

Logement (d'abord ?), accompagnement social et santé mentale

Actes de la journée d'étude
organisée par l'Orspere-Samdarra, en partenariat
avec la Fédération des acteurs de la solidarité,
le 28 Mai 2019 à l'ENS de Lyon



SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
ARGUMENTAIRE	2
INTRODUCTION	3
Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial	3
Propos introductifs, Pascal Mariotti	4
PREMIÈRE TABLE RONDE : « DU CHEZ SOI AU LOGEMENT D’ABORD : DE L’IMPORTANCE D’HABITER »	8
« Le logement d’abord au Canada : diversité des appropriations et redéfinition des politiques publiques », Roch Hurtubise	8
« Du chez soi d’abord au logement d’abord », Pascale Estecahandy	15
« Diffusion des concepts et enjeux de l’extension d’une politique de logement d’abord sur le territoire national, Christian Laval	23
DEUXIÈME TABLE RONDE : « HABITER, ACCOMPAGNER, SE SOIGNER... DE L’IMPORTANCE D’ÊTRE CHEZ SOI »	27
« Santé mentale des usagers : participer et/ou (se) soigner ? Retour sur l’étude "Précarité, parcours d’hébergement et santé mentale dans les CHRS de l’Ain" », Lou Einhorn et Mathilde Sorba	27
« De la rue à "l’expertise" : retour sur un parcours singulier de "précaire" », Jean-François Krzyzaniak	36
« Housing Works ! Logement et bien-être : une revendication des personnes concernées », Tim Greacen	40
TROISIÈME TABLE RONDE : « ALLER VERS... DE NOUVEAUX DISPOSITIFS ET DE NOUVELLES PRATIQUES ? »	44
« Accompagnement social : exemple d’un changement de pratiques orientées vers le rétablissement et le pouvoir d’agir », Virginie Bulliod, Marie-Paule Chanel et Elodie Gilliot	44
« La clinique des nuances, un accompagnement de citoyens dans leur habitat », Fabienne Diebold	52
« Les apports du travail pair dans l’accompagnement des personnes », Nicolas Ordener	55
« Du banc public au canapé », Dominique Calonne	60
« Accompagner au rétablissement : lâcher prise, aller vers ce qui pourrait advenir », Thomas Bosetti	63
CONCLUSION	67

Logement (d'abord ?) : quelle place pour la santé mentale des usagers ?

Le programme « Un chez soi d'abord », proposant un accompagnement pluridisciplinaire pour les personnes sans-abris porteuses de troubles psychiatriques, est désormais étendu au champ de l'action sociale à travers la politique du Logement d'abord. Celle-ci concerne l'ensemble des personnes mal logées et vise leur inclusion dans la cité par un accès direct au logement, s'opposant ainsi au modèle dit « par paliers » jusqu'alors dominant.

Cette évolution des pratiques, encadrée par les politiques publiques, s'inscrit dans le contexte plus vaste d'un renouvellement des conceptions de la santé mentale, qui dépasse la question des troubles psychiques, et fait du bien-être de la personne un souci partagé entre les professionnels du champ sanitaire, social et de l'aide au logement. Si la place de la santé mentale semble claire dans les pratiques de chez soi d'abord, comment l'intégrer plus largement dans l'accompagnement vers et dans le logement des personnes en situation de précarité ? Dans quelle mesure la question du rétablissement peut-elle s'étendre au champ de l'accompagnement social ? En quoi l'accompagnement vers et dans le logement participe-t-il du bien-être de la personne ?

Participation des usagers : quelle place pour la personne dans l'accompagnement au logement ?

La prise en compte de la subjectivité de la personne et de la singularité de son parcours est au cœur des nouvelles perspectives d'accompagnement social. Il est donc nécessaire de restaurer une place à la parole des individus et de considérer pleinement les savoirs et capacités dont ils sont dotés, dans l'optique d'établir une véritable collaboration entre professionnels et usagers. Ainsi la question de la participation de la personne est un enjeu désormais fondamental de l'accompagnement social. Comment penser et développer la participation des usagers dans l'accompagnement vers et dans le logement ? À quel(s) niveau(x) cette participation peut-elle se situer ? En quoi la participation et la restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*) des individus contribuent-elles à un mieux-être et/ou à un meilleur accompagnement ? Quels liens peut-on établir entre participation, pouvoir d'agir et santé mentale des usagers ? Comment penser la question de la participation des usagers dans l'accompagnement vers et dans le logement ?

Aller vers... un changement de pratiques ?

Au-delà d'une restructuration de l'offre d'hébergement, la politique de Logement d'abord implique un changement de pratiques pour les professionnels du champ de l'action sociale. Cela questionne notamment le niveau de changement attendu de ces diverses professions et la manière d'y parvenir. Est-il nécessaire de tout changer ? Jusqu'où adapter sa pratique ? Quelles sont les innovations existantes en matière d'accompagnement vers et dans le logement ? Comment ces « nouvelles » (?) pratiques sont-elles mises en œuvre ? Soulèvent-elles de nouvelles problématiques qu'il s'agira de surmonter ?

INTRODUCTION

Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra

Cette journée d'étude est intitulée « Logement (d'abord ?), accompagnement social et santé mentale ». Elle est organisée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les questions de santé mentale et de vulnérabilité, en partenariat avec la Fédération des Acteurs de la Solidarité. Je remercie notre partenaire, mais surtout les intervenants qui ont accepté d'intervenir. Le succès quantitatif de cette journée témoigne de l'intérêt que chacune et chacun porte à la question du logement, que l'on soit intervenant social, intervenant en santé, bailleur, personne concernée par la précarité ou par le trouble en santé mentale, proche, décideur politique, etc.

L'Orspere-Samdarra est donc un observatoire national où nous travaillons sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Je tiens publiquement à remercier Jean Furtos, son fondateur. Son action et son engagement sont précieux. Nous essayons, avec nos moyens, d'inscrire nos activités dans le sillage de sa pensée féconde. Je tiens également à remercier Christian Laval, artisan du développement du programme « Un chez-soi d'abord » présent à la tribune, qui malgré son départ de l'Orspere-Samdarra est resté dans le comité de rédaction de *Rhizome*, et a toujours cherché à associer l'Orspere-Samdarra dans ces nouveaux projets.

Notre observatoire est animé par une équipe pluridisciplinaire et travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. Il est constitué de deux pôles : un pôle recherche et un pôle ressource. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme universitaire « Santé, Société, Migration ». Nous organisons deux journées d'étude par an. Nos actions sont financées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Cohésion sociale. Nous tenons sincèrement à les remercier pour leur confiance.

La question du logement nous anime depuis longtemps. Nous avons d'ailleurs organisé une journée d'étude dans ce même amphithéâtre, il y a maintenant 4 ans, sur l'incurie dans l'habitat. Et c'est peu dire que les politiques du logement d'abord nous animent aujourd'hui à l'Orspere-Samdarra.

Nous sommes sollicités par différents partenaires. Mathilde Sorba (sociologue) et Élodie Gilliot (psychologue) accompagnent par exemple, une équipe d'intervenants sociaux du champ de l'hébergement et du logement (au sein de l'Association de l'hôtel social – Lahso – à Lyon). À la suite d'une immersion au sein d'une équipe de « Un chez-soi d'abord », ils ont initié un changement de pratiques inspirées du rétablissement. Ces pratiques visent à accorder plus de place à la personne dans son accompagnement, notamment en

œuvrant pour une plus grande participation.

Pour cette journée, les enjeux me paraissent multiples : comment modéliser de nouvelles pratiques, notamment les relations entre professionnels et usagers ? Est-ce que le rétablissement est un dénominateur commun ?

Il y a d'ailleurs un véritable enjeu à clarifier les modèles de référence du côté de chacun des acteurs. C'est une chose d'affirmer haut et fort que nous changeons de paradigme. Dans un contexte troublé socialement et politiquement, quels sont nos idéaux ? L'idéal de l'un ne peut pas être uniquement l'anti-modèle de l'autre.

En tant que psychiatre, je suis particulièrement intéressée pour discuter

Propos introductifs, Pascal Mariotti

Pascal Mariotti, directeur général, CH Le Vinatier

Je suis positivement impressionné par l'affluence sur une thématique de ce type, on sait qu'elle est centrale, et par la diversité du public.

Je voudrais saluer l'Orspere-Samdarra, en soulignant que c'est un honneur pour le Vinatier que de l'accueillir ; je le dis en toute sincérité. Je vous remercie ainsi que votre équipe pour les portes nouvelles que vous nous ouvrez, et les chemins que vous nous incitez à prendre. Je crois que c'est bien le sujet du jour.

Si on considère la question de la psychiatrie dans la santé mentale, j'ai l'habitude de dire que nous sommes confrontés à une crise systémique de la psychiatrie et, pour partie sans doute, de la santé mentale dans notre

avec vous de comment accompagner au mieux des personnes qui cumulent différentes vulnérabilités. Vous, comme moi, n'avons pas intérêt à n'avoir que comme perspective le soin ou l'intégration sociale. Vous, comme moi, souhaitons plus que tout accompagner les personnes à sortir de l'hôpital ou du dispositif d'hébergement. Mais ce souci de l'autonomisation des personnes ne peut se faire sans leur participation active et sans se soucier non plus de ce que font nos partenaires.

Les journées d'étude de l'Orspere-Samdarra ont la particularité de donner la parole aux professionnels, aux institutions, aux personnes concernées. Chacun ayant à cœur de faire au mieux.

pays. Il serait trop facile de dire l'un sans l'autre. Parmi les raisons de cette crise, il y a le retard pris dans l'adaptation des pratiques et pour être plus précis : dans l'adoption des bonnes pratiques. J'ai la faiblesse de penser que nous sommes confrontés, non pas à une simple crise de mutation, d'adaptation, mais à une véritable rupture comme le secteur l'a été il y a 50 à 60 ans. Tout ceci est en train de modifier en profondeur la place et les missions de la psychiatrie dans l'ensemble des parcours, des accompagnements et des prises en charge. Bien entendu, ceci finira par modifier les représentations qui sont les vôtres dans les champs médico-sociaux et sociaux et, par la même, vos attentes et vos frustrations par rapport à des choses qu'on

ne fait pas, qu'on ne fait pas bien ou qu'on ne fait plus.

J'oserais affirmer que nous sommes confrontés à un monde qui est en train de se finir et le Vinatier en est pour parti le réceptacle. Ceux qui y travaillent peuvent en témoigner. Les questions de l'accès, du maintien, du droit au logement des personnes en situation de handicap psychique sont parmi les questions centrales.

Le constat qui est le mien d'une crise systémique, dès lors que l'on aborde la question de la santé mentale et pas uniquement de la psychiatrie, s'étend, dans une certaine mesure, aux champs médicaux sociaux et sociaux. S'il y a cloisonnements, ces cloisonnements sont bien mutuels. Nous sommes en défaut de réponses globales, coordonnées et continues, qui seraient des réponses adaptées. On le sait tous, on le vit tous tant au plan institutionnel qu'au quotidien.

Il ne suffit pas de l'affirmer pour dire que « demain ça va marcher », il faut y travailler et le mettre en œuvre. Ceci est sans doute, avec une spécificité malheureusement assez française, la conséquence de concepts et de visions qui sont devenus inadaptés aux situations que nous avons à traiter, ce qui affecte les institutions comme les professionnels.

Parmi les choses qui me paraissent transversales à nos trois champs, la question de la façon de considérer les personnes et les patients, même si elle est en train d'évoluer, je pense, et j'en suis même convaincu, fait partie des concepts,

des visions à modifier. Admettons que nos pratiques soient encore trop tutélaires et paternalistes, sinon on ne peut pas parler de la révolution du rétablissement.

Le rétablissement a l'avantage de nous offrir des concepts communs et complètement transverses que nous n'avions pas jusque-là. Si j'oppose des cultures professionnelles et des pratiques qui restent trop tutélaires et parfois paternalistes à la question du rétablissement, c'est parce que le rétablissement n'a pas de sens si on ne le conçoit pas sur l'autonomie des personnes et sur l'inclusion. On a cité le terme. La question de l'inclusion est centrale pour nous. Elle affirme que contrairement à ce qu'on lit et entend, l'enjeu de la psychiatrie n'est pas une offre de soin ambulatoire. Elle l'est déjà largement, tout du moins sur le papier et dans la structuration de l'espace, mais je ne suis pas toujours convaincu qu'elle le soit vraiment dans les pratiques et que la valeur ajoutée de l'ambulatoire soit suffisante en la matière. Notre objectif est donc désormais de développer une offre de soin qui soit résolument inclusive et qui n'ait pas transporté l'offre de soin psychiatrique dans d'autres locaux, certes plus près des populations, mais qui restent des locaux. Là encore, c'est plus facile à dire et plus difficile à faire y compris en raison des résistances et des visions véhiculées. On sait qu'on le fera par la voie de la réhabilitation psychosociale, là aussi, à condition de se l'approprier transversalement et en commun, mais pas seulement. Cela signifie qu'il nous faudra reconfigurer simultanément les soins et les accompagnements de façon à offrir une

offre de soin et de service intégrée. Le propos est tout de suite un peu technocratique. Dans ces termes on dira conditions de parcours individualisés véritablement coordonnés et intégratifs.

Dans ce cadre, le logement apparaît comme un enjeu central et je terminerai sur deux points.

Nous sommes confrontés à un renouvellement des politiques publiques en matière d'accès au logement des personnes handicapées. Ceci impacte y compris nos institutions qui, dans le champ des pathologies psychiatriques, ont parfois mis en place voire inventé, et c'est tout à l'honneur des psychiatres, des équipes de soignants, des modes d'accès au logement et de maintien dans le logement.

Aujourd'hui, ces fonctionnements nous mettent en difficulté. Il nous faut les faire évoluer. Ne serait-ce que parce que nous ne trouvons plus notre place, par certains aspects, dans les politiques publiques.

Le propos n'est pas chagrin, c'est le constat que celles-ci évoluent et qu'elles sont aussi tributaires des silos qui sont les nôtres entre sanitaire médico-social et social. Des choses, qu'y compris l'hôpital psychiatrique a inventé et mis au point, ne pourront plus être mise en place directement. Finalement, tant mieux, car cela amène à développer des partenariats, des coopérations, des transversalités, etc.

En revanche, je pense que l'on a un combat commun autour d'un logement pour tous. Le caractère très large de cette politique doit nous faire lutter, et résolument parce que rien n'est jamais gagné, pour que les

personnes souffrantes ou porteuses de handicaps psychiques ne soient pas oubliées, une fois de plus marginalisées ou traitées après les autres, c'est trop souvent le cas dans notre pays.

Je voudrais terminer en m'inspirant du projet territorial de santé mentale car si on parle d'autonomie, de capacité d'agir : quels sont les besoins exprimés et les attentes exprimées par les personnes ? Puisqu'il ne s'agit pas que de besoin, mais il s'agit aussi d'attentes. Les besoins ont toujours tendance à être définis à leurs places.

Il se trouve que sur le Rhône et la métropole de Lyon, on a fait le choix, au titre du PTSM (projet territorial de santé mentale), de mettre les usagers, les patients, les personnes concernées, je vous laisse le choix du terme, au centre du propos. Évidemment, cela change beaucoup de choses, car le regard qui est porté sur nous tous n'est pas forcément toujours celui auquel on se serait attendu.

Si je résume. Le premier point est que les usagers insistent sur le fait que c'est à eux de choisir le type de logement et les modalités d'accès au logement qui leur conviendraient le mieux. Ce qui va signifier pour nous la capacité à offrir une palette suffisamment étendue de solutions de logement, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ensuite, la préférence des personnes va à un appartement à soi, qui ne soit pas réservé individuellement ou collectivement aux personnes avec des difficultés psychiques. Cet appartement doit permettre une vie dans la cité, ce qui veut dire, dans une assez large mesure, que

l'offre que nous avons tous développée ces dernières années se révèle dans notre pays, malheureusement, pour partie inadaptée aux choix et aux souhaits de ce public présentant des troubles psychiques et en particulier des plus jeunes.

Finalement, on voit que le modèle idéal qui se dessine recouvre les propriétés suivantes et que ces propriétés sont très largement caractéristiques du modèle du « Un chez-soi d'abord ». Un logement à soi, un accompagnement dans ce logement, des soins psychiques adaptés, tout cela dans le cadre du respect des souhaits de la personne et de la minimisation des conditions, des contraintes et des règles d'accès. Ceci suppose précocité, souplesse, etc. Ce qui nous oblige à imaginer et à développer des solutions innovantes qui ne soient pas la répétition de solutions d'aujourd'hui ou la pure importation de solutions qui trouveraient parfois difficultés à être implémentées en France.

Pour conclure, c'est un point qui me frappe depuis longtemps par rapport aux exemples et modèles d'autres pays, c'est que derrière « Un logement d'abord » ou « Un chez-soi d'abord », il y a « d'abord ». C'est vrai que je suis toujours gêné, même si j'en comprends bien le motif et la priorité, par le fait que notre pays s'attache, et c'est ancré dans les esprits, à dire que le logement est prioritaire et que la question de l'emploi et de l'activité viendra plus tard. D'autres pays ont prouvé que ce n'était pas le cas ou pas pertinent, et qu'il fallait faire les deux en même temps. Même si le logement peut garder une forme de priorité, je pense que parler du logement aujourd'hui, c'est aussi parler peut-être du maintien dans la cité, du maintien dans l'activité et du maintien dans l'emploi, parce que les personnes concernées ont impérativement besoin des deux.

PREMIÈRE TABLE RONDE : « DU CHEZ-SOI AU LOGEMENT D'ABORD : DE L'IMPORTANCE D'HABITER »

Discutants : Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber et Francis Silvente, président régional, Fédération des acteurs de la solidarité, Auvergne-Rhône-Alpes

« Le logement d'abord au Canada : diversité des appropriations et redéfinition des politiques publiques », Roch Hurtubise

Roch Hurtubise, sociologue, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Cette journée me permet de partager avec vous ce que l'on a vécu au Canada comme expérience avec le Logement d'abord. Depuis 10 ans, je suis impliqué dans le déploiement, la mise en œuvre et l'évaluation du projet « Chez-soi ». Parallèlement, je contribue à l'élaboration d'une politique publique, d'une politique nationale en itinérance. Effectivement, le contexte canadien est particulier. D'un côté, le gouvernement central du Canada a été promoteur de l'approche « *Housing First* ». De l'autre, les provinces et les régions à la tête des services sociaux et des services de santé sont responsables des services auprès des personnes en situation d'itinérance. Au départ, nous avons une orientation générale définie par le gouvernement central, mais pas le budget qui devait l'accompagner de manière pérenne. Il y a eu dans cette expérience du « Chez-soi d'abord » - et je trouve intéressant de le voir dans d'autres pays - toute une série de tensions, de difficultés

de compréhensions et d'opérationnalisation de l'approche.

Dans le cadre de cette présentation, il sera question de la réalité de l'itinérance au Québec, du projet « Un chez-soi », de la politique nationale qui est une stratégie globale de lutte contre l'itinérance et de la nouvelle mouture de l'approche « *Housing First* » qui se nomme stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA). Je reviendrai sur ce que cette nouvelle dénomination implique.

La réalité de l'itinérance au Québec

Sur la question de l'itinérance au Québec, il y a eu comme dans d'autres sociétés, un dénombrement national. Ce dénombrement a su montrer que, même s'il existe toujours un noyau dur d'hommes à la rue, certaines populations présentes posent des enjeux particuliers, parce qu'elles sont surreprésentées dans la population itinérante. C'est le cas des premières nations et des populations

inuites qui posent des défis dans l'organisation du programme et pour les pratiques d'accompagnement.

Au Québec, le débat autour de cet exercice de dénombrement sur la question de l'itinérance cachée a été très important. L'itinérance cachée est celle qui est difficilement appréhendable par le recensement. De nombreuses études qualitatives ont pu mettre en avant que certaines populations étaient sous représentées : les femmes, les autochtones et les jeunes. Ces populations seraient moins prises en compte par les exercices de décomptes que les autres populations.

Le projet Housing First

Quand on parle de « Chez-soi », de « *Housing First* », de quoi parle-t-on ? Parfois d'une philosophie, parfois d'un programme spécifique avec ses modalités d'implantation ou encore d'un modèle d'intervention. Cela peut expliquer les tensions ou les difficultés que l'on note dans les échanges, car on ne parle pas tout à fait de la même chose. Il y a une diversité de façon de définir ce qu'est le « Chez-soi ».

La première vague, c'est le programme « *At home* » (« Chez-soi »). Cinq villes canadiennes ont été sélectionnées pour lancer un programme de démonstration avec un financement des activités cliniques, mais également de la recherche. Ce programme visait à offrir un logement et un accompagnement à 1 300 personnes en situation d'itinérance avec un problème de santé mentale. L'idée était d'évaluer l'efficacité de cette approche. Ces cinq villes présentaient des différences notoires. Il y

avait de grandes villes telles que Montréal, Vancouver, Winnipeg et Toronto, comptant environ 1 million d'habitants, mais aussi Moncton, ville de 80 000 habitants. Le choix de Winnipeg s'explique par la volonté de s'assurer que l'expérimentation se ferait aussi auprès de personnes autochtones qui sont très présentes au sein du public en situation d'itinérance.

Durant la première phase, entre 2008 et 2013, l'investissement fut important et l'accompagnement par les promoteurs et les concepteurs des programmes visaient notamment à s'assurer que l'implantation du programme dans chacune des 5 villes sélectionnées se faisait dans l'esprit et l'orientation du programme. Cette question de la fidélité au modèle a constitué un enjeu très important et a conduit à soulever plusieurs questionnements.

D'une part, une partie des discussions ont porté sur les choix laissés aux personnes et sur le principe d'autodétermination. Les modalités mises en place devaient permettre à la personne de pouvoir exprimer ses choix.

En ce qui concerne le logement, dans la perspective d'éviter un risque de concentration des populations dans les mêmes lieux et de ghettoïsation, il a été choisi de favoriser une offre de logement géographiquement diversifiée.

D'autres sujets de préoccupation concernant le travail mené par les équipes ont été régulièrement soulevés, notamment autour de la question des modalités de repérage des logements, des relations aux propriétaires et des demandes

de subventions pour payer les loyers. Les réflexions issues de ces questionnements ont abouti à la création d'équipes dans certains centres sociaux et de santé, spécifiquement dédiées à ce travail. Ces équipes « logement » visent à accompagner les personnes dans toutes leurs dimensions qu'il s'agisse d'un accompagnement à la recherche du logement adéquat, du maintien dans le logement, mais aussi comme soutien dans les relations de négociations et de contractualisation avec les propriétaires.

Dans le cadre du programme « Un chez soi », deux types de populations avaient été identifiées : d'une part, des personnes ayant des problèmes complexes de santé mentale pour lesquelles l'accompagnement était proposé par une équipe établie à partir d'un outil diagnostique. Pour ce type de public, l'accompagnement proposé était mis en œuvre par une équipe ACT (*Assertive community treatment*). D'autre part, pour les personnes ayant des problématiques moins complexes, l'accompagnement était réalisé par une équipe ICM (*Intensive case management*), proposant un suivi intensif dans la communauté.

Dans le cadre des équipes ACT, les services fonctionnaient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et comptaient 1 professionnel pour 10 clients. Dans le cadre de l'ICM (l'accompagnement moins intense), l'équipe comptait 1 professionnel pour 20 clients et une disponibilité des services 12 heures par jour, 7 jours semaines.

Au niveau des résultats, les études qui ont été faites à différents moments de l'expérimentation ont constaté que

l'approche permettait notamment de renforcer la stabilisation résidentielle.

Aussi, la recherche a pu observer ce que l'on a appelé une augmentation de la « sécurité ontologique », c'est-à-dire un sentiment de bien-être dans le logement, un bien-être subjectif et une appropriation du pouvoir - ou *empowerment*- plus important pour les personnes.

En ce qui concerne l'impact sur la santé mentale, le bilan apparaît plus mitigé. Concernant le sentiment de solitude et d'isolement, les études n'ont pas forcément montré une grande amélioration et plusieurs participants au programme estimaient être plus isolés en étant logés qu'auparavant.

Le retour sur investissement est l'un des résultats importants dans la série d'étude canadienne. Le travail de mesure des coûts hors programmes et dans le programme a été réalisé par Éric Latimer. Alors que les promoteurs présentaient le programme comme un moyen de faire des économies substantielles, les résultats sont plus nuancés. En effet, le gain financier varie selon le type de problématique et les régions. Ces économies sont en réalité variables. Cela a conduit à un changement de discours, le problème n'est plus de convaincre les acteurs politiques en disant « vous allez faire des économies » ou de fournir des arguments politiques et économiques pour convaincre la population, mais l'argument a consisté à montrer qu'avec les mêmes sommes on peut s'occuper autrement et beaucoup mieux des personnes. Le Logement d'abord réduit les coûts d'autres services (police,

sécurité, urgence des hôpitaux, etc.), mais il n’y a pas une économie financière. Le coût est équivalent, même légèrement plus cher dans le programme, mais on s’occupe mieux des gens.

Une série d’entrevues faites avec les usagers montre les effets positifs, de leur point de vue. Dans les nombreux rapports, dont nous faisons mention dans le numéro *Vie sociale*¹, et qui sont disponibles sur le site internet de la commission canadienne de la santé mentale², on peut voir l’ensemble des outils mobilisés, les résultats spécifiques, les nuances que l’on peut faire autour du projet. J’ai été particulièrement impliqué dans les enjeux de mise en œuvre, d’implantation et de pérennisation du modèle.

Il me semble que l’on peut citer plusieurs conditions nécessaires à la réussite du programme :

Tout d’abord, le soutien politique et financier de la puissance publique. Les divergences entre les différents paliers de gouvernement ont rendu l’avancée du dossier parfois difficile. L’un des enjeux fondamentaux a donc été de s’assurer de la cohérence entre les différents niveaux politiques.

Aussi, la réussite du programme est passée non pas seulement par l’accompagnement des publics, mais aussi par la formation des accompagnants pour transformer les pratiques. Il y a un défi à développer des

formations, pas seulement techniques, mais des formations qui permettraient notamment un changement de posture.

Concernant les freins, nous avons pu observer, dans toutes les sociétés où le programme a été mis en œuvre, de sévères critiques à l’encontre du modèle « *Housing First* ». Ce qu’il y a de fascinant dans ce mouvement-là, c’est la façon dont le programme transforme les pratiques et l’organisation des services. Les défis de collaboration, le travail en silo sont fortement questionnés dans une approche comme celle-là.

Aussi, en France comme au Canada beaucoup d’acteurs se sont interrogés sur la façon dont on pouvait passer d’une expérimentation locale à une implantation plus générale. La critique souvent faite, est que ce programme ne pouvait pas être une solution globale à l’itinérance. Cette question est bien documentée, en ce qui concerne une population SDF chronique avec des problèmes de santé mentale, mais pour les autres, quelle stratégie adopter ? Ceci m’amène à aborder l’enjeu des politiques publiques et de ce qui est fait au niveau provincial.

La politique nationale du Québec : une stratégie globale de lutte à l’itinérance

Au Québec, la politique s’appelle politique nationale de lutte contre l’itinérance, et on peut se perdre parfois dans les découpages

¹ Hurtubise, R. (2018). Le Logement d’abord au Canada : diversité des appropriations et redéfinition des politiques publiques. *Vie sociale*, 3-4(23-24), 75-84.

² Commission de la santé mentale du Canada.

politiques. En 2014, la deuxième politique du gouvernement du Québec a été nommée « Ensemble pour éviter la rue et en sortir ». Il y a eu une consultation publique, un comité d'expert dans l'élaboration de cette politique-là qui est une politique interministérielle, dont le leadership est assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cinq axes d'actions sont priorisés : le logement ; les revenus ; l'éducation ; l'insertion sociale et socioprofessionnelle ; la cohabitation sociale et les enjeux liés à la judiciarisation. Si je vous parle de cette politique publique aujourd'hui c'est parce que le modèle « Chez-soi d'abord » n'y est pas considéré comme « la politique » à mettre en œuvre, mais le modèle a été resitué dans une politique plus globale qui veut agir sur plusieurs dimensions et qui reprend une des critiques qui était souvent émise par le milieu associatif : « C'est une solution partielle, il faut agir en amont sur la prévention, non pas uniquement sur l'itinérance chronique associée au public cible du "Housing First" ». Dans cette politique, nous sommes passés du « Chez-soi » à l'approche Stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA).

L'approche stabilité résidentielle avec accompagnement

L'approche stabilité résidentielle avec accompagnement s'inscrit dans une politique publique plus globale, c'est la première différence. C'est un élargissement et une transformation du modèle sur l'ensemble du territoire, et non plus seulement sur les grandes villes. Une douzaine de régions sont concernées au

Québec. Cette politique ne concerne pas uniquement les personnes ayant des problématiques de santé mentale - délimitation que l'on observe également en France. Aussi, il y a une ouverture et une intégration aux pratiques déjà existantes, alors que la première approche a bousculé, contesté et souvent dévalorisé ces pratiques. Cette deuxième mouture est différente dans la façon de voir cette transformation, elle mise sur des acteurs déjà existants et une transformation de leurs pratiques plutôt qu'une innovation exogène. La clientèle visée est celle de l'itinérance chronique (180 000 itinérants épisodiques, 3 périodes ou plus dans l'année), le critère santé mentale est élargi. Les objectifs sont par ailleurs assez similaires à ce que l'on voit dans des approches du type Logement d'abord : permettre aux personnes de se maintenir dans un logement ; accroître leur qualité de vie ; amélioration de la santé physique et mentale ; stabiliser les dépendances ; réduire les visites aux urgences et les hospitalisations ; réduire les problématiques avec le système de justice ; réduire le coût de la santé et des services sociaux au Québec. Globalement, ce n'est pas si loin, mais dans les transformations le modèle est élargi et la stratégie d'implantation considérablement transformée. Il n'y a plus uniquement la santé mentale, et du point de vue de la transformation des pratiques, il y a plusieurs modèles en émergence.

Actuellement, l'équipe de Laurence Roy et de Christopher McAll travaille sur ce modèle québécois. Leurs rapports sont

consultables sur le site du Cremis³. Ils ont identifié un certain nombre de principes propres au SRA Québec : l'idée est qu'il y a une diversité des populations ; des besoins transversaux ; la connaissance de l'histoire des personnes amène vers certaines approches ; la reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes ; le choix et l'autodétermination. Après la première expérimentation, nous nous étions retrouvés dans un défi de pérennisation sans moyen financier, c'est tout l'enjeu des ressources, des conditions de travail, de la formation.

Deux approches d'interventions inspirent ces transformations récentes. D'une part, en creux, l'approche par les forces, associée au rétablissement en santé mentale, alimente beaucoup le développement ou la transformation des pratiques. Elle renvoie à l'idée de miser sur les possibilités des personnes, les potentialités, la valorisation de leurs actions. Deuxièmement, l'approche axée sur le trauma selon laquelle plusieurs personnes en situation de grande vulnérabilité, ont des vécus et des expériences traumatiques, et insiste sur la nécessité de reconnaître ces traumas pour mieux accompagner les personnes en développant des pratiques d'écoutes. C'est une transformation - et un des constats - qui nous vient probablement de la présence d'une population autochtone dans la population itinérante. En effet, ces traumas sont liés à l'expérience de la colonisation, des pensionnats autochtones, à des

traumatismes culturels vécus. J'ajouterais l'approche culturellement adaptée, notamment avec la notion de sécurisation culturelle. Elle signifie un espace ou un environnement d'accueil et d'accompagnement qui est culturellement sécuritaire pour les personnes, c'est-à-dire qui ne les met pas en difficulté par rapport à leur histoire ou leurs traumatismes. On peut penser aux autochtones, mais aussi aux femmes, aux personnes homosexuelles, etc.

Par rapport au Logement d'abord, le SRA présente quelques différences : une pluralité d'appropriation et un bricolage des pratiques selon les régions. Cette deuxième mouture nous amène davantage à voir la variété des implantations et des appropriations. La mise en œuvre dans des villes différentes n'a rien à voir, les enjeux et les ressources ne sont pas les mêmes. Il y a une lente contamination des pratiques, elles se transforment, pas de façon révolutionnaire ou radicale, mais petit à petit. Une des choses qui apparaît de manière importante dans cette deuxième mouture est l'importance d'aller vers la parole des usagers, vers la participation, vers la prise en compte de leur point de vue sur les résultats, notamment sur les indicateurs de bien-être. Aussi l'idée de la stabilité résidentielle comme indicateur de succès est souvent mise en question : « jusqu'où la stabilité résidentielle est-elle un indicateur de succès et en quoi ça le serait ? » ; « quels autres indicateurs

³ Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (Cremis).

pourraient être utilisés ? ». En effet, l'approche « *Housing First* » insiste sur l'idée de stabilité de logement au détriment de la mobilité. Le mieux-être pour un certain nombre de personnes est de pouvoir bouger, c'est à travers cette mobilité qu'ils se construisent. Il y a un paradoxe entre stabilité résidentielle et mobilité, laquelle est souvent mise au second plan.

Dans les leviers d'appropriation, on retrouve le changement de regard sur les personnes, la reconnaissance de leur capacité. L'enjeu de la fidélité au modèle « *Housing First* » est moins présent dans

cette deuxième mouture. Cet enjeu apparaît moins crucial, un peu comme si plusieurs des initiatives deviennent des opportunités d'innovation locale. En reprenant certains éléments, l'esprit du modèle contamine des pratiques. Le changement des pratiques par contamination semble mobiliser autrement l'ensemble des prestataires de services, de manière plus efficace qu'une approche *top/down*, qui consistait à imposer le modèle avec ses grands principes de manière fixe et stable, ce qui avait tendance à polariser le milieu et à déqualifier les pratiques existantes.

« Du chez-soi d'abord au logement d'abord », Pascale Estecahandy

Pascale Estecahandy, coordinatrice technique nationale du programme « Un chez-soi d'abord »

Mon propos s'appuiera sur les retours des six années de l'expérimentation et du déploiement actuel de « Un chez-soi d'abord », portés par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), afin d'apporter des éléments de réflexion sur les questions posées sur l'accompagnement vers et dans le logement, comme participant au bien-être de la personne, et sur le fait de pouvoir étendre le concept de rétablissement à l'accompagnement social.

Je scinderai mon propos en quatre parties : le logement comme déterminant de la santé et comme droit fondamental, « Un chez-soi d'abord » et les outils de l'accompagnement, le plan « Logement d'abord » et enfin les limites et les pistes de réflexion.

Le logement comme déterminant de la santé et comme droit fondamental

Avant de parler de l'accompagnement, rappelons que le logement en tant que tel est un déterminant structurel de la santé. Il intervient, par sa valeur et sa localisation, sur les conditions de vie. Il participe fortement aux inégalités sociales, mais aussi territoriales de la santé - celles-ci se cumulant lorsqu'il existe par exemple un environnement dégradé, des nuisances sonores ou des pollutions diverses pour des habitants en majorité en situation de précarité sociale. Ainsi, l'accès à un logement décent et abordable, qui apporte notamment intimité et sécurité, est un

déterminant essentiel de la santé et en particulier, de la santé mentale.

Par ailleurs, si les questions d'habitat sont longtemps restées dans la sphère privée, elles sont passées progressivement dans la sphère publique. Un appareil normatif et réglementaire se développe, pour limiter les abus du marché, mais surtout pour détruire les taudis de centre-ville et les lotissements sauvages, dans la seconde partie du XX^e siècle, jusqu'à garantir l'inscription législative du droit au logement le 5 mars 2007 par le droit au logement opposable (DALO). On peut également citer de nombreux dispositifs dont la prévention des expulsions, la lutte contre l'insalubrité de l'habitat, etc. Enfin la mise en œuvre de dispositifs d'aide aux sans domicile amène, depuis les années 1980, le développement de diverses modalités d'accompagnement

Le rôle de cet accompagnement, initialement centré autour de l'aide et du soutien, va être progressivement sollicité sur les questions d'évaluation d'une capacité à habiter dans une relation contractuelle bailleur/locataire. Comme le souligne Christian Laval, dans un article récent de la revue *Rhizome*, « une tendance de fond se dégage : alors que dans le passé, les problèmes des locataires étaient réglés par les seuls logeurs on assiste aujourd'hui à un transfert d'une grammaire de santé

mentale dans le champ du logement⁴. » Il existe bien une tension entre le prendre soin d'un autre vulnérable, et l'appréciation d'une capacité à habiter, pour un bien de première nécessité inscrit comme un droit fondamental et un déterminant essentiel de la santé mentale.

« Un chez-soi d'abord » et les outils de l'accompagnement

« Un chez-soi d'abord » quant à lui pose comme principe premier le logement comme droit fondamental, c'est-à-dire qu'il postule que si une personne souhaite aller dans un logement il ne lui sera rien demandé d'autre que les conditions du droit commun, au regard des ressources et des conditions administratives réglementaires. Il pose, d'autre part, le rétablissement en santé mentale comme principe à l'accompagnement, en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie, l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. Enfin, il s'appuie sur le suivi intensif dans la communauté comme modalité d'action. Nous verrons comment concrètement ces modalités d'action se déclinent.

« Un chez-soi d'abord » vise à répondre à la question des personnes sans domicile présentant des troubles psychiatriques sévères et des besoins complexes. Dans le champ de la politique de soins psychiatriques, les évolutions de l'après-

guerre avec notamment, le mouvement de désinstitutionnalisation va considérablement modifier les conditions résidentielles des patients. La fermeture des lits dans les anciens asiles n'a pas été suivie de la mise en place d'alternative à l'hospitalisation suffisante en nombre et répartie également sur le territoire, amenant à la présence importante dans l'espace public de patients en rupture de soins. « Un chez-soi d'abord » est donc une alternative proposée aux personnes, à la croisée de ces deux politiques, celle des soins psychiatriques et celle du sans-abrisme. Cette dernière arrivant aussi à bout de souffle. Dans les années 2000, sous les effets de facteurs structurels (chômage de masse, crise du logement, etc.) et conjoncturels, avec notamment l'intensification des flux migratoires, mais aussi une insuffisance et une inadaptation des dispositifs d'accueil.

Faisant suite à un rapport rendu en 2010 à Roseline Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, et à Benoit Apparou, secrétaire d'État au logement, mais également, à une expérience princeps conduite à Marseille par Vincent Girard et son équipe, la stratégie du « *Housing First* » inspirée des expériences internationales est lancée en France. Elle prendra le nom de « Un chez-soi d'abord ». Déployé en 2011, sur quatre villes : Lille, Marseille, Paris et Toulouse ; le programme est couplé à une recherche évaluative sous la forme d'un essai

⁴ Laval, C. et Estecahandy, P. (2019). Le modèle "Un chez-soi d'abord" au risque de sa diffusion. *Les Cahiers de Rhizome*, 1(71), 101-110.

randomisé conduit par une équipe de recherche indépendante qui vise à comparer ses effets à ceux de l'offre habituelle.

Concrètement, sur chaque ville un établissement de santé mentale, une association ayant une compétence en addictologie et une structure habilitée à la gestion locative adaptée sont en charge de créer une équipe dédiée pluridisciplinaire (composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, d'un psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un addictologue, de médiateurs de santé pairs et d'un gestionnaire locatif), et de capter des logements. Chaque équipe suivra 100 personnes. L'accompagnement est intensif avec un ratio professionnel/usager de 1 pour 10 proposant au moins une visite hebdomadaire au domicile et une astreinte téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Chaque personne se voit proposer un logement diffus dans la cité respectant son choix dans un bref délai sans condition d'arrêt des substances ou de traitement médical. L'accompagnement cible l'ensemble des domaines de la vie (santé, habitat, emploi, vie sociale et culturelle, citoyenneté, etc.). Le programme vise le rétablissement. Il s'agit de soutenir une trajectoire personnelle de transformation et d'acceptation de soi vers une vie satisfaisante et permettre aux participants d'expérimenter des choix tout en bénéficiant d'un accompagnement qui balise les étapes décisives dans ce cheminement. L'accès au logement constitue l'étape inaugurale de

l'accompagnement. Progressivement, le logement prend place dans la vie des personnes, modifie leur horizon, les invitant à se libérer des contraintes de la survie précaire pour en découvrir d'autres, en lien avec ce nouveau statut de locataire.

La recherche qui a porté sur plus de 700 personnes montre que les personnes logées par le programme (353 contre 352 du groupe témoin) occupent de façon stable leur logement pour plus de 80 % d'entre elles. On a coutume de dire que « Un chez-soi d'abord » « marche pour 8 personnes sur 10, mais que l'on ne peut à priori déterminer pour qui cela fonctionne ou non ». Cette assertion est confirmée sur l'ensemble des programmes que ce soit en Europe, outre-Atlantique ou encore en Australie. Avoir un chez-soi permet de reprendre du pouvoir sur sa vie, de regagner l'estime de soi et d'avoir confiance dans ses potentialités.

Sur le volet sanitaire, les durées de séjours hospitaliers sont divisées par deux, privilégiant le suivi ambulatoire et réduisant ainsi les séjours inappropriés. Cette stratégie s'inscrit enfin dans une rationalisation des finances publiques, le coût du programme, qui est de 14 000 euros par personne et par an, étant totalement compensé. Des économies potentielles sont par ailleurs réalisées.

Ces résultats positifs vont amener à la pérennisation du programme via un décret qui l'inscrit dans la catégorie des établissements médico-sociaux. Ce décret affirme l'inconditionnalité de l'accès au logement et pose celui-ci comme base à l'amélioration de l'état de santé sans

obligation de soins; il n'y a pas de limite de temps à l'accompagnement. Enfin en validant l'intégration de médiateurs de santé pairs (MSP) dans les équipes professionnelles, il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement.

Le déploiement du dispositif est prévu sur 4 ans avec un objectif de création de 20 sites d'ici à 2023 (soit 2000 places au total) dans les principales métropoles françaises. Un groupe de travail planche sur un modèle adapté aux villes plus petites et aux territoires semi-ruraux. Le financement est assuré pour moitié par l'assurance maladie sur le volet accompagnement et par l'État sur le volet logement.

La question du modèle et de son transfert, à partir de l'expérience inaugurale nord-américaine, a traversé le temps de l'expérimentation et les acteurs, dans leur ensemble, ont participé à un travail dit de « modélisation » porté par la DIHAL. Le cahier des charges place le rétablissement en santé mentale comme un principe de base de l'accompagnement, mais ne hiérarchise pas les différentes approches théoriques et pratiques qui peuvent toutes servir ce même objectif. Ainsi sont mobilisées des activités de soins, de prendre soin, de prévention, de réduction des risques et des dommages, de promotion de la santé mentale positive, mais aussi de gestion locative adaptée et d'accompagnement social et à la citoyenneté. Un point central de l'approche reste que le lieu principal d'activité de l'équipe est le logement ou un lieu choisi

par la personne dans la cité. Rien, ou quasiment rien, n'est fait derrière un bureau. Il s'agit par ailleurs de s'appuyer sur les forces et les compétences de la personne pour l'accompagner. Les quatre piliers structurant du rétablissement : l'espoir, le soutien, le plaidoyer, l'*empowerment* et la responsabilité (ESPER), vont être mobilisés et vont interagir tout au long de cet accompagnement. Au-delà du principe, l'équipe va utiliser les outils du rétablissement. Certains spécifiques et plutôt réservés à la santé mentale (plan de rétablissement, WRAP ou directives anticipées), d'autres aspécifiques que nous allons préciser comme les visites au domicile, la multiréférence ou le binôme.

Avant tout, il faut insister sur le fait que la transversalité et la pluridisciplinarité sont des repères majeurs pour l'action (interministérielle, plurisectorielle, transdisciplinaire, pluriprofessionnelle), et permettent d'assurer une cohérence territoriale politique et juridico-administrative à partir de la densité des réseaux de partenaires prêts à travailler ensemble. Ainsi, la création d'un groupement alliant des acteurs du social, de la santé et du logement, qui portent la responsabilité partagée du dispositif et des deux financements, est requise par le décret. C'est le groupement qui portera le dispositif.

Le modèle d'organisation de l'équipe est la coordination. Ce qui est visé est la transversalité et le croisement des approches. Il est proposé que dans « Un chez-soi d'abord » « chacun fasse tout »,

sans hiérarchisation des professionnels de l'équipe, mais garde sa spécificité (métier) qu'il peut être amené à mobiliser en fonction des besoins de chaque personne accompagnée. Le « chacun fait tout » s'entend sur l'amélioration des conditions de vie des locataires et de leur bien-être ; cela nécessite en contre point que chacun soit très au clair sur ses compétences (en fonction de son métier), soit en capacité de les mobiliser dans des contextes hors normes et soit de même au fait des articulations possibles avec les autres métiers. La multiréférence, qui est par ailleurs le socle de l'accompagnement, vise à ce que la personne elle-même ait l'ensemble de l'information la concernant, donnant à l'équipe la possibilité de proposer une palette de réponse, en interne ou en externe au dispositif, répondant aux besoins et aux attentes des personnes. Le travail en binôme favorise, lors des visites à domicile, la place faite aux compétences personnelles et aux savoirs expérientiels des locataires - mais aussi des professionnels -, signant une dynamique d'appropriation et d'acculturation originale, en phase avec une orientation de rétablissement en contexte français. Enfin, l'intégration de MSP au sein même des équipes d'accompagnement est un des outils pour faire vivre le rétablissement. Dans l'expérience « Un chez-soi d'abord », il n'est pas possible pour une équipe de proposer une orientation rétablissement sans intégrer des MSP.

Ainsi, le rétablissement tel que mis en œuvre dans le programme « Un chez-soi d'abord » s'appuie sur une organisation d'équipe particulière, exigeant en amont la

construction collective d'une culture commune, passant par des besoins spécifiques de formation, de coordination intersites, de transferts de savoirs, mais aussi d'un partage collectivement assumé des risques et des inquiétudes - véritable épreuve collective à faire face ensemble - face aux situations problématiques ou complexes.

L'accompagnement dit « rétablissement » s'appuie sur le logement, c'est à partir du logement que les équipes vont intervenir. L'accès au logement - s'il peut passer par une phase initiale de lune de miel du fait d'une entrée rapide dans le logement - a aussi son cortège de difficultés pour les nouveaux locataires. Il s'agit d'assumer un certain nombre de responsabilités jusque-là absentes, comme le paiement du loyer et la gestion au quotidien d'un chez soi. La formule de l'intermédiation locative (IML), donnant à la personne sur une période, un statut de sous-locataire, est positive à condition qu'elle débouche sur un glissement de bail lui permettant de se réapproprier son entière liberté d'agir. Les équipes doivent à la fois trouver des logements financièrement accessibles et « embarquer » les bailleurs sociaux dans cette démarche - condition indispensable pour une stabilisation résidentielle durable. La qualité du logement est elle aussi importante. La tension sur le marché locatif ne permet pas toujours d'avoir le choix prôné par le modèle.

Le plan « Logement d'abord »

Le dispositif inscrit dans une politique de droit commun, s'adresse spécifiquement à des personnes atteintes de pathologies

mentales sévères, mais il a aussi apporté des arguments pour répondre plus largement à la question des publics sans-domicile, avec le lancement par le gouvernement du Plan quinquennal pour le Logement d'abord en septembre 2017. C'est un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile : l'hébergement n'est plus un passage obligé, toute personne se voit proposer un logement - sans autre critère que ceux du droit commun - assorti d'un accompagnement flexible et modulable pour faciliter l'accès et le maintien dans le logement. Ce plan comprend 5 grands axes et 60 mesures : il prévoit notamment, la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives ; il vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile ; il est enfin territorialisé, s'appuyant sur 23 territoires de mise en œuvre accélérée.

Outre « Un chez-soi d'abord », la stratégie du Logement d'abord est inscrite dans un mouvement initié il y a plus de 10 ans par Benoit Apparu alors secrétaire d'État au logement, avec la mise en œuvre des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), du référent unique, sur nombres d'expérimentations qui se sont aussi déroulées sur les territoires mettant l'accent sur logement par rapport à l'hébergement et enfin sur le déploiement des modèles « *Housing First* » à l'international.

S'agissant de l'accompagnement, le plan « Logement d'abord » pose le logement

comme lieu du travail d'insertion tout comme « Un chez-soi d'abord » pose le logement comme lieu de l'accompagnement. Sur la question de la responsabilité partagée pour qui « Un chez-soi d'abord » répond par le groupement, le plan « Logement d'abord » envisage la création de plateformes d'accompagnement permettant de mettre au pot commun les financements de l'accompagnement et apportant des réponses flexibles et adaptées aux besoins et aux attentes des personnes sortant ainsi de la logique de « mesures ». Sur la gouvernance, le plan affiche de mettre autour de la table l'ensemble des acteurs ayant la compétence sur l'accompagnement : l'État, le département et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Ceci implique de mettre en place des partenariats renforcés et de repenser les coopérations et les rôles de chacun en particulier du SIAO. De plus, cela pose la question de la pluridisciplinarité notamment, sur le volet de la santé en mobilisant les agences régionales de santé (ARS).

Les limites et les pistes de réflexion

Je conclurais sur deux points, d'une part les limites du dispositif, et d'autre part la transposabilité des approches d'accompagnement entre « Un chez-soi d'abord » et le Logement d'abord.

« Un chez-soi d'abord » affiche de favoriser l'insertion sociale et citoyenne des personnes accompagnées. En cela, il vise à faire reconnaître leurs capacités et leurs compétences et à travailler sur les

représentations ordinaires et stigmatisantes pour permettre leur inclusion sociale. Il s'agit de politiser des questions historiquement conçues comme l'affaire de professionnels spécialisés du sanitaire et du social. Pour autant, les locataires restent pour la quasi-totalité d'entre eux sous le seuil de pauvreté. Certains ont des difficultés à affronter les contraintes d'une citoyenneté ordinaire, en particulier sur l'accès à l'emploi ou sur les questions de solitude. Ainsi, l'appui sur des groupes d'autosupport ou d'entre-aide - comme les groupes d'entre-aide mutuelle (GEM) - est ici essentiel. « Un chez-soi d'abord » n'est évidemment pas une solution unique, mais ne peut trouver sa place que dans une offre multiple qui participe à promouvoir une nouvelle vision qui, en s'appuyant sur les forces des personnes, facilite l'inclusion sociale des personnes en situation de précarité et la déstigmatisation de la maladie mentale.

La transposabilité du modèle de l'accompagnement « Un chez-soi d'abord » vers le LDA ne pourra se faire à l'identique, mais bien sous la forme d'un travail d'appropriation. Si l'adhésion aux valeurs et aux principes est nécessaire, il s'agit ensuite d'adapter les modalités d'action au contexte, de la même façon que cela a pu se faire dans l'implantation du modèle « *Housing First* » venant d'outre-Atlantique. Ainsi, une première étape est d'être collectivement d'accord sur le principe qui pose le droit au logement comme droit fondamental. Le logement est alors reconnu comme un facteur déterminant de l'insertion et non comme un aboutissement d'un parcours au mérite

(« l'escalier d'insertion »). Cela remet de fait en cause la notion de capacité à habiter comme prérequis de l'accès au logement.

Si l'accompagnement dans le Logement d'abord peut s'appuyer sur les principes structurants du rétablissement, sur les outils non spécifiques décrits ici et sur l'approche par les forces, la pluridisciplinarité sera à rechercher en dehors de l'équipe, dans des coopérations avec les secteurs de la santé, et de l'emploi. Pour autant, au-delà des outils eux-mêmes, cela demande un profond changement des organisations visant à une approche transversale - et non pyramidale - du management et de la gouvernance, laissant à la personne elle-même les clés de son accompagnement. Il s'agit de dépasser les notions de participation pour impliquer les personnes au sein même des décisions qui les concernent. De même, l'implication des travailleurs pairs est à promouvoir.

« Un chez-soi d'abord », dans le cadre du travail d'accompagnement et de réflexion apporté par la recherche qualitative et la DIHAL, a permis d'embarquer l'ensemble des parties prenantes dans cette appropriation et cette adaptation du modèle à partir des principes du « *Housing First* ». Le plan « Logement d'abord » ne fera pas l'économie de ce travail sur l'accompagnement social ; c'est un des axes que développera la DIHAL en 2019 et 2020.

Enfin s'agissant du Logement d'abord, il faut souligner que l'accompagnement ne doit pas être une obligation pour l'accès au logement ni une condition de garantie systématique donnée aux bailleurs ;

certaines personnes n'auront peut-être pas besoin d'accompagnement ou celui-ci sera très court et ciblé sur quelques points particuliers. La réflexion menée par la Dihal, avec les territoires de mise en œuvre accélérée, sur l'engagement réciproque des

acteurs au sein de plateformes d'accompagnement devra permettre de garantir aux bailleurs une réactivité en cas de difficultés apparaissant au maintien dans le logement sur le moyen et le long terme.

« Diffusion des concepts et enjeux de l'extension d'une politique de logement d'abord sur le territoire national », Christian Laval

Christian Laval, sociologue

Il y a quelques jours, lors d'une intervention sur la question des reconfigurations professionnelles du « *Housing First* », un psychiatre a pris la parole pour critiquer le fait que ce modèle nous était importé des États-Unis qui nous a déjà apporté le manuel diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (DSM). Cette introduction me permet de revenir sur le fait qu'il ne faut pas minorer que ce dispositif vient d'Amérique du Nord, et ce n'est pas le seul. L'*empowerment*, le *care* et d'autres modèles encore ont traversé l'Atlantique et nous donnent l'impression d'aller toujours dans le même sens.

Diffusion du « *Housing First* »

Je me suis intéressée au-delà du travail sur le « *Housing First* », à la manière dont se construisaient des modèles d'intervention. Copier-coller ou appropriations diverses ? Je vous renvoie à la revue *Vie sociale* : « *Housing First* » au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie⁵, auquel ont contribué Roch Hurtubise, Pascale Estecahandy, moi-même et une quinzaine d'autres personnes qui amènent des contributions permettant de comprendre la manière dont ce modèle « *Housing First* » a traversé l'Atlantique, pour arriver en Europe.

À l'orée des années 1990 - 2000, face à la montée du problème public de sans-

abrisme, de l'itinérance, un certain nombre d'acteurs porte cette cause de manière importante, relativement différenciée du problème de l'exclusion en France ou de la pauvreté dans d'autres pays. Ce problème public est d'emblée transnational. Nous sommes dans le cadre d'une mondialisation, d'une globalisation économique, mais aussi dans le cadre d'une mondialisation et d'une globalisation des concepts. C'est pour cela qu'au départ j'ai parlé de *care* ou d'*empowerment*. Cette globalisation pose des questions sur l'universalité des concepts. Est-ce qu'un certain nombre de concepts, de modèles peuvent, à un moment donné, être effectivement applicables dans différentes régions du monde ?

Cela dit il est vrai que le « *Housing First* » peut donner l'impression d'être né ou d'avoir été inventé par des acteurs d'Amérique du Nord notamment des États-Unis, ce qui est vrai.

Durant les années 1990, il y a eu comme dans d'autres pays du monde, une augmentation du sans-abrisme aux États-Unis. En 2005, 400 000 de personnes sont sans domicile fixe. De grandes villes américaines sont envahies dans les centres-villes, lieux de condensation de la pauvreté. C'est la naissance du modèle « *Housing First* », que ce soit sur la côte californienne

⁵ « *Housing First* » au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie. *Vie sociale*, 3(23-24).

ou sur la côte est, on le doit notamment au psychologue Sam Tsemberis. Cette naissance américaine se diffuse selon deux stratégies.

Pour aller vite, la première stratégie a consisté à observer l'observation ce phénomène urbain qui se diffusait de ville en ville : New York, Philadelphie et d'autres villes américaines, puis la traversée de la frontière nord-américaine pour arriver au Canada. Cette diffusion de ville en ville se fait par une politique publique qui est plutôt rhizomatique et qui pose la question de l'appropriation d'une ville à l'autre d'un modèle en fonction des caractères particuliers des sites, ce qui a été explicité tout à l'heure.

Le deuxième point, c'est le succès de la diffusion en Amérique du Nord par le fait d'avoir fait alliance avec des chercheurs, pour mettre en place une recherche évaluative dans un contexte global de bonnes pratiques, de ce que les Anglo-saxons appellent *evidence-based policy*, c'est-à-dire des politiques basées sur la preuve. Effectivement, il faut faire la preuve que ce modèle fonctionne mieux que d'autres. On est quand même dans un contexte concurrentiel où l'on convoque la science, ce qui pose des questions particulières à l'éthique scientifique.

Ce modèle se diffuse en Amérique du nord et puis en Europe qui connaît une montée du problème public du sans-abrisme à partir des années 2000. Il arrive par le biais de l'Union européenne, entre les années 2000-2005, avec des acteurs américains qui viennent conseiller l'Union européenne pour essayer de mettre en place ce modèle.

Ce qui donne lieu à des financements particuliers sur un programme qui s'appelle « *Progress* », mais aussi à une diffusion davantage liée à des fenêtres d'opportunité pays par pays. La France en est particulièrement une, nous n'avons pas de financement européen dans le cadre du programme « *Progress* », mais nous avons une volonté politique de mettre en place le « Chez-soi d'abord ».

On a aujourd'hui, un certain nombre de villes et de pays d'Europe du nord et du sud qui ont mis en place le « *Housing First* ». Cette diffusion se joue différemment en ce qui concerne l'Europe du Nord et l'Europe du Sud. L'Europe du Sud étant dans une situation où la question de la fidélité au modèle est un peu plus remise en cause. Cette remise en cause est liée au fait que le contexte socio-économique de ces pays latins est plus complexe à appréhender. Ce qu'il faut retenir, en ce qui concerne le transfert d'un modèle, c'est l'exemple de l'idéal type de la Finlande. La Finlande a construit une politique publique un petit peu avant le « *Housing First* » américain, qu'elle a également nommé « *Housing First* » - sans savoir que le « *Housing First* » américain existait. Sur la question de la fidélité au modèle, on voit bien que sur cette problématique de transfert ou de circulation des concepts, en regardant de plus près, il y a une émergence dans différents lieux du monde de la question du Logement d'abord, qui n'est pas automatiquement liée à l'hégémonie américaine, comme c'est le cas pour le DSM IV ou le DSM V.

L'exemple finlandais

L'exemple finlandais est intéressant, il a permis de réduire de façon drastique la question des sans-abris en Finlande. C'est à relativiser par la taille du pays, mais il possède comme caractéristique le fait d'appeler « *Housing First* » ce droit au logement universel. En même temps, l'idée de *name on the door* (le nom sur la porte), cette caractéristique qui consiste à poser la question du sans-abrisme de façon décatégorisée, d'emblée, ce qui n'est pas le cas du chez-soi d'abord qui s'adresse à des personnes certes sans-abris, mais ayant des troubles psychiatriques sévères. Une autre caractéristique est celle de la mobilisation de la question du rétablissement, sans plus, il est important que les gens se rétablissent, pourtant ils n'en font pas une philosophie. Il n'y a pas systématiquement de pair-aidant, ce n'est pas une obligation du modèle. Autre caractéristique, il y a une politique publique finlandaise incitant leurs centres d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS) à se transformer en fabricant du « *Housing First* », notamment au travers des financements.

Les enjeux liés à l'appropriation

Qu'est-on en train de faire avec ce succès vertigineux ? Roch Hurtubise expliquait que l'on relativisait, que l'on essayait de reconfigurer le « *Housing First* » avec la question de la stabilité résidentielle. De façon générale, on peut se poser la question, est-il possible de faire un copier-coller d'un modèle en pensant qu'il est suffisamment universel, avec des principes de base qui s'appliquent dans tous les pays ? Ou est-ce qu'à un moment donné ce

modèle va évaluer voir disparaître - même s'il a été moteur de la cause des personnes ayant des troubles psychiatriques à la rue - et arriver à une diversité de modèle ? Il faut aussi s'enraciner dans l'histoire de la psychiatrie et du travail social en France. Cette question n'est pas nouvelle, elle s'est posée dans les années 1970 - 1980. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, il y a eu des expériences de psychiatrie, dites « alternatives », ayant donné lieu selon les pays européens à une variété de théories, de critiques, de pratiques sociales telles que la psychothérapie institutionnelle, les lieux de vie communautaire, la réhabilitation psychosociale, l'antipsychiatrie anglaise, l'expérience italienne de la loi 180, etc. Ce moment de désinstitutionnalisation fondateur pose à retardement la question du logement des personnes.

Toutes ces alternatives ont contribué à écrire, ce que Roch Hurtubise appelle un récit. Il y a un premier récit, celui du « *Housing first* » d'un bord de l'Atlantique à l'autre. Il y a aussi le récit de la désinstitutionnalisation, du désaliénisme. Nous avons à faire, avec un récit qui pose la même question que celle que je posais tout à l'heure, à la possibilité de transférer des modèles sur un nouveau sol. Peut-être, il est important de rappeler que Franco Basaglia disait que chaque situation est non exportable et appelle ses propres solutions. Dans les années 1980, il expliquait que ce qui s'était passé sur la loi 180 en Italie n'était pas exportable au Brésil. En même temps, Robert Castel a écrit avec Anne Lovell *La société psychiatrique avancée : le*

*modèle américain*⁶. La question se pose, je vais l'enraciner dans notre histoire, doit-on créer ses propres modèles en rejetant les modèles extérieurs ou est-ce qu'un moment donné les sociétés se nourrissent de leur propre histoire et vont inventer leur propre modèle avec la limite de « on ne peut pas exporter » ? Vous comprenez bien que dans le contexte qui est le nôtre, celui de la mondialisation, il n'y a plus d'extériorité, ni des pratiques, ni d'intellectuels. Dès qu'une pratique est mise en place dans un pays, elle est tout de suite diffusée dans un public qui n'est pas un public national. La question posée est comment faire pour être ouvert à ces nouveaux concepts et en même temps ne pas y perdre sa propre histoire, de telle manière que ce qui vient de l'étranger peut être rejeté.

⁶ Castel, F., Castel, R. et Lovell, A. (1979). *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris : Grasset.

DEUXIÈME TABLE RONDE : « HABITER, ACCOMPAGNER, SE SOIGNER... DE L'IMPORTANCE D'ÊTRE CHEZ SOI »

Discutantes : Catherine Dalphin, EMPP Interface SDF, CH St-Jean de Dieu et Laetitia Schweitzer, Relais Ozanam

« Santé mentale des usagers : participer et/ou (se) soigner ? Retour sur l'étude "Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale dans les CHRS de l'Ain" », Lou Einhorn et Mathilde Sorba

Lou Einhorn, psychologue, Orspere-Samdarra

Mathilde Sorba, sociologue, Orspere-Samdarra, centre Max Weber

Présentation de l'étude

L'objectif de l'étude était d'analyser les besoins et problématiques des parcours d'un public repéré comme mettant en échec les structures d'hébergement - un public dit « chronique », « cyclique » avec des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions, ainsi que les jeunes - afin de construire des propositions de réponses techniques pour leur prise en charge.

Les CHRS du département remarquaient, en effet, l'existence d'un public qu'ils nommaient « cyclique », qui circulait pendant des mois ou des années entre les CHRS, la rue, la prison et/ou l'hôpital psychiatrique sans réussir à sortir durablement de la rue.

Concernant la méthodologie, 39 entretiens individuels avec les personnes en situation de précarité ont été réalisés, de manière

formelle et informelle, afin de voir ensemble ce qui avait pu provoquer les ruptures dans leurs parcours et ce qui aurait pu être fait pour les éviter. D'autres entretiens ont eu lieu avec les professionnels des CHRS, là encore de manière formelle et informelle, ainsi qu'avec des professionnels d'autres structures ou associations du territoire. Au niveau du terrain, l'étude concerne 5 CHRS du département de l'Ain qui constituent 7 services, dont un spécialisé pour les jeunes de 18 à 25 ans et un pour les femmes. Différents types d'hébergement sont proposés : hébergements collectifs, regroupés et diffus.

L'étude a été restituée auprès des professionnels, mais aussi des usagers. Le rapport, présenté ici de manière

synthétique, est disponible sur le site de l'Orspere-Samdarra⁷.

Les parcours « cycliques » : Une population difficilement catégorisable ?

Un des premiers constats est que sur le plan de la santé mentale, on observe une diversité des formes de souffrances psychiques présentées par le public. Si certaines personnes ont des pathologies psychiatriques diagnostiquées, d'autres personnes semblent davantage présenter une souffrance psychosociale, expriment un mal être lié à leurs conditions de vie précaires. On observe encore des formes de souffrances liées à des problématiques d'addictions, des personnes qui souffrent parce que leur situation est vécue sur le mode de la responsabilité individuelle. D'une façon générale, il est difficile de faire une lecture exhaustive des formes de souffrance psychique présentées par le public.

Dans la mesure où les formes de souffrances ou de troubles sont très diverses, il est difficile d'appréhender le parcours de ces personnes à partir de catégories psychiatriques qui viendraient expliquer l'échec de ces parcours.

Autrement dit, appréhender l'échec de l'insertion sociale de ces personnes seulement à partir d'une défaillance de la

prise en charge psychiatrique reviendrait à exclure de l'étude ceux et celles pour qui aucun diagnostic n'a été posé, mais pour qui la souffrance est pourtant bien réelle.

Les entretiens réalisés avec les personnes viennent plutôt confirmer la nécessité de prendre en compte la question de leur santé mentale, mais dans une acception très large, allant de la question du mal être à celle de la pathologie psychiatrique.

Pour sortir de cette distinction entre psychiatrie et social, la mise en échec des dispositifs a été appréhendée à partir d'une lecture psychosociale des parcours individuels, consistant à appréhender les ruptures, les non-recours et les phénomènes d'exclusion à partir du point de vue des personnes, des professionnels et des institutions.

L'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer les pratiques ni de voir ce qui fonctionnait bien, mais de se concentrer sur ce qui pouvait être à l'origine des ruptures dans les parcours d'hébergement et de soin des personnes.

Difficile circulation entre les dispositifs du social : les interstices

Parmi les raisons identifiées comme pouvant être à l'origine des ruptures dans le parcours, il y a d'abord la question de la circulation entre les dispositifs du social. Plusieurs obstacles ont été identifiés

⁷ Einhorn, L. (2018). *Parcours d'hébergement et santé mentale : une étude des CHRS de l'Ain* (Rapport final de recherche). Lyon : Orspere-Samdarra. Repéré à

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Rapport_2018_Parcours_d_hebergement_et_sante_mentale_VF.pdf

notamment pour passer du « hors dispositif », donc de la rue, aux dispositifs. Sortir de la rue demande, en effet, une démarche active de la personne qui nécessite de surmonter plusieurs difficultés : tout d'abord, trouver de l'information. Certaines personnes interrogées n'avaient pas connaissance du 115. Il faut ensuite pouvoir dépasser ses préjugés et ses représentations négatives et accepter de s'identifier comme usager du dispositif, parfois stigmatisé. Cela nécessite de rencontrer les personnes qui prennent soin (accueil de jour ou maraude), la rencontre semblant assez déterminante pour accéder aux dispositifs.

Enfin, la sortie de la rue nécessite d'obtenir une place en hébergement adaptée ou acceptable. Dans de nombreux départements, le 115 est saturé. Les personnes rencontrées expliquent leurs errances entre plusieurs villes ou départements par la nécessité de trouver une place à la suite d'une exclusion des dispositifs du territoire ou parce que celui-ci est saturé.

Un autre interstice pouvant provoquer des ruptures semble être le passage de l'hébergement d'urgence à l'hébergement d'insertion, pouvant amener à la rupture. Pour passer de l'un à l'autre, la question de la temporalité peut être problématique, les personnes ayant 21 jours pour élaborer un « projet ». Ce qui peut être vécu comme une « injonction au projet » - dénoncée par les personnes comme par les travailleurs sociaux - peut faire violence aux personnes qui sortent de la rue.

Enfin, les personnes ne sont pas toujours consultées et impliquées dans la décision concernant le type d'hébergement ou d'accompagnement qu'elles souhaiteraient pour la suite (type d'hébergement, d'accompagnement, etc.).

Le troisième interstice est le passage de l'hébergement d'insertion à la sortie du dispositif. L'entrée en logement autonome ou en appartement diffus est parfois conditionnée aux représentations que se font les travailleurs sociaux de la capacité supposée de la personne à occuper un logement. Ces représentations sont basées en partie sur les capacités de la personne à « tenir » dans les structures collectives ou regroupées des CHRS. Le passage en appartement est vu comme l'aboutissement d'un parcours en escalier réussi. Si certaines personnes hébergées adhèrent à cette logique, pour d'autres, elle peut être à l'origine de la rupture. Dans un contexte de crise du logement, la logique veut que les travailleurs sociaux privilégient les personnes qui paraissent le plus en capacité de maintenir de bonnes relations avec les bailleurs et les voisins. Souvent, les personnes ayant des problématiques de santé mentale ne sont donc pas prioritaires face au peu de possibilités d'étayage dans le logement.

Du côté des personnes, le logement seul semble être la solution à tout et son absence est souvent utilisée pour expliquer les ruptures dans le parcours. Pour autant, le passage d'une structure collective au logement autonome est une période où la rupture est fréquente : des personnes qui déposent les clés de l'appartement dans la

boîte aux lettres du CHRS, quittent la structure une semaine avant de passer en appartement, décompensent et sont hospitalisées en urgence quelques jours avant, etc. Notamment parce que le passage en logement autonome peut occasionner un stress important.

Il y a donc un décalage entre les représentations des personnes et celles des professionnels sur le moment idéal pour accéder au logement autonome, qui peut là encore être source de rupture.

On remarque, au niveau de la circulation entre les dispositifs du social (de la rue aux dispositifs, de l'hébergement d'urgence à l'insertion, de l'insertion au logement autonome), une dépendance accrue des personnes aux intervenants ou aux structures d'hébergement, qui semble être en lien avec le manque d'accès à l'information. Il y a une importante demande de compétences, notamment avec la nécessité d'exprimer une demande, un projet tout au long du parcours, même si ces compétences ne sont pas forcément transposables à des situations de vie indépendantes. La logique du parcours de réinsertion en escalier est toujours présente et on observe de nombreuses ruptures entre les transitions. Ce système par étage peut prendre plusieurs années, les usagers se perdent entre les différentes étapes.

La vie au sein des dispositifs

Nous avons également observé comment se déroulait la vie au sein des dispositifs, largement évoquée lors des entretiens avec les personnes. Plusieurs difficultés ont été

évoquées, notamment la cohabitation entre les publics. Les cohabitations sont rarement choisies, que ce soit dans l'espace intime au sein du logement, de la chambre, ou dans les espaces collectifs des structures. La promiscuité, le manque d'intimité mettent en difficulté de nombreuses personnes. Certaines expliquent être en permanence sur leurs gardes, gardant avec elles les affaires auxquelles elles tiennent, ne pouvant pas se « poser » ni se reposer. La cohabitation est peut-être d'autant plus délicate pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale.

Les règlements et les sanctions paraissent inadaptés pour les personnes hébergées comme pour les travailleurs sociaux, notamment concernant les addictions. Le droit des personnes hébergées est peu visible dans les règlements. Les exclusions des structures parfois utilisées par les professionnels pour préserver le groupe et le collectif, font violence aux personnes concernées et aux professionnels, et elles semblent conditionner le rapport entre les deux parties.

Enfin, on observe une faible participation des personnes hébergées qui ne semblent pas se retrouver dans les modalités proposées comme les conseils de vie sociale (CVS). La question de l'ennui et du manque d'activité est assez présente dans les entretiens. Les personnes mettent en avant un accompagnement centré sur les démarches et semblaient être en demande de temps informel et hors bureau. Globalement, le collectif paraissait être vécu de manière contraignante tant du côté

des professionnels que des personnes hébergées. Il est peu valorisé et ne fait pas nécessairement sens.

Concernant l'interstice entre la psychiatrie, le sanitaire et le social, nous avons observé des difficultés à aller du social au soin. Les personnes rencontrées étaient plutôt très éloignées du soin, qui avait pu être utilisé sous contrainte, pour des remises de peine en prison. Le soin avait rarement été choisi dans leur parcours et les personnes avaient une image négative, voire très négative de la psychiatrie. Souvent, les personnes n'étaient pas en demande de soin, parfois dans le déni de leurs troubles, ce qui force donc à une adaptation des pratiques, les modalités de soin classiques ne correspondant généralement pas aux besoins (avec la nécessaire expression d'une demande, les délais d'attente importants, les rendez-vous espacés, la question de la sectorisation pouvant être d'importants obstacles pour l'accès au soin). Ainsi, l'accès au soin de santé mentale nécessitait un aller-vers, un accompagnement. En l'absence de soignant dans les structures d'hébergement, cet aller-vers est réalisé par les professionnels du social. À l'époque, il n'y avait que deux infirmières dans l'équipe mobile psychiatrie précarité pour l'ensemble du département de l'Ain. Face à ces difficultés à prendre en charge et accompagner vers le soin, la prise en charge a souvent lieu dans l'urgence et par la psychiatrie.

L'interstice entre la psychiatrie, le sanitaire et le social

Concernant l'interstice entre la psychiatrie et l'hébergement, il paraissait également

pouvoir être problématique. Lorsque des personnes ayant des troubles psychiatriques sortent de l'hôpital psychiatrique, les possibilités d'hébergement sont très limitées, les délais pour les entrées dans les structures spécifiques étant très importants. Ainsi, les assistantes sociales de l'hôpital savent que les CHRS ne sont pas adaptés, mais n'ont rien d'autre à proposer. Les personnes se retrouvent donc en CHRS, ce qui peut entraîner des ruptures de traitements et de suivis, les CHRS n'ayant pas les moyens de veiller à l'observance des traitements. La question de la coordination entre le sanitaire et le social est difficile, il n'y a pas ou peu d'espaces d'échanges instaurés et beaucoup de méconnaissances des deux secteurs et de leurs fonctionnements. Les professionnels se retrouvant en difficulté face à un suivi qui met leur accompagnement en échec.

Quelle place pour la santé mentale dans ces lieux et interstices ?

Enfin, nous avons essayé de voir quelle place il pouvait y avoir pour la santé mentale dans ces lieux et ces interstices. Plusieurs obstacles encore : la question de l'insécurité des conditions d'hébergement, la rupture dans les parcours des personnes, la peur de l'exclusion et la cohabitation ne laissent pas la place pour penser la santé mentale et le soin en santé mentale.

La santé mentale est traitée majoritairement sous l'angle de la psychiatrie, du trouble, de la crise face au peu de possibilités de prévention et de promotion de la santé mentale sur les territoires. L'accompagnement est

segmenté entre les différents acteurs, il y a la psychiatrie d'un côté, le social de l'autre et la personne au milieu. Peu d'espaces de concertation existent mêlant ces différents acteurs. La participation de l'utilisateur est limitée, que ce soit au niveau individuel sur son parcours, ou un niveau collectif, concernant la vie de la structure, ce qui peut rendre difficile la possibilité pour les personnes d'être acteur. Les usagers parlent d'un accompagnement centré sur les démarches et disent avoir l'impression de devoir rentrer dans des cases. Les intervenants sociaux ne se sentent pas compétents sur les questions de santé mentale et sont en difficulté face aux problématiques rencontrées.

Nous pouvons penser que les problématiques identifiées par l'étude sur le territoire de l'Ain se retrouvent sur d'autres territoires. Si l'étude porte sur la question de l'accompagnement social, les questions des ruptures ou du non-recours sont des problématiques communes aux champs sanitaire et social. Il nous semble donc possible de proposer une lecture commune de ces problématiques. Aussi, à l'Orspere-Samdarra, nous avons le souci que nos recherches proposent des termes à partir desquels les problématiques peuvent être appréhendées, mais aussi traitées. Il nous semble alors que les problématiques ici soulevées, peuvent être abordées comme des tensions entre d'une part le champ sanitaire et le social (le soin et l'accompagnement social), d'autre part, entre l'institution et les usagers et enfin entre les professionnels et les personnes accompagnées.

Évolution des rapports entre le champ sanitaire et le social : de l'importance d'avoir un « lieu » pour se soigner

L'analyse des parcours conduit à situer les problématiques de ruptures non pas seulement du côté d'individus qui ne seraient plus adaptés à des dispositifs, mais du côté des rapports entre les dispositifs, notamment ceux entre le sanitaire et le social.

Si depuis plusieurs années des pratiques de coordination tentent de fluidifier le passage entre le sanitaire et le social, celles-ci peuvent être limitées : d'une part, par des contraintes structurelles comme le manque de place, la saturation des dispositifs de soin qui limitent le champ des possibles ; d'autre part, parce qu'il n'est pas toujours possible de s'accorder sur la façon dont il s'agit d'appréhender la personne. Autrement dit, parce que les différentes logiques sanitaire et sociale ne situent pas toujours l'intérêt des personnes sur le même registre, il est difficile d'envisager aujourd'hui que l'utilisateur, le patient soit à lui seul le lieu d'une superposition entre les différentes logiques d'accompagnement.

Pour dépasser les limites de la coordination entre les dispositifs, il nous semble qu'il y a un enjeu à proposer d'autres lieux de rencontre entre le soin et l'accompagnement social, d'autres manières d'envisager cette superposition entre l'accompagnement et le soin.

D'une part, ce lieu commun, cette superposition entre sanitaire et social, peut être envisagée comme une logique

commune qui permettrait d'envisager le prendre soin comme une continuité entre des pratiques de prévention, de traitement et de suivi. Dans ce cadre, on peut envisager que la question du soin n'est pas limitée à celle d'un traitement ou d'une prise en charge médicale ou psychiatrique, mais qu'il y a aussi un intérêt à valoriser les qualités soignantes de la prévention et du suivi dans le cadre desquelles tous les acteurs, ceux de l'accompagnement social, mais aussi d'une façon plus globale l'environnement de la personne, ont leurs parts à prendre.

D'autre part, l'étude montre bien que le non-recours aux soins ne dépend pas que des causes pathologiques, mais aussi sociales, comme l'éloignement géographique entre le lieu d'hébergement et les services de soins qui peut constituer un frein. De plus, les représentations sur la vie en établissement peuvent aussi freiner les personnes à avoir recours aux services de soins. Enfin, parce que la vie à la rue peut faire passer au second plan la nécessité de se soigner.

Les politiques de logement d'abord, en favorisant l'intégration dans le logement des personnes sans domicile fixe, nous invitent à considérer l'importance d'avoir un lieu pour se soigner. Dans ce cadre, il ne s'agit plus de considérer le logement comme le lieu d'une mise à l'abri, mais aussi un lieu où se soigner.

Dans ce cadre, au niveau de l'Orspere-Samdarra en tout cas, il nous semble qu'il y a aussi un enjeu à penser le logement comme un nouvel espace d'intervention. Le lieu d'une rencontre entre les

professionnels du champ sanitaire et social, mais aussi le lieu de rencontre entre les professionnels et les habitants, où il s'agit de repenser les frontières entre l'espace privé et l'espace professionnel. D'une façon générale, on peut penser qu'il y a un enjeu à construire une culture commune autour du logement comme espace d'une intervention de soin, d'accompagnement.

Évolution des rapports entre l'institution et les usagers : de l'importance d'être chez soi

Deuxièmement, cette approche en termes de parcours proposée par l'étude, conduit à situer la question des exclusions non pas seulement du côté de la capacité des usagers à s'adapter à la vie en institution, mais, dans le rapport entre les usagers et les modèles institutionnels.

Interroger ce rapport semble d'autant plus important qu'aujourd'hui les modèles institutionnels de prise en charge, que ce soit aussi bien dans le champ sanitaire que du social, sont fortement questionnés. Si certains y voient l'impossibilité pour les personnes accueillies de s'émanciper, d'autres voient l'intérêt qu'il y a à valoriser les modèles institutionnels et la vie au sein des établissements. D'une part, parce que la vie en établissement et en structure collective peut, sous certaines conditions, être étayante pour la personne.

D'autre part, parce que les institutions constituent encore des lieux d'hospitalité dans un contexte de crise du logement, mais aussi dans un contexte où vivre dans les institutions permet encore de se prémunir des risques liés à la stigmatisation

sociale dans une société qui ne serait pas encore totalement inclusive.

Dans ce cadre il semble qu'il y a aujourd'hui un enjeu à voir comment les modèles institutionnels pourraient répondre à ces besoins d'émancipation.

Une des solutions proposées se trouve dans la dynamique participative impulsée depuis les années 1990, mais peut être limitée lorsque les formes de participation sont trop institutionnalisées et parfois vécues comme une injonction à participer.

En effet, il est parfois difficile pour les personnes de s'engager dans des dispositifs de participation lorsqu'elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour prendre la parole en public, ou encore il est difficile d'avoir une parole libérée devant des représentants d'institutions et que, au lieu de valoriser la portée critique de ce que l'on va dire, on préfère l'autocensure.

Dans ce cadre, il semble que l'un des enjeux de la participation des personnes, ne se situe pas seulement du côté de la création d'espaces de dialogue entre les usagers et les institutions, mais aussi du côté de l'espace d'échange, entre usagers, d'espaces où il y a un entre soi.

Autrement dit, on peut se dire que ce que cette perspective d'habiter, mobilisée aujourd'hui dans le Logement d'abord, nous invite à considérer l'importance d'avoir un chez soi pour s'engager, participer à la vie publique, s'engager dans un parcours de réinsertion, reprendre part à la cité.

Évolution des rapports entre usagers et professionnels : de l'importance d'être soi

Enfin, l'étude nous invite à appréhender la question de l'absence d'engagement des personnes, non pas seulement du côté de leur capacité à formuler une demande ou à se projeter dans l'avenir, mais dans les rapports entre professionnels et usagers.

L'analyse des parcours montre comment les écarts qu'il peut y avoir entre les attentes des dispositifs en termes de critères d'accès aux services ou les attentes en matière d'investissement dans un projet d'avenir peuvent produire des exclusions lorsque ces attentes ne sont pas les mêmes que celles des personnes.

Or ce qui est proposé aujourd'hui dans la politique de Logement d'abord, c'est bien d'envisager l'accompagnement à partir d'objectifs à poursuivre pour la personne, plutôt qu'à partir des modalités prédéfinies d'accès aux dispositifs. Autrement dit, les attentes sont moins à envisager du côté des dispositifs que des personnes.

Dans ce cadre, il est attendu de la part des professionnels que ceux-ci adaptent leurs pratiques, leurs accompagnements aux besoins de la personne, que ces pratiques soient moins pensées en référence à des modèles théoriques ou encore des guides de bonnes pratiques, mais qu'elles puissent se rendre malléables, adaptables aux besoins singuliers de chaque personne, à la particularité de chaque parcours. Cela nous invite aussi à faire de la personne un référentiel, et dans ce cadre, l'accompagnement est à envisager comme

une pratique de collaboration entre professionnels et usagers, où les attentes et les besoins sont codéfinis, où la divergence de point de vue sur les propositions d'accompagnement peut être débattue entre professionnels et usagers. Ainsi, peut-être y a-t-il un enjeu à valoriser le savoir expérientiel de ces personnes accompagnées.

Perspectives

Aujourd'hui, l'évolution des pratiques est accélérée, notamment par la puissance publique qui propose comme cadre une politique de Logement d'abord pour repenser les modalités d'accompagnement et les formes de relation entre professionnels et personnes accompagnées.

Ce contexte peut être vécu de façon contraignante ou anxiogène pour les professionnels qui sont invités à inscrire leurs pratiques dans des appels à projets.

Dans ce cadre, il nous semble important que cette évolution soit à envisager comme une action collective entre : la puissance publique qui propose des cadres qui permettent de soutenir cette évolution ; les professionnels à qui l'on demande d'expérimenter, d'ajuster, d'innover ; les usagers qui disposent de certaines connaissances et savoirs sur le

fonctionnement des dispositifs et institutions.

Ainsi, il y a peut-être un enjeu à proposer des espaces d'échanges entre ces trois niveaux de l'action : institutions professionnelles et usagers ; ou d'organiser les débats où les différents points de vue peuvent se confronter et où l'on reconnaît la portée critique de tous les savoirs.

D'autre part, si le « Logement d'abord » correspond plus à un changement de paradigme autour de la question de l'accès au logement et d'une perspective d'habiter, les pratiques attendues ne se réfèrent pas à un modèle commun, il y a peut-être un risque de concurrence entre les modèles théoriques.

Dans ce cadre, il paraît important de ne pas entrer dans une logique concurrentielle entre les différentes écoles et modèles. Peut-être que l'enjeu, ce n'est pas de trouver un modèle de référence, mais de documenter les différentes pratiques, façons de faire, d'adopter une approche pragmatique et de voir ce que le fait de singulariser les pratiques et les prises en charge viennent faire à nos modèles.

« De la rue à « l'expertise » : retour sur un parcours singulier de "précaire" », Jean-François Krzyzaniak

Jean-François Krzyzaniak, patient expert

Discussion avec Laëtitia Schweitzer, chargée de mission « travail pair » relais Ozanam.

Laëtitia Schweitzer : « On a parlé du caractère un peu prescripteur des accompagnements dans des espaces et des temporalités qui sont surdéterminés par les dispositifs, les institutions et des pratiques professionnelles existantes. Peut-être qu'en premier lieu, tu peux nous expliquer dans ce que toi tu as vécu, qu'elles ont été les échecs de l'accompagnement ? Comment déconstruis-tu ça ? Et comment ça a pu fonctionner à un moment ou un autre pour que tu en arrives là aujourd'hui ? »

Jean-François Krzyzaniak : « J'ai un parcours atypique. J'ai 19 ans de rue. Il y en a qui ont 19 ans d'incarcération. Effectivement au cours de ces 19 ans de rue, j'ai cherché à sortir de la rue - pas toujours de mon plein grès. On vit dans une société où la normalisation est une obligation de fait, il y avait toujours un travailleur social ou un infirmier psychiatrique qui était là pour me dire " Allez hop, tu vas retourner en structure, tu vas retourner là ! ". La rencontre ne se faisait pas pour deux raisons. La première, c'est que le grand défaut de la formation des travailleurs sociaux, c'est qu'on leur demande de travailler d'après une grille. Une grille référentielle où les gens doivent automatiquement reprendre un parcours normal, comme s'il n'y avait que cette voie-

là. Bien souvent, on ne prend pas en compte qu'avec le temps, la personne se dégrade, que la personne change, évolue. On reste toujours avec des connaissances que l'on a, de dossiers que l'on se refile les uns et les autres, sans vraiment tenir compte de ce qui évolue. Il y a cette temporalité qu'ont longtemps eue les CHRS, "patientez chez nous, maintenant t'es interné". Moi, j'ai toujours parlé d'internement. Quand on me mettait dans un CHRS, pour moi c'était un internement. Il n'y avait plus d'hôpital psychiatrique pour m'accueillir, mais il y avait un centre d'hébergement et de réinsertion sociale. J'ai connu l'époque du CHRS où on m'autorisait à sortir 2 heures par jour pour aller chercher du travail avec une seule condition : quand je rentrais, je soufflais dans un éthylotest. Si j'avais dépassé la dose, je ne rentrais pas, je dormais dehors. Ce n'est pas vieux, ces pratiques-là ont existé et existent encore quelquefois. Un jour j'en ai eu marre, je me suis dit " la rue c'est vachement mieux ". Il n'y a plus de contrainte. Même si dehors, c'est la survie, il y a plus de contraintes à rentrer dans des normes et à devoir se dire " Il faut que j'aille demander l'allocation adulte handicapé.", " Il faut que j'aille demander le RMI "... Dehors, on s'en fout de tout ça, ce qui est important c'est manger, se laver, dormir, gagner de quoi financer ses addictions. Je le reconnais, je suis devenue alcoolique avec la rue. J'ai de la chance de ne pas avoir sombré dans la toxicomanie, c'est peut-être

d'avoir vu d'autres jeunes tomber d'overdose autour de moi qui m'a sauvé. J'en suis arrivée au bout de 15 ans à me dire que de toute façon je ne sortirai jamais de la rue malgré plusieurs tentatives de retour au logement. Pour moi la rue était devenue une addiction. »

Laëtitia Schweitzer : « Comment à un moment, la rencontre qui n'a pas eu lieu, celle dont tu parlais au début de ton intervention, s'est produite ? Comment cet accompagnement a-t-il été possible ? »

Jean-François Krzyzaniak : « La rencontre s'est faite avec un infirmier d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) malgré toutes les difficultés qu'il y avait à maintenir du lien pour le soin. Il fallait me retrouver dans les squats, là où je me cachais quelquefois. Il a aussi fallu que cet infirmier accepte de sortir de sa pratique professionnelle. Suite à une hospitalisation qui s'est mal passée, je n'ai plus voulu retourner voir l'EMPP. C'est par le biais de tout un réseau de rue - car à la rue, tout le monde se connaît et tout le monde sait où chacun se trouve - que cet infirmier de l'EMPP a pu me retrouver. Il s'est rendu dans le squat où je m'étais installé. Lorsqu'il a vu l'installation électrique que j'avais faite, il s'est dit " ce n'est pas possible". Le samedi suivant, même s'il ne travaillait pas il est venu avec son beau-père qui a bricolé une installation électrique qui m'a permis de rester dans le squat. C'est cela qui a permis la rencontre, car j'ai vu cet infirmier psychiatrique autrement que "cet abruti" qui voulait à tout prix que j'aie voir le psychiatre régulièrement, qui voulait que j'accepte d'aller faire une piqûre toutes les

trois semaines, alors que ce n'était pas ça mon truc. Mon truc à moi, c'était de discuter avec un psy oui, mais avec un psychologue. Le psychiatre ne m'écoutait pas, j'avais beau lui dire que pour moi, la rue était comme une addiction, il me répondait que ce n'était pas possible. Pourtant, un jour j'en ai discuté avec le psychiatre Alain Mercuel, il m'a dit "Mais tout à fait, on peut considérer la rue comme une addiction !". C'est comme ça que j'ai construit mon parcours de sortie de rue. De fait, il a fallu trouver autre chose. À la suite d'une agression à l'arme blanche, cet infirmier m'a dit qu'il allait essayer de voir avec les équipes de travailleurs sociaux pour trouver une solution. On s'est d'abord adressé au SIAO et ça a été difficile : " Krzyzaniak on connaît ! On a tenté. C'est bon. " Malgré tout, la coordinatrice du SIAO a bien voulu tenter dans un autre département. C'est comme ça que j'ai quitté Troyes en Champagne Ardennes pour aller à Angers, ça a été long. Le plus terrible, c'est qu'on vit sur un territoire national, mais chaque département garde ses pauvres. J'ai galéré pendant 9 mois à attendre une place dans une structure avec la chance de rencontrer des personnes ayant envie que ça réussisse. Ils s'en sont donné les moyens, c'est-à-dire que là où certains tentent de faire ce que l'État leur impose, c'est à dire, du quantitatif. D'autres tentent de faire du qualitatif. C'est cela qui fonctionne. Comme je le dis dans le cadre du projet du Logement d'abord accéléré que mettent en place les grandes métropoles, c'est le qualitatif qui fonctionne. Par exemple, à Nantes, on a demandé lors du comité de pilotage que parmi les 1 200 familles

accompagnées, au moins 15 % bénéficient non pas du quantitatif, mais du qualitatif, parce que ce sont des cas complexes. Ayons le courage de se dire qu'il y a 15 % des personnes qui doivent passer par cette voie-là. Grâce à ça, je suis arrivée à un bon endroit. »

Laëtitia Schweitzer : « Qu'est-ce que le qualitatif ? Quand tu racontes la première rencontre avec cet infirmier en EMPP, j'entends qu'il y a eu un changement dans le rapport social. Il sort de son statut de professionnel et vient à ta rencontre sur son temps personnel, il se présente comme un sujet à toi. Il sort de son rôle "agentique". Comment la qualité se décline dans un dispositif, quand on se permet d'en faire, c'est-à-dire quand on change le rapport social ? »

Jean-François Krzyzaniak : « Justement, on accepte les pas de côtés de la personne que l'on accompagne. On accepte le fait qu'il se mette en échec, parce que ça veut dire quelque chose. On essaye de comprendre avec lui pourquoi soudain il veut casser cette réussite qui est en route. Pourquoi ça ne lui convient pas ? Qu'est-ce qu'on n'a pas bien fait ? C'est accepter à la fois de mettre la personne accompagnée et l'accompagnant en concurrence. Se dire qu'est-ce que lui n'a pas bien fait ou qu'est-ce que moi je n'ai pas bien fait ? Je dois dire que pour nous, les personnes accueillies ou accompagnées, ce n'est pas toujours évident.

Quand on quitte la rue, après des années et qu'on nous met dans un logement, ce n'est pas toujours évident. J'en ai souvent fait l'expérience. Quand je suis arrivé dans mon

logement - c'était de la sous-location par association - j'ai continué à aller chercher des cartons dans la rue pour dormir dessus avec mes couvertures pendant 6 mois. Ensuite, pendant encore 5 mois, je dormais sur le lit, mais dans mon sac de couchage avec mes deux chiens. Je n'avais toujours pas mis de tapis pour eux par terre, parce que normalement ils sont toujours à côté de moi. Au bout d'un an, j'ai commencé à faire un lit normalement, avec une alèse, un drap house, une taie d'oreiller. Ce n'est pas toujours accepté et pourtant c'est comme ça que ça a marché. Il y a plein de petits détails. C'est des réapprentissage. Le premier plaisir que j'ai retrouvé dans le fait d'avoir un logement, c'est de ne plus avoir à ouvrir une canette de bière ou un litre de rosé, mais à me faire un café. C'était une satisfaction. Comme le logement que j'avais été réellement adapté, il y avait une petite cour, ce n'était pas oppressant. Il n'était pas dans des cités HLM (habitations à loyers modérés), comme on voit trop souvent. J'ai pu réussir à accepter de "réapprendre à habiter". »

Laëtitia Schweitzer : « Aujourd'hui, tu t'appelles expert de rue. Tu t'es octroyé ce titre. C'est intéressant, tu peux nous expliquer pourquoi tu ne recours pas à l'appellation de travailleur pair ? Comment tu es passé à tes propres yeux ou à celui de tes interlocuteurs en situation d'expertise ? Comment s'est construite cette expertise ? Comment tu la légitimes ? »

Jean-François Krzyzaniak : « Je suis arrivé à reprendre confiance en moi et à avoir de l'estime pour moi. Comme Christian Laval l'évoquait, dans les années 2005-2007,

l'Europe a lancé des choses intéressantes. La FAS à l'époque la FNARS (Fédération nationale des associations de réinsertion sociale) s'était emparée de projets européens, auxquels elle cherchait à faire participer des personnes en grande précarité, en particulier à la rue. J'ai donc pu participer à ça, notamment à Regard croisé, un MOOC (Massive open online course). Lorsque je prenais la parole pour parler de mon expérience, on ne disait pas : "t'as vu les conneries qu'ils racontent". Et petit à petit, j'ai pu me dire que ce que je disais, ce que je pensais pouvait s'avérer être utile. Puis il y a eu les Don Quichotte qui ont contribué à changer le regard sur les personnes sans-abris. Ce mouvement a été vraiment important, puisque des gens se sont emparés de la question et un jour, on a vu arriver un préfet à la tête d'une commission interministérielle à l'hébergement et au logement qui a reconnu le besoin de l'expertise des gens de la rue pour savoir ce dont ils ont besoin et ce qu'ils veulent. De là, on a commencé à construire de véritables politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme. C'est trop facile de discuter entre soi, entre professionnels, universitaires et politiques. Souvent les offres qui étaient faites

n'étaient pas les nôtres, elles ne répondaient pas à nos besoins. C'est ainsi que j'ai découvert mon expertise. J'ai vu que je pouvais développer des choses, je me suis dit puisque j'ai cette expertise, il faut que je la mette au service des autres. Je me suis autoproclamé, patient-expert, car je suis capable d'analyser ma situation, de prendre du recul. De la même façon, je suis capable de dire que je suis à la rue, que je suis alcoolique. Ça me permet de mieux comprendre, quand je rencontre des collègues de rue ou dans des structures, leurs problématiques et de les accompagner. Pourquoi je ne suis pas dans la pair-aidance ? C'est parce que si je rencontre un pote en difficulté, je vais le conseiller. C'est de la solidarité. Si je lui apprends à se refaire un café le matin de nouveau, c'est de la solidarité, pas de la pair-aidance. De fait, j'ai trop peur que demain on utilise la pair-aidance pour faire du sous-travail social et qu'on démolisse aussi des gens. Parfois, faire de la pair-aidance, c'est accompagner des personnes qui sont en plus grande difficulté que nous et qui peuvent nous remettre dans nos propres difficultés dont nous voulons nous sortir. »

« *Housing Works* ! Logement et bien-être : une revendication des personnes concernées », Tim Greacen

Tim Greacen, docteur en psychologie, directeur laboratoire de recherche, GHU de Paris Psychiatrie

Housing Works

À la fin des années 1980, il y avait des prescriptions d'antirétroviraux à titre expérimental (AZT, etc.) pour les usagers de drogues malades du sida, c'était avant l'accès aux produits de substitution. Ces traitements représentaient 10 000 francs de médicaments par mois. Les médecins ne pouvaient pas prescrire un repas ni un lieu pour dormir, mais les personnes repartaient avec un sachet de médicaments à 10 000 francs.

Au début des années 1990, à New York, pour les usagers de drogues noirs et hispaniques qui avaient accès aux soins, mais qui étaient sans logement, leurs traitements leur étaient directement apportés dans la rue. Act Up New York crée la « *Housing Commission* » dans le *Lower East Side*, le fondateur du mouvement est Keith Cylar, le mot de ralliement devient « *Housing Works* ». Un jeu de mots, signifiant à la fois logements sociaux et le logement qui marche. Ce qui est souligné est qu'un des déterminants majeurs de la santé est d'avoir un lieu pour dormir, il y a en a beaucoup d'autres, mais c'est un déterminant essentiel. L'importance n'est plus mise sur l'usage ou non de drogues, mais de pouvoir se poser, faire le point, prendre les choses en main, se ressaisir dans un logement. Le « *Housing First* » a pris ce modèle. Le premier pas n'est pas de

donner un traitement aux personnes, mais un logement.

Housing First

Du côté professionnel, le pionnier est le Dr Tsemberis (*Department of Psychiatry*, Université de New York) et l'ONG *Pathways to Housing*. « *Housing First* » est basé sur la notion du droit au logement, même pour ceux qui ont un problème d'alcool ou de drogue. Ce modèle s'oppose à l'ancien modèle qui exigeait que la personne soit « propre » (sevrée et sous traitement) en échange d'un logement. C'est une approche alternative au modèle de réhabilitation progressive (*continuum of care*) avec l'hébergement d'urgence, la stabilisation, le passage au logement collectif, avant d'intégrer un chez-soi. Cette approche est basée sur l'idée qu'il faut soigner les causes de l'itinérance de la personne (le « sans-logisme »).

Un programme « *Housing First* » met la personne sans domicile fixe directement de la rue vers un chez soi. Il est basé sur l'idée que le premier besoin d'une personne sans domicile est un logement stable, et que les autres questions qui pourront jouer sont à aborder une fois que la personne est chez elle, dans son logement à elle.

Résultats outre-Atlantique

Concernant les résultats, 30 % des personnes sans-abris chroniques ont été relogées aux États-Unis entre 2005 et 2007,

grâce à la généralisation des programmes « *Housing First* ». Il y a eu aussi une réduction notable des recours aux urgences, des durées moyennes d'hospitalisation et des incarcérations.

Selon les rapports, 70 à 80 % des personnes sont encore dans leur logement après 4 ans.

Les économistes de la santé ont prouvé que ces programmes étaient rentables et présentaient un rapport coût/efficacité supérieur à toutes les solutions classiques.

Le rétablissement

Le rétablissement vient de mouvements d'usagers et d'ex-usagers de la psychiatrie. Dans les années 70, un nouveau mouvement s'est développé : le mouvement des anciens patients, ou survivants de la psychiatrie, qui se battaient pour leurs droits. Ils publiaient des comptes-rendus de leur rétablissement de maladies mentales sévères. Ils réintroduisent l'idée d'un aller mieux. Ainsi, la notion de *recovery* voit le jour, elle est traduite en français par rétablissement.

Patricia Deegan, psychologue et chercheuse américaine, qui a été diagnostiquée « schizophrène » à l'âge de 17 ans, définit le rétablissement « non seulement en référence au processus par lequel on se remet d'une maladie mentale, mais aussi à celui par lequel on se remet des effets de la pauvreté, d'être un citoyen de seconde zone, de la stigmatisation intériorisée, des mauvais traitements et traumatismes subis de ces "personnes qui sont là pour vous aider", et des effets destructeurs pour l'esprit, du système psychiatrique » (Patricia Deegan, 1996).

La diffusion du modèle

Les gouvernements de différents États s'emparent de cette théorie :

- en Nouvelle-Zélande, la *Mental Health Commission* en 1998 ;
- aux États-Unis, le *Department of Health and Human Services*, en 2003 ;
- en Irlande, la *Mental Health Commission*, en 2005 ;
- au Royaume-Uni, dans un premier temps il y a la création de la *Royal College of Psychiatrists (A common purpose : Recovery in future mental health services)*, en 2007 ; puis un ministère de la Santé en 2009 ; enfin, en 2011, « Pas de santé sans santé mentale » devient un objectif national : « Davantage de personnes connaissant des problèmes de santé mentale se rétabliront » ;
- en Australie, le *National Framework for Recovery-oriented Mental Health Services* en 2013 ;
- au Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, en 2015 ;
- en France le Ministère des Solidarités et de la Santé, en 2017.

En France, l'article R. 3224-6-I du décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale sur les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale dispose que la priorité numéro 2, est un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.

Les cinq principes clés du Rétablissement (Copeland, 1997) :

- L'espoir : la personne qui connaît des difficultés de santé mentale se rétablit autant que possible, atteint un état de rétablissement stable et entreprend alors de réaliser ses rêves et ses objectifs ;
- la responsabilité personnelle : il incombe à chacun, avec l'aide des autres, d'agir et de faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien ;
- la formation : apprenez tout ce que vous pouvez sur ce que vous éprouvez afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant tous les aspects de votre vie ;
- le plaidoyer pour soi-même (*self-advocacy*) : sachez communiquer avec les autres de façon efficace afin d'obtenir ce dont vous avez besoin, ce que vous voulez et ce que vous méritez pour continuer à aller bien et à vous rétablir ;
- le soutien : si c'est à vous de travailler sur votre propre rétablissement, savoir accepter le soutien d'autrui, savoir aider autrui vous aidera à vous sentir mieux et améliorera votre qualité de vie.

Wellness & Recovery Action Planning (WRAP - UK), 8 sections

- Le bien-être : explorez ce que signifie le bien-être pour vous et comment vous êtes lorsque vous vous sentez en pleine forme. Cela aide à ne pas perdre de vue ce que vous pouvez être ;
- la boîte à outils du bien-être : recensez ce qui peut vous aider à vous maintenir à votre plus haut niveau de bien-être ;

- le programme journalier : notez ce qu'il faut que vous fassiez régulièrement afin de maximiser votre bien-être ;
- les déclencheurs : événements extérieurs ou circonstances susceptibles de mettre à mal votre bien-être. Vous repérez et faites la liste de vos déclencheurs personnels et élaborer un plan d'action vous permettant d'y faire face ;
- les signes avant-coureurs : des signes subtils de changements émotionnels et comportementaux qui vous indiquent (ou indiquent à autrui) que vous n'allez plus si bien. Repérez et recensez ces signes et élaborer un plan d'action qui vous permette d'y faire face ;
- lorsque tout se dégrade : ressentis, comportements et signes physiques qui vous indiquent que les choses s'aggravent. Il se peut que vous-même ou quelqu'un d'autre ayez besoin d'agir immédiatement afin d'empêcher que la situation ne s'empire ;
- le plan de crise : un plan que vous rédigez lorsque vous allez bien. Il contient des informations destinées aux autres sur le type d'aide que vous souhaitez recevoir si vous vous sentez moins en mesure d'affronter la vie ;
- le plan d'après crise : faire un bilan du fonctionnement du Plan de crise et déterminer les mesures que vous souhaitez éventuellement prendre à la suite d'une crise ou lorsque vous n'avez pu faire face. Vous examinez les changements à opérer, ce que vous pouvez apprendre et ce qui vous aidera à optimiser votre bien-être.

Le Projet Emilia à Paris : Construire sur ses forces

Il faut imaginer le professionnel, non pas comme un gestionnaire des urgences, un régleur de problèmes, un sauveur, mais comme un enseignant, un formateur, un accompagnateur, un défenseur. Un expert avec une boîte à outils qu'il met à disposition de l'utilisateur dans le cadre de son projet de vie, mais aussi à disposition de la ville pour l'aider à intégrer l'utilisateur. Un expert qui passe la moitié de son temps avec le milieu de la personne.

Les usagers apprennent à valoriser qui ils sont et ce qu'ils ont réalisé. Le focus est mis sur les forces et les réalisations de chacun

et non pas sur les perceptions négatives de leur condition. Le projet personnel, professionnel et de santé (PPPS) se construit sur les espoirs personnels pour le futur, les aspirations, la volonté de l'utilisateur.

La cité - au-delà des services de santé mentale - foisonne de possibilités parfaitement atteignables pour les participants. La personne vivant avec un trouble de santé mentale continue à apprendre, à grandir et à changer.

TROISIÈME TABLE RONDE : « ALLER VERS... DE NOUVEAUX DISPOSITIFS ET DE NOUVELLES PRATIQUES ? »

Discutantes : Fanny Gagnaire, cheffe de projet hébergement/logement, Fédération des Acteurs de la Solidarité – Auvergne-Rhône-Alpes et Mathilde Sorba, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber

« Accompagnement social : exemple d'un changement de pratiques orientées vers le rétablissement et le pouvoir d'agir », Virginie Bulliod, Marie-Paule Chanel et Elodie Gilliot

Virginie Bulliod, travailleuse sociale, LAHSo

Marie-Paule Chanel, travailleuse paire, LAHSo

Élodie Gilliot, psychologue, Orspere-Samdarra, laboratoire de psychopathologie et de neuropsychologie Université Paris 8

L'exemple d'un changement de pratiques orientées vers le rétablissement

Nous avons démarré notre nouvelle pratique professionnelle en avril 2018, elle résulte du rapprochement de deux services, dont le projet commun était la mise en place d'un travail en multiréférence dans le cadre d'une approche rétablissement. Les deux services concernés sont d'une part, le CHRS « Accueil et Logement » accueillant 25 ménages (familles avec ou sans enfants, hommes avec enfants). La mission principale du CHRS est d'accompagner des personnes sans logement via un hébergement en logement diffus avec un accompagnement social global. L'autre service concerné est le « Service Habiter »,

proposant un accompagnement social lié au logement. Nous accompagnons des personnes via une multitude de mesures : ASLL (accompagnement social lié au logement), FNAVDL (fonds national d'accompagnement vers et dans le logement), dispositif étage (qui émane du projet de la manifestation d'intérêt) et action logement. La mission principale de ce service est d'accompagner des ménages en situation de précarité au regard du logement et selon différents champs d'intervention : l'aide à l'accès et à l'appropriation du logement et l'accompagnement au maintien dans le logement. Quoi qu'il en soit, les deux services œuvrent pour accompagner des personnes sur les questions du logement selon des portes d'entrée différentes,

relatives aux dispositifs précédemment cités. Nous accompagnons 180 ménages par an, avec une moyenne de 120 ménages par mois. L'équipe se compose de huit travailleurs sociaux et d'une travailleuse paire (Marie-Paule Chanel), qui a rejoint l'équipe en décembre 2018. Avant d'expliquer notre nouvelle organisation et notre nouvelle pratique, nous allons vous présenter les éléments qui nous ont amenés à cette réflexion et à la mise en œuvre d'un changement d'accompagnement et de pratique professionnelle.

En 2016, il y a eu une dynamique associative de LAHSo sur la sensibilisation aux nouvelles approches d'accompagnement. L'ensemble des salariés de l'association a participé à une journée d'information et de travail sur les concepts du logement d'abord. Le contenu de cette formation nous a interpellés sur nos pratiques et a fait émerger une volonté de repenser l'accompagnement en proposant des modalités mettant davantage en exergue l'émergence des potentialités des personnes accompagnées, afin qu'elles puissent s'appuyer davantage sur leurs compétences et être plus actrices de leur accompagnement. L'accompagnement antérieur, en référence unique, était efficient. Il méritait d'être repensé et il ne permettait pas totalement à la personne concernée de faire émerger des axes de travail personnel, lui donnant la possibilité de faire évoluer sa situation. Nous avons la volonté d'accompagner les personnes en fonction de leurs besoins et non plus en fonction du dispositif dans lequel elles se trouvaient. En découle un

accompagnement en conséquence. Nous souhaitons mettre la personne au centre de l'accompagnement, la singulariser et l'accompagner en fonction de ses priorités - et non des nôtres ou de celles du dispositif dans lequel elle se trouvait -, de ses potentialités et de ses points d'amélioration. Pour ce faire, nous avons souhaité que les personnes soient accompagnées par un service plutôt que par un professionnel qualifié de référent, pour ouvrir davantage sur une diversité d'approches et de sensibilités. Nous partons du constat que chaque personne a la possibilité de faire ses choix et que c'est elle qui est garante du suivi de son accompagnement, et non l'institution. Nous soutenons la personne à exprimer ses besoins et ses envies, à valoriser ses capacités pour mobiliser son expérience dans les situations futures. À partir de cette dynamique est née une volonté au sein du CHRS et du « Service Habiter » de changer les pratiques pour proposer aux personnes un accompagnement différent.

Sur 2017 et 2018, s'est tenue la phase de formation. L'association a formé les équipes à l'accompagnement orienté rétablissement, formation organisée par la FAS, comprenant trois jours théoriques et trois jours d'immersion dans les équipes concernées par le rétablissement à Marseille et à Bordeaux. À ce jour, 80 % des équipes éducatives et de l'encadrement de l'association ont été formés en 2 ans. Les deux équipes ont travaillé ensemble sur la mise en place de l'organisation qui a aussi été affinée au fil du temps. Nous bénéficions d'un accompagnement de la FAS. Nos quatre objectifs sont :

- accompagner les personnes selon leurs besoins et leurs demandes ;
- s'appuyer sur les principes clés du Logement d'abord ;
- mettre en place un accompagnement en multiréférence pour favoriser le pouvoir d'agir ;
- mutualiser les compétences, les connaissances et les réseaux des deux services.

Nous avons fait le choix de démarrer la transformation par l'accompagnement en multiréférence, car il représentait pour nous le point de départ d'une approche orientée rétablissement. Pour l'équipe, la multiréférence présente des intérêts multiples, tels que les regards croisés, un partage de compétence, une dynamique d'équipe, de la créativité, de l'horizontalité et le questionnement de nos pratiques au quotidien. Nous nous référons aux bases de l'approche orientée vers le rétablissement et le pouvoir d'agir.

Au niveau opérationnel, nous commençons chaque journée par une réunion quotidienne d'une heure où nous faisons le point sur les personnes rencontrées la veille, et nous nous mettons d'accord sur l'organisation de la journée à venir. Nous rappelons l'objectif de la rencontre lorsqu'elle a été annoncée précédemment. Nous constituons des binômes au cas par cas, selon les compétences et les motivations de chacun, en cherchant le centre de notre intervention. Un binôme de permanence est également en charge du traitement des mails, des appels et de la gestion du cahier de permanence. Lors de ce temps de débrief, nous prenons le temps de consulter notre tableau où figure

nominativement l'ensemble des personnes accompagnées afin de s'assurer de n'oublier personne. Une fois par semaine, nous échangeons autour des situations qui le nécessitent en réunion d'équipe. Afin de favoriser la communication, nous avons mutualisé un outil informatique où chaque action est répertoriée, permettant d'assurer une continuité de l'accompagnement. Cet outil permet à chaque membre de l'équipe d'avoir des réponses lorsque nous sommes sollicités par les personnes ou les partenaires au sujet de situations sans avoir à différer, cela crée une réelle dynamique d'équipe. Un binôme est désigné chaque mois pour assurer la coordination, la gestion des plannings, la gestion du temps de réunion, etc. L'équipe éducative est actrice au quotidien de l'organisation du service. En parallèle, nous travaillons avec deux doctorantes en sociologie et psychologie, de l'Orspere-Samdarra, pour nous aider à modéliser notre projet, mais aussi à développer la participation des personnes accompagnées dans la construction des changements en cours. Le choix de l'embauche d'une travailleuse sociale paire participe à cette démarche. Pour conclure, nous avons espoir de permettre aux personnes accompagnées d'être pleinement impliquées dans leur accompagnement. Nos pratiques professionnelles ont été bousculées et se sont reconfigurées par rapport aux références classiques. Cette manière de travailler requiert une équipe soudée avec une bonne entente et une bonne communication entre chacun. Nous travaillons une journée tous les deux mois

pour faire le point sur les évolutions et les ajustements nécessaires. Enfin à compter de 2019, en partenariat avec la FAS, nous devenons terrain d'immersion pour les équipes souhaitant se former sur les approches rétablissement.

Objectif général de notre intervention

Les deux services de LAHSo qui viennent de se présenter ont fait appel à l'Orspere-Samdarra, que je représente ici, dans l'optique de les accompagner dans le changement de pratiques initié. Notre intervention émane donc de cette volonté d'inscrire leur pratique dans la perspective du rétablissement et du pouvoir d'agir. La mission de l'Orspere-Samdarra consiste globalement à les aider à mieux comprendre et rendre compte de la manière dont ils ont traduit cette volonté en actes.

Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre par l'Orspere-Samdarra pour répondre à cette demande consiste d'abord à mobiliser une équipe assurant un double regard, à la fois socio et psycho, avec Mathilde Sorba, doctorante en sociologie - dont les travaux portent sur la thématique de l'habiter - et moi-même, doctorante en psychologie - et travaillant sur la question du pouvoir d'agir.

Notre travail auprès de LAHSo se matérialise par :

- Des observations (réunions, entretiens, visites à domicile) ;
- la mise en place de séances d'analyse des (nouvelles) pratiques professionnelles ;

- des entretiens réalisés avec les personnes accompagnées ;
- des entretiens réalisés avec les différents professionnels de l'équipe.

Cet ensemble d'interventions - et de recueil d'informations - permet peu à peu d'explorer entre autres les changements réalisés, les moyens nécessaires et le vécu de ceux-ci par les professionnels et les personnes accompagnées.

Compétences destinées à soutenir le pouvoir d'agir

Nous avons choisi de présenter aujourd'hui un seul axe de notre travail, qui consiste à extraire et définir les compétences - ou dispositions - mobilisées par les professionnels de LAHSo dans l'optique de soutenir le pouvoir d'agir des personnes qu'ils accompagnent.

Le pouvoir d'agir (ou *empowerment*) est défini par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) comme faisant référence « au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers (...) peuvent exercer sur les événements de leur vie ». Il est précisé que « la clé de l'*empowerment* se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».

Il s'agit donc de laisser autant que possible l'autre décider pour lui-même. Cette notion est sujette à un certain nombre de mécompréhensions et dérives que l'on tentera d'évoquer en partie au cours de cette présentation.

Outre les changements organisationnels qui vous ont été présentés par l'équipe, nous avons pu observer avec Mathilde Sorba comment la perspective du pouvoir d'agir vient transformer – et s'exprimer notamment dans – les modes de raisonnement des travailleurs sociaux de LAHSo.

Laisser la personne décider pour elle-même, faire ses propres choix nécessite d'abord pour le professionnel d'éprouver une forme de confiance, de considérer que l'autre en est capable.

Pour cela, l'ouverture de leur attention à l'ensemble des forces, des compétences, des savoirs, des capacités et des ressources de la personne est précieuse. Il s'agit d'aller rechercher activement, par des questionnements et observations, tout ce sur quoi la personne pourra s'appuyer pour surmonter les difficultés auxquelles elle est confrontée, et pour lesquelles elle fait appel à ces professionnels. Le travail en multiréférence, c'est à dire l'accompagnement de la personne par l'ensemble de l'équipe et non par un référent unique, vient soutenir cette ouverture de l'attention, par la multiplication et la confrontation des points de vue sur l'utilisateur.

Du côté de l'utilisateur, le temps passé en entretien pour le recensement des capacités et des ressources permet à la personne de se raconter - et donc de se percevoir - autrement qu'à travers le seul prisme de ses difficultés, ce qui apparaît à la fois comme un vecteur d'estime de soi et un moyen de mobiliser plus facilement les ressources et capacités en question.

L'ouverture de l'attention porte également sur les souhaits, les volontés et les valeurs de la personne accompagnée. Au-delà de leur recensement, c'est dans la manière dont ils vont les faire émerger puis les prendre en compte lors de la définition des objectifs et des modalités de l'accompagnement que les professionnels vont mettre en œuvre des compétences susceptibles de soutenir le pouvoir d'agir des individus. Il ne s'agit pas seulement de répondre à la demande ou à la volonté de la personne, mais bien de penser avec elle un objectif et des moyens qui permettent à la fois de respecter ses choix, tout en visant son développement et/ou son autonomie, sans oublier bien sûr de composer avec les diverses contraintes et demandes potentielles des partenaires et financeurs.

On observe que les objectifs convenus avec les personnes, et le choix des moyens pour y parvenir, sont toujours pensés à la fois sur le court terme (de quoi la personne a besoin ou qu'est-ce qu'elle demande dans l'immédiat ?) et sur le moyen ou long terme (si on fait ça de telle manière aujourd'hui, qu'est-ce que ça lui apporte pour demain / le futur ?). En plus de cet aspect temporel, les professionnels s'attachent à anticiper l'impact des actions dans un domaine sur les autres plans de la vie de la personne, et sur son entourage. Considérer la personne dans sa globalité implique alors à la fois de la flexibilité, une renégociation permanente et situationnelle des buts et des moyens, et bien souvent, une bonne dose de créativité. La multiréférence constitue donc là aussi une source d'ouverture importante.

Le travail en équipe évite également de s'enfermer dans une image ou une représentation figée de la personne, considérant alors son potentiel de développement. Cela permet de s'ajuster dans la relation au fur et à mesure de l'accompagnement, et d'entretenir l'espoir d'un avenir meilleur possible, ce qui est un moteur essentiel dans les parcours de rétablissement des personnes. Que ce soit pour la personne accompagnée ou le travailleur social, l'espoir est à l'origine de la mise en œuvre d'actions qui permettront de parvenir au résultat souhaité. Pour les travailleurs sociaux (comme pour les soignants), l'espoir est aussi ce qui donne du sens au travail réalisé : il semble bien difficile en effet de s'inscrire dans une relation d'aide si l'on ne croit pas en son potentiel aidant.

Laisser la personne faire ses propres choix vient régulièrement bousculer les professionnels dans leurs représentations, et conduits à porter une réflexion sur ce que seraient les « bons choix ». On observe dans cette équipe que les travailleurs sociaux sont amenés alors à flexibiliser un certain nombre de leurs idées à propos de ce que l'autre (en l'occurrence l'usager) est, et ce qu'il devrait être ou ce qu'il devrait faire. Les pratiques orientées vers le rétablissement et le pouvoir d'agir poussent peu à peu à sortir d'une réflexion normative, pour introduire un aspect plus pragmatique et singularisé de la façon de penser le problème et les solutions.

Une critique régulièrement adressée aux pratiques qui soutiennent le pouvoir d'agir provient d'une mécompréhension : certains

imaginent que laisser autant que possible la personne faire ses propres choix revient à la laisser « se débrouiller », ne plus l'aider, à l'extrême on peut entendre « l'abandonner ».

Ce que l'on observe ici, ce n'est pas tant un abandon qu'un questionnement et une négociation permanente avec la personne accompagnée : pour chaque tâche à réaliser, la personne est consultée sur sa possibilité et volonté de faire seule, accompagnée, ou plus rarement, mais cela arrive, que l'équipe face à sa place. L'objectif d'une telle approche n'est pas tant de supposer ou présupposer que la personne a besoin d'aide ou au contraire, qu'elle devrait apprendre ou être autonome. Il s'agit plutôt de ne pas supposer, et de constamment rechercher à définir ensemble les moyens ou la méthode employés. Dans cette visée du pouvoir d'agir, le choix d'être aidé décontenance parfois les professionnels ; il fait pourtant bien partie des choix qui semblent pouvoir être discutés et respectés.

Il est intéressant d'observer les raisons, les situations ou les éléments qui tendent à amener les professionnels à vouloir « faire à la place » de la personne :

- les émotions vives, et notamment la peur est un élément qui tend à prendre le relais, à faire pour l'autre, quelle que soit sa volonté. On observe ici que l'équipe remplit, quand cela est nécessaire, une fonction de prise de distance avec les émotions, ce qui permet une réflexion et une réaction moins contrainte ;

- la représentation qu'ils se font des capacités de la personne au regard de la complexité de la tâche a un impact important. L'ouverture de l'attention aux capacités et la considération du potentiel de développement évoqué précédemment apparaissent donc essentielles pour modérer ces situations ;
- le temps disponible est lui aussi un élément important. En effet, les approches orientées vers le développement du pouvoir d'agir vont nécessiter de passer souvent plus de temps dans l'immédiat sur une tâche, de manière à servir l'objectif à long terme de développement de l'autonomie (et donc de « gagner » du temps dans le futur). Dans une situation où la personne n'est pas actuellement en capacité de réaliser telle action seule (par exemple remplir un document administratif complexe en français alors que la personne ne parle pas français ou ne sait pas lire), la réponse la plus rapide dans le court terme serait bien sûr de le faire à sa place. Mais l'objectif de développement de la personne conduit plutôt à penser des solutions pour que la personne puisse apprendre (prendre des cours de français ou de lecture dans notre exemple). Cela répond à l'idée d'adapter l'individu à la société dans laquelle il vit. Pour aller encore plus loin, les approches orientées vers le pouvoir d'agir proposent que la réponse soit parfois aussi d'adapter la société ou le système à l'individu (dans notre exemple, une partie de la mission du travailleur social pourrait consister à s'engager ou militer pour demander aux

administrations de traduire leurs documents dans d'autres langues, ou pour simplifier certaines démarches). On cherche alors à avoir une vision holistique des problématiques, qui ne sont pas toujours attribuées à un individu considéré comme vulnérable ou moins capable. On agit ici sur la réduction de la complexité de la tâche plutôt que sur l'augmentation des capacités des individus, ce qui est aussi une manière de résoudre le problème. Sur ce dernier point, les travailleurs sociaux de LAHSo ne se permettent pas (encore) de penser les situations en ces termes.

Que ce soit dans une visée d'apprentissage ou de libre choix, le partage des savoirs entre professionnel et usager représente une dimension nécessaire. La théorie du rétablissement et du pouvoir d'agir évoque aujourd'hui le savoir expert, pour caractériser les savoirs du professionnel et le savoir expérientiel, pour valoriser les savoirs d'expérience de l'usager. Force est de constater que cette dichotomie, bien qu'elle semble intéressante pour introduire un regard capacitaire sur des personnes autrefois perçues comme seulement vulnérables, n'est pas tout à fait juste dans le sens où l'on observe que chacun des acteurs (usager comme professionnel) est doté à la fois d'un savoir expert et d'un savoir expérientiel. Les professionnels utilisent d'ailleurs régulièrement leur savoir expérientiel, de personne, pour s'engager dans la relation et pour répondre aux sollicitations qui leur sont adressées. C'est parce qu'ils ont pu vivre par exemple, l'angoisse d'être dans une situation incertaine, qu'ils vont entendre et répondre

au besoin exprimé par la personne de rechercher des informations pour éclaircir une situation.

Le partage du savoir dit expert est utile enfin pour éclairer les choix. Il ne s'agit pas seulement en effet de laisser l'autre faire ses propres choix, mais bien de lui donner l'ensemble des éléments nécessaires pour pouvoir le faire.

Pour finir, on observe que les travailleurs sociaux endossent régulièrement un rôle de médiateur entre les personnes accompagnées et les institutions auxquelles il a affaire. Cette médiation s'exprime parfois dans une mission de traduction : expliquer comment remplir tel type de document, quoi dire de sa situation, à qui s'adresser et par quelle voie s'adresser à eux, contribue à cet objectif de mise en relation entre un individu et une institution ou un service. On observe dans cette équipe que cette médiation est complétée par une capacité à se mettre en retrait, de manière à faire communiquer directement les acteurs concernés entre eux. C'est une manière de soutenir le pouvoir d'agir en refusant d'être le seul médiateur possible, ce qui instaurerait une forme de dépendance au service en laissant croire à la personne accompagnée qu'elle a besoin absolument d'eux pour communiquer avec les différentes instances et obtenir ce qu'elle souhaite.

Conclusion

Pour conclure, cette présentation est plutôt tournée vers le pouvoir d'agir que sur le concept de rétablissement. Le pouvoir d'agir a en effet été identifié par l'équipe comme un point central des approches dites « orientées vers le rétablissement » et semble représenter un objectif plus concret et plus adapté au public reçu que la visée du rétablissement. Il est vrai que le champ du rétablissement s'est développé principalement dans le cadre du trouble psychique, mais il semble cependant y avoir un intérêt à penser un rétablissement que l'on pourrait dire « social » pour les personnes confrontées aux problématiques de pauvreté et de précarité. C'est une des possibilités étudiées actuellement par l'Orspere-Samdarra.

« La clinique des nuances, un accompagnement de citoyens dans leur habitat », Fabienne Diebold

Fabienne Diebold, cheffe de service, Réseau Intermed Auvergne-Rhône-Alpes

L'équipe Intermed, composée d'infirmiers et de psychologues, propose une démarche basée sur « l'aller-vers » des personnes isolées (vivant seules, en couple ou en famille avec enfants) et présentant le plus souvent des troubles de l'habiter. Les difficultés à habiter un logement et/ou à cohabiter ne sont pas les seules problématiques observées dans le réel de la vie de ces citoyens, mais plutôt la conséquence de situations psychosociales et de santé complexes ; voir les symptômes de leur exclusion ou de leur « auto-exclusion » au sens du Docteur Furtos.

Perdus de vue par les institutions médico-sociales ou sanitaires, majoritairement pas ou plus en capacité d'exprimer explicitement une demande ou un besoin, les personnes signalées par un tiers (majoritairement du côté du bailleur) nous obligent à assurer cette rencontre par une posture de professionnel-citoyen face à un citoyen, souffrant certes, mais néanmoins sujet-citoyen. Nos valeurs fondatrices, fortes de considérer que « le lien c'est déjà du soin », nous obligent à oser la rencontre, même dans un contexte contraint (risque d'expulsion, incurie, animaux, addictions, violences). Cette volonté d'oser une rencontre intersubjective et authentique suppose de pouvoir à la fois réceptionner la douleur observée plus qu'exprimée, mais surtout d'accepter (même en plein désastre) d'écouter, de prendre en considération les savoirs de la personne elle-même sur ce qui lui arrive, son histoire,

ses choix. Face à un manque de pulsion de vie, à des phénomènes de glissement, il nous semble essentiel de soutenir une humanité bienveillante par le regard échangé pour passer d'un silence assourdissant à une parole reconnue.

Vous avez sûrement déjà entendu cette petite phrase qui dit : « Un Homme meurt au moment même où il ne représente plus rien pour personne ». Nous avons quelques morts potentiels sous notre regard et quelques autres qui dérangent leur/notre environnement pour ne pas mourir et disparaître complètement.

Les travaux du Docteur Furtos nous ont toujours apporté une certaine forme de légitimité : la légitimité d'approcher un public isolé, reclus, refusant, disparu ; et de confirmer qu'un toit sur la tête n'est pas suffisant pour rester vivants, en sécurité, citoyens à part entière.

Une équipe qui doit penser dans le mouvement

Le travail en équipe pluridisciplinaire, la possibilité de travailler en binôme, la richesse des controverses en réunion, les échanges sur notre « bricolage expérientiel », nos doutes et imperfections, la supervision (assurée par un médecin psychiatre et une psychanalyste en alternance), tout cela contribue au niveau de résistance psychique indispensable et de circulation d'une pensée vivante face aux difficultés extrêmes. L'engagement des

professionnels infirmiers(es) trouve sens dans cette position éthique de « soin relationnel », sans recours aux soins techniques, et dans le partage des savoirs personnels et professionnels, diversifiés en soins généraux, psychiatriques, en addictologie, en gérontologie. Précieuse et remarquable est la capacité de nos psychologues à faire « un pas de côté » pour enrichir cette clinique singulière.

La rencontre

Revenons à l'idée de cette rencontre, explicitée par ce que je nomme « la clinique des nuances ». Pour approcher les « petites choses » du quotidien qui vont nous en dire beaucoup sur les conditions de vie de la personne, il nous faut sortir de notre propre zone de confort. Pas de bureau, un téléphone portable comme outil de communication. Nous rencontrons les personnes sur leur territoire, à domicile ou au café du coin, en bas d'immeuble ou sur le lieu d'un professionnel de proximité encore en lien. Pour autant, la rencontre ne va pas de soi et ne se concrétise souvent qu'après plusieurs tentatives. Un professionnel Intermed doit être créatif, « patient » derrière une porte close ou des rendez-vous ratés ; en tout cas, avoir l'ambition de convaincre de son respect et de construire un lien de confiance avec une personne qui n'a rien demandé.

L'absence de protocole préétabli, le souci de revisiter nos représentations réciproques permet de respecter le principe d'altérité, de s'autoriser à penser à toute une gamme de choix possible, à offrir à la personne des propositions qui soient graduées et acceptables pour elle. Reste à

lutter contre l'inquiétude de devoir « faire quelque chose » pour quelqu'un qui n'en veut pas, ou résister à la fascination du pire qui peut orienter les infirmiers(es) sur une position de « toute puissance soignante », ce qui vient par là même bloquer tout processus de pensée et d'interaction libres y compris du sujet lui-même. La construction de la relation et de ce que l'on appelle habituellement accompagnement se fait avec la personne. Celle-ci n'est pas au centre et nous autour, elle est à nos côtés. Je parle souvent de « compagnonnage » : face à ces pathologies du lien et à la singularité de chaque situation, nous sommes dans une forme de cheminement partagé, de co-construction. C'est la personne qui nous donne les clés, qui nous guide dans ses choix, ses propres points d'équilibre, vers ce qui est salutaire pour elle. Ce qui évidemment induit une temporalité très souple à laquelle nous tenons beaucoup. Nous ne nous inscrivons pas dans un parcours imposé avec un début et une fin ni dans une obligation de résultat, mais une dynamique de moyens à mettre en œuvre. L'accompagnement s'arrête quand notre travail d'interface, de « passage » aura permis de tisser suffisamment de liens avec d'autres professionnels de tout secteur requis, de faciliter des relations personnelles plus confortables, des points d'appui qui tiennent après tant de ruptures. Pour ce travail de réseau, nous utilisons tout ce qui est disponible dans la cité. Je parlais d'exercice de la citoyenneté. L'accès à un médecin traitant, à des infirmiers libéraux, à des services d'aide à domicile est conditionné par la (ré)ouverture de droits

dont dépend l'indispensable accès aux soins . Nous nous appuyons sur tout le « droit commun », le secteur social et associatif dans toutes ses composantes et ses champs de compétences. La dimension de loisirs, de plaisir de proximité est aussi importante et nous utilisons tout ce qui peut stimuler et ramener du vivant et une existence citoyenne dans un parcours mortifère. Bien que nous résistions à la tentation de tout psychiatriser, nous observons que les questions de santé mentale, au sens universel du terme, concernent une majorité de situations. Nous sommes témoins tous les jours qu'avoir un toit sur la tête ne suffit pas, mais qu'habiter un « chez soi », ce qui n'est pas si simple pour ceux qui ne s'habitent pas eux-mêmes, est essentiel.

Considérés (trop) souvent comme le recours de « la dernière chance », nous sommes signataires aujourd'hui de conventions de partenariat avec plusieurs bailleurs sociaux type HLM et bailleurs très sociaux (gestionnaires de résidences sociales, pensions de famille et anciens foyers de travailleurs migrants). Nous avons aussi été retenus comme opérateur dans le cadre du programme « Logement d'Abord » sur le volet « maintien » et nous sommes partenaires du programme interinstitutionnel « ETAGE ». Enfin, nous assurons une mission auprès des gens du voyage sur les aires de la Métropole du Grand Lyon.

Autant de lieux de vie différents et de singularités plurielles.

Bien qu'en tant que « vieille intervenante », je puisse témoigner comme beaucoup d'entre vous, que oui le logement est un élément essentiel à tout être humain. Certes, le logement d'abord, mais pas seulement !

« Les apports du travail pair dans l'accompagnement des personnes », Nicolas Ordener

Nicolas Ordener, travailleur pair, EMPP, Mouvement d'action pour le rétablissement sanitaire et social, APHM Marseille

C'est par l'entrée mystique que nous allons discuter de médiation, qui semble être une prémisse dans l'approche de la pair-aidance pratiquée de nos jours. Sans y faire un sujet d'étude poussé aujourd'hui, plusieurs exemples démontrent les ressemblances et affiliations dues au rôle et principe de la médiation chez les mystiques du Moyen-Âge notamment. De Saint-François d'Assise - qui est sans doute le premier travailleur social connu - à Jean-Joseph Surin, jésuite mystique du XVIIe siècle, rendu célèbre par la possession au couvent de Loudun, où il a exorcisé la mère Jeanne des Anges en posture d'écoute et d'acceptation la plus optimale, voire clinique selon Michel de Certeau. Cette pratique de Surin, accompagnant la sainte vers son rétablissement spirituel, nous ouvre quelques pistes de réflexion sur ce qu'est être médiateur, au travers de trois points d'appui : identitaire, d'expérience et culturel.

C'est à partir de rencontres et d'accompagnements effectués au sein de l'EMPP-MARSS, auprès des personnes vivant à la rue, attirées à des troubles psychiques, que s'articulera la présentation suivante.

L'identitaire, une démarcation dans le discours menant à une empathie pragmatique

En prenant un café à la gare Saint-Charles, nous discutons avec Monsieur M. au sujet

d'une inclusion pour le programme "Un chez soi", autour du dossier de candidature. Lui expliquant la temporalité et les étapes du protocole d'inclusion, il nous a résumés par cette phrase notre échange : « En fait, vous êtes comme un verre d'eau plein au milieu de la mer, et vous essayez de ne pas perdre une goutte de ce verre. ». Cette présentation métaphorique du naufrage social implique, dans un contexte d'accompagnement, une reconnaissance commune du cadre d'intervention dans lequel nous sommes. Explicitement, une posture de médiation peut être instaurée à partir du discours de la personne, autour de deux sphères distinctes inspirées par l'approche dialogique (Mikhail Bakhtine) : de laisser place à une conscience qui est indépendante de la sienne, de garder une position neutre dans le contexte du dialogue.

Dans le premier point, il s'agit d'accueillir et d'accepter l'autre sans être dans une modalité de distance à l'autre, concept que l'on retrouve largement dans les pratiques médico-sociales. Par expérience et pour l'avoir constaté, cette demande de distance dans les pratiques provoque une tension palpable entre le médiateur et son équipe de travail, rendant par ricochet le lien établi avec la personne concernée marginale, peu validé et contesté. Pourtant, si nous considérons le discours comme véhicule d'identification, à la fois pour la personne concernée et le médiateur, on peut noter

une indépendance des cas d'un fait analogue : l'un et l'autre sont concernés par cette distance instaurée ; elle ne peut intervenir comme compétence de lien dans la médiation ; elle s'annule donc dans la relation à l'autre. Dans le fond, cette indépendance se traduit comme un détachement puisé d'une circonstance commune vécue, qui dans le discours peut apparaître sous de multiples formes souvent indescriptibles, de l'ordre d'un ressenti ou intuition (attrait mystique). Dans la pratique de la médiation, cette distance peut s'avérer utile. En effet, la dynamique de distance ne s'opère entre les personnes qui interagissent, mais directement sur les contextes dans lesquels elles s'expriment. Ainsi, ce détachement relationnel ajouté à une mise à distance des contextes (la personne concernée dans son contexte de vie, le médiateur dans le cadre de ses missions) permet de laisser la place à un nouveau contexte commun où le dialogue se fonde, sans qu'une préférence ou domination situationnelle ne s'installe ou prévale sur l'autre. Une identification réciproque s'initie, approuvée par le discours des deux interlocuteurs, pouvant déboucher sur une pratique de la pair-aidance (Ève Gardien).

Autre thème de pratique souvent repéré, l'empathie forge autant qu'elle inquiète. Avoir un excès d'empathie - ou au contraire un manque - marque la posture professionnelle et l'identification liée à celle-ci. Dans son origine première, c'est une « capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve ». Mais qu'est-ce qui différencie alors l'empathie d'un professionnel et d'un médiateur, qui de

facto s'identifie et éprouve ? Une piste de réflexion peut se dégager sur l'aspect pratique de l'empathie, qu'on pourrait considérer comme pragmatique ; notion que nous verrons en deuxième partie, corrélée à celle d'expérience.

Les conséquences de l'expérience, une compétence de médiation

En appui des travaux de recherches initiées par Emmanuel Jouet et Lise Demailly, sur les caractéristiques positives et les limites de l'exercice de la pair-aidance, le savoir expérientiel est doté d'un dynamisme pratique. L'empathie est facteur central dans le travail d'identification vu ci-dessus, mais il en est d'autant plus important dans sa réalisation, sa pratique. Le pragmatisme est une notion issue de William James et Charles Sanders Peirce, qui voit en ce courant une approche mouvante des relations. Pour cause, l'enjeu du pragmatisme est de rendre « Tout jugement théorique explicable en application d'une pratique correspondante ». Ce que nous éprouvons, au travers de cette posture empathique, amène des conséquences partagées, vécues de façon aléatoire, parfois subies.

Ainsi, l'action de médiation peut s'initier dans un travail d'expression et d'accompagnement, passant de ces conséquences (posture distanciée au sujet) à ses conséquences (posture identifiée au sujet). Mettre en pratique ses conséquences expérientielles, au travers d'un savoir construit sur l'expérience, est une capacité à exprimer une valeur de compréhension à l'autre. La compréhension, « faculté de saisir

spontanément la réalité de quelque chose », permet de saisir le rapport de signification entre les signes et la chose signifiée. Dans le métier du social, cela s'apparente à la relation d'entraide (Laurent Muchielli), qui permet de faire le pont entre l'accompagnant et l'accompagné et qui cadre la relation duelle dans l'entretien. Cette chronologie relationnelle autour de la situation s'avère être donc inversée, où le questionnement se construit par la situation et non sur la situation. Il en est de même pour le médiateur dans son parcours, qui entre les sphères des pratiques professionnelles, peut mobiliser son vécu et ses conséquences pragmatiques, étant un élément hybride dans le travail de la médiation.

Il n'est pas rare d'observer les effets de ces conséquences sur le médiateur lors d'accompagnement vers le soin ou le droit, auprès des personnes les plus éloignées du soin notamment, quand une décision d'équipe ou une situation rencontrée impacte également la santé du travailleur pair. Les conséquences d'un refus de prescription de traitement, d'un diagnostic ou une hospitalisation contrainte peuvent influencer profondément le médiateur, vis-à-vis d'un ressenti vécu. Il ne s'agit évidemment pas ici de positionner le travailleur pair en redresseurs, ni de considérer les personnes ne subissant pas des troubles psychiques comme étant sans empathie ou maltraitantes, mais de considérer la médiation comme un espace affectif nécessaire à l'équilibre de l'accompagnement mené.

Ainsi, aux différents moments de l'accompagnement, plusieurs instincts peuvent intervenir et interagir dans le travail de médiation, à la fois par les personnes accompagnées et par les médiateurs. Nous pouvons donc être amenés à agir ou à être face à des instincts sociaux (Volonté de se réinsérer, de commencer un parcours de soin, de croire à un système, une justice pour la personne concernée ; croire au travail social, au rétablissement, à l'entraide pour le médiateur) et des instincts asociaux (méfiance sur des pratiques hospitalières, autostigmatisation au travail, éloignement de ses idéaux pour le médiateur ; vivre en marge, rejet des aides sociales, refus de lien pour la personne accompagnée). Le travail de médiation consisterait à faire lien entre ces instincts, constitués d'éléments globalistes, afin d'en tirer une sanction (dans le sens d'une prise de décision) c'est-à-dire un acte qui mène à un mouvement commun (Jean-Marie Guyau). Dans l'espace public, de plus en plus cloisonné et surveillé, ces actes se présentent souvent comme des sanctions aux personnes accompagnées, au vu des nombreuses contraintes rencontrées au quotidien, d'où le choix de ce terme. Elles permettent aussi de marquer un engagement des équipes mobiles, contraignant les professionnels dans un travail d'aller-vers, de proximité. L'aller-vers résulte de pratiques orientées autour du rétablissement social et sanitaire, qui permettraient de « réorganiser sa psyché pour mettre un sens à ces expériences » (Ellen Corin, 2002). Patricia Deegan voit dans le rétablissement la possibilité de « retrouver un rôle social

satisfaisant, pour vivre une vie gratifiante et pleine de sens ». Le corpus professionnel de la pair-aidance apporte un nouveau corps de métier dans le champ de la médiation. En s'appuyant sur son parcours de rétablissement dans ses pratiques professionnelles, le médiateur s'approprie davantage ce qui l'entoure, son environnement, où la culture apparaît comme un appui certain dans la pratique de médiation.

« Espèce de clochard ! », le parler marseillais comme approche de médiation

Du latin *proprius*, celui que je suis, l'appropriation prend place dans la médiation comme aspect complémentaire à l'accompagnement, sous la forme culturelle constituant chaque individu. Suite à un signalement d'une personne dans les quartiers nord de Marseille, les premières informations reçues sont : un homme dormant devant le centre social du quartier, où ses enfants sont inscrits et qui a quitté son logement il y a quelque temps. Depuis un an sa condition physique et psychique se dégrade, les relations avec les travailleurs du centre social se compliquent du fait du comportement déplacé de la personne, et un de ses enfants se fait souvent moquer par ses collègues : « Ton père est un clochard ! ». À savoir que cette insulte à Marseille, au de-là du vaste répertoire de juron local, est une des seules à « caractère social » très péjoratif à l'encontre de la personne visée. C'est par le versant du langage, dans la compréhension de sa portée, que la médiation peut s'opérer au travers d'indications constituant des

habitus. En effet, « chaque adaptation d'un habitus implique la mise en application de codes connus et partagés, compris et acceptés, sous peine que l'adaptation ne passe pour une déviance. » Comme expliqué plus haut, la pratique de médiation consisterait à repérer si cette déviance est issue d'un code lié à l'environnement de la personne, ou si l'environnement va à l'insu de la personne, du fait d'un trouble psychique par exemple. En d'autres termes, le travail de médiation consisterait à saisir l'importance des déterminismes sociaux et violences sociales qui agissent l'individu, et repérer ce qui relève d'actions opérées de son libre arbitre à sa condition actuelle de « clochard ». La personne nous a décrit sa mise en rue par un départ du domicile familial, qui a entraîné une consommation d'alcool importante et l'apparition de premiers symptômes. Ses enfants, ainsi que les personnes du quartier et du centre social maintenaient un lien avec lui, qui a été perturbé à partir du moment où nous sommes rentrés en lien avec lui. En effet, après plusieurs rencontres, il ne restait devant le centre social que très tard le soir et partait très tôt le matin, à quelques rues plus loin sur un banc. Malgré plusieurs tentatives d'accès au soin et d'accompagnement vers des logements d'urgence, la pratique de « l'aller-vers » a trouvé ses limites d'un point de vue temporel, où notre horizon (Paul Fraisse) s'en est trouvé décalé au sien. Ici, un dynamisme médiationnel s'actionne par acculturation (Jean Gagnepain), c'est-à-dire de la rencontre entre différentes cultures en un même lieu (*topos*). Au contact des habitants du quartier, de l'emplacement

géographique des structures d'accueil sociales et lieux médicalisés, les devantures sont toujours présentes depuis les années 70, mais leurs rideaux sont bien souvent fermés. Organisé en petit village partiellement autonome, la proximité des commerces et services s'est progressivement étiolée ; les médecins de quartier ont déserté la zone, changeant la relation des habitants au soin qui était dans le champ de l'accessible, du possible. Nos passages réguliers ont remis une proximité disparue, qui a entraîné des incompréhensions tout au long de la prise en charge de la personne vers le soin. La culture psychiatrique, en interligne de notre action, a été sujet dans le travail de médiation notamment dans la déconstruction de ce savoir (Pauline Rhenteur et Jacques Michel) auprès des habitants et professionnels du centre social, jusqu'à notre décision d'une hospitalisation en péril imminent dans son cadre légal et protocole d'action. Ainsi nous pouvons voir au travers de cette rencontre plusieurs points d'accroches, nonobstant des différences culturelles démêlées en partie par le travail de médiation.

« Du banc public au canapé », Dominique Calonne

Dominique Calonne, président du collectif SDF de Lille.

Je suis une personne ayant un parcours de rue, puis en CHRS et depuis 10 ans, en logement chez un bailleur privé. Le collectif des SDF de Lille a été créé par trois personnes qui ont eu des problèmes dans les CHRS et qui se sont dit qu'elles allaient essayer de donner un coup de main à leurs copains de galères.

Au départ, on allait dans le parc Jean-Baptiste Lebas. On l'appelait le parc rouge parce qu'il y a de grandes grilles rouges. On donnait aux personnes les adresses pour qu'elles puissent faire leurs démarches administratives. Un jour, on a retrouvé un logement alors on s'est demandé pourquoi on n'essayerait pas de trouver un logement sans passer par un CHRS ou une autre structure ? On a mis une petite annonce dans les journaux, on n'a pas eu de réponse. Un beau jour, une personne a dit « Banco, j'ai 5 appartements donc allez-y. ». À ce moment-là, on a fait une convention avec l'IRTS (Institut régional de travail social) pour avoir des travailleurs sociaux qui sont en stage non rémunéré afin de pouvoir nous donner un coup de main.

Notre manière de procéder

On est souvent dehors. On fait des maraudes, on distribue des kits d'hygiène. On a remarqué que la question de l'hygiène dans les accueils de jour sur Lille n'était pas top. Durant ces maraudes, on présente l'association et on donne des conseils via des permanences. Dans ces permanences, les personnes peuvent faire leurs démarches administratives.

On essaye de mettre les personnes en appartement sans passer par les CHRS. Pour cela, on fait un plan solidarité logement avec le FSL. La personne dit où elle souhaite habiter, parce qu'il y a des endroits où les personnes ne souhaitent plus habiter, car elles ont de mauvais souvenirs. On se met en quête d'un logement privé, car sur Lille pour avoir un logement social, il faut attendre 3-4 ans pour une personne seule.

Comment faire pour trouver les bailleurs privés ?

Tout simplement sur LeBonCoin. On se met à la recherche avec la personne pour qu'elle puisse intégrer un logement dans le privé. Lorsque la personne a trouvé son logement, on visite pour vérifier que ce ne soit pas un vendeur de sommeil et que le logement soit effectivement viable. Ensuite, on amène la personne avec nous et si tout se passe bien, le bail est fait à son nom. Les baux ne sont pas faits au nom de l'association, mais au nom des personnes. Un accompagnement social de 3 à 6 mois est mis en place, plus si nécessaire.

La pair-aidance

Nous avons démarré la pair-aidance en 2011 environ, on donnait un coup de main. Après, nous voulions trouver des travailleurs pairs. J'ai été travailleur pair pendant un an. Quand je suis arrivé à Pôle Emploi, ils ont cherché trois-quarts d'heure pour savoir quel titre d'emploi ils allaient me donner. Mon titre était : « intervenant social et familial ». Les deux travailleurs

pairs du collectif SDF de Lille font un travail de complémentarité et de polyvalence avec les travailleurs sociaux. Nous travaillons en binôme : un travailleur social et un travailleur pair, surtout pendant les maraudes.

Nous allons à la rencontre des personnes et nous leur proposons d'aller aux permanences. Nous fournissons aux personnes les adresses nécessaires pour faire leurs démarches administratives. Toutefois, nous n'allons pas avec les personnes, ce sont les personnes qui vont-elles même faire leurs démarches administratives. Nous y allons seulement en cas de blocage. En tant que travailleur pair, nous avons plus de poids sinon ce sont les personnes qui y vont seules.

Une fois dans le logement, c'est plutôt le travail social qui prend le relais s'il y a des impayés. Ça arrive rarement, mais nous avons le lien avec le propriétaire. On a des réunions hebdomadaires. Nous n'allons jamais dans les dossiers des travailleurs sociaux, mais en tant que travailleurs pairs on a remarqué qu'on a un peu plus de poids, car les personnes qu'on accompagne nous expliquent aussi leur situation. Nous arrivons à déceler pas mal de problématiques avec les personnes à la rue. On essaye de les réorienter vers des logements adaptés et également dans les autres structures.

Pour le moment, depuis 2011 on est à 450 à 500 personnes relogées. On n'a pas eu beaucoup de problèmes sauf pour trois personnes : une personne qui est retournée à la rue, car elle avait des chiens et ne s'habitait pas en logement ; une personne

disait que ça avait été dur, elle n'arrivait pas à intégrer son logement, elle dormait sur son balcon et une personne qui est retournée à la rue.

En cas d'impayés, on sait comment s'adresser aux personnes accompagnées ce qui nous donne plus de poids. On peut employer des termes que les travailleurs sociaux ne peuvent pas employer. Par exemple, une fois, il y avait un gars qui n'avait pas payé son loyer, on lui a demandé : « qu'est-ce que tu as fait avec les sous du loyer », « bah j'ai été chercher un iPhone ». Du coup il a pris son iPhone il est allé le revendre à un cash express et du coup il a pu payer son loyer. Après, il a compris et il a toujours payé son loyer. C'est ce genre d'exemple de choses qu'on peut faire, mais que les travailleurs sociaux ne peuvent pas faire.

Ce que je souhaiterais dire, c'est que j'ai travaillé avec la DIHAL et la FAS sur un référentiel travailleur pair malheureusement, les travailleurs sociaux ne comprennent pas toujours les travailleurs pairs. Ils ont peur que l'on prenne leur place. On ne veut pas prendre leur place, on n'a pas les compétences pour. On veut seulement leur donner un coup de main, c'est tout. Sachant qu'en CHRS maintenant, les travailleurs sociaux ont beaucoup d'administratif, nous travailleurs pairs, on peut plus s'occuper des personnes. On a plus de temps pour discuter avec elles et donc pour déceler des problématiques. Ne croyez pas qu'on veuille prendre votre place, de toute façon on n'a pas les compétences comme je vous disais, c'est une complémentarité.

D'ailleurs, vous pouvez aller sur le site de la FAS⁸ on a sorti un petit livre où on a essayé de mettre un référentiel. On n'y est pas arrivé, car tout le monde fait à peu près à sa façon, mais ça avance.

Donc voilà comment on procède au collectif des SDF de Lille, ça se passe très bien entre les travailleurs sociaux et nous n'empiétons pas sur leur travail, nous agissons seulement sur les maraudes et pour donner des conseils aux personnes.

⁸ FAS (2018). *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*. Repéré à <https://www.federationsolidarite.org/champs-d->

[action/travail-social/9448-publication-du-guide-travail-pair](https://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/travail-social/9448-publication-du-guide-travail-pair)

« Accompagner au rétablissement : lâcher prise, aller vers ce qui pourrait advenir », Thomas Bosetti

Thomas Bosetti, psychiatre

Le dispositif « un chez soi d'abord » agit directement sur les déterminants de la pauvreté (le logement, le travail) et de la maladie mentale (soins ambulatoires orientés vers le rétablissement). Cette alternative est pensée en complément des institutions, de soin et d'accompagnement social et judiciaire organisés pour répondre aux besoins à l'échelle d'une population. Ce dispositif parvient à s'imposer dans le paysage de l'accompagnement sur les arguments combinés de l'efficacité et de la maîtrise des coûts globaux d'accompagnement.

Le secteur de la psychiatrie fait face à une augmentation des demandes d'accompagnement du fait de la perte de puissance des solidarités ouvrières, du repli sur l'individu de problématiques sociales et judiciaires. Les personnes, qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité en plus de la maladie psychiatrique comme les addictions, l'absence de logement et les difficultés administratives, se retrouvent majoritairement accompagnées par des structures renforcées, par de nouvelles antennes du secteur. La création des intersecteurs d'addiction et de la précarité sont une adaptation à ces enjeux.

Les équipes « un chez soi d'abord » renforcent ces dispositifs marginaux à des échelles tout à fait modestes. Accompagner 100 personnes dans des villes où 5000 à 10000 personnes sont concernées, il y a à l'évidence un problème.

L'enjeu du déploiement du « Un Chez-soi d'abord » est donc triple :

- adopter un nouveau modèle d'intervention ;
- créer de nouvelles solidarités ;
- embarquer les institutions dans l'aventure.

Chacun de ces points se retrouve dans la commande qui nous était donnée. Nous avons agi dans un contexte de recherche très particulier :

- ne pas choisir les personnes que nous allons accompagner ;
- œuvrer pour le rétablissement ;
- s'appuyer sur les capacités des personnes ;
- adopter une stratégie de réduction des risques ;
- s'organiser de manière à répondre aux besoins des personnes ;
- se confronter aux principes de réalité ;
- faire évaluer l'accompagnement proposé par les personnes concernées et un laboratoire de recherche indépendant.

Ne pas choisir les personnes que nous allons accompagner

Si nous n'avons choisi personne à l'entrée dans le dispositif, rappelons que 100 % des personnes accueillies dans le dispositif ont exprimé leur accord pour avoir une chance sur deux d'accéder à un logement adossé à un accompagnement intensif, lui-même adossé à une vision nouvelle du soin, lui-même adossé à un dispositif de recherche. Le fait de ne pas choisir a permis

d'accompagner les patates chaudes des dispositifs de soins, de justice et d'accompagnement social. Espérons que dans la phase suivante ce dispositif gardera sa vocation d'accompagner les personnes qui mobilisent le plus les dispositifs d'accompagnement et qui les mettent en échec plutôt que ceux qui le mériteraient le plus. Cela suppose un certain lâcher-prise sur l'évaluation a priori et une capacité à travailler avec les institutions de la précarité. Cela permet d'assainir les relations entre différentes structures puisque le « Un chez-soi d'abord » est une invitation à accompagner les personnes à hauts besoins d'accompagnement qui ont tendance à monopoliser les ressources des partenaires.

Euvrer pour le rétablissement

Le fait de contraindre la stratégie d'accompagnement au rétablissement a permis de cadrer le caractère performatif des interventions de l'équipe. Derrière chaque patate chaude, il y a une vie qui vaut le coût d'être vécue. La présence de travailleurs pairs dans l'équipe permet de tenir cette affirmation contre l'avis même des personnes accompagnées, notamment celles qui font face à des symptômes de dépression ou d'alcoolisation chronique. La présence de travailleurs pairs, la connexion des dispositifs aux groupes d'autosupport comme les entendeurs de voix, les groupes d'entraide mutuelle ou les collectifs de défense de droits des usagers de la psychiatrie sont autant de moyens d'entretenir cet esprit.

S'appuyer sur les capacités tout en adoptant une stratégie de réduction des risques

Contrairement aux équipes hospitalières, nous accompagnons les personnes dans la banalité du quotidien et dans l'exceptionnel de la crise dans leur environnement. La banalité du quotidien est rattachée à la crise à travers la valorisation des petits gestes utiles au maintien du bien-être et au repérage des ajustements nécessaires. Cette banalité est aussi rattachée aux rêves que les personnes souhaitent réaliser.

L'usage des plans d'intervention permet de construire un équilibre entre mise en action (développement de la capacité d'agir) et limitation de la portée négative de certaines actions (sur les conditions sanitaires, sociales, financières, judiciaires). Il s'agit de traverser des crises à côté des personnes accompagnées et de faire des retours sur les actions qui ont été menées par des tiers (dont l'équipe d'intervention) pour limiter la portée sanitaire, sociale ou judiciaire de certains comportements de manière à accompagner des dynamiques de changement.

L'accompagnement à l'injection et la formation à l'usage du spray nasal de naloxone en prévention du risque d'overdose sont des outils de cet accompagnement en addictologie qui est intégré à l'équipe d'intervention, essentiels pour réduire le risque de surmortalité qui a été observé pour les usagers de drogue dans le dispositif à Marseille. La meilleure collaboration avec des associations d'autosupport en addiction ou même la construction d'un partenariat opérationnel

aurait probablement permis de diminuer cette mortalité.

Il en va de même dans le rapport aux médicaments. Les périodes d'accompagnements sans traitement sont à priori possibles. Les recours aux médications sont alors négociés dans les moments d'évaluation et de réécriture des plans de crises.

La diffusion des plans de rétablissement et des plans de crise auprès des services hospitaliers est une grande opportunité d'*empowerment* des personnels soignants par la mise à disposition de leviers d'actions négociés par la personne concernée et ses proches

S'organiser de manière à répondre aux besoins des personnes tout en se confrontant au principe de réalité

À la différence du secteur, le dispositif « Un chez-soi d'abord » n'est ouvert qu'à un nombre restreint de participants. L'équipe est donc dédiée à une cohorte ce qui permet une grande capacité d'adaptation. L'équipe est construite de manière pluri disciplinaire de manière à pouvoir répondre aux besoins de la personne. La désignation d'un intervenant pivot a été problématique dans certaines équipes notamment au sein de l'équipe de Marseille. Nous pensions garantir la pluridisciplinarité des interventions. Cela a eu pour effet de réduire la responsabilité des professionnels dans le suivi des dossiers administratifs, ce qui a entraîné plusieurs ruptures de droits et créé une certaine dépendance vis-à-vis de l'équipe. Une vision capacitaire a priori

permet de ne pas limiter le champ des possibles dans l'accompagnement et de mettre en place les aides utiles à l'*empowerment* des personnes. Persister dans une vision capacitaire sans évaluation des capacités réelles est une démagogie contreproductive qui met en danger les personnes et le dispositif.

Contrairement à ce qu'annonce mon titre, il ne faut rien lâcher du modèle d'intervention qui est proposé. L'intervenant pivot est garant du respect de l'intérêt de la personne accompagnée dans ses relations avec l'équipe et l'ensemble des institutions. Ce type d'accompagnement doit permettre que la personne accompagnée tienne les promesses qu'elle se fait à elle-même et qu'elle soit soutenue dans les moments où elle est dépassée. Commençons par tenir nos engagements.

Une évaluation par les personnes concernées et un laboratoire de recherche indépendant

La présence de la recherche a permis de questionner nos pratiques pendant toute la durée de l'étude. Cependant, nous avons aussi laissé le soin à la recherche d'évaluer l'efficacité de nos actions et avons peut-être manqué l'évaluation de nos pratiques auprès des personnes accompagnées. Il y a probablement quelque chose à adapter pour accompagner la phase d'essaimage du « Un chez soi d'abord ». Les Québécois ont mis en place un système d'évaluation croisé des équipes qui permet à la fois d'harmoniser les pratiques et de mesurer l'efficacité du dispositif. L'implication des services de recueil des données de

consommation de soin serait utile pour questionner ces nouvelles pratiques et accompagner le développement de tels services dans les secteurs et les universités.

Conclusion

L'ouverture de 100 places dans chacune des villes est dérisoire au regard des besoins. « Un chez soi d'abord » doit se soucier de son impact indirect, se connecter aux initiatives locales qui promeuvent

l'empowerment, l'accès au droit, la création d'activités, etc. Par ces dispositifs, nous avons l'opportunité de renouveler des modèles de solidarité avec ceux qui portent un regard aiguisé sur nos fonctionnements en silo et nos guerres de chapelle. Ne ratons pas le coche.



CONCLUSION

Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber

L'ensemble des interventions m'évoque l'idée, l'effort, la volonté de se rendre solidaires les uns, les autres. En tout cas, je vois beaucoup de solidarité et cela peut paraître assez classique entre intervenants sociaux et intervenants en santé, mais on voit bien, l'intérêt qu'il y a pour chacun et chacune d'entre nous, à trouver des dénominateurs communs, en tout cas de travailler dans le même sens. Cela a été effleuré aujourd'hui, et beaucoup de boîtes ont été ouvertes : le rétablissement, la santé mentale, etc. Je pense qu'il faut que l'on continue à travailler en ce sens, afin d'arriver à parler un langage commun. Ce n'est jamais bien gagné.

Pour dialoguer, il faut donc que l'on arrive à se comprendre. Aussi, et peut-être que c'est une chose qui est encore nouvelle, et notamment dans le cadre des journées de l'Orspere-Samdarra, nous accordons une plus grande place aux personnes concernées par l'objet de l'intervention. Certes, les termes peuvent faire débat, mais c'est une boîte que l'on ouvre et qui n'est pas seulement réservée à des personnes concernées par les troubles de santé mentale, puisque dans le champ du travail social, la question de la place des personnes se pose également. On peut entendre et voir l'intérêt que chacun d'entre nous accorde à la question de l'expérience des autres. En tout cas le savoir technique, universitaire, académique, de l'école, n'est plus suffisant et on voit bien que les

interventions qui incarnent un vécu et des pratiques font sens à beaucoup d'entre vous. Je pense que dans les années qui viennent, c'est quelque chose qui va être amené à se développer et qu'il y a un donc un enjeu de collaboration entre des pair-aidants, des médiateurs, des experts d'expérience. Encore une fois, le terme expérience.

Il y a trois ou quatre ans, j'étais un peu dubitatif quant à l'émergence de la fonction de médiateur-pair, dernièrement, il y a eu un mouvement de basculement. On se centre sur la notion d'expérience commune. De quoi est-on pair ? Une manière de répondre à cette question est de convoquer la question de l'expérience. C'est une expérience dans laquelle on se retrouve tous et toutes, même en tant que professionnel, qu'intervenant, que proche, que membre d'une famille. On vit aussi d'une certaine manière, une certaine expérience. On est tous et toutes concernés, voire même traverser par du trouble en santé mentale, à un moment ou un autre.

Nous sommes peut-être chacun et chacune sur des plans différents. Durant la première table ronde, nous étions sur un plan plutôt politique, politique publique, de la recherche, puis au fil de la journée nous sommes « descendus » sur les pratiques. Partout, j'ai observé l'envie de chacun et chacune de faire bouger les lignes, car on arrive à la fin d'un système qui est en crise

et donc, nous sommes obligés de nous engager, de proposer des choses nouvelles. Je me dis qu'il y a peut-être une évolution à penser de notre côté pour agir. Un agir social, thérapeutique voir politique. On s'autorise aussi à penser de nouvelles formes de solidarité. Potentiellement, des chercheurs, mais aussi des personnes au sein de la puissance publique, peuvent à un moment ou un autre être des alliés. J'ai entendu beaucoup de personnes qui avaient envie de faire évoluer des choses, cette envie est à prendre au sérieux. Pour

chacun d'entre nous, il y a un enjeu à être à l'écoute de cette envie, qu'elle vienne des personnes concernées, des décideurs, des intervenants sociaux ou en santé. Je pense que c'est un gros morceau.

Qu'on soit l'Orspere-Samdarra, qu'on soit le Collectif soif, il y a plusieurs collectifs. On est tous à un endroit où l'on peut créer de nouvelles formes de solidarité. Je vous invite à venir vers nous, vers d'autres groupes de collectifs dans différentes villes de France pour agir ensemble.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2020). *Actes de la journée d'étude « Logement (d'abord ?), accompagnement social et santé mentale » (le 28 mai 2019 à l'ENS Lyon)*. Lyon : Orspere-Samdarra.



Orspere-Samdarra Observatoire-Ressource national Santé mentale et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration» et le diplôme universitaire « Logement d'Abord ».

Organisation

Nicolas Chambon, sociologue, responsable de la recherche, Orspere-Samdarra
Mathilde Sorba, sociologue, chargée d'étude, Orspere-Samdarra
Elodie Gilliot, psychologue consultante, Orspere-Samdarra
Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative, Orspere-Samdarra
Léa Aubry, stagiaire master Analyse et Conception de l'Intervention Sociale (ANACIS), Orspere-Samdarra
Fédération des Acteurs de la Solidarités

Relecture

Mathilde Sorba, sociologue, chargée d'étude, Orspere-Samdarra
Léa Aubry, stagiaire, Orspere-Samdarra

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien

Du Ministère des Solidarités et de la Santé, du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, de l'Agence régionale de santé (ARS), de l'Ecole Nationale Supérieure de Lyon (ENS), du Centre Max Weber de la Fédération des Acteurs de la Solidarités (FAS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.