

Avertissement

Cet abrégé du rapport final du volet qualitatif de la recherche conduite entre 2011 et 2016 par une équipe de quatre chercheurs, Christian Laval, Jean Mantovani, Delphine Moreau et Pauline Rhenter au sein du Laboratoire de santé publique EA 3279 a été produit à la demande de la DIHAL. Il s'agit de diffuser de façon synthétique et dans un objectif opérationnel auprès des acteurs qui à l'avenir vont s'engager dans la mise œuvre de dispositif « Un chez-soi d'abord » les enseignements produits par la recherche qualitative conduite lors de la phase expérimentale.

Cet abrégé n'est pas un rapport de recherche et n'engage en aucun cas les auteurs du rapport final du volet qualitatif. Il est conseillé de se reporter au rapport original pour des éclaircissements et approfondissements.

Note : Le plan du présent résumé est similaire à celui du rapport final du volet qualitatif. Cela permet de lire le résumé en se référant facilement au rapport original.

Liste des sigles	4
Introduction générale.....	6
Partie 1 – Professionnalités et rétablissement.....	9
I. La construction d'équipes pluri-professionnelles	10
II. Construire une culture commune	13
1) Épreuves de référencement.....	13
2) Appropriation de la multi référence site par site.....	15
3) Spécialisation-déspecialisation	18
III. Jurisprudence pratique.....	19
1) Le principe du « choix » et ses limites : situations difficiles et contraintes propres à la mise en place du programme et au contexte social	19
2) Défendre les intérêts de qui ? Des injonctions paradoxales	21
IV. Le travail pair à l'épreuve de l'expérimentation	23
1) Enjeux généraux	24
2) Les médiateurs-pairs au sein du programme Un Chez Soi d'Abord.....	24
3) Incertitudes	25
4) Au-delà du programme : une dynamique publique pour le travail pair	26
Partie 2 – Le rétablissement du point de vue des personnes : processus singulier, processus collectif	28
I. Rétablissement : processus singulier	30
1) Voix singulières.....	30
2) Conditions de possibilité du rétablissement.....	31
II. Rétablissement : processus collectif	35
1) Rétablissement et participation citoyenne	35
2) Participation citoyenne interne au programme.....	35
3) Participation citoyenne externe dans le cadre du réseau de site	37
III. Reprise sur le processus de rétablissement	2
Partie 3 – Dynamiques institutionnelles.....	45
I. Les débuts du programme Un Chez Soi d'Abord.....	45
1) Genèse du programme Un Chez Soi d'Abord : d'un squat à un essai randomisé multisite	45
2) La phase d'engagement	47
II. Concurrence des juridictions	52
1) Enjeux de territoire et de compétences : l'exemple de la métropole lilloise	52
2) Chocs culturels	55
III. Enjeux transversaux.....	58
1) Enjeux professionnels.....	58
2) Enjeux politiques	60
Conclusion générale	63
Bibliographie.....	66

Liste des sigles

ABEJ : Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse
AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence Régionale de Santé
BOP : Budget Opérationnel de Programme.
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : (ici) Centre Hospitalier Universitaire
CMAO : Coordination Mobile Accueil Orientation
CME : Commission Médicale d'Établissement
COGES : COmité de GESTion
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
FNAPSY : Fédération NAtionale des patients en PSYchiatrie
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
GAF : Groupe Amitiés Fraternités
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GME : Groupement Momentané d'Entreprises
HAS : Habitat Alternatif Social
LMCU : Lille Métropole Communauté Urbaine
MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social
MSP : Médiateur de Santé Pair
OH : Offre Habituelle
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

RdR : Réduction des Risques

REV : Réseau français sur l'Entente de Voix

UCSA : Un Chez-Soi d'Abord

UNAFAM : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction générale

Marseille, 2007 : Le collectif « Logement-Santé » ouvre un squat ayant pour objectif de proposer à des personnes sans-abri de longue durée, vivant avec des troubles psychiatriques sévères, une alternative aux foyers pour personnes sans domicile fixe (SDF) et à l'hôpital psychiatrique (Girard et al., 2008). Ce squat « thérapeutique » (Girard et al., 2008) est légalisé après 18 mois d'occupation. Octobre 2008 : L'équipe officiant dans le squat communique dans un espace scientifique des résultats positifs de l'accès au logement sur la réduction des inégalités de santé. La visite du squat par la Ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin conduit à l'écriture d'un **rapport national sur la santé des personnes sans chez soi (Girard, Estecahandy, Chauvin, 2010)**. Ce rapport souligne que **la plupart des dispositifs proposés pour sortir du sans-abrisme ont une philosophie de type « traitement d'abord » et exigent l'abstinence**, ce qui écarte de nombreuses personnes parmi les plus malades et les plus exclues. La ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin et le secrétaire d'état au logement Benoist Apparu lancent alors conjointement **l'expérimentation Un Chez Soi d'Abord** sur quatre sites (Lille, Marseille, Paris, Toulouse), ciblant spécifiquement les personnes sans-abri de longue durée ayant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou trouble bipolaire). L'expérimentation postule que les personnes concernées peuvent :

- **accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire**, sans obligation initiale de suivre un traitement ni d'être dans une démarche d'abstinence quant aux consommations de substances psychoactives.
- se maintenir dans leur logement à la condition d'**être accompagnées selon des modalités spécifiques** par une équipe médico-sociale.

Ce programme national se réclame :

- du **modèle américain du « Housing First »** initié par Sam Tsemberis à New York dans les années 1990 : accès à un logement indépendant, sans condition de traitement psychiatrique et d'abstinence, accompagné d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles et intensifs, s'appuyant sur le choix de la personne.
- du **rétablissement** : notion issue du mouvement associatif des anciens patients se battant pour les droits des patients, pour la qualité des services proposés et contre la

discrimination. Le « rétablissement » réintroduit la notion d'espoir dans le monde de la psychiatrie, en remettant en cause l'hypothèse pessimiste selon laquelle les troubles psychotiques sont des maladies chroniques avec au mieux une stabilisation des symptômes.

L'expérimentation vise à assurer un accompagnement spécifique à des personnes ayant des besoins singuliers en valorisant leurs compétences, à faciliter l'articulation entre le sanitaire et le social, et à évaluer l'efficacité du dispositif en terme de qualité de vie, de rétablissement, et de coût social.

Le volet interventionnel est financé par l'État et l'assurance maladie avec un pilotage confié au Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement, en lien avec les administrations centrales concernées. La Direction générale de la Santé est en charge du suivi et du financement du volet recherche. Des opérateurs locaux (nommés porteurs) sont sur chacun des quatre sites expérimentaux en charge du volet opérationnel.

Plus de 700 personnes sont sélectionnées à partir de critères médicaux et sociaux et intègrent l'étude sur les quatre sites. Afin de mener une évaluation quantitative rigoureuse, un tirage au sort est effectué. La moitié des personnes va être suivie « comme d'habitude » par les services existants en matière d'hébergement et de logement, de santé, d'action sociale (groupe témoin). L'autre moitié va bénéficier du programme, être logée à brefs délais dans le cadre d'une sous-location, et être accompagnée par une équipe mobile pluridisciplinaire composée de travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, travailleurs pairs et psychologues. L'évolution de la situation de chaque participant est suivie pendant 24 mois par le volet recherche. Une mesure coût/efficacité de l'intervention est également réalisée.

Une **étude qualitative** est également menée, dont le rapport final fait l'objet du présent abrégé. Elle s'intéresse aux différents acteurs du programme Un Chez Soi d'Abord, et plus précisément :

- à l'évolution des dynamiques professionnelles des équipes d'accompagnement (partie 1)
- au processus de rétablissement du point de vue des personnes concernées (partie 2)
- aux dynamiques institutionnelles et politiques (partie 3)

Méthodologie de la recherche qualitative

L'évaluation qualitative du programme se déroule **sur chacun des 4 sites**, afin de favoriser une approche comparative transversale et une meilleure prise en compte des contextes locaux. La comparaison est rendue possible par l'usage des **mêmes outils sur chaque site**.

Enquête auprès des professionnels de terrain :

- Tout d'abord, des **observations participantes** sont menées, permettant de renseigner les conditions d'une trajectoire problématique ou prometteuse, de comprendre le point de vue des différents protagonistes, de faire un compte-rendu descriptif des coordinations et négociations au moment où elles se déroulent, de consigner les logiques consensuelles ou dissensuelles telles qu'elles s'expriment en action.
- Une centaine d'entretiens sont réalisés avec des membres de l'équipe dédiée au fur et à mesure du programme. Au total, une centaine d'**entretiens** sont réalisés **avec des membres de l'équipe dédiée**.
- L'enquête se poursuit par des **focus group** (entretiens collectifs), trimestriellement, sur la thématique des trajectoires problématiques. Ils permettent de revenir sur les trajectoires qui font sujet de controverse ou de tension.

Enquête auprès des usagers :

- Environ 150 **entretiens** sont réalisés **avec des participants au programme**. La majorité fait partie du bras Un Chez Soi d'Abord (UCSA), mais des personnes du bras offre habituelle (OH) sont également suivies.
- Afin d'ouvrir la possibilité d'une diversité de points de vue et de surmonter les obstacles liés par exemple aux modalités formelles de discussion, des **espaces de témoignage** sont mis en place, sous formes diverses (ex. : documentaires vidéos).

Enquête auprès des acteurs institutionnels :

- Des **entretiens**, individuels ou collectifs, sont menés soit pour connaître la scène institutionnelle et son histoire soit pour revenir à froid sur les dynamiques d'acteurs (les thématiques sont dans ce cas fixées avec les participants).

Les chercheurs assistent également aux réunions d'équipe dédiée site par site, aux comités de gestion (COGES), ont de nombreuses réunions avec la coordinatrice nationale du programme, font des observations participantes avec les équipes dédiées, lors de réunions partenaires, de présentations de programme et de temps de formation, suivent la constitution de l'assemblée des locataires de Lille, assistent à des comités de pilotage et des réunions intersites...

Le matériau obtenu est analysé au regard d'un corpus théorique détaillé dans le rapport final du volet qualitatif.

Partie 1 – Professionnalités et rétablissement

À travers le « chez soi d'abord » et le rétablissement, les pratiques professionnelles sont bousculées et se reconfigurent par rapport aux références classiques.

Reconfiguration des références

Quelques définitions :

Métier :

- Compétences, savoir-faire acquis dans la socialisation, la formation et l'activité de travail, stabilisés dans l'activité de travail.
- Cadre normatif structurant une culture professionnelle : identification au groupe social (« médecins », « éducateurs », etc.), règles de métier (guide déterminant la nature et les modalités du « travail bien fait »), valeurs permettant aux individus de trouver dans leur travail une reconnaissance de leurs qualités et facultés.

Profession : Forme d'institutionnalisation et de codification du métier (qualifications par opposition aux compétences, mission institutionnelle par opposition à culture professionnelle).

Professionnalité : Cas où les individus se trouvent dans une situation de travail qui les contraint :

- à mobiliser ou élaborer d'autres savoir-faire que ceux qui sont stabilisés dans les compétences de métier.
- à entretenir un rapport critique avec leur culture professionnelle.

Le processus :

Un désajustement des compétences et une perte de pertinence du cadre normatif se produisent dans un nouveau contexte de travail, comme c'est le cas avec une expérimentation prônant le rétablissement. L'identité et les règles de métier se modifient. Seules les valeurs permettent d'effectuer un retour critique sur le cadre de travail, afin de définir ce qui constitue le cœur du métier, et finalement établir un nouveau cadre de référence adapté au nouveau contexte.

Comment et dans quelle mesure les équipes d'intervention (dites équipes dédiées) arrivent-elles à légitimer leur activité en mobilisant des valeurs professionnelles en lien avec la philosophie du rétablissement et du Un Chez Soi d'Abord, tout en étant capables de faire évoluer leurs identités professionnelles collectives, et d'inventer des nouvelles règles du métier qui guident leurs actions ?

Afin de tenter de répondre à cette question, **la réalité des pratiques est analysée à différents niveaux :**

- **L'équipe :** sont analysés les modalités de constitution de l'équipe et les processus qui participent à fonder une cohésion et une identité commune.
- **Les interventions :** l'accent est mis sur la construction de pratiques de « multi-référencement » et de formes de jurisprudence pratique, et sur le rôle des travailleurs pairs.

I. La construction d'équipes pluri-professionnelles

La mobilisation d'équipes mobiles « pluridisciplinaires » ou « pluri-professionnelles » est un principe fondamental de l'ensemble des programmes de type Housing first. Dans le contexte français, leur construction est un des enjeux majeurs du programme Un Chez Soi d'Abord (UCSA ci-après).

■ La construction des équipes a été hétérogène selon les sites et dans le temps.

Il est possible de relever à la fois des facteurs de cohérence et des facteurs de différence entre les sites.

Facteurs de cohérence entre les sites :

- Élaboration des équipes pensée en référence au **modèle canadien**¹ : interdisciplinarité, ratio professionnel/bénéficiaires de 8 à 12, présence de pairs aidants au sein de l'équipe, intervention centrée sur les problèmes du quotidien dans le milieu de la personne, responsabilité de l'équipe à l'égard d'un groupe limité de personnes.
- Valeurs et idéaux partagés par les professionnels. Les premiers professionnels se sont notamment reconnus à travers des expériences antérieures, plus que par des définitions de métier, de statuts professionnels ou de hiérarchisation des rôles. Le recrutement se fait alors par cooptation. Ces pratiques de cooptation ont toutefois eu plus ou moins d'importance selon les sites, et les diplômes et logiques de métiers ont également joué un rôle.

¹ Expérimentation canadienne mise en place en 2008, en référence au modèle américain initié par Sam Tsemberis à New York dans les années 1990.

Facteurs de différence entre les sites :

- Décalages temporels : Lille et Toulouse s'engagent avec quelques mois de décalage par rapport à Marseille (qui a déjà l'expérience du programme MARSS² et de l'expérimentation Habitat Alternatif Social), et Paris un an après.
- Contextes urbains et institutionnels différents.
- Expérience antérieure des EMPP³ ou non.
- Existence d'écarts « culturels » entre porteurs sociaux.
- Degré d'ouverture des services psychiatriques sur la ville variable.
- Nombre de candidats psychiatres plus ou moins important.

Globalement, il est possible de distinguer une première **phase de construction**, à la recherche d'un fonctionnement optimal respectant la **fidélité à un modèle** tout en subissant des contraintes liées au statut expérimental du programme, d'une seconde **phase de stabilisation** suite à la fin des inclusions et des recrutements, où *l'urgentisation* des interventions a cédé la place à des **réflexions sur les pratiques**. Cependant, la **réorganisation des équipes** a été **permanente au cours du temps**. Le renforcement des équipes dédiées (suite à l'augmentation du nombre de personnes logées) devait suivre les proportions fixées à partir du modèle canadien, mais quelques décalages dans le temps avec le modèle ont existé du fait de retards dans l'inclusion des personnes dans le programme en particulier durant le premier semestre 2013. Ainsi, le principe d'une rencontre par semaine avec l'ensemble des personnes logées ou les recrutements par cooptation (de professionnels impliqués dans une réflexion sur l'approche pluri professionnelle ou formées aux spécificités du programme) sont mis à mal. La **stabilité des équipes** est **hétérogène** : entre septembre 2013 et janvier 2014, l'équipe parisienne connaît une série de départs volontaires ou imposés, alors que le site de Marseille connaît une stabilité importante de son équipe.

■ Il n'y a aucune garantie d'emploi pour les membres des équipes au-delà de la phase expérimentale. De plus, la question sociale du sans-abrisme (et plus encore celle des personnes sans-abri souffrant de troubles mentaux sévères) mobilise déjà des acteurs eux-mêmes assez fortement précarisés. Ainsi, **UCSA a recruté des personnes en décalage par rapport à la centralité institutionnelle**, témoignant de leurs engagements antérieurs dans des processus de changement du fonctionnement et positionnement des institutions.

² Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social

³ Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

Elles ont pour la plupart des trajectoires hors du commun : reconversion professionnelle, parcours de pairs...

Les **idéaux de référence** sont ceux d'**horizontalité** (entre professionnels mais aussi dans le rapport entre les membres de l'équipe dédiée et les personnes logées), d'**innovation** et de **créativité dans le travail**.

■ Les professions représentées sont plutôt similaires d'un site à l'autre : psychiatres, médecins généralistes (pour la plupart orientés addictologie), éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, psychologues, infirmiers, médiateurs de santé pairs (que nous évoquerons en détail plus loin).

Les résultats de recherche-évaluation permettent de constater que **le modèle de pluri professionnalité entraîne une adhésion très large au sein des équipes**, les professionnels ne se sacrifiant pas à une déontologie pré formatée par le groupe de référence de métier.

Les idéaux d'intervention sont ceux de la valorisation du relationnel (avec les personnes logées et entre membres de l'équipe) et de la revendication d'un éloignement de la technicité. **« Tout le monde fait tout »** (installation des personnes dans leur logement, entretien du logement, accompagnement médico-social...) lorsque le nombre de personnes du bras UCSA reste peu important au début du programme.

■ Poser le principe de l'inconditionnalité d'accès au logement et travailler dans le sens du rétablissement en tablant sur les aspirations propres des personnes bouscule les pratiques de la réinsertion sociale, avec des parcours habituellement normés par paliers, de la rue au logement, du trouble à la demande de soin, des consommations à l'abstinence. Une conviction partagée est que la participation au programme **UCSA est une opportunité pour mettre à l'épreuve les limites des milieux classiques d'exercice professionnel** (champ sanitaire ou social). Quelques interrogations se posent toutefois par rapport au modèle canadien, et le débat perdure sur l'opportunité d'une intervention spécialisée par métier ou déspecialisée.

Les principales questions traitées dans le rapport qualitatif, qui déterminent la professionnalité spécifique des équipes dédiées et des membres des équipes, sont :

- les « situations limites » (locataires jugés particulièrement « problématiques » en terme de perspective de rétablissement), où apparaissent parfois des tensions entre

- logiques d'accompagnement et risque de mise en cause de la responsabilité institutionnelle des équipes et des porteurs,
- l'existence d'un besoin de « suivi intensif » de certains locataires,
 - les problématiques de *solvabilisation* des sous-locataires dans une perspective de fin de programme expérimental,
 - les questions de référencement professionnel et de multi référencement d'équipe, abordées dans la partie suivante.

II. Construire une culture commune

Les équipes dédiées ont évolué vers une culture et une pratique de multi référencement. Les épreuves auxquelles elles ont fait face aide à établir les points importants favorisant la multi référence. La question de la spécialisation des professionnels est tout particulièrement détaillée.

1) Épreuves de référencement

Aujourd'hui, le travail social et l'intervention soignante ont comme norme de fonctionnement l'assignation d'un intervenant référent. Le programme UCSA réinterroge et reconfigure la « référence professionnelle », c'est-à-dire le type de relation qui lie professionnels et locataires dans la durée d'un « suivi ». Les professionnels des équipes dédiées sont passés par une période inaugurale de rejet radical d'un professionnel référent (**non référence** ou pluri référence absolue), **puis** ont forgé la notion de **multi référence**.

■ La boîte à outil marseillaise de la multi référence⁴

Commençant par une période de « non référence », il est apparu à l'équipe marseillaise que le terme de « multi référence » était plus approprié à la pratique de l'équipe, multi référence qui serait directement en lien avec le rétablissement. Différentes méthodes et pratiques sont mises en place :

- La **communication**.
- La **convivialité** entre membres de l'équipe (absence de bureau individuel, grande pièce dans un local utilisé comme lieu d'échanges entre professionnels).

⁴ BOSETTI Thomas et BOULOUNINE Raphaël, *On the Road to Recovery - Construction of a Practical Toolbox in « un chez soi d'abord » Marseille*, Revue de la Feantsa, Issue N°20 – winter 2014-15.

- La **conversation** (rencontres formelles, réunions, temps informels).
- L'**internet** comme extension de la communication (permet de transmettre les informations importantes d'un jour à l'autre).
- Les **tableaux Velléda comme « mémoire vive » de l'équipe** :
 - o un qui concerne les personnes suivies par l'équipe avec les objectifs du moment, ce sur quoi les locataires se focalisent, les urgences ou le changement de situation, les jours de visite prévue dans la semaine, etc.
 - o un autre destiné aux professionnels et à l'organisation de la journée au quotidien
- Le **logiciel informatique comme « disque dur »** permettant de saisir les rencontres avec les personnes.
- Les **dossiers papiers** pour la gestion de l'administratif. L'équipe devient une unité pensante au service de la personne qui partage les décisions et participe ainsi à son rétablissement.
- La **transversalité** et la **valorisation des compétences** (qui ont toutes la même valeur).
- Le **binôme** comme pierre angulaire. Il se crée le matin-même, se forme pour une demi-journée, change d'un jour à l'autre. Tout le monde travaille avec tout le monde, tout le monde rencontre tout le monde. D'une semaine à l'autre un professionnel du binôme reste le même tandis que l'autre change.
- La **réunion « pivot » du matin** pour organiser la journée.
- Les **rendez-vous fixes** comme points de repère pour les personnes et pour l'équipe, à l'endroit souhaité par la personne, avec programmation des points à traiter lors des rencontres d'une semaine sur l'autre lorsque c'est possible et que la personne le souhaite.

■ Il apparaît lors d'entretiens (Marseille, automne 2014) que **la perception de la multi référence par les usagers est liée à la manière dont elle leur est présentée par les professionnels**. De plus, une **demande de multi référence au niveau relationnel, mais de mono référence sur des thématiques spécialisées** (travail, soin...) fait jour.

Si les équipes ont souhaité mettre en place une pratique de multi référencement, le processus ne s'est pas fait sans épreuves.

2) Appropriation de la multi référence site par site

L'expérience marseillaise n'est pas considérée comme un modèle à appliquer, et chaque équipe poursuit son processus d'appropriation selon les situations locales. À Toulouse, l'équipe parle dès le début de multi-référence absolue, alors que les équipes de Marseille, Lille et Paris se réclament en début de programme d'une pratique non référente pour ensuite évoluer vers une conception plurale du référencement. Des problèmes pratiques sont cependant communs à tous, présentés dans leur contexte de site pour des raisons narratives.

■ La multi référence est mise à l'épreuve de la transmission et de la communication (Paris)

Les **questions des modalités efficaces de communication, de la nature des informations transmises** au sein de l'équipe, ainsi que **de la cohérence de l'intervention** au regard de ces informations, se posent. Exemples non exhaustifs :

- La réunion du matin. En matière de modalité de communication, la réunion du matin peut parfois être confrontée à la question des temps partiels, des absences ou des retards. Quant à la nature des informations transmises, la règle est de passer tous les noms des locataires en revue, règle régulièrement questionnée par nécessité d'économie de temps. Au-delà de l'enjeu organisationnel, il apparaît dans le cadre du « modèle » que les **informations** doivent être **factuelles, sans interprétation** (« faire le deuil des réunions cliniques »).
- Le **défaut d'outils de « nouvelles technologies de l'information »**. Le porteur perçoit mal l'intérêt de donner des outils fonctionnels pour une activité très nomade des équipes. Les nouveaux membres de l'équipe passent parfois plusieurs semaines sans téléphone. En avril 2015, il n'y a toujours pas de tablettes. Ces outils issus des nouvelles technologies de l'information s'avèrent presque indispensables lorsque ces équipes, non seulement sont « mobiles », mais surtout travaillent en multi-référence.

■ La multi référence est mise à l'épreuve des contraintes institutionnelles (Lille)

Suite à la demande de la DIHAL⁵, de la DDCS⁶ et de l'ARS⁷ de mieux gérer les problèmes locatifs (nécessité de « mettre à plat » les situations des locataires sur le plan administratif et locatif dans la perspective d'une fin de programme), l'équipe dédiée médico-sociale a été scindée en deux à l'été 2014 selon une logique d'appartenance institutionnelle et professionnelle ; cette proposition de réorganisation étant induite par la perception que l'EPSM⁸ Lille Métropole a du travail de l'équipe. Une première équipe « IL » (Intermédiation Locative, financement BOP 177⁹) a alors une mission de mise à jour des droits, de réduction des impayés et de recherche de solution alternative pour ceux qui ne pourront pas rester dans le programme à la fin théorique de celui-ci. Une seconde équipe « ONDAM¹⁰ » (financement de la sécurité sociale) est composée de professionnels du soin, de médiateurs et d'éducateurs. Cette réorganisation s'est donc faite par référentiels de métier.

Au-delà de cet exemple et de l'expérience lilloise, et avec une intensité variable selon les sites, les professionnels font état de la difficulté de compréhension des porteurs quant aux conditions de possibilité spécifiques du modèle de la multi-référence et plus largement de la philosophie du rétablissement. **Si elle n'est pas comprise et facilitée par les institutions porteuses, la multi référence demeure une pratique fragile soumise aux aléas des intérêts catégoriels des parties prenantes.**

■ La multi référence est mise à l'épreuve du rétablissement (Toulouse)

Sur le site de Toulouse, le nombre de personnes intégrées reste faible avant la fin 2012. Tout le monde fait tout. Début 2013, le nombre de personnes logées augmente et l'équipe fait face à une **surcharge de travail**. La question de l'accompagnement intensif se pose. L'équipe en vient alors à aménager ses outils en organisant des réunions d'équipe plus légères (un jour sur deux), une pratique plus réduite des astreintes, des binômes relativement fixes, mais aussi un **fonctionnement en mini-équipe** (quelques personnes, pluridisciplinarité, etc.), pour un accompagnement plus intensif de certaines situations. On

⁵ Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement

⁶ Direction Départementale de la Cohésion Sociale

⁷ Agence Régionale de Santé

⁸ Établissement Public de Santé Mentale

⁹ BOP : Budget Opérationnel de Programme. Le BOP 177 est dédié à la prévention de l'exclusion et à l'insertion des personnes vulnérables.

¹⁰ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

peut dire qu'il y a eu un **passage d'une multi référence absolue à une multi référence tempérée**.

Quelques définitions :

Pluri professionnalité : Mise en commun de différents corps de métier. L'équipe pluridisciplinaire vise une complémentarité et une mise en synergie des qualifications professionnelles.

Spécialisation : Division des tâches en fonction des qualifications et des compétences acquises. Le risque associé est le cloisonnement des métiers. Globalement, les qualifications n'ont pas beaucoup changé du début à la fin du programme, même si des interrogations demeurent sur la pertinence de certaines professions dans le programme (alcoologue ou médecin généraliste par exemple).

Multi référence : La multi référence correspond à une culture et une pratique située. Elle prend sens dans une orientation de travail qui vise à faire vivre une politique de rétablissement. C'est une culture commune, « *de ne pas oublier que le cœur de la pratique consiste à comprendre collectivement ce que la personne demande à l'équipe et non pas que sa demande soit construite en miroir des supposées qualifications professionnelles de chacun* ».

Au vue des expériences ci-dessus ou détaillées dans le rapport qualitatif, un **socle de points structurants la multi référence** peut être décliné :

- La multi référence nécessite une organisation de travail pluri professionnelle.
- Chaque corps de métier garde son identité et sa spécialité.
- Dans le temps de la rencontre avec l'utilisateur, chaque professionnel est substituable.
- Le modèle de la fonction d'encadrement est celui de la coordination et de l'innovation
- Le principe de la multi référence facilite la construction d'une logique de parcours de l'utilisateur.
- Les professionnels en multi référence sont dé-spécifiés dans leur fonction mais peuvent aussi se spécialiser au fur et à mesure de l'identification par l'équipe de besoins nouveaux.
- Chaque fois que le modèle devient trop pyramidal, le principe de multi référence est écorné. Sans utilisation des nouvelles technologies de l'information, la multi référence n'est pas réalisable.
- La multi référence est plus une culture d'équipe qu'une technique d'intervention : le point de vue des locataires sur les pratiques qu'elle induit est essentiel.

Parmi ces points, il est utile de détailler la question de la dé-spécification et spécialisation.

3) Spécialisation-déspecialisation

■ Le principe d'« horizontalité » dont se réclament les équipes d'UCSA, renvoie à la constitution d'équipes moins hiérarchisées et à la promotion d'une répartition indifférenciée des tâches. **Dans les premiers temps** du programme, « tout le monde fait tout », c'est-à-dire que les **tâches peu spécifiques** consistant à installer les sous-locataires dans leurs meubles sont **réparties** de façon indifférenciée au sein des équipes. On observe également des **échanges de compétences simples** (demande d'aide au logement, accompagnement à des rendez-vous médicaux...) entre professionnels, ce qui entraîne de l'apprentissage mutuel.

Une fois que les personnes ont pu faire face à l'entrée dans le logement et aux questions matérielles et administratives qui l'entourent, les questions médicales font jour. Le principe de l'horizontalité connaît des limites lorsqu'une situation requiert des savoirs spécialisés (exemple : coordination de rendez-vous médicaux autour d'une situation somatique complexe avec plusieurs pathologies intriquées), ou relève d'un encadrement légal précis (ex. : prescription médicale). Des professionnels ont un **sentiment de perte de sens par rapport à leurs compétences propres ou d'effectivité de l'action**, ce qui conduit à une **re-spécialisation** de l'activité, qui permettrait aux professionnels d'avoir une « prise » sur l'activité à partir de leurs compétences spécifiques (compétences métier ou savoir expérientiel).

■ L'anticipation d'une possible **situation d'urgence** peut être une **limite à la transversalité des tâches**. Cette limite est accentuée sur l'un des sites sous le terme de **risque judiciaire** pour les médecins. La responsabilité des professionnels est susceptible de ne pas être engagée de la même manière selon leur profession. Ce « risque médico-légal » prend plus ou moins de place selon les expériences antérieures des médecins et du poids qu'ils accordent à ce risque.

■ En prenant l'exemple des médecins du programme, on s'aperçoit que certains font le choix d'une activité dé-spécifiée, tout en alternant des moments peu spécifiques (ex. : accompagnement pour l'achat de meuble) et plus spécifiques (ex. : coordination des soins, voire examen-prescription). **La question porte alors sur la part des activités « spécifiques », plus que sur une spécification ou une dé-spécification. La nature des activités**

« **spécifiques** » est toute aussi importante : un médecin généraliste développant sa conception de la vision médicale dit que « *[L'équipe dédiée] n'est pas une structure médicale, ce n'est pas un centre de soin. Je ne me substitue pas [aux médecins traitants]* » et que « *Il s'agit de faciliter l'accès au soin, pas de faire des ordonnances* ».

La multi référence consisterait à « comprendre collectivement ce que les personnes demandent à l'équipe ». Les critiques externes qui portent sur « la confusion des rôles » et le risque notamment pour les médecins de négliger l'urgence en l'absence de « demande du patient », sont justement accusées en interne au programme de ne pas comprendre le principe de suivre le choix des personnes. Il s'agit alors d'analyser comment les équipes s'approprient elle-même ce principe, dans quelle mesure il décale leurs pratiques professionnelles, et les limites qu'il rencontre.

III. Jurisprudence pratique

Le principe de suivre le choix des personnes est central au sein du programme UCSA. Dans la pratique, des limites émergent du fait de situations difficiles et d'intérêts divergents des personnes concernées par le programme.

1) Le principe du « choix » et ses limites : situations difficiles et contraintes propres à la mise en place du programme et au contexte social

Au moment de l'inclusion dans le programme, les personnes doivent présenter « un niveau élevé de besoins sanitaires et sociaux ». L'identification de troubles psychiques est au cœur de l'exposition permanente au risque de voir disqualifiée leur capacité à décider pour elles-mêmes.

Au sein du programme UCSA, le principe du « choix » est central : choix de se soigner ou pas (ce n'est pas une condition d'accès au programme), choix de son logement, etc. La position singulière vient cependant d'un pas supplémentaire : ne pas considérer les personnes uniquement dans leur position d'utilisateurs, de bénéficiaires, de patients, et critiquer la tendance à aborder la personne à travers « ses problèmes » plutôt qu'à partir de « ses attentes », et même de ses espoirs, voire ses rêves. **L'introduction de la perspective**

du rétablissement est censée induire des pratiques de *care*¹¹ professionnelles dans lesquelles les personnes sont identifiées comme légitimes à définir ce qui donne sens à leur vie et les priorités de leur accompagnement. « Se centrer sur la personne » impliquerait de se centrer sur « ses choix » et non « son bien ».

La mise en œuvre du programme a cependant révélé un nombre important de **limites** :

■ **L'ensemble des acteurs ne s'est pas approprié ces modalités spécifiques de *care* de manière égale.** Les professionnels sont parfois confrontés à leurs propres normes mais aussi aux exigences des différentes institutions assurant la gouvernance du programme : par exemple, sur l'un des sites, le centre hospitalier porteur du projet intègre dans la fiche de poste du médecin généraliste un « bilan médical » mensuel, ce qui entre en tension tant avec le principe d'accompagner les personnes « à leur rythme » et selon leurs priorités, qu'avec celui de privilégier le « droit commun ».

■ Les professionnels peuvent être confrontés à des « **situations limites** » qui remettent en question leur possibilité d'accompagnement face à un **risque** jugé trop important : perte du logement, dégradation de l'état de santé.... Face à de telles situations, les équipes élaborent progressivement des jurisprudences pratiques.

Quelques « situations limites » sont reconstituées dans le rapport qualitatif, par l'observation du travail des équipes et les focus group (entretiens collectifs) : une équipe s'accorde sur le fait que Mme Baye¹² ne va pas bien, et partage une inquiétude. Mme Baye manifeste-t-elle les signes d'une « crise »/d'une « décompensation » qui devrait appeler des soins plus intensifs, voire une hospitalisation, éventuellement sous contrainte ? Ces signes n'appellent-ils qu'une vigilance accrue ou constituent-ils des signaux qui doivent déclencher une action ? Alors qu'un membre de l'équipe invite à ne pas temporiser une intervention directement ciblée sur les troubles psychiques, la majorité de l'équipe va dans le sens d'une vigilance renforcée et d'une adaptation des modes d'intervention en négociation avec la personne elle-même. L'intégration des préférences de la personne trouve sa limite lorsque le niveau d'alerte est élevé.

¹¹ Le terme de *care*, en anglais, désigne tout à la fois un souci, une attention portée à autrui (*to care about*) et les activités concrètes par lesquelles on prend soin de quelqu'un, de quelque chose (*to take care of*). Ce terme a fait l'objet de multiples tentatives de traduction : souci, sollicitude, soin (Moreau, 2009), sans qu'aucune ne se soit imposée, faut d'être pleinement satisfaisante. Le terme *care* est conservé par certains auteurs pour conserver sa capacité à désigner à la fois une forme d'attention et un type d'activités, mais aussi pour lui donner une visibilité dans l'espace théorique français (Paperman, Laugier 2005).

¹² Toutes les situations du rapport qualitatif sont anonymisées. Voir le rapport original pour plus de détails sur chaque parcours.

L'impératif du « respect des choix de la personne » se convertit en questionnement : « jusqu'où ne pas décider pour autrui ? »¹³.

■ Un psychiatre, lors d'un focus group, à propos d'une sous-locataire : « *Ce qui est compliqué avec elle, c'est qu'on a du mal à avoir une réponse claire sur ce qu'elle veut et ce qu'elle ne veut pas* ». **Le choix ne s'exprime pas toujours.** Des conduites difficiles à interpréter débouchent sur un choix compliqué d'intervention de l'équipe. A la suite d'autres évènements, M. Jen commence un jour à insulter des personnes extérieures à l'équipe d'accompagnement, puis accueille l'équipe très éméché et avec des insultes. Les professionnels interrogent la possibilité de poser une parole qui arrête ce qu'ils vivent comme une escalade. Le cas de M. Jen est devenu une jurisprudence pratique : il est par la suite proposé un rendez-vous hebdomadaire régulier avec les personnes et non plus une rencontre dans l'urgence sous la pression de la demande immédiate. Cette situation a mis à l'épreuve l'accompagnement « inconditionnel ». L'équipe a éprouvé la nécessité d'instituer quelques éléments d'un cadre minimal.

■ Il existe également des **limites propres à la mise en œuvre du programme**. Le « **choix du logement** » en est un bon exemple, choix très restreint pour la personne dans une ville comme Paris, ou dans une moindre mesure Lille, en raison de problèmes de captation de logement.

Le principe de « choix » peut aussi entrer en conflit avec les positions d'autres acteurs (voisins, porteurs, etc.).

2) Défendre les intérêts de qui ? Des injonctions paradoxales

Cette question se pose particulièrement vis-à-vis de l'accès et du maintien dans le logement où les constats suivants sont faits par les équipes.

- La captation a parfois pu être faite par la location de logements dont la qualité laissait à désirer.
- Le cadre dans lequel les logements ont été captés a été mal renseigné et le glissement de bail non anticipé, ce qui a pu engendrer une insécurité pour certains locataires.
- Le travail de lien avec la gestion locative a été disparate suivant les sites.

¹³ MOREAU Delphine et LAVAL Christian (2015), *Care et Recovery : Jusqu'où ne pas décider pour Autrui ? L'exemple Du Programme « Un Chez-Soi D'abord »*, ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche Sur Le Handicap.

- Le respect du choix du logement (logements vacants) et les relogements (travaux) ont eu un coût élevé.
- Des difficultés d'accès au logement social ont existé, quel que soit le site.
- Des troubles de voisinage ont eu lieu, troubles qui posent la question du respect de la vie privée et du plaidoyer de l'équipe à travers la médiation avec les voisins.
- Il n'y a pas de logement type « idéal ».

En matière de logement, **les équipes composent en permanence avec les intérêts :**

- des sous-locataires.
- des porteurs.
- du voisinage.
- des propriétaires privés ou bailleurs publics.

Les tentatives de négociation avec les bailleurs, privés ou publics, comme celles de gestion des troubles du voisinage ou des impayés de loyer ne sont globalement pas nouvelles : elles sont en revanche perçues comme décisives par les porteurs en 2014, dans la perspective à la fin du programme expérimental de glissement des baux. Plusieurs éléments sont alors rendus particulièrement visibles :

■ Les professionnels d'UCSA optent d'une manière générale pour la non-intervention dans les relations avec le voisinage, même si on constate dans leurs discours que le débat n'est pas tranché. Les professionnels d'UCSA peuvent être interpellés par un voisin gêné ou un propriétaire, auquel cas des **médiations** peuvent être menées avec l'accord du locataire. La fin de programme oblige les équipes à faire le point avec les propriétaires, débouchant éventuellement sur une phase de négociation, tantôt plaidoyer pour le locataire, tantôt pour le propriétaire.

■ La position des équipes par rapport au paiement du loyer est triple :

- **L'équipe d'accompagnement ne doit pas porter la contrainte des obligations liées au statut de locataire** mais travailler à cet objectif dès que possible en fonction du cheminement de la personne. À Paris par exemple, le porteur social demande que l'équipe assume les tâches de la signature du bail et de l'état des lieux initial des logements, mais l'équipe n'entend pas occuper une position normative envers les personnes.

- **Entrer dans un processus de rétablissement, c'est accéder à la citoyenneté, avec ses obligations, mais c'est un processus long.** L'impossibilité de respecter les besoins et la temporalité de chaque personne en raison de contraintes temporelles est critiquée collectivement.
- Le statut expérimental d'UCSA implique de considérer que les impayés ne sont pas des dettes, à proprement parler.

■ **Selon quels critères est-il légitime d'exiger du sous-locataire qu'il remplisse des devoirs ? Cette question entraîne des tensions entre porteurs et équipes dédiées.** L'équipe parisienne défend le fait qu'un certain nombre de locataires n'ont pas eu de ressources ou n'ont eu que de faibles ressources durant plusieurs mois (dettes anciennes, délai RSA et AAH), que les locataires ont reçu une information erronée sur leur reste à payer en début de programme et que certains doivent réapprendre à payer un loyer. À Lille, un comité éthique dédié aux « situations les plus complexes » est constitué à la fin de l'année 2014. La « dette passée » est annulée partiellement (somme résiduelle pour une raison éducative) pour les personnes ayant montré une volonté de reprise des paiements de leur loyer (via un contrat moral passé en janvier 2015) ou pour celles dont l'équipe considère qu'elles ne sont pas en mesure actuellement de payer (situation de handicap et attente d'une mesure de tutelle ou curatelle) mais qu'il est permis d'espérer (lien de confiance avec l'équipe, démarches engagées pour améliorer sa situation au regard des troubles ou des consommations).

Pour 15 à 20 personnes par site, lorsque le relogement a été un échec (niveau d'autonomie considéré comme insuffisant pour vivre seul) ou lorsque la personne souhaite une forme d'habitat différent de celui proposé, les équipes étudient des perspectives de relogement qui ne répondent pas aux critères initiaux du programme UCSA.

IV. Le travail pair à l'épreuve de l'expérimentation

Le programme se doit de donner une place essentielle, et un statut majeur, aux médiateurs pairs communautaires pour être en cohérence avec les valeurs et principe d'un accompagnement orienté rétablissement.

La question des « médiateurs de santé pairs » (MSP) apparaît donc comme une question centrale des programmes de type « Housing First ».

1) Enjeux généraux

■ **La pluralité de dénominations reflète la difficulté des acteurs à trouver une définition consensuelle.** Le terme de « **Médiateurs de santé pair** » renvoie à l'univers de la psychiatrie, dans une tentative d'inclusion d'une figure tierce dans une relation médecins/patients jugée trop inégalitaire. L'enjeu est autant celui d'une professionnalisation des médiateurs que celui du développement d'une autre représentation citoyenne du malade. La notion de « **Travailleur pair** » renvoie à des approches comparables, mais suggère également que l'objectif à atteindre est la création d'un nouveau métier. La notion de « **Pair aidant** » est plus ambiguë, avec par exemple de nombreuses critiques en gérontologie sur la notion d'aidant, renvoyant la personne « aidée » à son statut de personne fragilisée et la personne « aidante » en mal de reconnaissance d'une véritable compétence. Le « **Peer support** » introduit une dimension plus affirmée de réciprocité. **L'objectif partagé est toutefois l'institution/formalisation d'un nouveau métier.**

■ La promotion du « peer support » aux Etats-Unis s'est fait dans un contexte institutionnel différent du contexte français. A la fin des années 1990, il n'y avait pas en France d'équivalent aux mouvements « communautaires » états-uniens. Les tentatives de promotion des « médiateurs pairs » sont quasi conjointes au lancement du programme UCSA. Les **réactions professionnelles** sont pour la plupart **véhémentes**, que ce soit de la part des syndicats dans le champ sanitaire ou de médecins psychiatres.

2) Les médiateurs-pairs au sein du programme Un Chez Soi d'Abord

Pour prétendre devenir MSP¹⁴, il faudrait avoir fait l'**expérience** d'une accumulation dans le passé, faite **de pathologie, de sans-abrisme, et de perte d'autonomie**, et **s'en être suffisamment « rétabli »** pour pouvoir partager l'expérience de ce rétablissement et les codes sociaux propres aux personnes qui vivent aujourd'hui ces difficultés. L'expérience française reste cependant pauvre dans le champ de la psychiatrie de professionnels « usagers de la psychiatrie ». Il existe alors des **difficultés de recrutement des MSP, mais aussi de stabilisation** du fait de questionnements sur la place et le statut des MSP au sein des équipes dédiées.

¹⁴ Médiateur de Santé Pair

3) Incertitudes

■ La **professionnalisation des « compétences expérientielles »** reste très **défavorable pour les MSP**, le schéma dominant y compris au sein du programme étant celui d'une professionnalisation par une formation initiale. La plupart des MSP ont été recrutés à temps partiel, avec des salaires nets très proches du SMIC, sans guère de perspective d'avancement. Ces contradictions entraînent un **décalage entre le déficit de reconnaissance et les attentes vis-à-vis des MSP d'incarner l'exception culturelle et philosophique du programme, d'être les garde-fous du modèle.**

De plus, les propos des MSP sur les quatre sites révèlent qu'ils sont **plus positionnés comme des partenaires des professionnels** au sein des équipes dédiées. En effet, ils sont parfois mobilisés spécifiquement auprès des situations les plus complexes, comme « dernier recours » de la démarche pluri-professionnelle, ou bien au contraire auprès de locataires qui soulèvent moins de difficulté si le MSP est lui-même en difficulté.

Le programme UCSA éprouve donc des difficultés à promouvoir une intervention centrée sur les principes du rétablissement tels qu'ils ont été posés à la lumière de l'expérience américaine.

■ Il existe des **freins au sentiment d'inclusion des MSP** :

- Les MSP ont des relations de qualité au plan individuel avec les autres membres de l'équipe, mais une distance demeure encore avec une partie d'entre eux en matière de statut.
- En matière de rétablissement, la question de l'appréciation par l'équipe se pose : être bien « rétabli », est-ce adopter les codes et les convenances propres aux sphères préexistantes des métiers ?
- La problématique de la « bonne distance » avec le locataire apparaît également pour certains : certains n'interviennent pas dans leur propre espace d'habitat, d'autres se rendent moins visibles, voire changent de site. Cependant, des conditions plus collectives restent à construire.

L'enjeu est de trouver comment laisser les médiateurs déterminer par eux-mêmes leur mode d'exercice, faire valoir leurs compétences expérientielles et leurs ressources, plutôt que de définir ce qui fait fragilité et besoin de traitement spécifique, à l'aune des critères des autres professions.

■ Malgré les paradoxes précédemment cités, **les MSP ont un rôle émergent** :

- Ils permettent de « créer du lien de compréhension » pour **transmettre l'espoir qu'« il est possible de se rétablir »**.
- Une autre thématique fortement présente dans les données est celle de formes très individualisées de « **spécialisation** » en fonction de l'expérience « dominante » de vie antérieure : **expérience de la rue, toxicomanie, des troubles psychiques** et de **l'alcool** principalement.
- La connaissance du médiateur est transmise avec des termes du sens commun. Il refuse d'interpréter une conduite comme un symptôme.

Une grande variabilité domine quant au périmètre de la pratique effective des MSP au sein du travail d'équipe. De plus, des départs ont côtoyé de réelles réussites d'intégration. Il est trop tôt pour parler de conclusions, et ces trois premières années de programme n'ont pas marqué d'avancées décisives quant au travail pair. **Si la promotion de la médiation paire constitue un enjeu majeur des procédures axées sur le rétablissement, la question de sa construction en tant qu'acteur public collectif reste sans réponse.**

4) Au-delà du programme : une dynamique publique pour le travail pair

Les premières expériences documentées d'intégration d'usagers des services de santé mentale dans des équipes cliniques du réseau public datent de la fin des années 1980 aux Etats-Unis. Depuis peu, en France, le soutien des pairs « professionnalisés » fait l'objet de deux expérimentations : le programme *UCSA* et le *Programme Médiateurs de santé/pairs*, qui connaissent des différences importantes mais valorisent tous deux le savoir expérientiel de travailleurs pairs professionnalisés, et des usagers d'une manière générale. Les enseignements généraux de l'expérimentation *Médiateurs de santé/pairs* du CCOMS¹⁵, d'après les médiateurs présents, sont unanimes : **la préparation, la sensibilisation voire la formation des milieux d'embauche est primordiale**. Entre février et décembre 2014, un travail de préparation de 4 semaines de **DESIU Rétablissement en santé mentale** s'engage sur les 4 sites du programme expérimental UCSA. Il y a presque 30 inscriptions en décembre pour ce diplôme porté par la faculté de Marseille. Le réseau de médiateurs organise des **réunions « inter-médiateurs »**, construit des **actions collectives**, une **communication**, et des **liens** avec le monde de la formation et de la recherche, avec des professionnels engagés

¹⁵ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale.

dans une orientation rétablissement, et avec des réseaux alternatifs à la psychiatrie, comme le réseau des entendeurs de voix.

Point méritant réflexion : comment évaluer le processus d'autonomisation sans partir de sa propre évaluation de l'autonomie ?

Le cadre expérimental du programme UCSA permet de **s'émanciper de la définition par les professionnels de critères d'autonomie discriminants pour l'accès et l'accompagnement dans le logement**. Cette posture se heurte toutefois au fait que les équipes ne sont pas complètement indépendantes (partenariats, cadre institutionnel).

Comment évaluer le processus d'autonomisation sans partir de sa propre évaluation de l'autonomie ?

D'une part, le **rétablissement** n'évoque **pas un retour à l'état antérieur** ; d'autre part, il s'identifie à un **cheminement personnel** plus qu'à une normalisation sociale visible de l'extérieur. Il n'est **pas linéaire**, n'est **pas de la même forme ni ne prend le même temps selon les personnes**. Au quotidien, les équipes d'UCSA explorent l'articulation entre une conception du rétablissement, le repérage de signes de mieux-être et l'autonomie.

Pour acter du processus d'**autonomisation** d'une trajectoire personnelle, les professionnels sont tiraillés entre deux visions, et donc **deux types d'indices** :

- **des listes de capacités** (à se laver, à effectuer une démarche administrative, à se nourrir, à tenir son logement propre, à payer son loyer, etc.).
- un ressort personnel à se doter de nouvelles normes, propre à chaque personne. Quand les professionnels ne sont pas contraints à objectiver l'autonomie, ils se défont de la définition de l'autonomie en termes de « somme de capacités évaluables de l'extérieur » pour épouser **une définition dynamique** (processus) et **autoévaluée par les usagers**.

En creux de cette présentation de l'autonomie, le statut expérimental fait que l'autonomie serait évaluée en fonction :

- des formes de dépendance à l'équipe, jugées dangereuses en raison du statut précaire de l'expérimentation UCSA.
- de l'articulation au droit commun.

Que l'on interroge les conséquences du multi référencement, de l'intégration du savoir expérientiel des travailleurs pairs, ou de la jurisprudence pratique développée par les équipes, **la question transversale semble bien être celle de la définition de critères professionnels de l'autonomie**. La pluridisciplinarité permet de déployer une attention sur l'évolution entre deux moments de vie d'une personne, du rapport entre ses conditions objectives de vie et la perception subjective qu'elle en a. **Le détachement normatif que l'équipe tâche de s'approprier pour la bonne conduite de son accompagnement ne l'exonère pas d'un désir d'objectivation professionnelle du processus d'autonomisation.**

Partie 2 – Le rétablissement du point de vue des personnes : processus singulier, processus collectif

Cette introduction documente la **naissance du *recovery*** puis son **processus d’implantation, à travers le terme « rétablissement », dans le contexte français.**

L’émergence du *recovery* est à replacer dans le contexte des suites de la désinstitutionalisation¹⁶ qui caractérise l’évolution de la psychiatrie nord-américaine depuis les années 1970. Le *recovery* propose une façon nouvelle de penser le soin en santé mentale. Une politique du *recovery* reconnaît l’intérêt des expériences des personnes et cherche à utiliser leurs compétences. Le rapport Kirby¹⁷ l’a placé au cœur des réformes du système de santé canadien en 2006. Toutefois, **le *recovery* est d’abord un mouvement des usagers.** A la suite du mouvement des droits civiques américains des années 1960, des usagers en lutte contre les institutions asilaires (« survivants de la psychiatries » et « ex psychiatisés ») ont promu et diffusé une notion élaborée par d’autres usagers tels que les Alcooliques Anonymes dans la première moitié du vingtième siècle.

Avec les usagers, les chercheurs nord-américains ont mis en évidence des **éléments essentiels dans le processus de *recovery*** : bases sécurisantes, ressources potentiellement mobilisables, *empowerment*¹⁸, inclusion sociale et stratégies d’adaptations.

Des **critères favorisant le *recovery*** ont alors été élaborés : intégration dans la communauté, capacité à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi, etc. Des **définitions objectives** ont ainsi cherché à être données, en introduisant la question de la preuve (articulation entre *recovery* et evidence-based medicine, grilles de *recovery*). Des **définitions subjectives** ont à l’inverse cherché à rendre compte de diverses expériences vécues et à proposer des principes de *recovery* discutés avec les usagers.

¹⁶ La désinstitutionalisation insistait sur la prise en charge individualisée et sur l’importance de l’environnement social dans la rémission de la pathologie psychiatrique. Ce mouvement résultait d’une conjonction entre volonté « politique » d’humanisation des soins dispensés aux personnes souffrant de troubles mentaux chroniques et objectif économique de réduction des coûts de santé.

¹⁷ KIRBY, Michael J. L., KEON, Wilbert, mai 2006. *De l’ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

¹⁸ Capacitation, pouvoir, puissance d’agir (Bacqué, Biewener 2013). Aucune traduction ne s’est imposée faute d’être pleinement satisfaisante.

Le terme de rétablissement se diffuse en France par une série d'initiatives parallèles : programme européen Emilia¹⁹, programme de recherche national Médiateurs de santé/pairs du CCOMS à Lille, Club House à Paris²⁰, et programme UCSA. Dans le cadre d'UCSA, il est diffusé tant par la voie politique (rapport Girard, Estecahandy, Chauvin 2009) que scientifique (programme d'intervention et de recherche consécutif à ce rapport).

D'un point de vue **lexical**, la traduction de *recovery* en « rétablissement » (via le Québec) peut positionner celui-ci dans une optique de guérison, car le terme rétablissement est plus ancien, associé à la rémission des symptômes voire à la guérison de la maladie. Dans l'aire culturelle anglo-saxonne, le *recovery* prend un **sens différent**, prônant un processus de dégageant de la maladie. **En vis-à-vis de l'approche médico-psychiatrique et de sa tradition européenne, qui mesure le présent en fonction du passé (déficit, pathologie, rechute, maintien ou guérison), le *recovery* confronte le présent faible à un avenir plus fort.**

Faire le choix du « rétablissement » au lieu de garder le terme *recovery* donne toutefois un poids d'affirmation à une orientation politique consciente que son développement procède des **spécificités françaises** :

- En France, **les usagers sont relativement absents**, en tant qu'acteurs autonomes, **de l'initiative de promotion du rétablissement**. Le concept est introduit par une minorité militante de professionnels soignants.
- Il existe un **débat franco-français à la fois clinique et politique**. En France, le **modèle psychiatrique dit de secteur** domine et structure l'offre de soins. Le rétablissement ne peut donc pas s'expérimenter dans la population générale (prise en charge par le modèle dit du secteur) comme c'est le cas outre-Atlantique (cohabitation entre psychiatrie hospitalière et santé mentale communautaire). En effet, une partie des psychiatres défenseurs du secteur notent que certaines personnes ayant des troubles mentaux ne peuvent pas s'engager dans un tel processus.
- Etant donné que peu d'usagers ou de psychiatres ont promu le rétablissement, **le circuit de promotion est descendant** (alors qu'il est ascendant dans la situation anglo-saxonne), de type « top-down », venant de la DIHAL. Il existe une alliance entre une

¹⁹ Programme de recherche-action (2005-2010) pour le retour à l'emploi de personnes souffrant de troubles psychiques graves.

²⁰ Le Club House de Paris a ouvert en novembre 2011, sur le modèle du club Fountain House à New York, visant à offrir un lieu d'accueil orienté vers la réinsertion professionnelle, entre pairs souffrant de troubles psychiques et avec des salariés du club.

minorité agissante des professionnels du soin et l'État centralisé autour de la cause des SDF.

Des interactions entre acteurs et institutions, émerge progressivement une redéfinition du rétablissement ajustée à la société française.

Comment peut-on redéfinir le rétablissement dans le contexte français ? En quoi le programme UCSA a un impact sur le processus de rétablissement ?

Premièrement, les voix individuelles sont analysées afin de mettre en évidence la dimension singulière du rétablissement et les conditions mises en place par UCSA qui favorisent ce processus. Deuxièmement, la dimension collective est détaillée à travers les formes de participation citoyenne, et l'impact du programme UCSA sur cette participation est analysé. Enfin, une reprise est effectuée sur le processus de rétablissement.

I. Rétablissement : processus singulier

Le mot « rétablissement » est utilisé par les professionnels, mais presque jamais par les personnes concernées. Avec quels gestes, mots, interactions une personne rend-elle compte d'une expérience de vie associant parcours de rue et troubles psychiques, d'une expérience qui relèverait du rétablissement alors qu'elle n'utilise pas le terme de rétablissement pour ce faire ? Qu'est-ce qui a un impact sur la trajectoire de cette expérience ?

1) Voix singulières

■ L'analyse des données recueillies après entretiens avec les participants fait apparaître un **changement subjectif significatif entre avant et après l'entrée dans le bras UCSA du programme**, que ce soit sur l'axe de la santé ou sur l'axe social :

- **Le souci de « prendre soin » de soi apparaît au fur et à mesure**, souci qui s'appuie de manière variable sur l'accompagnement proposé.
- **Des investissements affectifs du « chez-soi »** apparaissent dans les récits, investissements qui **conduisent à des réflexions sur les conduites** dans le but de défendre son logement.

■ **De nombreuses études sociologiques** concernant les personnes confrontées à la fois à la maladie et à diverses difficultés sociales et psycho-sociales **ont montré que les individus qui**

expriment leur parcours et leur situation de santé en termes positifs s'avèrent les mieux à même de « faire face » à court ou moyen terme, de garder prise sur leur devenir, de se préserver « en santé ».

■ **Sur le plan relationnel**, l'analyse des données indique que **les parcours que l'on peut interpréter en termes de « rétablissement » renvoient à des « changements de direction »** (et non de conversion à une idée/à un modèle de vie/à une norme sociale) : de **nouveaux liens** peuvent se créer **avec des semblables** (« bonding ») ou **des autres différents** (« bridging »), mais des **ruptures avec des relations antérieures subies** peuvent aussi être une voie du rétablissement.

■ Les entretiens effectués dévoilent comment des personnes tentent de réunir ou de renouer avec des conditions de « paix », un des enjeux majeurs du rétablissement dans un univers multi-contraint. La construction de perspectives pour les locataires passe par la **réalisation d'aspirations propres** mais aussi par la **mise à distance d'expériences vécues comme violentes socialement et institutionnellement** : exposition aux regards qui a pu déboucher sur de la rupture ou de la non-demande, conditions de rupture avec le milieu de travail...

Les voix des personnes semblent toutefois insubstituables pour témoigner des épreuves les plus importantes pour elles, des moyens d'y faire face ou d'être en partie défaits par ces épreuves. Ainsi, il n'est pas possible de reconstituer des typologies de trajectoire de rétablissement. Les conditions de possibilité du rétablissement semblent toutefois identifiables.

2) Conditions de possibilité du rétablissement

■ Le rétablissement se déploie selon une pluralité de voies. Il est toutefois possible d'identifier les **éléments de risque** qui **freinent le processus de rétablissement**, et les **supports de protection** qui **le favorisent**. Certains éléments de risque sont *internes*, c'est-à-dire propre à la personne, tandis que d'autres sont *externes*, liés au type de lien que la personne construit avec son environnement. Afin de mieux cerner l'apport spécifique du programme UCSA, le rapport qualitatif différencie les supports externes *liés au programme*, des facteurs externes liés à un environnement social plus large. Les données recueillies permettent d'identifier différents cas de figure :

- **Éléments de risque externe lié au programme** : perte de logement, stigmatisation par effet miroir des autres participants, facteurs liés à la contrainte de captation (dysfonctionnement du programme) et violence institutionnelle, logement comme facteur d'isolement, entrée dans le programme comme désocialisation, persistance de la contrainte psychiatrique.
- **Éléments de risque externe non lié au programme** : évènements de vie traumatisants, stigmatisation sociale, psychiatrisation, pauvreté, exclusion du monde du travail, dette sociale et marquage social démultiplié par les nouvelles technologies de l'information, dette d'honneur due à l'immersion antérieure dans une économie de la drogue, allégeance à des relations néfastes (toxicomanie).
- **Éléments de risque interne** : pathologie chronique associée, auto dévalorisation, défaut de réflexivité.
- **Support de protection externe lié au programme** : choix du logement, possibilité de pouvoir être relogé, opportunités ouvertes par l'équipe, sécurisation financière du loyer, présence affective d'équipes « non donneuses de leçon », plaidoyer et défense des droits, bon tempo dans la simultanéité des réponses, ajustement des temporalités, auto support entre locataires, continuité administrative assurée.
- **Support de protection externe non lié au programme** : entourage soutenant, travail, activité sociale, mouvement collectif d'auto support, continuité ou non-rupture en matière de ressources, en matière d'allocations, en matière d'ouverture de droits.
- **Support de protection interne** : savoir être compétent dans quelque chose, stratégie face aux symptômes, *coping*, perception d'un avenir ouvert (confiance, espoir), compréhension de ce qui « fait du bien » pour soi.

Ces différents types de risque et de protection sont illustrés dans le rapport qualitatif par des situations caractéristiques, tirées des entretiens et observations. Monsieur Hulot (bras OH²¹) dit avoir découvert à l'orée de la retraite être atteint de troubles bipolaires et voudrait « se poser », mais il subit un enlisement administratif : délais d'attente de 2 à 3 ans pour le logement social qu'il a demandé, AAH qui ne sera plus versée à 60 ans et 9 mois tandis que ses droits à la retraite ne seront pas encore ouverts. Tom (bras OH) est pris dans un cercle vicieux entre consommations et cercle amical. Mr Busco (bras UCSA) est en pleine incertitude quant au devenir du bail, mais a tout de même un espace à soi. Fouad (bras UCSA) participe aux rencontres des Entendeurs de voix et des Alcooliques Anonymes. Mr

²¹ Offre Habituelle.

Diafani (bras UCSA) entend des voix mais a des capacités relationnelles développées et des ressources personnelles (culture musicale). Dylan (bras OH) revendique une interprétation non pathologiste de ses gestes et choix qui inaugure la possibilité d'une reprise en main de son devenir, et a recherché un milieu d'existence (pays étranger) qui puisse porter un regard neuf sur lui au moment où le stigmate de la maladie mentale lui était renvoyé. Françoise (bras UCSA) a changé de logement, à près d'une 1/2h de transport du centre-ville, pour s'éloigner des réseaux de la toxicomanie. Le détail de ces illustrations peut être retrouvé dans le rapport qualitatif.

■ La **part du programme** concernant les éléments de risque vise principalement l'incertitude de pouvoir rester dans son logement. Cependant, être dans le bras UCSA fonctionne dans la grande majorité des cas comme support de protection : élargissement des possibilités de choix (ex. : choix de pouvoir déménager) ou d'accès à des services dans ou hors programme (ex. : groupes d'entendeur de voix) – des éléments de risque liés au programme étant présents lorsqu'aucun pont ne permet de vivre des expériences hors programme –. **Être dans le bras UCSA n'entraîne pas une transformation fondamentale des conditions objectives de vie** (statut social, ressources, état de santé), **mais le rapport subjectif des personnes logées à leurs conditions change** (formes d'expression, tonalité).

■ Des **propositions sur ce qui importe pour la personne dans le processus de rétablissement** sont présentes dans le rapport qualitatif. Exemples non exhaustifs (six propositions sont présentes dans le rapport) :

- ***La capacité à agir dans le monde « tel qu'il est ». La plupart des modèles qui prônent le rétablissement s'appuient sur deux piliers :***
 - la manière dont l'environnement facilite le pouvoir d'agir, la prise de décision et l'inclusion sociale des personnes.
 - la perception subjective de capacité par les personnes.

Le rétablissement est un processus éminemment vulnérable qui se déploie dans un univers contraint. Tout individu est susceptible de « (re)chuter », de se reprendre, de se ressaisir, avec toujours des potentialités sur lesquelles s'appuyer pour se rétablir. Cette vulnérabilité est affectée par des contraintes externes (faibles ressources monétaires, manque de soutien social, état du marché du logement, manque de formation professionnelle, offre du système de soin ne prenant pas en compte les personnes, etc.) ou contraintes internes

(introspection impossible, difficulté de mise à distance de situations violentes passées, difficulté de rompre avec des liens antérieurement construits dans la rue, etc.). Les professionnels doivent donc être attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes mais aussi aux épreuves morales qui les affectent.

- **La possibilité de choix d'un chemin praticable dans des mondes (psychiatrie, rue, monde d'appartenance, *care givers*...) contraints.** Depuis la désinstitutionnalisation, le monde psychiatrique n'est plus le seul monde fréquenté par les personnes atteintes de troubles mentaux : monde de la rue, monde de la communauté d'appartenance et de leur jeunesse, monde des accompagnants et des *care givers*... Alors que le monde psychiatrique est plus un élément de risque qu'un support de protection (une personne peut constater que dire qu'elle entend des voix pose directement la question de la cessation de ces voix et de la prise de médicaments), chaque monde porte en son sein des risques et des protections, qui ne pèsent pas de la même manière selon les personnes.
- **L'apprentissage de synchronisation des ressources proposées,** de manière à les rendre disponibles pour accomplir ses choix, au plus près de son propre *tempo*. UCSA contribue de ce point de vue à rendre plus « praticable » pour l'utilisateur ce travail de synchronisation des temporalités.
- **La capacité d'apprentissage de la socialisation « normale »,** comme tout un chacun et non pas uniquement avec des aidants. Le rôle des accompagnants vise à susciter de la coopération avec des « autres qui comptent » pour promouvoir un environnement social requalifiant.

L'obligation de faire des choix personnels au centre de la philosophie du rétablissement renvoie les personnes à prendre des risques importants, dans un univers contraint. L'existence de ruptures de prise en charge en parallèle de ces choix entraîne un problème majeur : celui du risque d'irréversibilité des parcours. Il s'agit alors de **mettre en pratique le principe de réversibilité afin que les conditions de possibilité du rétablissement soient réunies.**

Le programme UCSA peut mettre en place des conditions favorisant le rétablissement comme processus singulier. Cependant, à l'image du *recovery* et du mouvement des usagers aux Etats-Unis, la question du rétablissement comme processus collectif de revendication citoyenne se pose.

II. Rétablissement : processus collectif

Alors que le concept de rétablissement en lui-même fait l'objet d'une reprise dans la sous-partie suivante, il s'agit dans cette sous-partie de détailler le lien entre rétablissement et participation citoyenne puis d'analyser la différence entre les formes de participation citoyenne attendues et les formes effectives. **Sur la période d'analyse, la participation institutionnelle attendue de la part des promoteurs du programme n'a pas toujours été au rendez-vous.** En revanche, **d'autres formes de participation citoyenne externes ont pu émerger**, avec une hétérogénéité selon les sites.

1) Rétablissement et participation citoyenne

Un tel prend la parole dans un colloque pour défendre l'accompagnement UCSA alors qu'il est à l'hôtel et aux prises avec la consommation d'alcool après trois logements, un autre mobilise son savoir-faire acquis en Conseil de vie sociale au sein d'un CHRS²² alors qu'il se bat au même moment avec les effets secondaires de traitements très assommants...

Deux types d'enseignements émergent de l'analyse :

- **Il n'y a pas nécessairement de lien entre « le bon rétablissement » et « un engagement citoyen » au niveau individuel.**
- Les expériences de participation sont collectives et ne sont pas représentatives des trajectoires au niveau de chaque individu. **L'engagement citoyen est ainsi indissociable d'une action collective.**

Il s'agit alors d'analyser l'impact du contexte local et du programme UCSA sur l'émergence de formes collectives de participation citoyenne.

2) Participation citoyenne interne au programme

- Le cahier des charges (2010) initial fait référence à deux types d'instances de participations d'utilisateurs :

²² Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

- le comité des usagers-chercheurs en santé mentale ou/et addictions, pouvant être composé de personnes accueillies, de travailleurs-pairs-usagers parties prenantes de l'expérimentation, ou de membres d'une association d'usagers en santé mentale,
- le comité de gestion, composé d'association(s) intervenant dans le domaine de la lutte contre les exclusions, d'association(s) représentant des usagers en santé mentale et des personnes sans chez-soi.

Cependant, une incertitude demeure sur la figure de l'utilisateur mobilisable (pair aidant, usager du programme, porte-parole des associations) et sur le dispositif associé (qui participe, à quoi, et comment ?).

A la fin de l'année 2011, un comité d'usagers, chercheurs, et médiateurs, se réunit par deux fois. Il révèle des disparités de représentation entre représentants d'usagers (rue/psychiatrie) et chercheurs (sur la notion d'empowerment par exemple), l'absence de travail préalable de communication en direction des représentants d'usagers, et **l'absence d'une organisation destinée à faire vivre la parole des usagers.**

L'impact du positionnement des représentants d'usagers lors des comités de gestion varie : les uns sont dans un processus de légitimation, participent peu et leur présence est instrumentalisée, tandis que les prises de position des autres sont intégrées à la gouvernance locale du fait de leur grande légitimité déjà acquise auprès des porteurs et de la ville (poids politique du GAF²³, mode d'intégration des usagers à HAS²⁴).

La coordination nationale du volet interventionnel (DIHAL) ne fait de la participation des locataires un objectif que début 2013, et c'est lors du premier semestre de cette même année que la participation des usagers du programme est reposée lors des comités de gestion des différents sites, principalement à l'initiative de la recherche et de la coordinatrice nationale.

Alors que la participation attendue par les promoteurs n'est pas forcément celle qui se met en place, des formes de participation citoyenne existent tout de même, externes au programme et dépendantes du contexte local.

²³ Groupe Amitié Fraternité, Toulouse.

²⁴ Habitat Alternatif Social, Marseille.

3) Participation citoyenne externe dans le cadre du réseau de site

■ Les **formes de participation** effectives correspondent à un processus de politisation :

1. **un passage du JE au NOUS**, grâce à une mutualisation des savoirs construisant une identité commune différente de celle du système de prise en charge sanitaire, médico-social ou social
2. **la formulation collective d'un discours fondé par un sentiment commun d'injustice sujet à controverse débouchant sur un débat quant à la communauté légitimement mobilisable**
3. **le sentiment de pouvoir modifier cet état de fait par l'action collective**
4. **le déploiement de stratégies ajustées aux espaces de l'interaction et aux enjeux qui s'y jouent**

L'analyse site par site est effectuée sur la période 2012-2014.

■ **À Paris, aucune de ces formes de participation citoyenne articulée au programme n'a été repérée**, dû peut-être au démarrage de l'expérimentation parisienne un an après les autres sites, peut-être au **manque de « passeurs » entre le programme et les ressources potentielles sur le site.**

Une première série de temps collectifs est organisée par l'équipe dédiée pour organiser des vacances avec les locataires. Une escapade à Etretat d'une journée est jugée extrêmement positive, mais un séjour de cinq jours au pays basque se révèle difficile : les locataires font des reproches à l'équipe, comme par exemple un manque d'« encadrement » dans la préparation des activités, reproches compliqués à recevoir pour l'équipe qui recherchait une dynamique co-construite. Après une pause, les temps collectifs reprennent, avec la réalisation d'un journal, mais il reste **difficile de mettre en place un collectif qui s'autonomise**. L'équipe dédiée témoigne de difficultés d'animation de ces temps collectifs, et le turn over des professionnels et des locataires fait que le groupe n'est jamais le même. De plus, les locataires disent vouloir participer aux temps collectifs mais ne veulent pas voir certains locataires : ils ne se reconnaissent pas comme pairs, ce qui limite l'effet d'« auto-support ».

Une incertitude dure longtemps concernant le titre auquel les locataires présents au COGES²⁵ participent. Lors des temps collectifs, les locataires présents marquent leur réticence à la désignation de « représentants » et favorisent une solution où les locataires « tourneraient » au COGES. C'est ce qui est commencé à partir d'avril 2014. Cependant, les prises de paroles sont quasiment toutes positives, et la parole critique peine à émerger. Le COGES est opaque pour les locataires, qui n'y sont pas préparés. Il existe de plus une asymétrie entre les différents participants au COGES et les locataires : non seulement certains participants ont un pouvoir sur les locataires (dépendants du porteur logement pour le bail glissant), mais en plus les questions qui leur sont posées peuvent être très personnelles sans vraie marge de manœuvre pour ne pas y répondre. **Une participation effective des locataires à la vie du programme est absente**, du fait de l'absence d'un « collectif », et du fait d'éléments manquants : compétence en « gestion de groupe », préparation des locataires à la participation aux instances de gouvernance. Une articulation avec des pôles militants étayant une parole forte d'usagers d'institutions paraît alors être un élément favorable (appui du collectif, préparation), mais fait défaut, et seule une association de proches, UNAFAM, participe au COGES.

■ **À Marseille, des formes de participation citoyenne externes au programme ont été observées.**

Une préoccupation sur la question des entendeurs de voix émerge sur le site marseillais, et l'association REV²⁶ est sollicitée par l'équipe marseillaise d'UCSA pour animer une formation fin 2013. Le réseau français sur l'entente de voix a été créé en 2011. Il fait partie d'un mouvement de rencontre, d'entraide et d'auto-support, mouvement ayant une histoire internationale plus ancienne, les premiers groupes d'entendeurs de voix ayant été créés au Pays-Bas en 1987 et au Royaume-Uni en 1988. Ce mouvement s'appuie sur quatre piliers :

- entendre des voix n'est pas un signe de maladie mentale
- de nombreuses personnes entendraient des voix
- les voix ont un sens en relation avec le parcours de vie
- lorsque les voix produisent des situations de détresse psychologique, il convient d'affronter les problèmes qui se cachent derrière cette expérience.

²⁵ COmité de GEStion.

²⁶ Réseau français sur l'Entente de Voix.

À Marseille, **une constellation locale** (UCSA, MARSS, Les Nomades Célestes et son GEM²⁷) **porte collectivement une dynamique autour de l'entente de voix**, caractérisée par :

- la **coprésence d'associations et de services publics**
- une **alliance entre des usagers (locataires d'UCSA ou non) et des professionnels engagés dans une pratique de rétablissement** : les premiers groupes d'entendeurs de voix sont fréquentés pour partie par des locataires du programme UCSA, pour partie par des personnes gravitant dans le réseau local engagé dans des pratiques de rétablissement.

Deux types d'espace de parole existent : mixtes (entendeurs et professionnels) et non mixtes (uniquement entendeurs). Une illustration en est faite lors des secondes journées nationales des entendeurs de voix les 26 et 27 juin 2014. Le premier jour est « réservé aux entendeurs de voix et aux personnes déjà impliquées dans le Réseau sur l'entente des voix »²⁸ et le second « aux professionnels de la santé mentale et à toute personne intéressée pour connaître l'approche des groupes d'entendeurs de voix et inciter au démarrage d'initiatives locales ».

L'analyse des données issues de ces journées nationales et de deux journées de rencontre et de réflexion sur la thématique des entendeurs de voix en mars 2013 met en évidence des exemples de formes de participation citoyenne :

1. Un passage du JE au NOUS. Les témoignages revendiquent le droit à parler de son vécu ou visent à comprendre le phénomène, de manière très libre. Le témoignage est le premier **geste de reconquête d'une place et d'un sens collectif donné à une expérience qui reste intériorisée**. Mars 2013 marque alors le début d'une dynamique collective autour de l'entente de voix, de l'ouverture d'espaces où il est possible de partager des savoirs expérientiels et d'élaborer des stratégies pour faire face aux injustices perçues.

2. Un débat quant à la communauté légitimement mobilisable, entre parole mixte et non mixte. Un des groupes d'entendeurs de voix se réunit régulièrement et partage « entre soi » des expériences d'oppression par les professionnels et particulièrement les psychiatres. Rester entre soi permet de se garder des influences des autorités constituées et ainsi de promouvoir une forme de solidarité et un sentiment

²⁷ Groupe d'Entraide Mutuelle.

²⁸ Flyer de présentation des journées.

d'appartenance à un collectif qui organise la maîtrise des entrées. Cette maîtrise des entrées se heurte à des critiques internes, d'une part parce que des professionnels (ayant un rôle de facilitateur) sont présents, d'autre part du fait de l'intérêt qu'il peut y avoir pour les entendeurs à mieux connaître les arguments et les représentations des personnes non entendeurs de voix.

■ **À Lille, des formes de participation citoyenne externes au programme ont été observées.**

Le **collectif des SDF de Lille**, né de la rencontre de trois personnes exclues de l'Armée du Salut en août 2011, propose par l'entraide de pair à pair un soutien à toute personne en situation de précarité : repérage des besoins de la personne par elle-même, orientation vers les services (sociaux et sanitaires) adéquats, ouverture des droits (FSL, RSA, ALS), aide à l'insertion, relogements et accompagnement après l'entrée dans le logement.

De nombreux liens se créent entre le collectif des SDF de Lille et le programme UCSA :

- dès fin 2012, les liens se resserrent grâce aux relations entre l'équipe recherche du programme et le Collectif
- un médiateur de santé pair de l'équipe dédiée et une des membres de l'équipe recherche sont bénévoles au Collectif
- le Collectif est équipe d'amont
- le Collectif participe à la constitution de l'assemblée des locataires en 2013
- le Collectif participe au COGES d'UCSA depuis septembre 2013
- le Collectif capte des logements pour le compte du programme UCSA à partir de septembre 2014

De plus, début 2013, l'équipe de recherche d'UCSA met en lien le Collectif avec l'association l'Île de Solidarité, qui regroupe des personnes insérées socialement, désireuses de mettre à disposition leurs compétences, expérientielles ou liées à leur métier. Les deux associations s'entraident très régulièrement. Un réseau d'entraide se crée, notamment avec des personnes intégrées à UCSA (bras UCSA ou bras OH). Ainsi :

2. Le collectif des SDF de Lille, l'Île de Solidarité et UCSA construisent un cadre d'injustice partagé, ensemble de représentations leur permettant de cesser de percevoir leur propre situation comme le résultat de leur seule responsabilité individuelle mais comme une figure de l'injustice sociale.

3. Un sentiment de pouvoir modifier cet état de fait par l'action collective. Ces deux associations agissent ensemble pour trouver une place dans la constellation institutionnelle locale dédiée à l'hébergement, l'insertion et le logement.

L'**assemblée des locataires** naît en 2013, suite à deux réunions en mai et septembre 2013 et à la demande réitérée de la coordinatrice nationale présente au COGES lillois de susciter la participation des locataires à la vie du programme. La seconde réunion donne lieu à l'élection de quatre représentants des locataires d'UCSA, présents lors du COGES de septembre 2013. Lors d'une rencontre en décembre, le délégué des locataires explique aux nouveaux venus le rôle de l'assemblée des locataires : « *L'assemblée sert à faire des projets ensemble, à participer au COGES. Le rôle des représentants est de prendre la parole, de vous représenter en fait* ». Il insiste sur le fait que les représentants font une « médiation entre l'équipe dédiée et les locataires », pour avoir une meilleure communication. Sont observées :

1. Un passage du JE au NOUS, selon une logique top-down, de manière différente que dans le cas du collectif des SDF de Lille.

4. Le déploiement de stratégies ajustées aux espaces de l'interaction et aux enjeux qui s'y jouent. Les locataires représentant leurs pairs ont appris à se positionner selon les interactions dans lesquels ils sont pris, le contexte du programme et les règles du jeu applicables. Ils tiennent un discours différencié selon l'endroit dans lesquels ils interviennent : discours positif devant 120 personnes lors d'une conférence sur le programme, mais dysfonctionnements listés en COGES.

■ **À Toulouse, le terrain semble favorable à une dynamique de participation articulée au programme :**

- Premièrement, du fait de la **présence du GAF**, groupe réunissant de longue date des personnes SDF, ayant un discours militant et critique sur le système d'hébergement mais étant dans le même temps un interlocuteur reconnu par les pouvoirs publics. Il joue un **rôle majeur dans la représentation de public** notamment squatteurs et anciens squatteurs. La présence du GAF a été l'un des principaux facteurs motivant le choix de Toulouse comme site expérimental.

- Deuxièmement, la démarche de **RdR²⁹**, dans laquelle s'inscrit l'association **Clémence Isaure** (porteur médico-social) constitue un terreau favorable pour la place de la parole des usagers.
- Troisièmement, une démarche de construction d'un **conseil local de santé mentale** est engagée depuis 2010 par la municipalité de Toulouse, le centre hospitalier Marchant, l'UNAFAM³⁰ et les GEM.

Cependant, l'articulation du GAF au programme va s'avérer difficile et brève et ne débouchera pas sur une dynamique de participation citoyenne touchant des locataires du programme. Le GAF est associé au programme dès avant sa mise en œuvre, et est invité aux premiers COGES. La question de sa légitimité à participer se pose, la structuration de la participation n'étant pas considérée comme prioritaire au début du programme. Le moment du recrutement des médiateurs concentre les controverses autour de la participation. Qui recrute vraiment ? Quels doivent être le statut et le rôle des pairs aidants au sein de l'équipe opérationnelle, comme dans l'animation et la participation ?

La question de la participation citoyenne et du savoir expérientiel met en vis à vis frontal les acteurs de la psychiatrie, de la RdR et le GAF dans le cadre du programme UCSA, sans antériorité de partenariat et de réseau entre ces trois pôles d'intervention :

- **Historiquement, l'objectif majeur du GAF est la reconnaissance du droit des SDF à un habitat différent et durable, sans référence aux problématiques psychiatriques.** Ceci explique l'impossibilité du GAF à devenir une équipe d'amont.
- **La question du savoir usager dans la RdR est pensée à Toulouse sur le mode de référentiel de métier socio-sanitaire, avec pour but la professionnalisation des médiateurs et la participation par le biais de conseils de vie sociale.**
- **L'adhésion de la psychiatrie locale se fait moins autour de la philosophie du rétablissement qu'autour de la perspective d'une solution d'aval après une hospitalisation ou une incarcération, et qu'autour d'ouvertures de partenariats (CH de Marchant /médico-social et CH de Marchant/ urgences psychiatriques du CHU³¹).**

Toutefois, des ouvertures sont observées dans le temps : recrutement de membres du GAF au sein de l'équipe dédiée, locataires qui rejoignent les ateliers du GAF... Les principes

²⁹ Réduction des Risques.

³⁰ Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques.

³¹ Centre Hospitalier Universitaire.

et la philosophie du rétablissement progressent, et ne demandent qu'à aboutir dans l'ouverture de nouveaux espaces d'expression des « usagers » du programme, plus clairement autodéterminés par ces derniers.

Après avoir analysé les voix singulières et les voix plurielles autour du programme UCSA, il est possible d'effectuer une reprise sur le processus de rétablissement tel qu'il pourrait être défini dans le cas français.

III. Reprise sur le processus de rétablissement

Le processus de rétablissement

Le rétablissement ne correspond pas nécessairement à :

- une amélioration des conditions objectives d'existence.
- une normalisation des conditions de vie.
- une acceptation d'une pathologie médicale.

Le rétablissement correspond à :

- une tentative personnelle de donner une valeur à des épisodes biographiques, en référence à un ou des idéaux de vie, système de normes et de modèle,
- un mouvement de lutte contre des processus de déficitation dont la dimension sociologique ne constitue qu'une part (dimension psychique, dimension socio-économique),
- une émancipation du regard « normatif » des autres qui a à voir avec une revendication citoyenne,
- une reconfiguration des stratégies relationnelles,
- une tentative de maîtrise du jeu des rapports entre contraintes internes et externes.

Certaines des **conditions de possibilité ou de facilitation de tels processus de rétablissement**, – conditions individuelles ou collectives, conditions internes ou externes au programme – sont alors **décrites dans les deux précédentes sous-parties**.

Point méritant réflexion : articulation rétablissement-participation citoyenne dans et en dehors du programme Un Chez Soi d'Abord

La dynamique de participation citoyenne est longue, incertaine et soumise à des effets de sites. **Des collectifs se déploient ou non en fonction de la capacité des acteurs (usagers et professionnels) à se représenter collectivement des questions d'inégalités sociales ou de santé** sans porter une ambition de définir à priori des principes sur ce que devraient être la « bonne » insertion, la « bonne » santé mentale ou encore le « bon » rétablissement : une revendication de type droit-de-l'homme (dont le mot d'ordre associe rétablissement et pleine participation citoyenne des individus pris un par un) ne suffit pas à produire du pouvoir d'agir même lorsque soutenue par des professionnels engagés ou par une volonté institutionnelle participative. Ce qui semble être le déclencheur d'un collectif est non du discours mais des **interactions horizontales visant à plus de réciprocité entre différents acteurs sur le terrain.**

Un collectif « tient » lorsque :

- **il est construit sur une publicisation de l'expérience subjective et de l'entraide des pairs**
- **chacun a le sentiment de participer au même cadre d'injustice** que celui de ses pairs

L'intervention sociale et la psychiatrie ont été historiquement traversées par des expériences collectives d'injustice, mais la reconnaissance des sentiments moraux d'injustice de la part des usagers est récente. Ce qu'il y a de nouveau, c'est que le « nous » a pour moteur les sentiments d'injustice des usagers dont le mode de politisation ne dissocie pas la question des troubles individuels d'une problématique d'action collective. De ce point de vue, le transfert dans le contexte français du *recovery* américain a été une ressource possible pour l'action.

La présence ou l'absence d'une expérience commune représentable et partageable par le plus grand nombre des troubles, de la rue, du programme comme ressource d'accompagnement, mais aussi du programme comme expérimentation sociale et scientifique, est la condition de possibilité d'une participation d'un « nous » **impliqué et fédéré par un sentiment d'injustice, mais aussi par le sentiment de pouvoir comprendre les ressorts de cette injustice et de pouvoir la modifier.**

Partie 3 – Dynamiques institutionnelles

L'expérimentation UCSA ouvre des scènes d'élaboration des politiques publiques :

- en matière de périmètre des acteurs impliqués (experts, associations, fédérations, etc.)
- en matière de rôle que chaque acteur peut tenir

Les coalitions de pilotage locales décident à la fois de la nature des problèmes à traiter mais aussi des réponses à apporter. Des relations se tissent au sein d'espaces politico-institutionnels territoriaux, ce qui peut susciter, ou non, un changement des lectures de ce qui fait problème public.

Comment les trois catégories d'acteurs impliqués (institutionnels, professionnels et usagers), alors qu'ils ont à priori un horizon d'attente différent, construisent des outils de régulation et de négociation afin de « faire tenir » la réalisation du programme en lui donnant un sens social commun ?

Tout d'abord, les débuts du programme UCSA sont détaillés en mettant en avant le rôle de chacun. Ensuite, les oppositions au niveau local et au niveau professionnel sont exposées. Finalement, il est possible de mettre en avant des enjeux transversaux.

I. Les débuts du programme Un Chez Soi d'Abord

L'engagement de professionnels de différents milieux lors de différentes phases a permis de mettre en place une expérimentation d'envergure nationale.

1) Genèse du programme Un Chez Soi d'Abord : d'un squat à un essai randomisé multi-site

■ **Entre 2007 et 2008, environ 40 personnes** accompagnées par une équipe de santé mentale effectuant du travail de rue **sont accueillies dans un squat** à Marseille, mis en place par le collectif « Logement-Santé ». Les critères d'admission sont, de présenter des troubles psychiatriques sévères, d'être éloigné du système de soin et d'être à la rue. Le collectif « Logement-Santé » documente l'accès au soin. Après un an de fonctionnement, le bilan décrit que « 40% avaient une schizophrénie », « 72,5% ont eu accès à plusieurs entretiens avec un psychiatre », et « 20% sont sorties durablement de la rue, se sont inscrites dans un processus de rétablissement, et ont ré-acquis des compétences sociales ».

Dès les premiers mois d'ouverture du squat, des membres du collectif se mettent en lien avec deux responsables du service de santé publique de la mairie de Marseille afin de négocier une légalisation du squat, légalisation effective 18 mois après l'ouverture du squat. Les responsables perçoivent l'action comme un prolongement du mouvement né au début des années 1990 dans la RdR : présence d'une personne anciennement SDF au cœur de l'action collective menée, valorisation des notions d'auto-support et d'empowerment, usage de la **désobéissance civile** comme moyen de revendiquer des droits fondamentaux. Le service de santé publique de la ville jouera le rôle de médiateur, aussi bien avec le service logement de la ville qu'avec les services de l'État mandatés sur les questions sanitaires.

L'objectif prioritaire est de faire reconnaître les droits au logement et au soin des personnes SDF comme un problème public appelant des solutions politiques. Un autre objectif plus opérationnel est de convaincre que l'habitat facilite l'accès au soin effectif pour les personnes sans chez-soi vivant avec des troubles psychiatriques sévères. Une troisième visée est de proposer un dispositif hors d'institutions et dispositif publics ou subventionnés par l'État, dont les activistes dénoncent le paternalisme et l'infantilisation des institutions, pour faire reconnaître et utiliser les compétences des personnes, largement niées et non valorisées par le système d'aide en place³².

Selon les promoteurs de cette première phase, il s'agit ainsi avant tout d'une politique de reconnaissance d'un problème public. Cependant, deux caractéristiques qui vont se retrouver dans le programme UCSA peuvent également caractériser la séquence du squat comme le **début d'une expérience scientifique** :

- la stratégie d'« entrée » dans le domaine public par la thématique sanitaire de santé mentale
 - la prise au sérieux de l'évaluation de l'activité
- Le contexte national lié au mouvement social autour du sans-abrisme et l'imminence des élections locales à Marseille ont configuré une fenêtre d'opportunité politique dont le collectif « logement santé » a pu bénéficier pour obtenir la légalisation du squat par la municipalité.

³² GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, et CHAUVIN Pierre. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Ministériel. 2010.

■ Mais ces deux contextes (national et local) sont-ils suffisants pour comprendre les ressorts et le processus aboutissant à la mise à l'agenda national et le soutien par plusieurs ministères de l'expérimentation la plus importante en Europe sur ce sujet ? L'hypothèse avancée est que lors d'une fenêtre d'opportunité politique de près de deux ans, les partisans de l'expérimentation Housing First ont bénéficié de **soutiens internes à l'administration centrale émanant d'agents de l'État, favorables à l'expérimentation et qui vont utiliser la dimension « recherche » du projet pour convaincre** au niveau national.

Les agents détracteurs du programme UCSA expliquent que le programme ne relève pas de leur compétence, ou que le public concerné n'est pas prioritaire.

Les agents les plus favorables au développement d'un programme de type Housing First préfèrent une évaluation qualitative, mais vont néanmoins valoriser l'aspect expérimental et la recherche de la preuve afin de justifier d'une exception aux logiques institutionnelles de chaque mission des administrations centrales. Selon une chargée de mission de la DGCS³³, « *Les politiques et les directions veulent du chiffre. Pour eux, c'est du verbiage le qualitatif* ». La ministre de la santé est elle-même très explicite sur le sujet : « *L'essai randomisé ? Et bien c'est la seule façon d'avancer là-dedans. L'amateurisme et le côté non fiable de nombreuses recherches en santé saute aux yeux* ».

Après plusieurs mois d'échanges, les bases des financements de l'intervention sont posées (deux tiers pour la partie médicosociale financée par l'assurance-maladie et un tiers par des crédits « logement »). L'évaluation est confiée à un laboratoire de recherche de santé publique de Marseille. Le pilotage de l'expérimentation nationale est confié en 2010 à un nouveau dispositif, interministériel (préfiguration de la DIHAL), ayant pour mission de lutter contre le sans-abrisme.

2) La phase d'engagement

■ **Dans chaque site, la configuration des relations entre les porteurs du programme UCSA** (sanitaire, social, logement, recherche) **se structure lors d'une première phase de mobilisation, en amont de la mise en place de l'expérimentation. Les différents acteurs désignés comme porteurs du programme UCSA ont eu un intérêt inégal à participer au programme :**

³³ Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Au niveau des associations porteuses sur le volet social, leur adhésion au programme est justifiée en termes de valeurs « alternatives », **le modèle UCSA fait écho à leurs expérimentations non conventionnelles et leur militantisme :**

- À Marseille, Habitat Alternatif Social, créée en 1986, « est une association née [...] d'une idée, celle du logement d'abord » « [UCSA] ça ressemblait tellement à ce qu'on défend » (HAS)
- Dans le Grand Lille, l'ABEJ³⁴ Solidarité, née dans les années 1980, et a eu de nombreux projets au cours de son histoire. « les éducateurs de l'hébergement n'ont pas les mêmes réflexes, n'ont pas les savoir-faire, n'ont pas l'expertise des éducateurs logement » « j'ai bon espoir que d'ici 1 ou 2 ans on puisse arriver à mutualiser [...] les compétences par rapport au logement d'abord » (ABEJ)
- À Toulouse, l'association Clémence Isaure est créée en 1987. « Notre association a aujourd'hui 4 grandes missions : soins, RdR, réinsertions sociales et prévention » « [UCSA] C'est la réduction des risques appliquée à la psychiatrie » (Clémence Isaure)
- À Paris, le montage du portage institutionnel est complexe puisque cinq associations (l'association des Cités du Secours catholique, le centre d'action sociale de la ville de Paris, l'œuvre Falret, l'association Charonne et Aurore) se regroupent dans un GME³⁵ dont Aurore est mandataire. Ce GME regroupe aussi bien une petite association militante spécialisée en addictologie et RdR que des grands opérateurs nationaux aux actions diversifiées. Leur engagement tient soit à des intérêts stratégiques (expansion de leur activité), soit au public visé par le programme UCSA qu'elles accompagnent déjà, soit, plus rarement, en raison d'une concordance idéologique avec la philosophie d'intervention du programme.

Au niveau de l'engagement des porteurs logement dans les sites marseillais et toulousains (PACT 31 et PACT 13), leur désignation est « héritée » des partenariats construits avec les autres porteurs. À Lille, la situation de restructuration du PACT a rendu difficile sa mobilisation en 2010 et la compétence en matière de gestion de locative de l'ABEJ est perçue comme garantie suffisante par le comité de pilotage national pour lui confier le volet logement. À Paris, le porteur social est également le capteur des logements et assure la gestion locative.

³⁴ Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse.

³⁵ Groupement Momentané d'Entreprises.

Au niveau des établissements de santé, le programme UCSA est un **objet de valorisation du projet d'établissement pour le centre hospitalier Marchant (Toulouse) et l'EPSM Lille Métropole**, tandis qu'il apparaît comme une « **tête d'épingle** » à l'AP-HM³⁶ et à l'Hôpital Maison Blanche (Paris). **Cependant, dans chacun des établissements quelques professionnels montrent un intérêt pour le programme UCSA** et formulent une critique du système public de santé mentale, qui se montrerait peu capable de faire accéder les personnes sans-abri ou sortant de prison à des soins durables et à favoriser une inclusion sociale.

Plusieurs figures locales favorisent la mobilisation initiale avant la mise en place du programme.

- À Lille, l'EPSM Lille Métropole est largement mobilisée avec le programme Médiateurs de santé/pairs depuis sa genèse en 2008 et affiche sa volonté d'innovation, notamment dans le service longtemps dirigé par le Dr Roelandt, actuel directeur du CCOMS. Le Programme Médiateurs de santé/pairs a d'ailleurs conduit certains acteurs psychiatriques lillois à se positionner contre le programme UCSA, réticents à mettre en place le nouveau métier de travailleur pair dans les services de santé mentale.
- À Marseille, deux services de l'AP-HM (équipe MARSS et service du Dr Lançon) tâchent d'orienter les pratiques professionnelles autour du rétablissement, intègrent des travailleurs pairs et communiquent dans le sens d'une promotion du savoir expérientiel. La présence du Dr Vincent Girard, initiateur et coordinateur du programme est primordiale pour fédérer les porteurs sanitaire et social, chaque porteur ayant été impliqué auparavant dans des projets communs défendus par le Dr Girard.
- À Paris, Tim Greacen, qui dirige le laboratoire de recherche de l'hôpital Maison Blanche, est un leader parisien et national de la défense des droits des usagers en santé. Son travail de recherche et ses activités associatives portent sur l'*empowerment* des citoyens en matière de santé et notamment sur l'*empowerment* et l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique. En dehors de l'équipe de Tim Greacen, l'orientation rétablissement n'est pas revendiquée par les services, même si le programme apparaît dans la continuité du travail partenarial avec l'association Aurore concernant les appartements associatifs.
- À Toulouse, la direction de l'hôpital retient en 2012 le caractère d'innovation qui est valorisable dans le cadre du projet d'un établissement en restructuration depuis 2006,

³⁶ Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.

projet qui a intégré des conventions de partenariat avec les bailleurs sociaux. Le processus de constitution d'un Conseil local de santé mentale (2010-2012) a été le premier cadre de rapprochement avec de nouveaux acteurs, qui faisait suite à un travail sur l'accessibilité au logement des personnes suivies en psychiatrie. De plus, quelques médecins, dont l'actuel président de CME³⁷ du centre hospitalier Marchant ont plusieurs années d'expérience de soins en milieu pénitentiaire et voient dans le programme un moyen de développer des solutions d'aval au bénéfice des personnes sortants de prison, ainsi qu'une façon d'ouvrir l'hôpital vers le médico-social. Ensuite, le centre hospitalier est un porteur « naturel » en psychiatrie public car il ne connaît aucun concurrent sur le territoire. Pour finir, entre l'appel à projet du programme et sa mise en place concrète, le travail de médiation et de régulation des conflits est porté par une figure locale, Pascale Estecahandy, médecin en santé publique, qui deviendra la coordinatrice du programme UCSA au niveau national.

■ **Le programme UCSA suscite dès 2011 de nombreuses polémiques, critiques et prises de position :**

- **Son inauguration grèverait les ressources de la psychiatrie et du système d'hébergement** (expérimentation financée par l'État).
- **Son importation en France serait inadaptée culturellement** (programme issu des expérimentations américaines et canadiennes dites du Housing First).
- **Sa méthodologie ne serait pas éthique.** La majorité des partenaires désapprouve le principe de la randomisation (qui crée un groupe témoin).
- **Son développement serait inutile en raison des stratégies déjà existantes** en France.

■ Lors des premières réunions nationales en 2010, **le statut de l'intervention pose question sur le rôle soignant de l'équipe (versus un rôle d'accompagnement social) et l'articulation avec ce que les acteurs présents nomment le « droit commun »**. Les quatre réponses à l'appel à projet (Toulouse, Marseille, Lille, Paris), ne sont pas homogènes de ce point de vue. L'indétermination perdurera dans la mesure où deux types d'accompagnement seront expérimentés par les équipes dédiées : une prise en charge psychiatrique par l'équipe dédiée et une articulation avec le secteur de psychiatrie « traitant ». De même, une grande confusion existe sur l'objet de la comparaison, car l'intervention est perçue comme sanitaire

³⁷ Commission Médicale d'Établissement.

et la recherche organise une comparaison entre deux bras. Ainsi, de nombreuses personnes penseront que le suivi chez soi est comparé au suivi considéré comme habituel du secteur.

Les représentations concernant le statut de l'intervention testée, comme les critiques de la randomisation, conditionnent la manière dont **les équipes d'amont** (qui orientent vers l'étude) vont se positionner. Elles **vont parfois filtrer l'orientation vers le programme** selon deux logiques :

- en présentant les « bon candidats », personnes dont ils estiment qu'ils ont « mérité » un logement ou offrent des garanties concernant leur capacité à habiter
- en orientant des personnes dont la situation, extrêmement complexe, pose problème aux services habituels et professionnels

Au fil des inclusions, **plusieurs difficultés sont pointées par les acteurs impliqués dans le processus d'inclusion** (équipes d'amont et enquêteurs) :

- **la légitimité des critères d'éligibilité**, qui sont perçus comme très restrictifs.
- **la légitimité des personnes désignées pour vérifier les critères diagnostiqués**, entre services et équipe de recherche, voire entre équipes d'amont elles-mêmes. « *hier encore un psychiatre me dit mais oui elle est psychotique et moi je dis depuis le début, elle ne doit pas être dans ce programme ! [...] M. n'est pas schizophrène ni bipolaire.* » « *il y a des gens dans le programme, je les connais depuis qu'ils sont gamins et là y a une psychiatre qui les voient en une heure !* » (Porteur social)
- **la stigmatisation issue de l'entrée dans le programme** : la personne doit être diagnostiquée comme schizophrène ou bipolaire pour participer à l'étude, alors qu'elle peut refuser d'être catégorisée comme tel.

La pertinence de la mise en place de l'expérimentation UCSA ainsi que le processus d'inclusion sont critiqués. Cependant, l'expérimentation devient nationale grâce à la mobilisation de nombreux acteurs et à l'adossement à une recherche perçue comme très rigoureuse. Cela n'empêche pas la naissance de nouvelles oppositions au cours de l'expérimentation, du fait d'enjeux politiques tant locaux que sectoriels.

II. Concurrence des juridictions

1) Enjeux de territoire et de compétences : l'exemple de la métropole lilloise

Dans chaque site d'expérimentation, la configuration politique et territoriale du portage institutionnel est singulière et dépend de plusieurs éléments :

- **Le nombre d'acteurs potentiellement concernés et la densité du réseau de partenaires varient.** Exemple : plus qu'à Lille et Toulouse, les situations marseillaises et parisiennes ont en commun l'implantation d'un programme dans un vaste territoire (plusieurs établissements spécialisés en santé mentale, EMPP, maraudes sociales, etc.).
- **Dans chaque champ d'intervention** (sanitaire, médico-social, social), **le paysage est plus ou moins concurrentiel.** Exemple : à Toulouse, la psychiatrie publique n'est représentée que par un unique établissement spécialisé, tandis que le territoire de la métropole lilloise est « desservi » par deux établissements spécialisés.
- **Il existe des spécificités de site.** Exemple : le prix du foncier et la tension dans le parc social à Paris sont bien plus importants que sur les autres sites.

Ces spécificités intègrent les **jeux d'alliance préexistants au démarrage du programme**, venant notamment d'expériences communes antérieures. Par exemple, des liens anciens existent entre la municipalité de Toulouse, le tissu associatif dédié à la précarité (militant ou professionnel), le PACT 31 et des chercheurs ou consultants exerçant à l'Observatoire Régional de la Santé ou à l'université. À contrario, des conflits historiques existent entre le porteur social du programme à Lille et la municipalité de Lille, conflits qui sont détaillés ci-dessous.

Globalement, **les positions** notables au début de la mise en place du programme **s'infléchissent progressivement lorsqu'une proximité culturelle existe ou se construit entre les équipes dédiées et les professionnels du territoire.**

■ Entre avril (premier comité de pilotage national) et octobre 2010, les partenaires sanitaires et sociaux pressentis pour le projet lillois conviennent d'un **pilotage local où l'EPSM Lille Métropole** (qui n'est pas l'établissement qui dessert la ville centre de la métropole) **porte le projet avec l'ABEJ Solidarité.** Le **territoire d'expérimentation** compte initialement 53 communes de la communauté urbaine (sur 82), soit 500.000 habitants mais il correspond en réalité à la **partie la plus urbaine de la métropole : Lille et des communes environnantes, mais sans Roubaix et Tourcoing**, en raison de l'impossibilité matérielle

d'assurer un suivi de proximité par l'équipe dédiée et des accords historiques déjà acquis lors de la création de l'EMPP Diogène, qui est présente dès le premier comité de pilotage national et qui est une des deux équipes d'amont. Cela **malgré le fait que la ville de Lille ait demandé dès les premières rencontres à ce que « la charge du programme » soit répartie sur toute la métropole**. Au niveau des partenaires pressentis autour de l'EPSM Lille Métropole et de l'ABEJ Solidarité, on compte donc l'EPSM de l'agglomération lilloise, le CHRU³⁸ de Lille, le CCOMS, l'EMPP Diogène, la FNARS³⁹, la CMAO⁴⁰, le réseau Santé Solidarité, des représentants des usagers (UNAFAM – FNAPSY – délégation régionale des alcooliques anonymes), des représentants des collectivités locales, la communauté urbaine de Lille et la ville de Lille.

■ **La liste des partenaires impliqués est différente et fluctue dans le temps, du fait de tensions, d'alliances, de ruptures et d'effets de dominos :**

- Le choix de restreindre le territoire de l'expérimentation à 40% de la métropole lilloise en excluant les villes de Tourcoing et Roubaix, premier sujet majeur ayant mobilisé les membres du COGES en début de programme, va **à l'encontre de la position de la ville de Lille** concernant l'implantation des logements captés sur le territoire de l'expérimentation et son équilibre territorial. **Martine Aubry a demandé à ce que le nombre de personnes relogées par le programme UCSA ne dépasse pas le chiffre de cinq sur la ville de Lille**. Jusqu'en mai 2012, le dialogue entre les porteurs du programme UCSA et la mairie de Lille, bien que très tendu, n'est pas rompu, et les opérateurs du programme respectent ce chiffre de cinq. **Fin 2012, les membres du COGES décident de ne pas respecter temporairement la demande de cinq logements** car la conséquence d'une telle restriction est de taille avec, mi-juillet 2012, quinze personnes incluses dans le programme mais sans logement (parfois depuis plus de quatre mois) ; ceci mettant de fait en péril le programme et la recherche (qui teste l'accompagnement dans le logement). Il est dans le même temps question d'élargir le territoire de l'expérimentation à Roubaix et Tourcoing, ce à quoi la psychiatrie de Roubaix s'oppose (secteur de psychiatrie porté par l'EPSM de l'agglomération lilloise).
- **L'EPSM de l'agglomération lilloise est initialement peu mobilisé en termes de participation au processus d'inclusion des personnes dans le programme**. Son adhésion

³⁸ Centre Hospitalier Régional Universitaire.

³⁹ Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale.

⁴⁰ Coordination Mobile Accueil Orientation.

explicite au programme menace le récent rapprochement des services de psychiatrie lillois à la municipalité de Lille dans le cadre de la création d'un conseil local de santé mentale. L'accord officiel de l'EPSM de l'agglomération lilloise au niveau de sa participation au programme est l'autre sujet majeur qui a mobilisé les membres du COGES avec l'attente de la convention de partenariat entre les 2 EPSM. **L'EPSM de l'agglomération lilloise quittera finalement le comité de gestion début 2013. Le troisième co-porteur sanitaire (CHRU de Lille) sera totalement absent de la gouvernance du programme.**

- La communauté urbaine (LMCU⁴¹) a souhaité depuis 2009 élaborer et mettre en œuvre une politique intercommunale de peuplement pour assurer l'enjeu du droit au logement pour tous et le rééquilibrage social des territoires qui composent Lille Métropole. LMCU souhaiterait que la cohérence de cet accord ne soit pas désorganisée par le programme UCSA.

Plusieurs médiateurs apparaissent dans ce contexte tendu. Les services techniques de la LMCU tâchent de créer des espaces de « bilan technique » susceptibles de désamorcer les blocages. Le réseau Santé Solidarité Lille Métropole communique sur le programme UCSA et tente de susciter chez ses membres un « réflexe » d'orientation vers le programme.

■ **Le programme UCSA s'implante sur un territoire dans lequel il existe déjà des alliances préexistantes, un contexte que l'expérimentation vient bouleverser.**

■ **L'un des principes de l'expérimentation UCSA est le choix par la personne de son logement, choix fortement susceptible d'entrer en contradiction avec les critères définis à priori pour « l'équilibre du peuplement entre territoires concernés ». Au-delà de la question de répartition territoriale, c'est une question de juridiction dont il est question, au sens de responsabilité (publique ici) à exercer son expertise dans un espace et un domaine donné.** Au-delà des jeux d'alliances, force est de constater que les principes du programme UCSA entrent en contradiction avec les critères validés localement en termes de justice collective

- L'accès au logement (dont les critères sont définis par la recherche) est non négociable.
- L'autonomie à habiter est non évaluable à priori.

⁴¹ Lille Métropole Communauté Urbaine.

- Le choix de la personne au singulier doit primer sur la logique de répartition collective d'une population.

2) Chocs culturels

Plusieurs sous-systèmes de politique publique sont impliqués dans l'expérimentation UCSA : politiques de santé mentale, politiques de logement, politiques de lutte contre la toxicomanie, politiques d'hébergement et d'insertion. Les relations des équipes d'intervention avec les partenaires de l'offre habituelle ou leurs expériences professionnelles passées permettent de caractériser des manières de faire en rupture ou en tension avec les cultures professionnelles ou institutionnelles en présence.

■ Psychiatrie et logement :

- **Le cas des appartements associatifs illustre les enjeux liés à l'un des arguments principaux** d'opposition au programme de la part de la psychiatrie publique : **le programme UCSA réinventerait l'existant**. Ce type d'appartements associatifs existe depuis les années 1980 en France. Gilles Vidon présente en juin 2012 les traits communs aux différents dispositifs regroupés sous le vocable « appartements thérapeutiques associatifs » :
 - séparer lieux de vie - lieux de soins
 - ne pas prendre en charge 24 heures sur 24
 - diversifier (sur mesure) l'offre d'hébergement à visée thérapeutique
 - faire du soin ambulatoire à des conditions acceptables
 - permettre la meilleure observance médicamenteuse possible

Il faut toutefois noter que des différences existent entre des formes d'appartements associatifs et l'expérimentation UCSA. La perspective d'implantation du programme a été perçue comme entrant plus ou moins en concurrence avec l'existant.

De manière générale, l'accès à des appartements dits « thérapeutiques » serait indiqué pour « les patients stabilisés mais incapables de vivre seuls », « stabilisés en milieu institutionnel » ; les contre-indications à l'accès sont « les conduites addictives et les troubles du comportement gênants ».

Des points communs avec l'expérimentation UCSA existent : personnes en général sous-locataires et qui reçoivent la visite régulière d'une équipe intervenant à domicile.

Cependant, l'attribution d'une place en appartement fait suite à un processus de sélection et constitue un engagement vis-à-vis du monde psychiatrique, alors que la mise à disposition d'un logement est non conditionnée par une prise en charge médicale dans le programme UCSA. L'inclusion est déterminée non pas par les équipes d'accompagnement mais par l'équipe de recherche, qui reprend l'hypothèse selon laquelle la dissociation entre soins et logement peut favoriser à terme l'engagement libre des personnes dans une prise en charge globale médico-sociale.

- Le cas des **EMPP** dont le cadre réglementaire a été donné en 2005, alors que les premières EMPP sont déjà nées d'initiatives locales est aussi un autre exemple d'enjeux.

Les EMPP ont pour mission :

- d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soin lorsqu'il est nécessaire, tout en respectant le principe du libre choix du patient
- d'aller à la rencontre des acteurs de première ligne (travailleurs sociaux, équipes médico-sociales, associations, bénévoles...)
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion

En 2011, quand le programme UCSA se met en place, 126 EMPP sont repérées. **L'antériorité des EMPP** est conçue par les concepteurs du programme comme un atout et a effectivement **favorisé l'implantation du programme** en concourant à la transversalité entre le sanitaire et le social. Cependant, leur rôle a été assez différent d'un site à l'autre : tandis que l'EMPP du programme MARSS à Marseille devenait la première équipe d'amont en termes de personnes orientées, les inclusions n'étaient pas le fait majoritaire des équipes mobiles dans d'autres sites.

■ Addictions : RdR et addictologie.

En France, il existe depuis les années 1970 un dispositif de prise en charge des toxicomanes, mais **il faut attendre les années 1990** et l'apparition du sida **pour que les politiques dites de « réduction des risques » se mettent en place**. Pour répondre aux

évolutions des prises en charge, les politiques publiques sanitaires et médicosociales ont évolué, avec le rapprochement des équipes de liaison toxicomanie, tabacologie et alcoologie, la structuration des « boutiques » et programmes d'échange de seringues en CAARUD⁴², et l'évolution des CSST⁴³ et CCAA⁴⁴ en CSAPA⁴⁵. La place de l'institution psychiatrique prend différentes formes dans cet ensemble, en s'inscrivant dans un projet en addictologie spécifique ou comme acteur de santé dans le réseau partenarial qui se constitue autour d'un patient. Cette multitude de stratégie vient en réponse aux réalités très diverses de la comorbidité psychiatrique. Concernant les acteurs du social, les cultures institutionnelles ou associatives sont également très diversifiées.

C'est dans ce contexte qu'émerge le programme UCSA, qui prône la RdR et appelle à décloisonner les mondes sanitaire et médico-social. Dans les faits, la culture de la RdR est plus ou moins minoritaire au niveau du portage institutionnel de chaque site. À Toulouse et Marseille, les porteurs sociaux (associations Clémence Isaure et Habitat Alternatif Social) s'inscrivent en totale **filiation avec les mouvements de RdR**, tandis que les configurations parisiennes et lilloises s'y inscrivent à la marge. **De plus, les équipes accompagnent les personnes au cas par cas. Ainsi, il s'agit de ne pas trancher sur le statut principal de la personne (précaire, malade toxicomane).** Cette posture se heurte aux habitudes des professionnels partenaires dans l'accompagnement.

■ Politiques d'hébergement et de logement : la lutte des places.

En France, les politiques publiques ont été orientées vers la création d'une offre massive d'hébergement d'urgence et de réinsertion au détriment du développement de l'accès à un logement ordinaire et durable, ce qui favorise le maintien des personnes sans-abri dans la précarité. De plus, le « **treatment first model** » (traitement d'abord) **est majoritaire**, modèle qui conditionne l'accès au logement à la prise régulière de traitement psychiatrique et/ou à la normalisation des comportements et à l'arrêt des conduites addictives trop visibles. **UCSA, via une priorisation accordée à l'accès au logement sans passer par une période d'hébergement forme une des mesures clés du Logement d'abord** et s'inscrit dans la « stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées ».

⁴² Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

⁴³ Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes.

⁴⁴ Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

⁴⁵ Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Dans l'offre habituelle, une lutte des places s'instaure entre les demandeurs sans qu'ils en soient eux-mêmes les acteurs. Ils ne sont que très rarement en mesure de choisir le logement, étant donné qu'un ménage ne peut pas refuser autant de fois qu'il le souhaite les propositions de logement qui lui sont faites. Ensuite, aucune place privilégiée n'est accordée au public UCSA du fait d'une multitude de publics prioritaires lors des commissions d'attribution de logements sociaux. Dans le programme UCSA, les demandeurs doivent être relogés dans des délais très courts et avoir le choix du lieu (et de la typologie) du logement. **Le programme heurte ainsi la volonté d'équilibre territorial. Il y a une forme de contradiction entre la mixité sociale** (loger dans un certain endroit en fonction de ceux qui s'y trouvent déjà) **et le droit au logement** (loger tous ceux qui répondent aux critères).

Si certains enjeux sont spécifiques à un contexte local ou à un sous-système de politique publique, le programme UCSA soulève aussi des enjeux transversaux.

III. Enjeux transversaux

Le programme UCSA entre en conflit avec certains choix tant professionnels que politiques et les questionne.

1) Enjeux professionnels

L'intégration du savoir d'expérience, qu'il soit celui des locataires, des travailleurs pairs ou des professionnels non pairs constitue un défi majeur de l'expérimentation UCSA. Le développement concernant les enjeux en termes de professionnalité (orientation rétablissement) s'agissant des équipes pluridisciplinaires (partie 1) est également utile pour comprendre les points d'achoppement de l'intégration de ces équipes au sein d'une offre habituelle de services. Comme le programme ne s'applique pas *hors sol*, les tensions entre le savoir expérientiel et le savoir professionnel spécialisé se rejouent dans les relations entre équipes dédiées et acteurs œuvrant dans les champs d'intervention sociaux, médicaux et médico-sociaux du territoire.

Ce qui demeure spécifique aux équipes UCSA, c'est la possibilité qui leur est offerte **de prioriser leur action de manière extrêmement individualisée** : « **ce qui vaut pour un locataire ne vaut pas pour l'autre** » et « **ce qui vaut pour un locataire à un moment donné ne vaut pas à un autre moment** ».

Deux **enjeux d'équité** (qui font l'objet des deux points suivants) sont alors soulevés.

■ L'équité de l'accompagnement **entre les locataires** :

Le modèle d'intervention UCSA invite les professionnels à individualiser au maximum l'accompagnement. Le dilemme consiste dans le fait de s'adapter au choix des personnes tout en organisant une « égalité du service rendu » (en matière d'aide matérielle, de disponibilité, de bienveillance, de services...). À plusieurs reprises, les porteurs au niveau institutionnel ont fait valoir des règles « applicables pour tous les locataires » (ex. : nombre fixé de dépannages alimentaires par personne autorisé en un mois) ou des consignes ayant un impact différent d'un locataire à un autre (ex. : « interdiction d'organiser des activités collectives pendant six mois »). **Ce qui se joue ici est la possibilité d'attribuer une égale valeur aux différents besoins formulés par les personnes accompagnées** : si la personne préfère une télévision à un frigo, ou des cours de danse plutôt que des soins dentaires, il faudra accompagner ses choix.

■ L'équité de la « répartition de la charge de l'accompagnement pluridisciplinaire » dans le temps et l'espace **entre l'équipe dédiée et d'autres services associés** :

Que ce soit dans le temps ou en intensité, l'accompagnement varie selon la situation de la personne. Le réglage des relations entre l'équipe dédiée et ses partenaires fait l'objet de constantes négociations. **Ce qui fait dissensus est** moins le fait que le rôle alternatif, complémentaire ou subsidiaire des équipes dédiées ne soit pas tranché que **la possibilité pour les équipes dédiées de « changer de statut » selon les souhaits d'une personne, ou d'avoir un rôle différent selon les locataires**. Les partenaires ont souvent une représentation de la façon dont le suivi UCSA doit s'articuler au leur qui implique que la règle soit la même pour tous à tous moments, alors même que le recentrage sur le choix par les personnes de leur accompagnement et l'objectif de soutien « dans la communauté » empêche de trancher définitivement sur le rôle des équipes dédiées au sein d'une constellation de partenaires. Les différences de point de vue sur le rôle de chaque partenaire sont travaillées au cas par cas et de plus en plus souvent entre les équipes dédiées et leurs partenaires. En cas de désaccord, il n'est pas rare que l'équipe dédiée se retrouve en situation de plaider pour porter le choix de la personne quant à son suivi.

2) Enjeux politiques

■ **Le programme UCSA crée une situation expérimentale d'inconditionnalité d'accès et de discrimination positive par rapport à d'autres publics jugés prioritaires « par le système habituel ». Cette situation expérimentale rend visible :**

- **la conditionnalité habituelle de l'accès**, qui vient de critères issus de contraintes nationales retravaillées localement (accord intercommunal de peuplement, PDALPD⁴⁶, circonscriptions d'action sociale, système local d'attribution d'un secteur psychiatrique, rattachement à un CCAS⁴⁷, etc.) et d'une culture professionnelle (expression d'une demande de soin, conformité biographique ou absence de troubles du comportement, arrêt de prise de toxiques, etc.)
- **la répartition équitable de la charge sur la communauté :**
 - **dans l'espace**, d'un « public à problèmes » dont la prise en charge doit être partagée entre plusieurs services et territoires
 - **dans le temps**, avec un débat qui se centre sur la pérennité incertaine du programme et ses conséquences : « qui hérite de ce public à la fin de l'expérimentation ? »

■ **Habituellement, la gestion des publics prioritaires dans l'accès s'apparente à une gestion des risques dans le maintien** : certes des critères déterminant l'accès à l'hébergement et au logement sont définis collectivement, mais en parallèle s'établissent des principes de justice sociale et des outils de répartition territoriale, entre secteurs de psychiatrie (répartition entre chaque secteur des patients très précaires dans leur file active), entre municipalités, entre bailleurs sociaux (mixité sociale), entre établissements d'hébergement et d'insertion, etc. Si l'inconditionnalité était définie et assumée collectivement, elle induirait une responsabilité collective dans l'éventuelle prise de risque qu'elle représente.

Ce qui provoque des réticences chez les partenaires du programme UCSA, c'est que le partage des critères de relogement et d'accompagnement sont au début « confisqués par la recherche » (qui a priorisé l'éligibilité des personnes sur la gravité de l'état de santé) mais que la responsabilité collective (dans les accompagnements conjoints ou successifs) est partagée.

⁴⁶ Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées.

⁴⁷ Centre Communal d'Action Sociale.

■ **Après deux ans d'intervention, les équipes dédiées s'intègrent progressivement au paysage local et les partenaires deviennent de moins en moins critiques.** Les points d'achoppement ne concernent plus le statut du programme, mais le réglage des relations avec ce nouveau partenaire potentiel que sont les équipes médico-sociales dédiées, et la place de chacun dans le suivi des relations individuelles. Du côté du logement, certains bailleurs (entre cinq et dix par site hors Paris entre 2014 et 2015) acceptent de « jouer le jeu » d'une prise de risque du moment qu'elle est acceptée collectivement. D'autres alliances attestent d'une nouvelle responsabilité collective élargie telles que des conventions qui commencent à structurer les relations de partenariat.

Perspectives de déploiement

L'implantation du programme UCSA a suscité un certain nombre de controverses qui opposent différents segments professionnels au sein de chaque domaine d'intervention : **rétablissement versus réhabilitation** pour la psychiatrie, **réduction des risques versus abstinence** pour les addictions, **logement d'abord versus urgence sociale** pour la réinsertion sociale et le logement. **L'intégration du programme UCSA est alors un indice de transformation des cadres de référence de chacun de ces champs d'action.**

Plusieurs perspectives de déploiement existent :

- **la pérennisation**, sous la forme d'une politique publique non expérimentale passant par le développement d'équipes de type UCSA répondant à un cahier des charges émanant de l'État avec des garanties quant au modèle à prôner.
- **la dissémination des éléments du modèle (rétablissement, logement d'abord, RdR)** dans divers mondes professionnels au travers d'un processus de formation et de sensibilisation. En 2014, **plusieurs phénomènes témoignent déjà d'une sensibilité accrue à de nouvelles stratégies d'intervention :**
 - o partenariats entre bailleurs et secteurs de psychiatrie, en particulier sous l'égide des conseils locaux de santé mentale
 - o réseaux dits « santé mentale et logement » de la politique de la ville
 - o multiplication de l'auto-support (GEM, réseau français des entendeurs de voix)
 - o reformulation de la question de la participation (participation des usagers/familles aux cycles de formation des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social)
 - o curiosité des professionnels pour des stratégies alternatives de services de soin/médico-sociaux (expérimentation du Working First, reprise de l'orientation rétablissement par des professionnels regroupés au sein du mouvement de réhabilitation psycho-sociale, intérêt des internes de psychiatrie pour le rétablissement)
 - o développement de programmes locaux de types Housing First en dehors du cadre expérimental national (Caen, Bordeaux, Ajaccio)
 - o dynamique autour du travail pair

Ces initiatives demeurent minoritaires mais ouvrent une voie à la dissémination du modèle Housing First.

Conclusion générale

■ Un Chez Soi d'Abord, un programme de promotion de la santé ?

De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques réalisées auprès de personnes sans logement personnel depuis le début des années 1980 confirment la prééminence de la problématique du logement chez les personnes souffrant de troubles mentaux. La littérature scientifique indique que le lien entre troubles psychiatriques et sans-abrisme est double : les maladies mentales prédisposent les personnes à la vulnérabilité résidentielle, et cette dernière donne lieu à des problèmes de santé mentale.

En France, les représentations dominantes dans les politiques du logement, de santé mentale et de lutte contre la précarité convergent : la maladie psychiatrique est considérée comme source de précarité résidentielle. Le lien entre précarité et santé mentale semble posé à sens unique.

La philosophie importée par le programme Un Chez Soi d'Abord contrarie les représentations dominantes. Les multiples définitions du rétablissement ont en commun l'émancipation de l'approche par déficit, pathologie, rechute, stabilisation ou guérison pour insister sur les conditions d'un processus personnel, relationnel et socio-politique correspondant à une nouvelle façon de penser et de se projeter dans l'avenir. Énoncé comme tel, les conditions du rétablissement ont plus à voir avec la promotion de la santé, dans sa prétention à **agir sur les déterminants sociaux de la santé** et à **favoriser l'empowerment des personnes concernées**.

■ Un Chez Soi d'Abord, un programme intersectionnel ?

Les participants au programme Un Chez Soi d'Abord ont une identité intersectionnelle. En tant que personnes issues de la rue et porteuses de troubles psychiques, elles constatent généralement la marginalisation de leurs intérêts et de leurs expériences dans les discours forgés pour répondre à l'une ou l'autre de ces dimensions (maladie ou parcours de rue).

L'aide pluridisciplinaire que le programme Un Chez Soi d'Abord propose doit permettre aux locataires de sortir d'une identité unidimensionnelle éventuellement stigmatisante (de patient, d'handicapé, de sans-abri, de toxicomane) **pour recouvrer une identité plurielle non stigmatisée** (d'artiste, de sportif, d'habitant, de parent/frère/ami, de travailleur, etc.).

L'épreuve de la randomisation a mis à jour :

- **les logiques ordinaires d'accès** théorique et effectif **au logement et aux soins**
- **les principes de justice locale** déclinés en direction de population dites « vulnérables » dont la « charge » doit être répartie équitablement, **et avec eux, le risque d'assignation identitaire unidimensionnelle qui en découle**

La mise en œuvre du programme révèle les difficultés à penser collectivement le fait que l'expérience de la maladie psychiatrique de personnes précaires soit différente de celles de personnes non précaires, d'autant qu'historiquement, le mouvement du *recovery* s'est basé sur une commune expérience des services de psychiatrie, indépendamment des structures de classe. Aussi les partisans du rétablissement n'ont pas intérêt à faire valoir les inégalités sociales devant une commune expérience de la maladie.

La recherche qualitative a restitué l'expérience des troubles dits psychiatriques dans une expérience de vie multidimensionnelle en explorant le jeu des contraintes internes et externes auquel les locataires sont confrontés (partie 2).

■ **Le recours à la science ou le risque de dépolitisation**

La genèse du programme Un Chez Soi d'Abord a commencé avec des squatteurs dotés d'un fort capital intellectuel et militant, convaincus par le savoir usager et le droit au logement, dont l'une des stratégies a consisté à documenter et évaluer la plus-value thérapeutique d'un accès au chez soi ; elle se termine par la mise à l'agenda à priori improbable d'une expérimentation d'envergure, randomisée, résultant d'une négociation interne à l'appareil d'État, et optimisée par l'avènement de l'expérimentation comme méthode d'évaluation de l'action publique.

Ce qui est remarquable, c'est la manière dont les acteurs appartenant à la même coalition au niveau local et au sein des administrations centrales ont tiré un avantage à présenter leur cause comme susceptible d'une solution technique validée par les travaux scientifiques (être logé améliore la santé et le recours aux soins) **alors que certains d'entre eux auraient volontiers fait primer l'argument politique** (tout le monde a le droit d'avoir un toit/tout le monde a le droit de bénéficier de soins).

En pratique, le souci de l'évaluation, devenu une stratégie d'acteurs, est revendiqué comme un outil efficace de politisation d'une forme d'injustice faite aux personnes sans-abri

ayant des troubles psychiatriques sévères. Mais **malgré une volonté explicite dès le début du programme, la possibilité de donner la parole aux locataires et de les faire participer à la vie du programme a été très timide et n'a eu que peu d'impact sur le fonctionnement d'un programme enchâssé dans un protocole de recherche au format prédéfini.** Au final, la participation des locataires pèse très à la marge sur le devenir d'un programme soumis aux rapports de force opposant les grands opérateurs du soin, de l'action sociale et du logement.

Bibliographie

BOSETTI, Thomas, BOULLOUDNINE, Raphaël. On the Road to Recovery - Construction of a Practical Toolbox in « un chez soi d'abord » Marseille, Revue de la Feantsa, Issue N°20 – winter 2014-15.

DAVIDSON, Larry, 2003. Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. NYU Press.

DEMAILLY, Lise, et al., 2014. Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014.

GIRARD, Vincent, HANDLHUBER, Hermann, VIALARS, Vanessa, PERROT, Sylvain, CASTANO, Gema, PAYAN, Noura, NAUDIN, Jean, 2008. Réduire les inégalités de santé : description d'une expérimentation liant habitat, citoyenneté et troubles psychiatriques sévères. Revue d'épidémiologie et de santé publique, Volume 56, Issue 6, Supplement, selected pp. S341-S386 – October 2008.

GIRARD, Vincent, ESTECAHANDY, Pascale, CHAUVIN, Pierre, 2010. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Ministériel.

GOERING, Paula, VELDHUIZEN, Scott, WATSON, Aimee, ADAIR, Carol, KOPP, Brianna, LATIMER, Eric, NELSON, Geoff, MACNAUGHTON, Eric, STREINER, David, AUBRY, Tim, 2014. National At Home/Chez Soi Final Report. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. Documents en français disponible à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives/11851/chez-soi>

GREACEN, Tim, JOUET, Emmanuelle, 2012. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Éditions Érès.

MOREAU, Delphine, LAVAL, Christian, 2015. Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord ». ALTER – European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap. Disponible en ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003>

PINTE, Etienne, 2008. L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

ROMME, Marius, et al., 2009. Living with voices: 50 stories of recovery. PCCS books.

TINLAND, Aurélie, FORTANIER, Cécile, GIRARD, Vincent, LAVAL, Christian, VIDEAU, Benjamin, RHENTER, Pauline, GREACEN, Tim, et al., 2013. Evaluation of the Housing First Program in Patients with Severe Mental Disorders in France: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials* 14: 309.

TSEMBERIS, Sam, GULCUR, Leyla, NAKAE, Maria, 2004. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-656.

WOOD, Evan, WERB, Daniel, MARSHALL, Brandon D. L., S G MONTANER, Julio, KERR, Thomas, 2009. The war on drugs: a devastating public-policy disaster. *Lancet* 373 (9668): 989-990.

Délégation interministérielle à
l'hébergement et à l'accès au logement

244, boulevard Saint-Germain - 75007 Paris
contact.dihal@developpement-durable.gouv.fr
tél. 01 40 81 33 73 - fax. 01 40 81 34 90



Le programme « Un chez-soi d'abord » c'est
aussi une formidable expérience humaine faite
de partages et d'apprentissage mutuel