



Etablissement psychosocial médicalisé
Le Rôtillon

Enjeux d'innovation en santé communautaire

Genèse et appropriation des modèles "Housing First", "Un chez soi d'abord" et rétablissement d'un bord à l'autre de l'Atlantique



Lorsque je me suis intéressée au "Housing first", - programme de lutte contre le sans-abrisme nord américain encore peu connu chez nous -, l'expérimentation "Un chez soi d'abord" voyait parallèlement le jour en France.

La réflexion qui suit présente rapidement ces deux modèles en les resituant dans leur aire culturelle d'émergence et en tentant d'exposer leurs modalités et enjeux.

Du "Housing first" au "Un chez soi d'abord"

Après la deuxième guerre mondiale, le mouvement de désinstitutionalisation¹, très marqué aux Etats-Unis comme dans tous les pays occidentaux, a eu pour conséquence néfaste de pousser à la rue des personnes vulnérables. A la suite de quoi, pour des raisons à la fois sanitaires, politiques et économiques liées à l'importante réduction du nombre de lits hospitaliers de psychiatrie, il a été nécessaire d'inventer de nouvelles formes de prise en soins dites "communautaires" à l'intention des patients projetés "hors murs".

Dans les années '90, le phénomène du sans-abrisme prit de l'ampleur et les programmes mis en place ne permirent plus de résoudre le problème du logement pour la majorité des "laissés-pour-compte" d'une désinstitutionalisation amorcée trop rapidement et sans accompagnement.

Diverses études décrivaient alors une population composée de personnes chroniquement sans-abri, dont certaines, séjournèrent au sein de structures d'hébergement communautaire de type foyer, alors que d'autres erraient d'un dispositif à l'autre, faisant un usage important de prestations spécialisées (urgence, prison, justice) sans perspective de réhabilitation durable.

Afin de répondre de manière pérenne à ce qui était devenu un véritable problème de santé publique, la ville de New York mit en place un programme de financement issu du gouvernement fédéral et inscrivit la lutte contre le sans-abrisme dans son plan de politique publique. Son plan d'action, intitulé "*ten years plan to end homelessness*", visait à mettre fin au sans-abrisme en 10 ans.

En 1992, Sam Tsemberis, psychologue new-yorkais, s'engouffra dans cette brèche et fonda le "*Pathways to housing*": une intervention de relogement, située à l'interface du social et du sanitaire

¹ Le principe de la désinstitutionalisation repose sur la conjonction entre la volonté politique d'harmoniser les soins dispensés dans la cité aux personnes souffrant de troubles mentaux chroniques et l'objectif économique visant à réduire les coûts de la santé.

à l'intention des personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère (dépression, bipolarité).

Contrairement au modèle alors dominant du "*Step by step*" ou "*Continuum of care*", le concept développé par Sam Tsemberis n'exigeait pas que les personnes concernées adhèrent à un traitement psychiatrique ou s'inscrivent dans une dynamique d'abstinence ou de consommation "contrôlée" des substances psychoactives pour accéder à un toit. Ce modèle nouveau, baptisé "*Housing first*" (Tsemberis et al. 2004), se fondait sur quatre principes, toujours d'actualité aujourd'hui::

1. éviter le recours à un hébergement temporaire de type foyer "d'urgence"
2. éviter de conditionner l'accès à un logement à un état ou à un parcours psychiatrique antérieur
3. recourir au marché du logement "privé"
4. responsabiliser les locataires en leur demandant de participer au paiement de leur loyer.

L'approche pragmatique (le logement comme moyen de réduire les risques sanitaires et psychosociaux liés au sans-abrisme), le **non-jugement**, l'**attention portée au respect du choix** des personnes utilisatrices et le **faible niveau d'exigence** contribuèrent et contribuent aujourd'hui encore à la réduction des risques et des dommages collatéraux. Seule condition mise à l'obtention d'un logement: la personne concernée s'engage à rencontrer le ou les membres d'une équipe médico-sociale une fois par semaine, à son domicile ou dans un lieu de son choix. Cette condition cherche à favoriser le tissage d'une relation de confiance suffisamment bonne entre les professionnels et les utilisateurs pour que ces derniers s'engagent progressivement, à leur rythme, dans leur parcours de rétablissement.

Dans un pays où les politiques publiques sont soumises au dogme du "*new public management*", Tsemberis proposa d'évaluer son programme au moyen d'un essai clinique randomisé. La première étude, appelée "*New York Housing Study*," inclut 225 sujets répartis entre un bras "*Housing first*" et un bras témoin constitué d'utilisateurs de programmes "*Step by step*". A la fin de l'étude, 88% des personnes du bras "*Housing first*" étaient logées de façon stable.

D'autres études suivirent, le lobbying et l'*advocacy* spécifiques à la culture anglo-saxonne firent le reste. En quelques années, le "*Housing first*" devint un programme scientifiquement évalué et s'exporta dans différents pays occidentaux. En 2009, le gouvernement canadien le mit en oeuvre à Montréal et dans quatre autres villes.

En Europe, sous l'impulsion de la Commission européenne, l'approche "*Housing first*" a été implantée

dès 2011 à Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow et Lisbonne, à différentes échelles et selon différents programmes d'évaluation.

En France, l'approche a bénéficié d'un intérêt politique marqué et son expérimentation décidée à la suite de constats socio-sanitaires révélés par :

- un rapport du Ministère de la santé démontrant que les sans-abri avaient une santé fortement dégradée et une espérance de vie moindre
- les équipes mobiles de psychiatrie précarité démontrant que les permanences d'accès aux soins étaient indispensables à court terme, mais insuffisantes pour déjouer le piège de l'urgence psychosociale et pour remettre de la continuité dans les parcours de soins et de réinsertion sociale des sans abri.

En parallèle, une grande étude de prévalence démontrait l'importance du nombre de personnes sans chez-soi qui souffraient de troubles psychiatriques sévères (Laporte, 2009). Ces rapport et étude conclurent à la nécessité de l'implémentation du *"Housing first"* en France. Ainsi portée par une volonté politique et plusieurs chercheurs, l'expérimentation mise en place en 2011 fut plus importante en termes d'effectifs et plus ambitieuse sur le plan de la recherche que ses consœurs européennes. Elle prit la forme d'un programme randomisé, intitulé "Un chez soi d'abord", visant à comparer deux stratégies de prise en soin des personnes sans-abri souffrant de maladie mentale sévère.

Ainsi, plus de 700 personnes réparties sur Marseille, Lille, Toulouse et Paris intégrèrent ce programme. La moitié dans le groupe témoin, l'autre dans le groupe expérimental. Les témoins furent suivis "comme d'habitude" par les différents services d'hébergement, de logement, de santé et d'action sociale. Les personnes incluses dans le programme "Un chez-soi d'abord" bénéficièrent, en plus des services habituels, d'un accès à un logement et de l'accompagnement d'une équipe mobile pluridisciplinaire composée de travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, travailleurs pairs et de psychologues. Leur pratique, orientée "rétablissement" se focalisa sur les forces, compétences et projets des personnes en priorisant les interventions selon leur choix.

C'est ainsi que le projet "Un chez-soi d'abord" participa à la diffusion du terme et de l'approche "rétablissement" aux côtés d'une série d'initiatives plus ou moins convergentes, parmi lesquelles, en particulier, le "Working first", un programme européen orienté vers le retour à l'emploi.

En conclusion, je relèverais que la stratégie mise en oeuvre pour implémenter le modèle "*Housing first*" reposait sur trois objectifs :

1. démontrer l'inefficacité des mesures en place
2. introduire l'idée que certains programmes peuvent donner de meilleurs résultats
3. établir la légitimité du modèle proposé

Aujourd'hui, l'efficacité des modèles "*Housing first*" et "*Un chez-soi d'abord*" sont confirmées par différentes études portant sur les bénéfices de l'accès "direct" au logement. En revanche, il n'en va pas de même pour le "rétablissement", le modèle d'accompagnement visant à renforcer le "pouvoir d'agir" des ex-sans-abri, développé de manière expérimentale sur le terrain par les équipes impliquées dans les programmes "*Housing first*". Ce dernier ne bénéficie pas encore, de ce côté-ci de l'Atlantique du moins², d'études approfondies et plusieurs conceptions se développent parallèlement dans nos contrées. Les équipes s'en inspirent relèvent que son implémentation reste délicate et diffère d'une personne à l'autre, probablement parce que le rétablissement repose sur une relation de confiance entre partenaires et qu'accompagner une personne qui vit avec la maladie nécessite une approche individualisée de type "haute couture" plutôt qu'une application "prêt à porter".

Eliane Bovitutti

© EPSM Le Rôtillon, Lausanne

² L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale développe ce modèle depuis 2006.