

Le programme « un chez-soi d'abord » : mauvais objet, nouveau paradigme ?

• **Pauline Rhenner**
chargée de recherche,
Évaluation du
Programme Un Chez
Soi d'abord
Fédération régionale
de recherche en santé
mentale du Nord-Pas-
de-Calais

Financé par l'Etat sous l'impulsion de la ministre de la santé en place en 2009, le programme Un Chez Soi d'abord est présenté comme une innovation palliant les échecs des politiques publiques quant à la prise en compte des personnes cumulant grande précarité et troubles psychiatriques sévères.

Concrètement mis en œuvre dans 4 sites français depuis août 2011 (Marseille, Toulouse, Paris et la métropole lilloise), il consiste en une étude comparative entre deux groupes, l'un témoin, l'autre expérimental, dont les participants répondent à des critères communs: la présence de troubles psychiatriques sévères et un parcours de rue. Il a pour objectif de tester l'accès direct à un logement ordinaire associé à un accompagnement médico-social spécifique qui doit permettre un maintien durable dans un chez soi.

Ce programme suscite de nombreuses polémiques, critiques et prises de position. Son inauguration grèverait les ressources de la psychiatrie ou du système d'hébergement (c'est une expérimentation financée par l'Etat), son importation en France serait inadaptée culturellement (c'est un programme issu des expérimentations américaines et canadiennes dites du Housing First), sa méthodologie ne serait pas éthique en raison de sa méthodologie (c'est un essai randomisé qui crée un groupe témoin), et son développement serait inutile en raison des stratégies déjà existantes en France (en particulier les appartements associatifs).

Le protocole de la recherche évaluant l'expérimentation française Un Chez Soi d'abord prévoit l'étude des dynamiques institutionnelles et politiques rendues visibles et modifiées par la mise en place de ce programme. Notre travail en tant que sociologue consiste notamment à observer la mise en place de ce programme, son implantation et son déroulement, et réaliser des entretiens auprès des acteurs intervenant auprès de personnes connaissant un parcours de rue et ayant un trouble psychiatrique sévère

dans les quatre sites expérimentaux français. Il s'agit autant de documenter le système habituel de prise en charge et d'accompagnement que l'expérimentation elle-même.

Nous souhaitons partir du cas des appartements associatifs pour généraliser notre propos, puisqu'il illustre assez bien les enjeux sous-jacents aux controverses suscitées par l'un des arguments les plus régulièrement opposés à ce programme par la psychiatrie publique (« le programme Un Chez Soi d'abord réinvente l'existant »), psychiatrie qui cherche effectivement depuis plusieurs décennies à développer un ensemble d'actions et de services se réclamant du mouvement de réhabilitation psychosociale¹.

La réhabilitation psychosociale est un mouvement issu du monde professionnel proposant une alternative sociale au modèle médical dominant le traitement psychiatrique : il regroupe des stratégies extrêmement diverses d'un pays à l'autre. En France, le mouvement de réhabilitation psychosociale apparaît dans les années 1990. Le Comité Français de réhabilitation psychosociale fait le constat en 1998 que « les milieux hospitaliers en psychiatrie ont souvent eu tendance par le passé à surprotéger les malades dans le cadre de grandes institutions. À l'inverse, dans la communauté civile, la protection du malade est souvent faible ou inexistante. Ce fossé entre champ thérapeutique et champ social doit nous conduire à construire, avec les malades, en particulier les plus dépendants, des espaces intermédiaires leur permettant de conserver la maîtrise de leur vie et de construire un quotidien satisfaisant ». En particulier, les professionnels de la psychiatrie ont développé un ensemble de solutions d'hébergement ou de logement à partir de critères individuels d'accès au logement : parcours de soins engagés, contrat

1. Gilles Vidon rappelle en 2002 la définition de la réhabilitation comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ; ses buts consistent à améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible. De plus, le champ de la réhabilitation psychosociale englobe les actions à entreprendre autant du côté du patient (incapacités, désavantages) que du côté de la société et s'étend donc aux deux concepts de réadaptation (champ sanitaire) et de réinsertion (champ social) ». Vidon Gilles, « Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel ? », in Jean-Paul Arveiller, Pour une psychiatrie sociale, ERES « Hors collection », 2002 pp. 237-244.

de soins ou expression d'une demande de soins, sécurisation des ressources financières, éventuelle mesure de protection judiciaire du type tutelle ou curatelle, etc. Notons ici que dans le champ de la réinsertion sociale également, l'accès à l'hébergement et au logement est déterminé par l'élaboration de critères définis collectivement susceptibles de conditionner l'accès au logement : à un suivi sanitaire, à un projet d'insertion, à l'abstinence, etc. Ces critères individuels sont nécessaires mais non suffisants puisque parallèlement, s'établissent des principes de justice sociale (et locale) déclinés en direction de population dites « vulnérables » dont la charge doit être répartie équitablement sur un territoire : entre secteurs de psychiatrie, entre municipalités, entre bailleurs sociaux, entre établissements d'hébergement et d'insertion, etc. Chaque domaine d'intervention publique se dote d'outils, de plans et de principes pour organiser cette répartition territoriale visant à répartir équitablement la gestion d'un « risque » : les municipalités, les services d'hébergement et les bailleurs sociaux défendront la mixité sociale ou l'équilibre du peuplement menacée par une forte concentration de personnes malades psychiquement ou trop précaires ; les institutions psychiatriques publiques pointeront la nécessité de répartir entre chaque secteur la part de patients très précaires dans leur file active.

2. « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement et inclusion sociale », dirigé par Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, Erès, 2012.

3. Les locataires doivent s'engager à une visite hebdomadaire minimum d'un membre de l'équipe, quel qu'il soit (les équipes sont coordonnées par un travailleur social et se composent d'infirmiers, d'éducateurs, de travailleurs pairs, d'un ou deux psychiatres et d'un médecin généraliste) ainsi qu'au paiement du loyer dès que leur situation le leur permet.

En dehors du cadre exceptionnel que l'expérimentation retient, les personnes cumulant troubles psychiatriques sévères et parcours de rue se voient donc contraintes de suivre une trajectoire balisée par des étapes successives, de sorte que leur accès au logement est soumis à des critères attendant d'une part à leur situation individuelle (la vulnérabilité d'une personne la rend elle prioritaire ?), et d'autre part à une équité territoriale quant au risque qu'elle pourrait représenter (les acteurs professionnels et institutionnels qui les accompagneront dans le logement prennent-ils tous part à la « charge collective » qu'elles risquent de susciter ?). Ces critères sont le fruit d'une négociation entre les acteurs potentiellement concernés par la double problématique des personnes participant au programme Un Chez Soi d'abord (troubles psychiatriques sévères et parcours

de rue), acteurs appartenant à plusieurs champs d'intervention publique : la psychiatrie, l'hébergement et l'insertion, et le logement.

Les représentations dominantes dans ces sous-champs d'action publique convergent : la maladie psychiatrique est considérée comme source de précarité résidentielle. Le lien entre précarité et santé mentale est d'emblée posé ici comme à sens unique.

Dans un tel contexte, la philosophie du programme Un Chez soi d'abord, celle du rétablissement contrarie nécessairement les représentations dominantes. En effet, héritée de mouvements de lutte d'usagers des services de psychiatrie, majoritairement anglosaxons, elle valorise d'abord l'expérience, le savoir et l'entraide entre pairs. Les multiples définitions du rétablissement ont en commun l'émancipation de l'approche par déficit, pathologie, rechute, stabilisation ou guérison pour insister sur les conditions d'un processus personnel, relationnel et socio-politique correspondant à une nouvelle façon de se penser et de se projeter dans l'avenir². Enoncé comme tel, le rétablissement ne paraît pas en contradiction avec la réhabilitation à la française. En pratique pourtant, le modèle du rétablissement appliqué à l'accompagnement vers et dans le logement a de fortes implications sur les principes de l'accompagnement de l'équipe médico-sociale dédiée aux locataires participant à l'étude Un Chez soi d'abord : l'accès au logement doit être indépendant de l'engagement à se soigner ou à cesser des consommations d'alcool ou de drogues (accès inconditionnel)³; il ne se base pas sur une évaluation a priori de la capacité à habiter ; le choix des locataires quant à leur ordre de priorités (soins, consommations, mode d'habiter, gestion du quotidien, activités, relations sociales et familiales, quartier de résidence, etc) doit primer.

Une fois les personnes relogées, l'équipe doit accompagner les personnes, dans la temporalité qui est la leur, vers les ressources dites « de droit commun » du territoire où il réside. L'articulation avec les services de psychiatrie est donc conçue comme nécessaire à terme pour certaines personnes qui en auront fait le choix, sans exclusivité par rapport à d'autres ressources non médicales, utiles pour « vivre avec sa maladie »

ou réduire l'impact de leurs pratiques addictives. Si l'on devait comparer sur le terrain les principes de fonctionnement des appartements associatifs ou thérapeutiques développés par la psychiatrie publique depuis les années 1980 pour assumer le moment de transition entre l'hospitalisation et la réinsertion, on constaterait d'abord leurs points communs : les personnes sont en général sous-locataires, par contractualisation avec une association et elles reçoivent la visite régulière d'une équipe intervenant à domicile. Toutefois, un détour par l'analyse des enjeux de l'accompagnement au sein des appartements thérapeutiques permet de décaler notre regard quant aux quelques similitudes repérées. Ainsi, selon Livia Velpry, les appartements thérapeutiques⁴ dont la position est intermédiaire au sein d'autres dispositifs proposés par le secteur psychiatrique, tels que l'accueil familial thérapeutique, instaurent un rapport contractuel tout en maintenant un suivi thérapeutique qui a pour objet de travailler à l'autonomie du patient⁵. Ce qui nous intéresse ici, c'est que d'une part, « du fait d'une capacité relativement faible par rapport à la file active des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'attribution d'une place en appartement fait suite à un processus de sélection pour une ressource rare » et que d'autre part, l'accès à un appartement thérapeutique « constitue un engagement vis-à-vis du monde psychiatrique » de sorte que « la dimension thérapeutique est toujours sous-jacente, prête à surgir comme mode de justification : éduquer la personne au cadre des relations normales, ici par la mise en situation fictive entre locataire et bailleur ».

Que le travail des soignants soit thérapeutique,

éducatif ou pédagogique, la relation entre les professionnels et les locataires (ou résidents) produit selon Livia Velpry une tension forte entre la relation thérapeutique et la relation contractuelle (bailleur-locataire/résident), qui suivent deux logiques radicalement différentes : la première suppose que le cadre thérapeutique est premier lorsque le patient est considéré comme dominé par sa maladie, alors que la dimension contractuelle prend le dessus lorsque les professionnels imputent au patient une capacité d'évolution vers plus d'autonomie. Le programme Un Chez Soi d'abord propose aux participants de bénéficier d'une aide pluridisciplinaire sensée faire écho à une identité qui ne saurait être unidimensionnelle, celle de malade psychiatrique, au point que le refus de soin ne constitue pas en soi un motif d'exclusion du logement. Ce programme prône une émancipation de l'évaluation a priori des capacités individuelles à habiter un chez soi qui seraient arrimées à une identité psychiatrique. Ce faisant, il est supposé se construire en dehors de la critériologie habituelle appliquée à l'accès et au maintien dans le logement de personnes cumulant parcours de rue et troubles psychiatrique. Mais dans le même temps, il s'implante dans un paysage local où les équipes dédiées doivent articuler leur accompagnement aux autres modes de prises en charge ou de soutien, professionnels ou profanes. Ainsi, tel participant au programme sera accompagné par l'équipe Un Chez Soi d'abord pour retrouver du travail et dans le même temps suivi au CMP de son quartier. De ce fait, la tension entre relation contractuelle et relation thérapeutique, pédagogique ou éducative s'exprime certes

4. Les appartements thérapeutiques sont des structures d'hébergement temporaire, accueillant un ou plusieurs résidents, sur indication médicale, et financés sur des crédits sanitaires. Cette alternative à l'hospitalisation est pratiquée depuis longtemps dans les secteurs psychiatriques, avec des modes de fonctionnement et une structure juridique variés. Dans certains secteurs, les appartements proposés sont gérés par des membres de l'équipe soignante constitués en association. Cela leur vaut parfois d'être appelés appartements associatifs, même s'ils fonctionnent cependant sur un modèle assez similaire des précédents et si l'on peut donc considérer qu'ils relèvent de l'hébergement thérapeutique. Les données nationales disponibles en matière d'offre d'appartements établissent une distinction en fonction du mode de fonctionnement, notamment en termes d'encadrement soignant. L'arrêté du 14 mars 1986 définit l'appartement thérapeutique comme « une unité de soins, à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant ». Coldefy M., Lepage J. (2007). « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », Drees, Document de travail, série Etudes, n° 70, novembre 2007. Ces auteurs introduisent également la notion « d'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors assimilables à des interventions à domicile ». En s'appuyant sur ces définitions, on constate qu'en 2003, « un secteur sur cinq dispose d'appartements thérapeutiques, avec sept places en moyenne » cependant qu'un peu plus de la moitié des secteurs utilisent des places en appartements associatifs. Dans le dernier cas, on peut faire l'hypothèse qu'une partie de ces places sont gérées par des associations extérieures au secteur psychiatrique. Cependant, les deux types d'appartement sont présentés comme des équipements pour les prises en charge à temps complet. Livia Velpry Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques, Revue française des affaires sociales, 2009/1-2 (n° 1-2), pp. 171-186.

5. Livia Velpry Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques, Revue française des affaires sociales, 2009/1-2 (n° 1-2), pp. 171-186.

6. Vincent Lorant, « Inégalités de santé mentale : perspective européenne et politiques publiques », intervention au Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé, Marseille, 16-17 octobre 2008.

7. Julien Grard, *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*, Thèse de sociologie sous la direction de Didier Fassin, EHESS octobre 2011, pp. 51-56.

en interne aux équipes (entre le pôle de compétences médicales et paramédicales, le pôle de compétences éducatives et le pôle de compétences « paire ») mais s'exprime de manière plus visible entre l'équipe dédiée et ses partenaires. Plus largement, cette tension se décline à propos de tous les aspects de la vie de la personne, à chaque fois qu'un service d'accompagnement (aux soins, à l'accompagnement social, à l'emploi, etc) voit ses manières habituelles de procéder « déroutées » par une équipe nouvellement constituée sommée de suivre l'ordre de priorités exprimé par un locataire. Du même coup, la nature et l'évolution des relations entre l'équipe dédiée et ses partenaires fournissent de bons indicateurs quant au rapport entre valeurs dominantes dans chaque champ d'intervention publique, et valeurs alternatives plus minoritaires. L'intégration du programme Un Chez Soi d'abord joue ainsi comme indice d'une transformation des cadres cognitifs et axiologiques de référence de la psychiatrie, mais plus largement, d'autres champs d'intervention (comme celui de la réinsertion sociale et du logement), sous l'impulsion réussie ou non d'acteurs séants minoritaires.

En guise de conclusion

Les travaux de Vincent Lorant sur le lien entre les inégalités sociales et la santé mentale font état de plusieurs théories concurrentes ne permettant pas de conclure à un consensus quant à la nature des liens entre position sociale et maladie psychiatrique : plusieurs mécanismes différents expliquent que les maladies psychiatriques prédisposent à la vulnérabilité résidentielle, et réciproquement⁶. Vincent Lorant clarifie les implications de ces théories en termes de politiques publiques de la manière suivante: tantôt on agira par une politique de nature sociale sur les conditions matérielles d'existence (emploi, logement, lutte contre la pauvreté, prévention et allocations de minimas

sociaux) pour améliorer l'état de santé mentale d'une population, tantôt on ciblera l'action sur les soins, la stigmatisation et la discrimination positive, pour agir sur la position sociale des personnes reconnues comme malades. Une telle présentation tend à scinder l'action publique en deux domaines d'intervention indifférents à l'aspect intersectionnel de l'expérience des personnes connaissant un trouble psychiatrique et une condition précaire. Le programme Un Chez Soi d'abord, compris comme une politique publique expérimentale se veut une réponse à une double exclusion : exclusion des soins du fait d'une grande précarité, exclusion de l'accès au logement en raison d'une maladie dite sévère. Mais l'étude de sa mise en place concrète dévoile une controverse majeure quant à l'identité des personnes ayant un trouble psychiatrique sévère. En effet, les politiques publiques et stratégies d'intervention professionnelle dominantes dans les champs de la santé mentale et de la précarité résidentielle sont régies par des logiques unidimensionnelles attribuant essentiellement une identité de malades aux personnes sans abri ayant des troubles psychiatriques sévères.

En miroir, la plupart des travaux sociologiques postulent que la maladie psychique envahit tout le champ de l'expérience du sujet et qu'il existe UNE expérience de la maladie mentale dans le contexte occidental par delà les classes et les inégalités structurelles. Une minorité cherche toutefois depuis quelques années à s'émanciper d'une conception unidimensionnelle de l'expérience de la maladie mentale⁷ pour la décrire comme une affiliation (à la psychiatrie) parmi d'autres, une inscription parmi d'autres dans le monde local du soin, une expérience différenciée selon les milieux sociaux. La recherche sur le programme Un chez soi d'abord tente de réactualiser cet effort d'émancipation. ||