

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2012 –

**HOUSING FIRST, UNE NOUVELLE POLITIQUE POUR  
LES PERSONNES SANS-ABRI**

---

– Groupe n°14 –

• <b>Aude BERTIN</b>	• <b>Marie-Laure LANCEAU</b>
• <b>Régis CAILLAUD</b>	• <b>Thierry ROUSSILLON</b>
• <b>Christophe DESIX</b>	• <b>David SAVELLI</b>
• <b>Arnaud FOURMENTEZ</b>	• <b>Victor VACHER</b>
• <b>Inès GRAVEY</b>	

*Animateur :*  
***Michel LEGROS***

---

# Sommaire

---

Sommaire .....	2
Remerciements .....	3
Liste des sigles utilisés .....	4
Méthodologie .....	6
Introduction .....	8
I) LE HOUSING FIRST : SOURCE D'ESPOIR D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PUBLIC CIBLE.....	12
A. CONSTAT D'INSUFFISANCE DES POLITIQUES ANTÉRIEURES : UN RENOUVEAU NÉCESSAIRE.....	12
1. Etat des lieux des dispositifs existants .....	12
2. Insuffisances et lacunes des dispositifs classiques.....	14
B. LE HOUSING FIRST : UNE APPROCHE NOVATRICE SUSCITANT DE NOMBREUSES ATTENTES.....	17
1. Le Housing First : un dispositif d'accompagnement personnalisé .....	17
2. Les multiples attentes des acteurs par rapport au Housing First.....	19
II – LE HOUSING FIRST : LIMITES ET OBSTACLES À LA MISE EN OEUVRE D'UNE NOUVELLE APPROCHE .....	24
A. DE LA VOLONTÉ POLITIQUE À LA MISE EN OEUVRE : DES ÉTAPES À FRANCHIR .....	24
1. Des solutions empiriques face au manque d'une approche nationale coordonnée .	24
2. Entre dispositif global et outil complémentaire : une équation à résoudre .....	26
B. LES PERSONNES SUIVIES EN PSYCHIATRIE : UNE POPULATION À RISQUES MÉDICAUX ET SOCIAUX.....	28
1. Les comorbidités psychiatriques : un obstacle à l'accession au logement.....	28
2. Des usagers-patients au cœur de la cité : des obstacles sociaux ? .....	30
Conclusion .....	32
Bibliographie.....	34
Liste des annexes.....	36
Résumé.....	50

## Remerciements

En préambule à ce module interprofessionnel, nous tenons à adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail. Nos remerciements s'adressent, d'abord, à M. Michel Legros, qui, en tant qu'animateur, s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi que pour les entretiens qu'il avait planifié pour nous, son aide, son temps et son professionnalisme qu'il a bien voulu nous consacrer.

Nous exprimons également notre gratitude à tous les professionnels rencontrés lors des recherches effectuées et qui ont accepté, avec gentillesse, de répondre à nos questions, de partager leur expérience avec nous et de nous faire part de leur point de vue :

- M. Olivier Lehman, inspecteur de l'action sanitaire et sociale à la DDCS de la Sarthe.
- M. Philippe Sage, adjoint à la direction de la mission locale de Rennes.
- M. Patrick Chassignet, chargé de mission concernant les grands précaires à la Fondation Abbé Pierre.
- Mme Catherine Lesterpt, chef de bureau à la DGCS au ministère de la santé.
- Mme Florence Gérard-Chalet, chef de projet « Logement d'abord » à la DGCS au ministère de la santé.
- Dr Philippe Leferrand, psychiatre de l'équipe « Psychiatrie et précarité » de Rennes.
- Dr Pascale Estecahandy, coordinatrice technique nationale de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord ».
- Mme Sophie Caudron, copilote du réseau précarité – santé mentale Nord Pas de Calais.
- Mme Christiane Rihet et Mme Porhial, assistantes sociales auprès du Centre Hospitalier Guillaume Régnier et du pôle addictions et précarité l' « ENVOL ».
- Mme Véronique Saunier, cadre socio-éducatif au CHU de Nantes.
- Mme Soizic Lemercier, chargée de mission à la FNARS Pays de Loire.

Nous tenons, pour finir, à exprimer notre reconnaissance à l'administration de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de nous avoir permis de travailler ensemble et de réaliser ces rencontres.

---

## Liste des sigles utilisés

ANSA	: agence nouvelle des solidarités actives.
APL	: aide personnalisée au logement.
ARS	: agence régionale de santé.
AVDL	: accompagnement vers et dans le logement.
CADA	: centre d'accueil pour demandeurs d'asile.
CATTP	: centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.
CASF	: code de l'action sociale et des familles.
CCAPEX	: commission de coordination des actions de prévention des expulsions.
CCPA	: conseil consultatif des personnes accueillies.
CHRS	: centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
CHU	: centre d'hébergement d'urgence.
CHU	: centre hospitalier universitaire.
CMP	: centre médico-psychologique.
CVS	: conseil de la vie sociale
DALO	: droit au logement opposable.
DDCS	: direction départementale de la cohésion sociale.
DGCS	: direction générale de la cohésion sociale.
DHUP	: direction de l'habitat de l'urbanisme et des paysages.
DIHAL	: délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement / délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement.
DREES	: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
DRIHL	: direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement.
DRJSCS	: direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
ENC	: étude nationale des coûts.
EMPP	: équipe mobile psychiatrie précarité.
FAP	: fondation abbé pierre.
FEANTSA	: fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri.
FNARS	: fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale.
HF	: Housing First.
IML	: intermédiation locative.
INSERM	: institut nationale de la santé et de la recherche médicale.
MOLLE	: loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.
ONPES	: observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.
PARSA	: plan d'action renforcé en faveur des sans-abri.
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012	

PDAHI : plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion.  
PDALPD : plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées.  
RéATE : réforme de l'administration territoriale.  
SAMENTA : enquête SAnité MENtale Addiction chez les personnes sans logement.  
SDF : sans domicile fixe.  
SIAO : service intégré de l'accueil et de l'orientation.  
UNIOPSS : union nationale interfédérale des oeuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux.  
VAD : visite à domicile.

# Méthodologie

Un travail interprofessionnel :

Ce travail a été mené du 2 au 16 mai 2012, sous la direction de M. Michel Legros, Professeur à l'EHESP, membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Les participants à ce module viennent de filières différentes de la fonction publique d'État et de la fonction publique hospitalière : Attaché d'Administration Hospitalière en formation continue, Élève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, Élève Directeur des Soins, Élèves Directeur d'Hôpital et Élèves Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-social.

Le sujet abordé qui concerne la politique du Housing First est bien au carrefour des domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux. et le positionnement de chacun a permis d'apporter un regard particulier.

L'appel à un décloisonnement et à l'établissement de coopérations et d'actions en réseau entre les différents domaines est bien apparu au fil de nos réflexions.

C'est pourquoi, au terme de ce travail, l'approche interprofessionnelle nous a semblé pertinente et enrichissante.

Présentation de la méthodologie :

Le travail de réflexion de notre groupe a été alimenté par deux grandes sources.

En premier lieu, l'étude de la documentation dont notre bibliographie en annexe rend compte.

En second lieu, le recueil de données par le biais des entretiens menés directement ou téléphoniquement. Le tableau en annexe rend compte de cette activité de recueil auprès des principaux acteurs du Housing First en France.

Sur l'organisation générale, notons la période extrêmement courte dont le groupe a disposé pour mener son action : 9 jours au lieu de 15 jours les années précédentes.

Les entretiens ont été organisés dans le souci de ne pas se concentrer sur une seule région et dans le souci de solliciter les acteurs à des niveaux différents de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques. Le recueil direct auprès des usagers n'a pas été retenu car il aurait nécessité des précautions qu'il n'était pas possible de prendre du fait du faible délai imparti. Le recueil indirect a été privilégié.

Enfin, un guide d'entretien, en annexe, a constitué le cadre des entretiens menés. Chaque entretien a fait l'objet d'une synthèse pour simplifier le traitement des informations. Ces synthèses

ont été rendues accessibles à tous les membres du groupe. Une synthèse d'un entretien se trouve en annexe.

#### Réflexions sur la méthodologie :

Sans réduire la portée de ce travail, il nous est apparu qu'il était surtout à visée exploratoire. Il ne prétend pas proposer une vision exhaustive, ni objective de la question qu'il explore. Toutefois, il nous apparaît comme abordant les principaux enjeux de notre sujet. C'est au terme de notre réflexion, et notre conclusion essaie d'en rendre compte, que de nouvelles hypothèses ont émergé et elles mériteraient d'être travaillées et mises à l'épreuve.

Du point de vue des entretiens menés, nous sommes conscients qu'il convient de contextualiser la parole des acteurs rencontrés, que nos interlocuteurs (Direction de la Cohésion Sociale, FNARS, Équipe Précarité et psychiatrie etc.) prennent la parole dans un champ donné en fonction des autres acteurs, et de leurs relations. Un travail de recherche visant à valider ces hypothèses avec rigueur devrait faire appel à d'autres méthodologies. Notre position d'élève ou de participant à une formation de l'EHESP induit aussi un type de réponse chez les personnes interrogées.

Pour toutes ces raisons, mais pas seulement, il convient de noter les limites de la portée de ce travail. Ces limites sont aussi liées au stade de développement du Housing First en France qui est toujours en cours de mise en place. Par ailleurs, le changement de majorité présidentielle le 6 mai 2012 peut laisser penser que la politique destinée aux personnes sans-abri peut évoluer et, en tout cas, le calendrier n'a peut-être pas été neutre pour tous les acteurs.

# Introduction

---

La multiplication récente des travaux consacrés aux politiques de logement et aux sans-abri : rapport du Conseil d'Etat de 2009 consacré au droit au logement, rapports annuels de la fondation Abbé Pierre, ou le rapport « La santé des personnes sans chez-soi » de 2009 du Dr Estecahandy et du Dr Girard, renouvelle, et ce de manière incontournable, la problématique de prise en charge des personnes sans-abri.

L'expression « personnes sans-abri » vise, au sens strict, les personnes qui ne disposent d'aucun abri ne représentant qu'une part réduite des personnes souffrant d'absence de chez-soi. Une définition plus large pourrait inclure toutes les personnes en « logement inadéquat » ou « risquant de perdre leur chez-soi ». Entre ces deux extrêmes, on trouve des personnes en hébergement d'urgence ou temporaire tels que foyers ou refuges ainsi que les personnes en logement précaire ou transitoire (par exemple : hébergées chez des amis ou des proches ou qui squattent). Il convient dès lors de considérer l'absence de chez-soi comme recouvrant les situations variées allant du risque de perdre son chez-soi à la grande exclusion, c'est-à-dire au sans-abrisme de longue durée, en passant par l'absence temporaire ou épisodique de logement pérenne (ou l'hébergement temporaire).

Les politiques publiques mises en œuvre dans ce domaine ont longtemps relevé d'une approche en « escalier » selon laquelle la stabilisation des personnes sans-abri dans un logement nécessitait le franchissement d'une série d'étapes préalables (cheminement dans le soin, dans l'arrêt des consommations etc.). Se distinguant de cette approche sous l'influence des expériences anglo-saxonnes, un nouveau dispositif dite de « Housing First » fait actuellement l'objet d'une première expérimentation en France.

Dès lors, doivent être clairement distingués, trois notions : le modèle du Housing First, tel que pensé à l'égard des personnes sans-abri dans l'expérience anglo-saxonne, sa transposition en France dans le cadre des politiques de « Logement d'abord » et l'expérience d'un « chez-soi d'abord » mise en œuvre dans quelques villes françaises (Paris, Lille, Marseille et Toulouse) lancée en 2010 en direction d'une cible particulière : les sans-abri souffrant de troubles psychiatriques.

Un tel changement de paradigme repose sur une série de facteurs, largement analysée par le Dr Girard, psychiatre auteur du rapport « La santé des personnes sans chez-soi » (2010).

D'abord, la désinstitutionnalisation et la prise en charge dans la communauté des patients présentant des troubles psychiques a constitué une évolution importante de la psychiatrie depuis les années 70, justifiée par une volonté d'humanisation des soins dispensés aux personnes souffrant de troubles mentaux chroniques. L'insuffisance des structures d'accueil ou de séjour et l'absence de réponse sociale et thérapeutique adaptée se sont traduit par des réadmissions multiples en milieu hospitalier, un impact négatif sur les familles et leur qualité de vie, et le rejet des plus démunis vers la voie de l'itinérance et du sans-abrisme.

Aussi, ce phénomène d'exclusion a pu être renforcé par les limites des politiques de logement (politiques peu lisibles, excluant les sans-abri des habitats bon marché, prévention des expulsions inefficace) et par le pré-requis de non consommation de drogue et/ou d'alcool des structures d'hébergement, éloignant un peu plus ces individus d'une prise en charge sanitaire. La Cour des comptes constatait en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri que ce sont les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité qui sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale.

Ensuite, la prévalence élevée des troubles psychiatriques dans la population des sans-abri a pu être confirmée, selon une méta-analyse de la littérature scientifique réalisée entre 1979 et 2005<sup>1</sup> : elle était estimée à 12,7% et celle des troubles dépressifs majeurs à 11,4%. La dépendance à l'alcool était retrouvée chez 37,9% des personnes, et la consommation de drogues chez 24,4 %. Une enquête française récente<sup>2</sup> montre également que ces personnes avec une schizophrénie sont plus souvent agressées verbalement et physiquement que les autres personnes sans-abri, faisant d'eux des marginaux parmi les marginaux.

Face au problème du sans-abrisme chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, deux modèles ont été expérimentés, principalement dans les pays anglo-saxons : « the residential continuum model » et le « Housing First model », reposant sur des postulats opposés.

Le modèle du « treatment first », le plus diffusé aujourd'hui, consiste à proposer temporairement à des personnes sans-abri un logement dans un cadre collectif, avec la nécessité pour ces personnes d'avoir un suivi psychiatrique, un traitement et un accompagnement notamment concernant les addictions. Un logement permanent est offert aux participants arrivant « avec succès » à la fin du programme, le succès étant défini par l'observance au traitement, la stabilité sur le plan psychiatrique, et l'abstinence de la consommation de drogues.

---

<sup>1</sup> Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med 2008.

<sup>2</sup> Laporte A, Chauvin P. Rapport SAMENTA: La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France; 2010.

Pour le second modèle « Housing First », l'accès au logement est immédiat, et sans condition de traitement, de suivi et d'abstinence. Ce modèle repose sur l'idée d'une priorité donnée au logement pour les personnes sans-abri, même si elles abusent d'alcool ou de substances, au principe que le logement est un droit fondamental. Ce modèle insiste sur l'accès direct à un logement autonome et l'accès permanent à une équipe pluridisciplinaire et, il a été démontré qu'il réduisait les passages aux urgences et les durées de séjour en hospitalisation.

Sur la base du modèle mis en place au Canada (plan expérimental randomisé), le gouvernement français a retenu la proposition d'expérimenter en France un programme de type « Housing First », proposition intégrée dans la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées sous le nom « Un chez-soi d'abord ». La fonction de l'accompagnement dans le projet du « Un chez-soi d'abord » relève d'une logique de rétablissement social défini comme la capacité qu'ont les personnes à réacquérir des compétences qui vont leur permettre de se retrouver, de retrouver un sens à leur vie et de sentir à nouveau appartenir à un groupe et un membre à part entière de la société. Ce projet relève tant d'une dimension sanitaire, sociale que citoyenne.

Dès lors, au carrefour du sans-abrisme et des troubles psychiatriques quelles sont les forces et faiblesses du dispositif Housing First ? Loger puis traiter : quelle avancée constitue le Housing First en matière de politique publique pour les sans-abri ?

Le Housing First renouvelle, ainsi, les questionnements relatifs à la prise en charge des sans-abri souffrant de troubles psychiatriques. Si ce modèle constitue, du moins sur le plan théorique, une nouvelle approche, s'oppose-t-il frontalement aux dispositifs déjà mis en place ? Dans les faits, l'opposition des deux modèles est-elle plus nuancée ? Pareillement, les déclinaisons pratiques du modèle théorique anglo-saxon Housing First ont pu entraîner une certaine ambiguïté des politiques dites de « logement d'abord » : entre les politiques de logement diffus et autonome au sens strict et les politiques visant plus globalement à raccourcir les durées d'hébergement temporaire.

Par ailleurs, le fil directeur en arrière-plan de l'expérimentation « un chez-soi d'abord », et plus globalement du modèle Housing First, repose sur l'idée que le succès d'une telle expérimentation réinterrogerait l'approche de la sortie de la rue pour les sans-abri, en général (et donc pas seulement pour les cas restrictifs des personnes souffrant de troubles psychiatriques).

Si le constat d'insuffisance des politiques antérieures laisse apparaître le Housing First comme un renouveau indispensable de la prise en charge de ce public spécifique

(inconditionnalité, réinsertion etc) ; la mise en œuvre concrète d'un tel changement de paradigme connaît des obstacles liés tant aux institutions, professionnels que liés à l'utilisateur lui-même.

## **I) LE HOUSING FIRST : SOURCE D'ESPOIR D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PUBLIC CIBLE**

Les insuffisances de la prise en charge antérieure amènent les acteurs à placer leurs attentes dans le renouveau apporté par le HF, espoirs nourris par le bilan positif des expériences étrangères.

### **A. CONSTAT D'INSUFFISANCE DES POLITIQUES ANTÉRIEURES : UN RENOUVEAU NÉCESSAIRE**

#### **1. Etat des lieux des dispositifs existants**

Le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques est dual : un accompagnement thérapeutique dans le champ sanitaire et un accompagnement au logement dans le champ social. Bien que ces deux sphères concourent à un objectif commun de réinsertion de l'individu, elles restent relativement cloisonnées dans leur action. Traditionnellement en effet, les personnes souffrant de maladies psychiatriques sont prises en charge par le secteur sanitaire, et les personnes sans-abri sont quant à elles accompagnées par des acteurs sociaux institutionnels et associatifs. S'agissant des personnes cumulant ces deux types de vulnérabilités, et se situant donc à la croisée des deux systèmes, la coordination et la cohérence de la prise en charge s'avèrent complexes.

D'un côté, le secteur psychiatrique cherche à stabiliser les patients et les accompagne dans une démarche de recherche d'autonomie progressive par des modes de prise en charge diversifiés : hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centre médico-psychologique (CMP), maison relais, appartement thérapeutique, etc.

En parallèle, le secteur social accueille les personnes sans domicile dans un système essentiellement basé sur l'hébergement. Le dispositif fait intervenir de nombreux acteurs : services déconcentrés de l'Etat, associations, collectivités territoriales, bailleurs sociaux, etc. L'offre de prise en charge est multiple et hétérogène : centres d'accueil d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), foyers d'accueil temporaire, logements accompagnés ou temporaires, maraudes, centres de jour, services de conseil, services de santé, services mobiles de distribution alimentaire, etc.

A la croisée de ces deux sphères, quelques dispositifs existent pour prendre en charge les sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addictions : services d'accompagnement spécialisé et de prise en charge résidentielle des personnes alcoolo-dépendantes, toxico-dépendantes ou présentant des troubles de la santé mentale, services de guidance psychiatrique,

centres de désintoxication, services pour anciens détenus, services d'aide à la jeunesse fragilisée, etc.

Conscient qu'il reste insuffisant pour les champs sanitaire et social de « se croiser » sur des problématiques précises et ponctuelles, ils ont cherché ces dernières années à coordonner leurs actions de manière plus structurelle. Ainsi, faisant le constat de la corrélation des problématiques psychiatriques et sociales, et celui de l'inadéquation des dispositifs de prise en charge due au cloisonnement des secteurs sanitaire et social, les acteurs de ces deux milieux ont commencé, à partir de la fin des années 1990, à se regrouper en réseaux, afin de coordonner leurs actions et de donner une cohérence au dispositif d'ensemble. Appelés « Psychiatrie – Précarité » ou « Précarité – Santé Mentale », ces réseaux mettent en relation les structures, associations et institutions qui participent à la prise en charge des personnes en situation de précarité et de troubles psychiatriques. Selon le copilote du réseau Précarité – santé Mentale du Nord-Pas de Calais, « *le réseau permet aux différents acteurs de s'identifier, de trouver le bon interlocuteur pour faire face aux situations qui sortent du champ d'action de chacun. Par exemple, l'hôpital qui, avant, se débrouillait avec « les moyens du bord » pour reloger un patient sans-abri en sortie d'hospitalisation, est désormais en mesure de faire le lien avec les acteurs sociaux pertinents, capables de prendre le relais pour venir en aide aux individus concernés* »<sup>3</sup>.

Toutefois, malgré une plus value indéniable, ces réseaux semblent faire rapidement état de leurs limites. En effet, s'ils sont un bon outil à destination des professionnels, les réseaux ne permettent pas de mettre en œuvre une interdisciplinarité qui transcende le cadre de l'institution : chaque structure, si elle peut désormais faire appel à l'autre, reste restreinte à son propre champ d'action, ce qui ne permet pas de mettre en œuvre un dispositif médico-social interdisciplinaire.

Face à des situations dans lesquelles se cumulent plusieurs vulnérabilités, telles l'absence de logement et la maladie mentale ou encore l'addiction, la priorité est à l'heure actuelle donnée à la prise en charge sanitaire. La personne entre dans un dispositif « en escalier » (ou dit par « palier », application du modèle anglo-saxon du « continuum care ») qui doit la conduire progressivement à intégrer un logement de manière indépendante, le logement constituant l'aboutissement du projet de soins de la personne. Ce modèle basé sur le « step by step » a été conçu pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, vise par une série d'étapes, à « rendre ces personnes prêtes à intégrer un logement »<sup>4</sup>, et considère le traitement comme un pré-requis (la stabilisation de la pathologie et le traitement des éventuelles addictions étant nécessaire avant l'accession à un « chez-soi »).

---

<sup>3</sup> Cf. : entretien n°2, voir annexe.

<sup>4</sup> BUSCH-GEERTSEMA Volker, EDGAR William, O'SULLIVAN Eoin, PLEACE Nicholas, *Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe: les enseignements de la recherche*, décembre 2010, p.32.

En conséquence, celle-ci entre dans le dispositif de réinsertion par la porte du soin et retrouve un statut en tant que patient, étape transitoire et nécessaire au statut de citoyen.

## 2. Insuffisances et lacunes des dispositifs classiques

Plusieurs séries de critiques ont pu être adressées aux dispositifs classiques.

D'abord l'insuffisante régulation et coordination de ces dispositifs par l'Etat : d'après la Direction Générale de la Cohésion Sociale, les politiques antérieures au Housing First se traduisaient par un rôle de l'État réduit à celui de financeur<sup>5</sup>. Avec le nouveau dispositif, l'État devient régulateur et impulse l'action publique en liaison avec un secteur associatif très présent. La nouvelle gouvernance sous l'impulsion de la DIHAL est plus intégrée, l'État n'est plus divisé entre politique du Logement et politique d'Hébergement et par ailleurs, une politique de planification est mise en œuvre sur les territoires.

L'inadaptation des dispositifs a pu également être mise en avant. Ainsi, le document cadre de juin 2009 émanant du cabinet du Premier ministre<sup>6</sup> dressait un constat sévère : « *le système de prise en charge des sans-abri (...) est à bout de souffle. (...) Il est éclaté, non régulé, insuffisamment orienté vers l'accès au logement.* »

Les dispositifs généralistes ou spécialisés ont montré un échec patent concernant les personnes sans-abri avec des problèmes psychiatriques. La crise du canal Saint Martin<sup>7</sup> est apparue comme un tournant dans la prise en compte des insuffisances aussi bien du côté de l'État que de celui des associations. Comme l'indique la Direction Générale de la Cohésion Sociale, cette crise a permis de prendre conscience du fait que les associations ne prenaient pas suffisamment en compte la diversité des publics et laissaient nombreux de besoins sans réponses<sup>8</sup>. Le décalage entre l'offre traditionnelle et les besoins est toujours actuel. Le directeur<sup>9</sup> de l'association Aurore souligne encore que « *Les CHRS sont devenus des fourre-tout, au point qu'on y trouve désormais des personnes qui relèvent de la psychiatrie, alors que ces structures ne sont pas dotées de moyens (...)* ».

Dès 2001, Patrick Declerck<sup>10</sup> avait dénoncé l'inadaptation des dispositifs existants aux besoins des publics les plus désocialisés. S'il a montré la violence, l'insécurité et la mauvaise qualité des lieux d'accueil, cet auteur a aussi remis en cause la notion d'insertion. Il n'hésite pas à

---

<sup>5</sup> Cf.: entretien n°3, voir annexe.

<sup>6</sup> Pour une modernisation de la politique d'hébergement (...) Premier ministre, Juin 2009, page 1 voir Bibliographie.

<sup>7</sup> Traduite par l'installation de 200 tentes le long du canal Saint Martin, à Paris, au cours de l'hiver 2006-2007 par l'association *Les enfants de Don Quichotte*, à l'origine de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant mesures en faveur de la cohésion sociale dites Loi DALO.

<sup>8</sup> Cf.: entretien n°5, voir annexe.

<sup>9</sup> Annexe 1, Table Ronde du Rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 26 janvier 2012. voir Bibliographie.

<sup>10</sup> Patrick Declerck, *Les Naufragés*. voir Bibliographie.

qualifier les contrats thérapeutiques « *d'injonctions paradoxales* », en ce qu'ils consistent à « *soigner un sujet malade à condition qu'il commence d'abord par se guérir* »<sup>11</sup>.

De nombreux acteurs ont dénoncé l'approche par palier qui exclut les bénéficiaires les plus fragiles et particulièrement les sans-abri avec des problèmes psychiatriques.

Le dispositif mis en place à Nantes depuis 2000, dans le cadre du réseau Santé Mentale est un bon exemple de dispositif par palier<sup>12</sup>. S'il vise à rejoindre le droit commun, la prise en charge par le réseau est conditionnelle, elle est liée à un contrat. De plus une phase de « *préparation au logement se fait en amont avec un travail sur le champ de la prévention du risque d'errance* » et cette phase vise à ce que le patient soit « *stabilisé* ».

La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) a alerté sur les graves difficultés que posent ces dispositifs par palier. Dans son communiqué de presse du 14 septembre 2011<sup>13</sup>, elle indique que cette approche du « *continuum care* » provoque stress et bouleversement chez les usagers qui passent par différents services. Elle conduit à une limitation du choix et de la liberté des personnes qui y sont soumises. De plus, les compétences apprises à un stade ne sont pas toujours transférables et garantes de réussite à un autre stade. Les étapes peuvent durer plusieurs années et prolonger d'autant l'inconfort. Enfin, ce système est considéré par cette fédération comme « *extrêmement dense et complexe* ». Le Dr. Pascale Estecahandy, promotrice avec d'autres du programme « *Un chez-soi d'abord* », que nous avons rencontrée, confirme que contrairement à ce qu'affirme l'approche traditionnelle, on ne peut pas prédire la capacité d'une personne à habiter un logement. Elle dénonce également un système par palier (urgence, CHRS, logement social) où « *il faut faire ses preuves à chaque étape.* »<sup>14</sup>.

Les approches classiques doivent être également évaluées du point de vue de leur coût. Elles sont jugées coûteuses et peu performantes. Les coûts de fonctionnement et les performances faibles de l'approche dites « *par palier* » sont mis en avant au niveau européen<sup>15</sup>. Le système est considéré comme coûteux et la conférence de consensus de 2007<sup>16</sup> avait souligné la nécessité de changer ce système qui voit une demande croissante et une augmentation constante des dépenses. La Direction de la Cohésion Sociale rappelle aussi que le système par palier se montrait très inflationniste<sup>17</sup>.

Les dispositifs traditionnels en faveur des sans-abri psychiatriques ont aussi été considérés comme stigmatisant. Les logements regroupés et les structures d'hébergement étiquettent les

---

<sup>11</sup> Patrick Declerck, Les Naufragés p 339. voir Bibliographie.

<sup>12</sup> Cf.: entretien n°10, voir annexe.

<sup>13</sup> Communiqué de presse du 14 septembre 2011 de la FEANTSA. voir Bibliographie.

<sup>14</sup> Cf.: entretien n°10, voir annexe.

<sup>15</sup> Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme, décembre 2010, Bruxelles voir Bibliographie.

<sup>16</sup> Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme, décembre 2010, Bruxelles voir Bibliographie.

<sup>17</sup> Cf.: entretien n°3, voir annexe.

bénéficiaires au contraire d'une politique qui mettrait en avant le droit commun et le logement diffus.

Les dispositifs classiques apparaissent de moins en moins adaptés aux sans-abri avec problèmes psychiatriques. Les structures d'hébergement traditionnelles ont progressivement privilégié l'accueil de personnes stabilisées au plan psychique au détriment des personnes sévèrement atteintes de problèmes psychiatriques. La Fondation Abbé Pierre note « *l'épuisement des structures traditionnelles qui ont tendance à sélectionner les personnes en fonction de critères de stabilité psychique. Les personnes les plus difficiles sont évitées.* »<sup>18</sup>.

Enfin, une insuffisance généralisée de la prévention semble caractériser les dispositifs classiques en direction des sans-abri souffrant de problèmes psychiatriques. On constate un flux ininterrompu qui alimente cette population. Le responsable de la question des grands précaires à la fondation Abbé Pierre note aujourd'hui encore « *une absence de mesures de prévention pour endiguer les flux de sans-abri : à la sortie de l'hôpital psychiatrique et de la maison d'arrêt par exemple* ».

---

<sup>18</sup> Cf.: entretien n°4, voir annexe.

## B. LE HOUSING FIRST : UNE APPROCHE NOVATRICE SUSCITANT DE NOMBREUSES ATTENTES

### 1. Le Housing First : un dispositif d'accompagnement personnalisé

#### a- Description détaillée du contenu du Housing First

Le Housing First s'articule autour des actions combinées d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale composée d'un coordinateur de site, d'un médecin psychiatre ayant également une forte expérience somatique, d'infirmiers, de travailleurs sociaux et de médiateurs de santé qui sont des travailleurs pairs, d'agents d'entretien des logements et de personnel administratif.

La pluridisciplinarité de l'équipe de site permet de mettre au service du patient un large éventail de compétences permettant ainsi la réalisation d'une évaluation psychosociale pour élaborer un programme d'accompagnement qui portera sur l'aménagement et l'entretien du logement, sur les démarches diverses administratives, judiciaire, financière. De même, l'accompagnement concerne la prise en charge des addictions liées à l'alcool et les drogues et le développement des relations familiales et sociales. Cette équipe accompagne le patient sur les trois aspects que sont le logement, la santé et l'inclusion sociale.

#### - **Volet logement : un chez-soi d'abord comme préalable**

La captation des logements est assurée par des associations spécialisées dans l'intermédiation locative (IML), permettant ainsi la signature de contrats de locations de logements ordinaires et indépendants. A l'issue d'entretiens, l'équipe de site dispose d'un diagnostic d'entrée permettant d'adapter le logement à la situation de la personne.

Le nouveau locataire bénéficie notamment de l'aide personnalisée au logement (APL). La prise d'un traitement, l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool ne sont en aucun cas un préalable pour l'accès à ce logement. Les seules exigences se limitent au paiement du loyer directement prélevé sur le revenu de la personne qui doit aussi accepter le principe de recevoir à son domicile l'équipe dédiée. Lorsque la personne a choisi son logement parmi plusieurs propositions, elle signe un contrat récapitulant les droits et devoirs des parties le rendant juridiquement sous-locataire.

Le logement occupé par la personne, relevant du dispositif IML est conservé au bénéfice de la personne en cas d'interruption pour une hospitalisation de courte durée. En cas d'hospitalisation de plus longue durée ou d'incarcération, la sortie du dispositif devra être étudiée et le logement pourra être proposé à une nouvelle personne.

#### - **Volet santé : l'utilisateur acteur de son rétablissement**

L'équipe constituée se réfère à deux modèles complémentaires : celui des soins orienté autour du rétablissement et celui de « l'Assertive Community Treatment », adapté aux personnes ayant des besoins complexes. Ce modèle se caractérise par la possibilité de prodiguer des soins en continu, par le large éventail de services offerts à la personne de manière à répondre réellement à ses besoins, par une approche de soutien, une volonté de tout mettre en œuvre pour amener la personne à se traiter par des actions de proximité.

Ce modèle repose sur un nombre élevé d'interventions à domicile, avec la volonté d'instaurer un contact moins formel et plus proche de manière à aider la personne à reprendre le cours de sa propre vie. Les entretiens psychiatriques à domicile associent écoute active et réponses concrètes tout en ayant un regard clinique sur le discours de l'usager. Il s'agit donc de coller au plus près des objectifs que la personne s'est fixée, en respectant ses préférences et ses valeurs. L'approche du patient est aussi personnalisée que possible dans une démarche de réduction des risques et de rétablissement. L'équipe aura pour rôle d'alerter le patient si sa santé semble se dégrader et facilitera un accès efficace à des soins de qualité.

L'équipe de site peut proposer un suivi psychiatrique et une mise en lien avec les dispositifs de droit commun. Il s'agit notamment de prendre en compte le vécu de la personne, qui, souvent, a un passé difficile avec l'institution psychiatrique (hospitalisation sous contrainte, enfermement). En ce qui concerne le suivi somatique, l'équipe dédiée peut prendre en charge le suivi en cas de problème somatique simple en accord avec le patient. En cas de suivi plus complexe lié à une pathologie chronique souvent présente, elle ne se substitue pas au dispositif général.

L'accompagnement des personnes sur les questions d'usage de substances psycho-actives n'est pas abordé en première intention sous l'angle de l'abstinence qui n'est pas le choix le plus pertinent dans la majorité des cas. L'approche privilégiée est la réduction des risques (RDR) et des dommages car cette méthode a fait ses preuves en termes de diminution de la morbidité et de la mortalité alors même que l'approche exclusive par l'abstinence montre des résultats médiocres. Il s'agit d'insister sur le fait que les personnes doivent apprendre à percevoir l'impact sur leur inclusion ou leur exclusion sociale de leur consommation.

#### - **Volet inclusion sociale : retour au droit commun**

C'est le professionnel référent qui réalise avec le patient ce diagnostic partagé. Selon les cas, il s'agira d'abord d'accompagner le patient sur l'ouverture des droits et la régularisation des situations administratives et éventuellement de lui permettre de reprendre contact avec sa famille et ses proches. Puis, il accompagne dans son quotidien le patient afin de lui permettre de reprendre confiance en lui et ses capacités. Il travaillera sur ses forces et ses compétences autour de la vie quotidienne telle la gestion du budget, l'entretien du logement, la gestion de la location et la gestion du temps. Cet accompagnement réalisé par un travailleur social référent et des EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

médiateurs de santé-pair sera soutenu et complété par d'autres travailleurs sociaux partenaires. Toutes ces démarches s'opèrent sur le modèle participatif et dans le cadre du principe du rétablissement.

## b- Description du rythme et du déroulement de l'accompagnement

### - **Fréquence élevée des visites à domicile moteur de la prise en charge**

Son action se centre sur les visites à domicile (VAD) répétées au cours du suivi. Le ratio professionnel/patient est d'environ 1/10 permettant d'offrir une intensité élevée de services, c'est-à-dire jusqu'à deux rencontres par jour si l'état de la personne le nécessite, six jours sur sept, douze heures par jour, doublé d'un système d'astreintes polyvalentes pour les crises et les urgences assurant une disponibilité sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Des réunions de synthèse avec l'équipe de site au complet sont organisées hebdomadairement afin de permettre un suivi des situations et de coordonner les actions.

### - **L'activité de visite à domicile : partie intégrante du soin**

Il s'agit pour les intervenants de créer des liens de confiance qui permettent aux sujets d'élaborer un « plan de rétablissement ». Les intervenants doivent au cours de leur VAD identifier et évaluer les compétences afin de les valoriser et les développer mais aussi accompagner le patient dans la réalisation des actes quotidiens de la vie domestique et sociale. L'équipe doit coordonner les soins médicaux et paramédicaux à domicile ou favoriser l'accès aux soins et l'efficacité de leur mise en œuvre en milieu ordinaire de vie. La VAD doit respecter les principes tels que le patient doit être prévenu en amont de la visite, au moins 24 heures avant. La VAD comme tout entretien doit avoir une durée prévue dans le temps afin que l'accompagnant reste à sa place de professionnel. La VAD est un soin à part entière qui s'inscrit dans le projet individualisé de la personne. Elle doit faire l'objet d'un compte rendu écrit dans le dossier du patient qui servira de support aux réunions de synthèse du travail d'équipe.

## 2. Les multiples attentes des acteurs par rapport au Housing First

### a- Une finalité globale d'amélioration de la prise en charge du public cible

L'approche dite Housing First a pour objectif de permettre aux personnes sans-abri d'accéder non pas seulement à un logement, à un abri, mais bien à un chez-soi, c'est-à-dire un lieu de vie individuel, choisi, sûr et approprié qui rend possible la stabilité et l'intimité. Ce chez-soi constitue alors un point d'ancrage psychologique qui, accompagné de services de suivi, agit en puissant facteur de rétablissement. La finalité de cette approche est donc bien d'améliorer

l'efficacité de la prise en charge des sans-abri en assurant un accès stable et durable au logement, une amélioration de leur état de santé et de leur bien-être. Cet accès aux soins et au logement constitue la base du processus de rétablissement, c'est-à-dire de sortie durable voire définitive de la rue et de réinsertion sociale. Le rapport « *la santé des sans chez-soi* » préconisant la mise en place de politique Housing First en France résume cet objectif en une phrase : « *plus de personne malade à la rue* ».

Si l'approche Housing First fait naître de nombreux espoirs, une certaine ambiguïté persiste sur sa vocation à être généralisée à l'ensemble des sans-abri. Si pour certains acteurs cette approche pourrait être une réponse efficace au sans-abrisme dans son ensemble, d'autres la considèrent comme une option supplémentaire s'intégrant à une palette d'options allant du logement à l'hébergement devant être maintenue aussi large que possible. La finalité d'amélioration des conditions de vie et de l'état de santé des personnes sans-abri fait cependant consensus, et les attentes des acteurs par rapport au Housing First se déclinent ainsi en une série d'objectifs à atteindre par cette approche.

#### b- Des objectifs variés source d'espoir d'amélioration de la situation actuelle

Les attentes de cette nouvelle approche portent sur les insuffisances des dispositifs traditionnels précédemment évoqués, et concernent aussi bien l'amélioration de la prise en charge des personnes à la rue que son coût et la formation des professionnels qui la mettent en œuvre.

##### **- En termes de prise en charge du public cible :**

Les principales attentes du Housing First portent sur la personne et sa place dans la société. Il s'agit, par cette nouvelle approche, de considérer les sans-abri comme des citoyens à part entière, et de manifester cette considération par la reconnaissance de leur droit au logement sans conditions préalables, comme pour le reste de la population. Le rapport 2012 de l'Observatoire européen sur le sans-abrisme (FEANTSA et DIHAL) considère l'accès au logement comme un droit fondamental de l'homme permettant d'entrer dans un processus de rétablissement et de réduction des risques pour la personne. Le fait de participer au loyer à hauteur de ses possibilités, et d'être logé plutôt qu'hébergé revient à lui donner des droits juridiques (liés au bail). Ce statut de citoyen est fondamental dans le processus de réinsertion des personnes dans la cité et leur rétablissement.

L'approche Housing First cherche à mettre fin à la persistance des représentations des personnes sans-abri comme faibles et sans capacités, elle vise au contraire à valoriser leurs compétences et leur autonomie en leur redonnant la possibilité de se gérer eux-mêmes. Le recours au logement diffus et la reconnaissance des droits citoyens de la personne vise à faciliter leur intégration à la communauté et la reconstruction d'un sens de soi. L'inversion de la logique

« *traitement puis logement* » a pour but de considérer la personne comme citoyenne avant tout plutôt que malade. L'approche participative du Housing First permettant de laisser à la personne le choix de son lieu d'habitation, de ses meubles et des services auxquels elle a recours s'inscrit dans cette idée de reconnaissance et de valorisation de ses capacités.

Cette reconnaissance par le logement est également considérée comme le préalable indispensable à une prise en charge psychiatrique et somatique efficace, et les professionnels s'accordent sur la stabilité du logement comme condition de l'efficacité du traitement. Le psychiatre de l'équipe mobile psychiatrie et précarité de Rennes résume ainsi cette idée : « *sans logement on ne peut rien faire, certainement pas soigner efficacement : on chauffe et on ouvre la fenêtre!* »<sup>19</sup>. La prise en charge psychiatrique et des addictions, souvent concomitantes chez le public des sans chez-soi, nécessitent absolument un cadre de vie stable et adapté préalable. Ce chez-soi permet ainsi l'accès à des soins effectifs et de qualité sur du long terme, lui-même facteur de stabilité et de sortie durable de la rue. L'approche Housing First met l'accent sur la complémentarité des prises en charge social et sanitaire, car si les soins sont indéniablement nécessaires, ils ne peuvent suffire à eux seuls : comme l'exprime la psychiatre P.Estecahandy responsable du programme expérimental en France, « *si la santé ne tenait qu'au traitement, il n'y aurait plus de malades!* »<sup>20</sup>.

L'objectif de la non-conditionnalité caractérisant l'approche Housing First est de pallier aux effets discriminatoires que génère l'approche « en escalier » qui conditionne l'accès au logement à une bonne observance du traitement ou au sevrage. Il s'agit de baisser le seuil d'inclusion afin de ne pas exclure la personne qui demande de l'aide pour se loger sur la base d'exigences préalables qu'elle ne satisferait pas. Le principe du Housing First est de fournir à la personne des conditions minimales de vie décentes, sans porter de jugement moral sur son comportement. Cette méthode vise à pallier au risque d'erreur dans l'évaluation de la « capacité » d'une personne à habiter. En effet, il est impossible de définir avec certitude le moment auquel une personne est prête à accéder à un logement individuel : l'approche Housing First amène la personne à en faire l'expérience, le retour à la rue étant accepté et ne remettant pas en cause la possibilité ultérieure de revenir à un logement. Par cette occasion offerte, il s'agit d'accompagner la personne dans son cheminement, de lui donner l'opportunité d'avancer.

#### - **En termes de coût : entre optimisation des moyens et réduction des coûts**

La réduction des coûts de la prise en charge des personnes sans-abri atteints de troubles psychiatriques constitue également un objectif des politiques de type Housing First. Aux Etats-Unis et au Canada, les expériences menées ont conclu au retour sur investissement très rapide de

---

<sup>19</sup> Cf.: entretien n°7, voir annexe.

<sup>20</sup> Cf.: entretien n°1, voir annexe.

la méthode (dès la première année). Le Housing First permet en effet de réduire les hospitalisations, les visites aux urgences, les incarcérations et les recours aux refuges par des personnes qui pourraient vivre dans un logement individuel avec un accompagnement adapté : on parle de patients ANS, Autre Niveau de Soins, qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés mais continuent de l'être à défaut d'une solution adaptée. Les hospitalisations notamment sont très coûteuses, et peuvent être évitées par une prise en charge plus appropriée. Une étude menée à Ontario conclut que plus de 50 % des patients ANS sont placés en hôpital psychiatrique, et que 60 % des patients ANS dans des hôpitaux de soins actifs y demeurent en moyenne plus de 90 jours. Si le loyer du logement et le suivi régulier par des équipes pluridisciplinaires représentent un coût certain, il est plus que compensé par les économies réalisées par la réduction des hospitalisations inutiles.

- **Concernant les professionnels :**

Le Housing First a pour but de répondre au manque de coordination et au cloisonnement excessif de la prise en charge actuelle : les équipes pluridisciplinaires permettent un accompagnement global, prenant en considération l'ensemble de la personne, de ses capacités et de ses difficultés. Des compétences sociales, médico-sociales et sanitaires participent ainsi ensemble à la prise en charge complète de la personne vulnérable. La composition de ces équipes vise également à favoriser les transferts de compétences et de savoirs-faires entre les différentes catégories d'acteurs intervenants auprès du même public. Le recours spécifique aux travailleurs pairs se fonde sur l'espoir d'une médiation simplifiée entre les personnes cibles et le système de prise en charge grâce à une plus grande proximité. Il s'agit également de renforcer le décroisement des cultures professionnelles par l'apport de nouvelles compétences existentielles.

Plus discret, un objectif connexe à la mise en place de politiques Housing First en France pourrait être d'interroger les représentations et approches traditionnelles (conditionnalité, étapes) afin de renouveler les cultures et mentalités des professionnels concernés et à les imprégner de cette transversalité dont la nécessité et l'efficacité font aujourd'hui consensus. Ce phénomène de diffusion pourrait participer à faire évoluer le regard actuel de la société sur la personne sans-abri malade psychiatrique.

c- Des espoirs fondés sur le bilan positif des expériences étrangères

Jusqu'à ce jour plusieurs expériences menées dans le monde anglo-saxon et Europe du Nord, ont nourri les espoirs quant à ce nouveau type de dispositif :

- Lancé par Sam Tsemberis, un psychologue clinicien new-yorkais, le modèle *Housing First* a été mis en place à partir de 1992 par l'organisation sans but lucratif « Pathways to Housing » [Les chemins vers le logement]. Le programme ne reposait que sur deux exigences :
  - o Le participant devait accepter de s'inscrire dans un programme de gestion budgétaire avec le personnel, en vertu duquel 30% de son revenu est consacré au logement.
  - o Le participant devait accepter au moins deux visites par mois du personnel à son appartement.

96% des personnes étaient encore dans leur logement après 6 mois et 87% après 4 ans.

- Ce modèle a été repris par de nombreux organismes, notamment l'organisation « Denver logement » qui offre des logements à travers cette approche à plus de 200 personnes sans-abri chroniques. Les résultats de l'étude menée en 2006 montrent une réduction des coûts dus aux recours aux urgences de 34% en moyenne, des hospitalisations de 66% et d'incarcérations de 76%. 77% des participants continuent à être logés au bout de 2 ans de recul.

En août 2007, le Département américain du logement et du développement urbain a annoncé une baisse de 30% du nombre de personnes sans-abri chroniques vivant dans la rue ou dans des refuges (de 176000 personnes en 2005 à 124000 en 2007). Ce succès a été attribué aux programmes *Housing First*.

- Au Canada, le projet « Chez-soi », lancé en 2009 a été mis en œuvre dans cinq villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton). Au total, 2 285 participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes : un groupe sera logé et recevra des services connexes, l'autre recevra les services traditionnels. Un suivi sera assuré auprès des deux groupes jusqu'en 2013 dans le but de comparer les résultats obtenus en ce qui touche notamment la stabilité du logement, la santé, la toxicomanie, le fonctionnement au sein de la collectivité, la qualité de vie et le recours aux services. Dans le rapport de résultats préliminaires de janvier 2012 plus de 50% des participants au premier groupe résidaient encore dans leur premier logement.
- Dès 2007, le gouvernement finlandais a mis en place un groupe de réflexion pour refonder la politique de prise en charge des sans-abri (passage de la logique de « l'escalier » à celle du *Housing First*). Mise en œuvre du plan « Name on the door » 2010-2012 et reconduit pour 2012-2015.

A l'aune de ces résultats, l'expérimentation menée en France suscite l'espoir d'une amélioration de la prise en charge des sans-abri permettant de dépasser les insuffisances des EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012 - 23 -

dispositifs classiques. Elle devra faire la preuve de la transposabilité du modèle en France, et de son efficacité. En effet, si le principe du HF est source d'espoir, sa mise en oeuvre n'est pas sans soulever des difficultés.

## II – LE HOUSING FIRST : LIMITES ET OBSTACLES À LA MISE EN OEUVRE D'UNE NOUVELLE APPROCHE

### A. DE LA VOLONTÉ POLITIQUE À LA MISE EN OEUVRE : DES ÉTAPES À FRANCHIR

#### 1. Des solutions empiriques face au manque d'une approche nationale coordonnée

##### a- Une refondation de la politique du logement et de l'hébergement inaboutie

La mobilisation de l'association « les enfants de Don Quichotte » pendant l'hiver 2006-2007 a constitué un changement d'orientation fort dans la prise en charge des sans-abri. Outre le fait d'avoir obtenu le vote de la loi DALO (Droit Au Logement Opposable), ils ont permis une remise en cause totale de la prise en charge. S'inspirant des expériences outre-atlantique et en Europe de la mise en place du dispositif HF, l'Etat se ressaisit de ces questions par la mise en place de la politique plus globale de logement d'abord.

Néanmoins la politique du HF est toujours en cours d'expérimentation et son extension à l'ensemble des personnes sans-abri avec des troubles psychiatriques pose un certain nombre de questions. En effet, malgré les dispositifs existants pour la prise en charge des personnes sans domicile, les professionnels estiment qu'il existe une absence des pouvoirs publics dans la définition d'une politique unique de logement. Face à ce désert législatif, les professionnels ont dû développer leur propre réseau de prise en charge comme celui piloté par le service social d'un CHU de l'ouest de la France<sup>21</sup>.

De plus, la problématique du logement nécessite une logique interministérielle (santé, cohésion sociale, logement, travail) à ce jour ne semble pas exister au regard des professionnels. Un journaliste du site internet Médiapart<sup>22</sup> annonce : « *un désengagement de l'Etat des politiques de logement social* ». Cette absence se reflète au niveau régional puisque le chargé de mission de la FNARS des Pays de la Loire<sup>23</sup> fixe au cœur de la réussite du dispositif HF la bonne articulation entre les ARS et les services de la DRJSCS ou DDJSCS.

Au-delà de cette articulation, il faut s'interroger sur la volonté des politiques publiques à insérer le dispositif HF dans le paysage social français. En effet, un professionnel du Réseau

---

<sup>21</sup> Cf.: entretien n°10, voir annexe.

<sup>22</sup> Article du journal Médiapart du 9 mars 2012 « Le logement est-il un outil soignant ? ».

<sup>23</sup> Cf.: entretien n°8, voir annexe.

Santé Mentale des Pays de la Loire<sup>24</sup> travaillant depuis 12 ans sur l'insertion des patients psychiatriques sans domicile explique n'avoir jamais entendu le terme « Housing First » ou « Logement d'abord », ni des expérimentations en cours. Est-ce lié au réseau lui-même qui, restant proche des problématiques de logement local et centré sur ses pratiques sociales, ne s'ouvre pas aux autres dispositifs innovants ? Ou est-ce lié à une communication insuffisante au niveau national ? Les questions restent entières mais font réfléchir à la réussite future d'un déploiement du dispositif à l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, concernant la communication institutionnelle, on retrouve à plusieurs reprises, tant au niveau des représentants de l'Etat (Ministère du Logement<sup>25</sup>, DDCS de la Sarthe<sup>26</sup>) qu'au niveau des professionnels (Réseau Santé Mentale<sup>27</sup>) des confusions dans l'utilisation des termes « Housing First », « Logement d'abord » et « chez-soi d'abord » qui ne permettent pas de définir clairement la politique à appliquer et sur qui celle-ci s'applique.

De même, la FNARS<sup>28</sup> s'interroge sur l'expérimentation du dispositif HF. Celle-ci n'a-t-elle pas pour objectif une comparaison des coûts de fonctionnement (dispositifs par palier et HF) en vue de trouver la solution la plus efficiente ? Pour le chargé de mission de la FNARS, le dispositif HF doit compléter les dispositifs existants et non s'y substituer car un seul dispositif ne permettrait pas d'absorber l'ensemble du public à prendre en charge. A cela s'ajoutent des problèmes de source de financement avec le risque de glissement d'une enveloppe sur une autre et un désengagement de l'Etat<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup> Cf.: *entretien n°10, voir annexe.*

<sup>25</sup> Cf.: *entretien n°3, voir annexe.*

<sup>26</sup> Cf.: *entretien n°11, voir annexe.*

<sup>27</sup> Cf.: *entretien n°10, voir annexe.*

<sup>28</sup> Cf.: *entretien n°8, voir annexe.*

<sup>29</sup> Article du journal Médiapart du 9 mars 2012 « Le logement est-il un outil soignant ? ».

## b- Une approche pragmatique déjà mise en oeuvre

Face à l'absence de dispositifs adaptés pour les personnes ayant des troubles psychiatriques et à la rue, les acteurs de terrain ont construit des solutions de façon empirique. Ils se sont appuyés sur leur expérience, les partenaires institutionnels et de terrain.

La politique de prise en charge sociale des personnes sans domicile et avec des troubles psychiatriques dite un « chez-soi d'abord » inquiète les professionnels sur la remise en question du travail mené depuis de nombreuses années. En effet, des efforts de négociation, de communication, de relation ont permis d'instaurer une certaine confiance entre les usagers, les établissements sanitaires et sociaux, les bailleurs et les différents partenaires. Ils ne souhaitent pas que leur travail qui a fait ses preuves soit mis à mal.

## 2. Entre dispositif global et outil complémentaire : une équation à résoudre

### a- Un dispositif dont la vocation à s'étendre est contestée

L'expérimentation du dispositif HF a commencé en janvier 2011, suite à la remise du rapport du Pr. Vincent Girard en janvier 2010 à Roselyne Bachelot. Au vu des résultats, dès 2014<sup>30</sup> il sera décidé de la généralisation du dispositif. Cependant les retours d'expérience d'accompagnement social de ce public ainsi que les modifications de pratiques professionnelles requises pour la généralisation du HF laissent apparaître un certain nombre de réserves.

L'expérimentation du dispositif HF a lieu dans des villes où les problèmes de logement sont prépondérants. Cette réalité n'est pas partagée sur l'ensemble du territoire. Dans les zones rurales, bien qu'il existe aussi de véritables problèmes de précarité, les problèmes de personnes à la rue sont minimes<sup>31</sup>, voire inexistantes. De plus, l'offre de logement à prix modéré existe. Ainsi parler de mise en place de dispositif HF dans des villes où les tensions immobilières sont faibles perd de son sens. Les professionnels conduisent des accompagnements individualisés et mobilisent la multiplicité des outils existants (allant du logement d'urgence, au CHRS, à l'hospitalisation complète ou à l'accès en appartement thérapeutique) pour construire une réponse adaptée. La disponibilité du parc immobilier permet ainsi d'envisager plus facilement l'accès à un appartement autonome.

Cependant, la remise en cause systématique des solutions d'hébergement temporaire<sup>32</sup>, telles que les CHRS, ne prend pas en compte totalement les difficultés que peuvent rencontrer les publics dans l'accès à l'autonomie. Ainsi, lorsque les personnes vulnérables rentrent en foyer, les aspects liés à l'alimentation ou à l'hygiène sont pris en charge et leur laissent la possibilité de se consacrer à leur projet d'insertion.

---

<sup>30</sup> Fiche de présentation du programme « Un chez-soi d'abord »- Juin 2010 – Chantier national prioritaire.

<sup>31</sup> 1 personne sans abri répertoriée à St Brieuc – Equipe mobile psychiatrie et précarité 35

<sup>32</sup> Cf.: *entretien n°10, voir annexe.*

Enfin, la grande majorité des dispositifs existants actuellement pour les sans-abri<sup>33</sup> prévoit un début et une fin de prise en charge. Ces contrats sont en moyenne d'une durée de 6 mois et peuvent être renouvelés. Qu'en sera-t-il pour les personnes prises en charge dans le dispositif HF<sup>34</sup> ? Existe-t-il un temps déterminé pour l'accompagnement<sup>35</sup> ou celui-ci peut-il se prolonger indéfiniment en fonction de leurs besoins ? Ces questions ne sont pour l'instant pas tranchées mais vont nécessiter des réponses, car si le suivi a une fin programmée, qui pourra sur le terrain prendre le relais eu égard aux difficultés rencontrées par les personnes ?

#### b- Un changement radical des pratiques professionnelles qui génère des résistances

La politique du HF et du logement d'abord a fait l'objet d'assises nationales en décembre 2011 qui ont clôturé deux mois de débats locaux. Néanmoins, certains travailleurs sociaux ont le sentiment de n'avoir pas été suffisamment associés à cette réflexion. Ceci aboutit à une tension dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Tout d'abord, les aspects liés à l'expérimentation et au développement de la recherche interrogent. La randomisation, issue de l'épidémiologie et des recherches effectuées dans le champ sanitaire heurte, de même que le protocole de recherche jugé trop rigide. Exclure volontairement des personnes d'un dispositif à des fins de recherche dépasse leur entendement pour des raisons éthiques. Nous touchons là à un point de structuration du secteur social qui s'est construit de façon empirique et très souvent à partir d'un militantisme répondant à des difficultés repérées. C'est souvent cette démarche militante qui a amené l'Etat à prendre en compte des problématiques sociales. Repenser l'action sociale à partir de son efficacité et la mesurer dans le cadre de recherches scientifiques est nouveau et devra certainement passer par une modification de la formation des travailleurs sociaux.

La place même de l'utilisateur est complètement renouée depuis la loi du 2 janvier 2002<sup>36</sup> car l'utilisateur est dorénavant au centre de sa prise en charge et ce n'est plus au travailleur social de savoir ce qui est bien et nécessaire pour l'intéressé. Ainsi la question de la conditionnalité de l'accès à un logement ne se pose plus et provoque en soi un changement de paradigme. On voit à travers les entretiens menés que les professionnels sont très attachés à cette notion.

Repenser les modes de prise en charge et s'adapter à la multiplicité des publics oblige à travailler de façon coordonnée et complémentaire entre le secteur social et le secteur sanitaire, ce qui n'est pas sans difficultés encore aujourd'hui. Pour parfaire ces méthodes de travail et avoir un personnel suffisamment qualifié permettant de répondre aux besoins du public, la formation ne

---

<sup>33</sup> Sauf accueil de nuit d'urgence, accueil de jour ...

<sup>34</sup> Observations exprimées par la FNARS et la DDCS.

<sup>35</sup> Le projet expérimental est prévu pour 3 ans.

<sup>36</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

peut pas être négligée. On préférera des formations locales rassemblant l'ensemble des acteurs locaux<sup>37</sup> à des formations par corps et nationales (reprises des tuyaux d'orgues).

## B. LES PERSONNES SUIVIES EN PSYCHIATRIE : UNE POPULATION À RISQUES MÉDICAUX ET SOCIAUX

### 1. Les comorbidités psychiatriques : un obstacle à l'accès au logement

Le dispositif d'HF a pour objectif de sortir de la rue des personnes en grande précarité ayant des troubles psychiatriques. Or selon une étude de l'Observatoire du Samu Social de Paris et de l'INSERM portant sur les SDF parisiens<sup>38</sup>, la prévalence des troubles psychotiques au cours de la vie est estimée à 16 %, dont 14,9 % pour la schizophrénie. Les troubles de l'humeur au cours de la vie sont retrouvés chez 41,0 % des personnes avec 33,7 % de troubles dépressifs, 3,6 % de troubles bipolaires et 3,6 % de manie<sup>39</sup>. La Fondation Abbé Pierre évoque même plus de 50% de la population de sans-abri pouvant souffrir de diverses pathologies mentales<sup>40</sup>.

Au regard des caractéristiques des comorbidités des deux types de psychoses les plus fréquemment relevées par le Samu social, à savoir la schizophrénie et le trouble bipolaire (qui toucherait 26% des grands précaires (INSERM) et qui représenteraient 37.5% de la prévalence des pathologies mentales de la population française selon La documentation française<sup>41</sup>), on peut s'interroger a priori sur la pertinence de placer des individus souffrant de ces troubles dans des appartements plus ou moins isolés et sans obligation de sevrage (alcool et drogues) et de prise de leur traitement.

Ainsi, l'isolement peut être une cause sérieuse de suicide chez cette population à risques : Selon l'étude SAMENTA<sup>42</sup>, la prévalence du suicide chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques est de 37.5%. Un suivi de cohorte<sup>43</sup> met même en évidence une surmortalité 4,5 fois plus importante de la sous-population des schizophrènes vis-à-vis de la population générale avec un taux de suicide 20 fois plus élevé et à un âge particulièrement jeune. Empiriquement, cela a été confirmé avec le programme HF finlandais, dans lequel les pouvoirs publics ont conclu que des sans-abri ayant des troubles psychiatriques et des problèmes d'alcoolisme n'étaient pas à même de vivre seuls au regard du nombre très important de suicides. La construction de logements-foyer a alors été privilégiée afin de sortir les personnes de l'isolement<sup>44</sup>.

---

<sup>37</sup> Cf.: entretien n°11, voir annexe.

<sup>38</sup> Kovess et Mangin-Lazarus, 1999.

<sup>39</sup> Voir tableau étude SAMENTA en annexe.

<sup>40</sup> Cf.: entretien n°4, voir annexe.

<sup>41</sup> Revue française des affaires sociales 2004 - n° 1, ISSN 0035-2985.

<sup>42</sup> Guesdon et Roeland, 1998.

<sup>43</sup> Casadebaig, 1999.

<sup>44</sup> Enquête DIHAL.

Les professionnels d'un Centre Hospitalier Universitaire de l'ouest de la France ont bien précisé que les personnes ayant des troubles psychiques avaient besoin de cadrage et de repères. Ce qui pose toujours le problème de l'inconditionnalité du programme HF.

En effet, le programme HF ne propose aucune obligation de sevrage ou de prise de traitement. Or, toujours selon l'enquête SAMENTA<sup>45</sup>, les problèmes liés à l'usage de l'alcool chez les SDF parisiens avec troubles psychiatriques s'élèveraient à 24,9 % sur la vie et ceux liés à l'usage de drogues à 15,6 % sur la vie. De plus, selon l'équipe de S. Zammit<sup>46</sup>, la moitié environ des personnes qui souffriraient de schizophrénie auraient recours à l'usage de drogues (le cannabis, la cocaïne et les amphétamines) et/ou à la consommation excessive d'alcool. Ces substances seraient principalement utilisées pour gérer la dépression, l'anxiété, l'ennui et la solitude que peuvent éprouver certains malades. Or, il peut y avoir une interaction entre l'alcool et ces neuroleptiques (effet « antabuse »), l'alcool intervenant comme inhibiteur du métabolisme du médicament. De plus, il est prouvé que l'alcool et les médicaments peuvent provoquer chez le patient des troubles psychologiques voire psychotiques par leur interaction. Tout porte donc à dire que l'alcool est fortement déconseillé avec une prise de traitement<sup>47</sup>.

Cet effet potentiellement néfaste du programme HF a été signalé par certains membres de l'expérimentation belge<sup>48</sup> qui en ont conclu que les approches d'HF mettaient en péril les efforts réalisés en matière de traitement de désintoxication, appelant ironiquement le programme « bottle first model ». Ces propos viennent corroborer les rapports des Dr Déborah K. Padgett (2007) et S.G. Kertsez (2009) posant clairement la question de la capacité du programme à réduire la consommation d'alcool et de drogues des bénéficiaires. Une assistante sociale du centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes soutient même qu'un arrêt total de toute prise de produits paraissait très optimiste et qu'une prise de produits en trop grande quantité correspondrait automatiquement à un échec, les patients ayant besoin d'un minimum de stabilisation pour une prise en charge efficace.

Ces données seront à confirmer à la suite des expérimentations en cours menées dans le cadre d'un protocole expérimental sur les villes de Paris, Lille, Toulouse et Marseille<sup>49</sup>.

---

<sup>45</sup> Kovess et Mangui-Lazarus.

<sup>46</sup> ZAMMIT S. et col. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. Br Med J., 2002.

<sup>47</sup> Parnas J, Jorgensen A. Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum. 1989 British Journal of Psychiatry.

<sup>48</sup> Rapport DIHAL.

<sup>49</sup> Protocole de partenariat "Groupement momentané d'entreprises", programme expérimental "HOUSING FIRST PARIS", recherche médicale de trois ans, 2012.

## 2. Des usagers-patients au cœur de la cité : des obstacles sociaux ?

Si les travailleurs sociaux sont « *sur le principe globalement favorables à ce dispositif* »<sup>50</sup>, la question qui demeure pour les personnes accompagnées est leur capacité à rebondir et à réorganiser leur vie, en s'appuyant sur leurs ressources propres et celles de leur environnement, sans nuire à leur entourage.

### a- Les ressources propres de l'individu

Être locataire d'un logement, c'est accepter un attachement à un bien matériel. « *Mais peut-on imaginer réintroduire un désir de logement chez des personnes en errance parfois depuis des années, quand cette errance est elle-même liée à un refus d'attachement* »<sup>51</sup>. C'est la position de ce travailleur social qui considère pour les grands marginaux, qu'il semble illusoire de travailler sur l'accession à un logement si le patient n'est pas au préalable dans une acceptation de lien, voire dans un désir de logement.

P. Declerck dans « les naufragés » ajoute même que dans cet univers, la complexité faite de victimes, de bourreaux et de parcours de vie chaotiques, rend les possibilités de se reconstruire minimales voire impossibles.<sup>52</sup>

D'autre part, pour les personnes ayant des déficiences mentales, « *l'isolement social et l'ennui liés à un nouveau cadre de vie au sein d'un logement autonome peuvent signifier à nouveau l'absence de chez-soi* »<sup>53</sup>. La perte de ses ressources propres construites au fil des années au sein de la rue peut accentuer cet isolement social, à tel point que certains travailleurs sociaux se demandent s'il ne faudrait pas plutôt « introduire le logement dans la rue plutôt que de réintroduire la rue dans le logement ». Dant and Deacon<sup>54</sup> rajoutent : « *l'isolement de certaines personnes addictives à l'alcool ou à la drogue, peut être accru par la déconnexion de sa seule source de soutien social constituée par les autres personnes qui consomment de la drogue ou de l'alcool* ».

### b- Les ressources externes

Le tissu social qui entoure le patient constitue une deuxième ressource mobilisable. Or, dans certaines villes, les logements à prix modérés sont concentrés dans des quartiers caractérisés par le chômage de longue durée, des comportements délictueux et antisociaux, ainsi que par des services publics insuffisants. Si les personnes sans domicile sont placées dans ces quartiers ou s'ils y emménagent parce que les logements y sont bon marché, ils peuvent quelquefois trouver

---

<sup>50</sup> Cf.: entretien n°8, voir annexe.

<sup>51</sup> Cf.: entretien n°10, voir annexe.

<sup>52</sup> P. Declerq - les naufragés.

<sup>53</sup> Dant et Deacon, 1989 voir Bibliographie.

<sup>54</sup> Dant et Deacon, 1989 voir Bibliographie.

qu'il est très difficile d'y vivre. Par conséquent, ils peuvent ensuite abandonner leur logement et se retrouver à nouveau en situation d'absence de chez-soi.

Selon la Fondation Abbé Pierre, pour certaines populations le « *Logement d'abord et le « Housing First » se traduisent par de l'isolement et de la solitude alors que le collectif permet d'éviter cela* »<sup>55</sup>. La prise en charge en foyer ou en maison relais semble parfois plus adaptée, car il y a une demande des personnes pour des temps de socialisation (activités culturelles, manuelles, occupationnelles, sportives, théâtre, etc.) tout en restant dans un milieu protecteur. Ces prises en charge en structures collectives présentent néanmoins des difficultés tout particulièrement sur les questions de gardes d'enfants (gardes alternées) ou sur les questions des relations personnelles et intimes.

### c- Préserver l'entourage

C'est l'autre élément qui ressort de nos différentes rencontres avec les professionnels de terrain et qui renvoie aux questions de l'inconditionnalité d'accès au logement. Si la FNARS en évoque les limites autour des problèmes de solvabilité et des personnes en situation de séjours irréguliers, les équipes de psychiatrie considèrent que « *beaucoup de patients souffrants de troubles psychiques ont besoin d'être cadrés et d'avoir des repères. Une absence de contrat peut engendrer des difficultés de prise en charge, un manque d'adhésion du patient, une inquiétude des bailleurs et des nuisances pour l'entourage* »<sup>56</sup>. Par ailleurs, si l'on prend l'exemple d'une structure d'hébergement classique de type CHRS, c'est elle qui va tout gérer (lavage du linge, réparations, etc.) alors que dans un logement autonome, la personne doit faire face à cela toute seule. Cette absence de structure, de repères peut être très anxiogène pour les malades psychiatriques et aboutir à des situations où « *c'est la rue qui revient dans l'appartement* »<sup>57</sup> (squat, violence...). D'autre part, selon une assistante sociale d'un centre hospitalier de taille moyenne, les personnes sans domicile fixe ont un problème de rapport au corps et un manque d'éducation élémentaire concernant notamment leur hygiène corporelle et l'hygiène de l'environnement qui aboutit parfois à des situations d'extrême insalubrité, qui marginalisent davantage le patient que dans son vécu de rue.

Face aux limites des ressources des patients atteints de troubles psychiatriques et face à la fragilité de leur environnement social, le principe du HF n'est pas réellement discuté sur le plan de son intérêt, ce sont plus les questions de ses modalités de mise en œuvre et d'accompagnement qui interrogent les travailleurs sociaux.

---

<sup>55</sup> Cf.: entretien n°4, voir annexe.

<sup>56</sup> Entretien n°10 - Assistante sociale CHU

<sup>57</sup> Entretien n° 7 - équipe psychiatrie précarité

## Conclusion

---

L'expérimentation du Housing First pourrait constituer le point de départ de la réforme des pratiques professionnelles dans le milieu de l'hébergement, et l'occasion d'une reprise en main par l'Etat du secteur de l'hébergement. Si l'affichage institutionnel promouvant un changement de paradigme dans la prise en charge des sans-abri apparaît fortement volontariste, une majorité des acteurs de terrain semble partager une vision plus nuancée de l'apport d'une tel changement de cap et fait apparaître des facteurs de résistance.

La mise à l'abri constitue une avancée notable pour les personnes sans domicile, permettant ainsi la mise en oeuvre d'un accompagnement médico-social de qualité. En effet, les personnes ayant des troubles psychiatriques qui vivent chroniquement à la rue ne bénéficient pas d'une prise en charge régulière tant du point de vue médical que social. L'objectif du HF est d'améliorer les conditions de vie, l'accès aux soins et le bien-être des personnes en les stabilisant dans le logement, permettant aux professionnels de travailler sur le long terme et d'envisager notamment la réduction des addictions.

Pour autant, la question de la généralisation, au-delà de l'expérimentation d'"un chez-soi d'abord" entraîne une série d'interrogations. Tout d'abord, comme il a été vu précédemment, la philosophie du Housing First est particulièrement adaptée à des villes connaissant une tension sur leur marché de logement (telles que les villes participant à l'expérimentation), là encore du fait de l'expérience anglo-saxonne du sans-abrisme. Notre étude a pu s'attacher à mettre en lumière les spécificités connues par des villes secondaires au marché du logement moins tendu.

Ensuite, l'organisation pratique de l'accompagnement social concentre une part non négligeable des chances de succès des politiques inspirées du Housing First, et doivent dès lors faire l'objet d'attentions et de réflexions particulières (par exemple sur les stratégies de localisation des logements). De même quel doit être le rôle des équipes d'accompagnement, quelles limites fixer à leur mission afin d'éviter un glissement entre professionnels et aidants ? La réussite d'un tel dispositif ne repose t'elle pas sur l'idée de conserver une grande souplesse de prise en charge des sans-abri ?

L'accès direct au logement individuel ne convient pas à tous : le respect des parcours et de la volonté des personnes nécessite le maintien d'une palette de possibilités de logement et d'hébergement aussi large que possible. Les solutions d'habitats thérapeutiques, individuels, collectifs ou semi-collectifs ne sont donc pas fondamentalement à remettre en cause, et la

méthode Housing First pourrait constituer une possibilité supplémentaire pertinente pour un certain public, participant ainsi à renforcer le tuitage existant.

Au-delà du bilan et des obstacles analysés par ce présent rapport, le Housing First et sa déclinaison française expérimentale « un chez-soi d'abord » apparaissent comme les possibles aiguillons d'une réforme d'envergure des dispositifs d'hébergement en direction des personnes sans-abri. Pour autant, peut-on parler d'« une réforme des structures d'hébergement d'abord » comme le notait la Fondation Abbé Pierre<sup>58</sup> ? Cette réforme a également engagé un questionnement sans précédent sur les pratiques professionnelles. On peut noter qu'elle a été menée avec souplesse et sans passer par la voie législative. Au stade actuel, comme le pressent la DGCS<sup>59</sup>, une Loi-cadre qui réalise les ajustements encore nécessaires et jette les bases d'un renouveau du service public d'hébergement doit-elle être envisagée ?

---

---

<sup>58</sup> Cf.: entretien n°4, voir annexe.

<sup>59</sup> Cf.: entretien n°3 et 5, voir annexe.

# Bibliographie

---

## LIVRES

- DECLERCK Patrick. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris. Collection Terre Humaine. 2003. 455 pages.

## ARTICLES DE PRESSE ET DOSSIERS THEMATIQUES

- GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, *La santé des personnes sans chez-soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, rapport remis au ministère de la santé et des sports, janvier 2010.
- BUSCH-GEERTSEMA Volker, EDGAR William, O'SULLIVAN Eoin, PLEACE Nicholas, *Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe : les enseignements de la recherche*, rapport compilé dans l'optique de la conférence du consensus, décembre 2010.
- Pour une modernisation de la politique d'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, *Premier ministre Document cadre*, Juin 2009.
- Rapport sur le logement d'abord et son applicabilité en France, PLEACE Nicholas Observatoire européen sur le sans-abrisme, mars 2012.
- Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, déposé par le *Comité d'évaluation et de Contrôle des Politiques Publiques sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence* du 26 janvier 2012.
- Recommandations politiques du Jury, *Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme*, décembre 2010, Bruxelles.
- Communiqué de presse, Le parlement européen adopte une résolution sur une stratégie européenne de lutte contre le sans-abrisme, *FEANTSA, 14 septembre 2011*.
- Fondation Abbé Pierre, février 2012, 17ème rapport annuel : L'état du mal-logement en France, 228 p.
- Référentiel national des prestations du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion, Juillet 2010.
- La Gazette Santé-Social n°69, décembre 2010, Hébergement : le temps de l'urgence est révolu, pp48-49.
- Conférence de consensus européenne sur le sans-abrisme. *Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe : les enseignements de la recherche*. BUSCH-GEERTSEMA Volker, EDGAR William, O'SULLIVAN Eoin, PLEACE Nicholas. FEANTSA. 2011.

- Article du journal Mediapart, *Le logement est-il un outil soignant ?* MARTIN Jean-Pierre. 2012.

#### **SITES INTERNET CONSULTÉS**

- [Position de la FEANTSA sur l'innovation sociale et les approches politiques dirigées vers le logement](#)
  - [www.beyondshelter.org/aaa\\_initiatives/ending\\_homelessness.shtml](http://www.beyondshelter.org/aaa_initiatives/ending_homelessness.shtml)
  - [www.pathwaystohousing.org](http://www.pathwaystohousing.org)
  - [www.housingfirst.fi](http://www.housingfirst.fi)
-

## Liste des annexes

- Annexe n°1 : Tableau des entretiens menés et correspondance des notes de bas de page.
- Annexe n°2 : Entretien de Dr Pascale Estecahandy.
- Annexe n°3 : Guide d'entretien.
- Annexe n°4 : Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de Guesdon et Roeland (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et S. Fazel (2009).

### **Annexe n°1 : Tableau des entretiens menés et correspondance note de bas de page :**

NN° des Entretiens	Lieux	Types	Dates
1-Psychiatre Centres Hospitaliers	Lille	Direct	9/05/12
2- Pilote du réseau précarité santé mentale	Arras	Direct	7/05/12
3-Direction Cohésion Sociale Projet Logement d'abord	Paris	Direct	9/05/12
4- Fondation Abbé Pierre, chargé mission Grands Précaires	Paris	Direct	9/05/12
5- Chef de bureau à la Cohésion Sociale	Paris	Téléphone	1/05/12
6- Association « Sortir de la rue »	Rennes	Direct	1/05/12
7- Équipe mobile psychiatrie et précarité	Rennes	Direct	4/05/12
8- FNARS	Pays de Loire	Téléphone	10/05/12
9- DRJCS,		Direct	4/05/12
10- CHU	Grand ouest	Direct	10/05/12
11- DDCS	Le Mans	Direct	9/05/12

**Annexe n°2 : Entretien de Mme Pascale ESTECAHANDY, psychiatre responsable de la mise en œuvre de l'expérimentation « Un Chez-soi d'abord » en France.**

**Lille, 9 mai 2012**

**Réalisé par Arnaud FOURMENTEZ et Marie-Laure LANCEAU**

· **Pourriez-vous vous présenter, votre parcours, votre métier ?**

Je m'occupe de la Coordination nationale du versant opérationnel d'Un chez-soi d'abord. Je suis Ph de santé publique sur le CHU de Toulouse, mise à disposition de la DIAL, qui porte le programme de Housing First (préfet R.) Corédactrice du rapport sur la santé des personnes sans chez-soi, sur les dimensions somatiques. Recommandation principale : mise en place d'un programme Housing First en France. Se base sur les expériences américaines des 90' : ça change la prise en charge, qd on compare les approches traitement d'abord et logement d'abord, on est plus efficace dans les 2ème : on demande aux thérapeutes de soigner des gens dont la priorité est le logement. Les sans-abri veulent d'abord un logement. Il n'y a pas de santé sans toit.

· **Que pensez-vous de la relation entre sans-abrisme et troubles psychiatriques ? Quels sont les troubles psychiatriques les plus fréquemment observés au sein de cette population ? Peut-on établir une corrélation entre la rue et la pathologie psy ?**

Voir le rapport et l'étude Samanta de l'observatoire du samu social. 30%.prévalence 10 fois supérieur de la schizophrénie chez les sans-abri.

· **Quelles étaient pr vous les insuffisances des méthodes traditionnelles de prise en charge des sans-abri psychiatriques ? Dans quelle mesure le Housing First permet d'y répondre ?**

Précarité = grande vulnérabilité psychique et mentale, sanitaire : on cumule. Addiction, pas de famille...

Le programme HF concerne les gens qui tournent entre la prison, l'hébergement d'urgence, l'hospitalisation, la rue... boucle morbide. Ils cumulent plusieurs vulnérabilités : précarité, addiction, maladie mentale. La prise en charge actuelle est trop en tuyau d'orgues : médicale, etc... Pas adaptée pr ceux qui ont tous en même temps. Il faut du transversal, coordination insuffisante. Beaucoup de choses qui existent aujourd'hui, mais les publics les plus désinsérés

vont sur des dispositifs embouteillés : centre 15, etc... ça embouteille en CHRS car manque de logement social, ça bloque aux urgences... manque de débouchés sur la sortie, manque de logements social, manque d'accessibilité monétaire pour le logement privé. Manque de coordination des acteurs qui fait que ces publics n'accèdent pas à un minimum de lieux où se poser.

- **Comment définiriez-vous le Housing First ?**

- **Quels sont les attendus de cette nouvelle approche ? Qu'est-ce qu'on en espère ?**

Le HF change la posture. Comme c'est embouteillé, ces gens retrouvent un statut quand ils ont un statut de malade : à l'hôpital ils ont une existence. Ils rentrent par la porte du médical, qui est coincé car on peut pas soigner des gens qui tournent comme ça... On consomme du soin mais on a aucune efficacité sur l'état de santé. Ils ne vont pas mieux. Ils consomment du soin, mais ça ne mène à rien. Le système en escalier : urgence, CHRS, logement social... Il faut faire ses preuves à chaque étape. On dit aux gens : si vous étiez différents de ce que vs êtes-vous pourriez accéder à un logement.... Mais ils sont toxico, anciens détenus etc. depuis longtemps... Le HF prend la chose à l'inverse : on vous loge. Sans conditions, rien. On vous met à l'abri. On ne les prend pas comme des malades nécessitant une prise en charge : on les prend comme des citoyens qui ont le droit à un logement. Une fois ça posé, en tant que citoyens ils ont des devoirs : participation au loyer (30%) visite de l'équipe, etc... L'amélioration de l'état de santé va pouvoir se faire à partir de là, avec le traitement mais pas seulement : l'insertion sociale, etc... Si la santé ne tenait qu'au traitement, il n'y aurait plus de malades!

Objectif du programme français : programme de recherche conduit sur 3 ans qui vise à expérimenter et évaluer cet outils : Améliorer l'accès aux soins, au logement et à la citoyenneté de ce public.

Critères précis de recrutement de 800 personnes sur 4 sites. Critères : diagnostique de schizophrénie, itinérance (7jrs au moins à la rue), et avoir des besoins élevé : cooccurrence : addiction, incarcération,... La moitié dans l'expérience, accompagnée par l'équipe dédiée, et l'autre moitié avec l'offre habituelle. Ils sont suivis tous les 6 mois pendant 24 mois par un chercheur. Utilisation des systèmes de soins, grille d'état de santé, de qualité de vie... pas de perte de chances pr ceux qui sont pris en charge par le système traditionnel. 1 chance sur 2 d'obtenir un logement, c'est déjà bien! C'est le seul programme en France qui propose ça... c'est beaucoup plus qu'en sortant de CHRS.

- **1er élément** : on espère montrer que ces personnes sont capables d'être des citoyens à part entière : lever le stigmate, cette peur et cette discrimination, la corrélation entre schizophrénie

et « assassins » : suite au discours de Grenoble par le président Sarkozy (meurtre à l'hôpital psychiatrique). Discours sécuritaire... En réaction on a voulu montrer qu'il y avait d'autres approches. Possibilité d'être des citoyens, de changer l'image.

- **2ème élément**, prise en charge sociale : on inverse le process en escalier : pas besoin d'être prêt pour habiter... Les américains ont montré qu'on ne sait pas qui est capables ou non d'habiter : pas d'éléments prédictifs, on ne peut pas dire qu'une personne est capable d'habiter un logement qu'une autre. Insertion dans la communauté.
- **3ème élément** : décloisonnement. Spécificité de l'équipe d'accompagnement : pluridisciplinaire, regard croisé. 2quipe de suivi intensif qui va à domicile : au min 1fois par semaine, philosophie de rétablissement. On va vers, on n'attend pas que la personne demande. On ne part pas des manques de la personne mais de ses compétences. On lui donne le choix, on l'accompagne en proximité, avec une permanence de l'accompagnement. Services indépendants du service résidentiel : la personne choisit son logement en fonction de ce qu'elle préfère : son quartier, son milieu... (dans la limite du raisonnable). Elle choisit son logement, ses meubles. Considération. Si dans ce logement ça ne se passe pas bien (ex : quelqu'un qui entendais trop le voisin, parano, n'a pas supporté : on l'a relogé). L'équipe suit la personne. Même si elle repart à la rue, si elle est expulsée ou incarcérée, etc... L'équipe dédiée aide à la gestion locative, mais elle est indépendante du logement. L'équipe l'accompagne quoi qu'il arrive, vers un autre logement, pour réessayer. Le parcours résidentiel et l'accompagnement sont séparés, ce qui permet de ne pas briser le lien de confiance. Or ce sont des gens qui ont expérimenté l'échec social, la rupture de relation. Là, quoi qu'il se passe, on est là. Avec des exigences minimum : vivre en bonne harmonie avec son entourage. C'est une nouveauté, un plus du HF. Très souvent, l'accompagnement est en lien avec l'inscription dans un parcours, un cursus... Tandis que là c'est transversal.  
L'idée c'est que la personne ne se réduit pas à sa maladie. Elle est citoyenne avant tout. Elle a des compétences : de débrouille, artistiques, etc... On va voir émerger des qualités.

L'idée c'est d'avoir le niveau de preuve le plus élevé de son efficacité pr l'étendre. Pr ce public, on sait que ça marche. Ensuite, c'est à voir... Mais si on vise l'abstinence totale, ce n'est pas le type de programme le plus efficace.

- **Quels sont pour vous les obstacles à sa mise en œuvre ?**

### **§ Quel est le retour/les réactions des professionnels/usagers ?**

#### ***Usagers :***

Le retour des usagers est encore difficile à établir. Les 1er mois c'est la lune de miel. Les gens sont tout heureux : vous avez fait 15 ans de rue, et en quelques jours on vous installe ds un appart, on vous offre les meubles, on vient vous voir.. C'est le rêve. Après, peut être qu'il y aura du désenchantement. Le défi sur le long terme c'est le changement. On manque encore de recul. Ça responsabilise la personne : tu es citoyen, pas handicapé. Citoyen comme un autre, tu as des droits, mais donc des devoirs... On te fait prendre un risque, on te fait confiance. On ne change pas de statut comme ça. Ils se sont identifiés comme étant de la rue, soudainement ils ont des voisins... La gestion de l'appartement, se projeter ds l'avenir... C'est un tsunami. Ce qui est compliqué, ensuite c'est de trouver un métier, de se réinsérer...

#### ***Professionnels :***

Ils apprécient le fait de travailler en interdisciplinarité, d'avoir une vision croisée. D'être sur une logique de rétablissement, de laisser le choix à la personne. Les résultats sont positifs. Grande liberté : un usager qui a une envie, un besoin, on va l'accompagner. Ex : un travailleur aime la piscine, il propose à ceux qui veulent de venir avec lui... le jeudi, c'est piscine. J c'est une autre vision de la santé mentale. C'est plus complexe par ce que ça pose la question des limites : on teste, on tatonne... à Toulouse, une femme s'était fait squatté. Jusqu'où on laisse, quand est-ce qu'on protège ? Est-ce qu'on la laisse en danger ? Est-ce qu'on la laisse trouver les ressources ? C'est là où les visions croisées sont nécessaires.

On avance qu'avec les échecs. On se met en instabilité. « dans la vie, on fait du vélo : je m'arrête sur le bord et je ne vois rien, ou je pédale, je prends des risques et il se passe des choses, je vois du paysage... » Une personne hospitalisée en hôpital psy, c'est toujours le même paysage. Il faut pédaler si elle veut avancer... Il faut que la personne prenne le risque de tomber. Le programme c'est d'être là pour faire en sorte qu'un échec soit vécu comme une expérience, que la personne sache qu'on est là. La difficulté c'est de savoir à quel moment on aide, on lâche... S'il n'y a pas cela la personne ne pourra pas avancer. Il faut lui permettre d'avancer.

Faire rentrer la rue dans le logement, c'est une possibilité, ça peut être une étape... Si elle doit passer par là, on l'accompagne. On ne peut pas faire pour les gens, faire malgré eux. Il arrive que la personne commence par se faire squatter, puis demande de l'aide...

## **§ En termes de coût, cohérence du dispositif...**

C'est aussi un objectif du HF. Sur la 1ère année on a rentabilisé par la réduction des coûts. Le programme de recherche a pour critère de vérifier l'efficacité : moindre consommation de soins, meilleure qualité de vie. L'objectif c'est de faire mieux à cout égal. On ne cherche pas forcément à réduire les couts, mais on est dans l'optimisation. On tient compte du coût. Utilisation optimale des moyens. Pas vraiment d'objectif d'économie. Le suivi est cher

Le programme HF vient de 2 grands courants : le logement d'abord et la désinstitutionalisation en psychiatrie. Logement d'abord = politique du gouvernement, apparue dans le même temps. Le HF en est un élément, mais plus complexe compte tenu de son public et de son histoire. La politique du logement d'abord a été vue par les acteurs sociaux comme une volonté de réduire les coûts, ou du moins de les transférer de l'Etat aux CT...

On a tendance à croire que le sans-abrisme c'est un problème conjoncturel... En réalité c'est structurel. C'est lié au système, à l'économie, mais aussi aux personnes. On ne peut pas ne pas voir qu'il y a de plus en plus de personnes à la rue : le système d'hébergement d'urgence est embouteillé : par les demandeurs d'asile et irréguliers, et par ceux qui tombent à la rue du fait de la crise... Tout le système de logement d'urgence est embouteillé, malgré la création continue de places. Ce 'est pas un puits sans fonds. On ne peut pas toujours augmenter le stock!! Le prix des loyers augmente, on ne règle pas le problème de la migration... Situation sociale tendue. Ce n'est pas la solution : la solution, c'est le logement durable. Il y a beaucoup de gens en hébergement qui pourraient accéder au logement s'ils avaient les moyens, une caution. Blocage de sortie. Il faut faire du logement, seule solution pérenne. Problème du délai entre l'idée où on le décrète et le moment où ça se fait vraiment... dans le système d'hébergement, on a droit à rien. Avec un bail, une location, on a des droits.

Le logement d'abord n'est pas qu'une optique de réduction des coûts : on s'est dit, on ne peut pas continuer à créer 1,5Milliards d'€ par an d'hébergement d'urgence. On chauffe et on ouvre la fenêtre... L'idée n'est pas mauvaise, c'est la mise en œuvre qui a pu être cafouilleuse.

Au Canada ils ont eu les 1ers résultats. Aux EU ils ont montré qu'ils étaient rentables dès la 1er année.

**§ Que pensez-vous du recours aux médiateurs de santé pair ? C'est une méthode qui pose des soucis, qui est parfois décevante sur le terrain...  
Quelle est leur place ? Leur rôle ?**

C'est un plus incontestable. Dans les deux équipes ici on a des psychiatres, médecin généraliste à compétence d'addictologie, infirmier, travailleur social et travailleur pair/médiateur de santé pair. On travaille à la réduction des risques. Ils sont excessivement utiles. Ce sont des équipes qui offrent un panel de service à disposition de la personne. On va à son domicile, astreinte H24 7 jour sur 7, astreinte non pas médicale mais d'aide à la résolution de l'urgence : en cas d'angoisse, etc... Détails administratifs ou techniques, psy, etc... lien permanent. Personne n'est référent d'une personne, d'une situation : toute l'équipe connaît tout le monde. Réunion le matin pour screener toutes les situations (30 à Lille logées, 25 à Toulouse, etc...). On répartit le travail, et chaque matin on fait le bilan. Les visites à domicile sont toujours pluridisciplinaires avec des binômes. Le médiateur pair apporte un savoir expérientiel, il montre l'espoir à la personne : il est la preuve vivante que ça marche : il est passé par là. On peut être passé par là et se rétablir, et être professionnel. Il apporte à la palette de service son expérience. Il apporte au panier pluridisciplinaire. C'est très important pour les gens : ils ont fait 10 à 15 ans de rue, ils ne croient plus qu'on puisse s'en sortir... « Regarde, moi j'y arrive! » pourquoi pas moi ? Dimension d'exemple. Idée critiquée car posée comme « on prend des malades pour soigner d'autres malades. » Or ce n'est pas l'idée. Ce ne sont pas des gens malades mais rétablis. Ils sont sortis de leur statut de malade. Ils discutent de petites choses très concrètes. C'est du quotidien, des petites choses de la vie... C'est de l'interculturel. On va chez les gens, on rentre dans leur monde. Or c'est pas un monde qu'on connaît, en général, quand on est médecins, travailleurs sociaux... Là ce qui est intéressant c'est de voir quelqu'un qui nous aide à lire les codes, cette vision croisée... Expérience avec un travailleur pair : elle y croit, elle se met d'avantage à sa place.. ex d'une schizophrène au Canada qui demande à travailler, doute de la psychiatre, réaction spontanée de la médiateur pair : « ben oui, pas de souci! ».

Difficulté à s'insérer dans une institution très établie (ex l'hôpital). Mais sur le programme HF, on est dans l'expérimentation, il patauge avec nous! Ils sont aussi importants que le psychiatre! L'objectif, c'est le rétablissement : on s'appuie sur des gens rétablis. Grosse différence avec les équipes classiques, changement de paradigme.

**Que pensez-vous de la non-conditionnalité du Housing First qui revient à séparer la prise en charge social (logement, accompagnement) de la prise en charge sanitaire (addictologie, traitement psy) ? La prise du traitement n'est-elle pas un pré requis nécessaire à la réinsertion et à la sortie de la rue ?**

La non conditionnalité, ça fonctionne. Aux Etats unis, ils ont montré (pathway to housing, sur le site de Sent) : à 5ans après, plus de 80% des gens sont encore dans le logement. On réduit les

hospitalisations, les incarcérations. Cf. rapport chiffres à la fin. on coupe le cercle infernal. Si les gens sont à la rue ils ne pourront jamais se rétablir. L'expérience des EU montre que ça marche. Dans les approches traitements first ont met les soignants en porte à faux, on apporte un soin inopérant... Les soignants vont chercher une solution de logement, ce n'est pas leur métier!

· **Le passage en foyer est souvent considéré comme une étape nécessaire pr une resocialisation progressive des sans-abri chronique : le passage de la rue au logement individuel ne présente il pas le risque de générer un sentiment d'isolement, de rompre la socialisation fragile de la personne ? Le logement diffus ne constitue t-il pas un facteur d'isolement ?**

Critères : schizophrénie et troubles bipolaires.

Le modèle qu'on teste, c'est du logement autonome diffus. Est-ce que c'est le meilleur modèle, on ne sait pas... Il pourrait y avoir du logement communautaire, pourquoi pas... Mais on risque la ghettoïsation... L'intérêt de l'expérimentation c'est de voir si ça convient, et pr qui. Pr certains il faudra plutôt des modèles collectifs ou semi-collectif. On est, avec le HF, à du changement de vie, de mode de vie. Ya des gens qui se sentent seuls, d'autres qui font de leur appart un squatt pour leurs potes... C'est une question qu'on traverse tous... le problème de l'étape du collectif, c'est que qu'est-ce qui dit qu'à un moment donné les gens sont prêt à passer à autre chose ? Ce qui se passe c'est que les gens sont supposés faire la preuve de leur capacité : les travailleurs sociaux vont dire oui ou non : là tu peux passer à l'étape suivante, si tu rempli un certain nombre de critères... Mais on ne résout pas la question. Le passage de ces étapes n'est pas pertinent, et ne permet pas de dire qu'une personne pourra rester dans son appartement. Ce qu'on fait dans le système actuel, c'est de vous apprendre à faire du ski pour ensuite aller nager... Dans un monde idéal, il faudrait qu'il y est du choix, et que la personne choisisse ce qui lui convient le mieux. Ce qu'on teste dans un hébergement collectif, ce n'est pas la réalité du logement individuel. Pr faire de la bicyclette il vaut mieux un vélo. Ce qu'on test dans l'hébergement step by step, c'est la capacité de la personne à s'adapter au système pour atteindre le haut de la filière, mais pas à habiter un logement auquel il accède en haut de la filière!

HS = Démarche participative, directe.

La personne fait ses choix en fonction de là où elle en est : elle peut choisir de partir de son quartier pour rompre ses habitudes, etc. ces choix sont déterminants.

· **Que pensez-vous des expériences de Housing First à l'étranger ? De leur transposabilité en France ?**

Le même public, mais pas la même offre sociale, le même système... D'où la nécessité d'une expérimentation en France. La culture est pas la même, mais les gens si... Aux EU la reconnaissance du stigmatisme est positive : ça donne un statut très reconnu. C'est quelque chose de valorisant d'être usager de la psychiatrie, quand on est prof et médecin, etc... Cette mise en avant du stigmatisme est valorisant, ce qui n'est pas du tout le cas en France. Nous au contraire on cherche à des-stigmatiser. C'est ça qu'il est intéressant de tester : en France c'est la dessus qu'on joue : à arriver à valoriser le stigmatisme (Homosexuel, séropositif).

- **Pensez-vous que l'expérimentation a vocation à être étendue à l'ensemble des sans-abri psychiatrique ? Est-ce souhaitable, préférable aux méthodes actuelles ?**

Difficile à dire. C'est trop tôt. La politique européenne va dans ce sens. C'est assez logique, on est mieux logé qu'hébergé, mais est-ce que si le HF est positif on va pouvoir réorienter le système, on en sait pas... c'est un changement culturel. Si on veut tout réorienter on en a pour 20ans. Il faudrait lancer l'interdisciplinarité dès la formation initiale. Ça pourrait être un objectif : si ça marche, on pourra le développer. 2 choses : est-ce faisable, est-ce souhaitable ? Lien entre psychiatrie, social, médico-social ? Le logement seul, c'est difficile : il faut un accompagnement, mais différent pr chacun. Certains ont peu de besoin, d'autres beaucoup plus. Il faut qualifier le niveau d'accompagnement, de très intensif à moindre...

- **Pensez-vous qu'il est possible/nécessaire de mettre en place une approche intermédiaire, entre le dispositif actuel en escalier et le Housing First ? Un juste milieu, adapté au cas par cas ?**

Ya pas de demi-mesure. Ce qui peut changer, c'est le type de logement. On sort de la question de l'assistantat. Pas de gradation, mais différent type de logement : maison relais, semi collectif... L'idée n'est pas de virer tout ce qui se fait déjà, mais de changer la logique. Et le logement d'urgence en foyer a son rôle à jouer... Tout le monde n'est pas sur le modèle du logement individuel. La femme battue, la femme avec des enfants... il faut de l'urgence sociale. C'est ça le but des centres d'hébergement. Mais ça a été dévoyé, on y héberge des gens durablement par ce qu'on a aucune solution pour eux... On a des gens en vieillissement somatique très rapide, mais pas de place en EHPAD car trop jeunes... On a aménagé la rue : les gens vieillissent à la rue.

La question du logement convient pas à tout le monde, ce n'est pas blanc ou noir, il faudra toujours un peu de CHRS pour les situations d'instabilité... Mais on pourrait avoir pour modèle dominant l'idée qu'en tant que citoyen on a droit à un logement. C'est une question de statut.

PS : si on réglait le problème des migrants, on libèrerait énormément d'espace ds l'urgence social. Mais c'est un problème de papier, pas de logement.

PS 2 : le développement des réseaux correspond à un besoin pr les professionnels, confrontés à des problèmes inextricables. On leur demande de faire de la coordination, sans qu'il en aient les moyens. Les réseaux sont des lieux ressource. Les usagers utilisent les différents services. Mais un réseau ne peut pas permettre une prise en charge pluridisciplinaire. C'est insuffisant. Les gens échappent à toute filière. L'idée des réseaux de santé c'était de dire que l'offre n'était pas adaptée. On essaie de faire mieux avec un réseau : l'idée de l'Etat c'était que les gens fassent 'objet d'une prise en charge commune, avec des portes d'entrée multiple. Mais ça ne fonctionne pas : les objectifs des acteurs sont différents, etc... On n'a pas une interdisciplinarité entre les institutions. Déjà dans une équipe c'est dur, il faut beaucoup de confiance, au niveau des institutions c'est impossible. Chaque institution a ses logiques, etc... Et ne prend en charge que ce pour quoi elle est payé. L'utilisateur a des stratégies pr tirer un max du système : il ne va pas tout dire à tout le monde, il n'a aucun intérêt à la transparence. Le réseau, c'est un leurre, ça ne marche pas en pratique car on n'a pas les mêmes objectifs. Ce sont des soupapes pour des gens qui gèrent la souffrance humaine. C'est déjà bien!

Conclusion : avoir les clés c'est très symbolique. L'idée de chez-soi vient très vite.

C'est un public particulier, ce qui fait que ce sera compliqué tout le temps... Mais on a choisi ce public là car il meurt à 40ans... Il faut faire quelque chose. Il faut tenter, tester. Bien sûr c'est dangereux, mais rester à la rue aussi c'est dangereux. Si ce n'est pas possible ils repartiront, mais il faut essayer. Ils peuvent rester dans le programme tout en étant à la rue. C'est une proposition sans condition, pas une obligation. L'idée c'est de donner une chance à quelqu'un qui ne l'aurait pas eu autrement. Voyons si c'est possible.

Si on pose la question à un sans-abri, la première demande, c'est d'avoir un logement. C'est de là qu'est née l'idée du Housing First. Thérapeute aux EU qui va vers les sdf : ce qu'ils veulent, c'est un logement. C'est à partir de là qu'on a réfléchi, qu'on a regardé ce que ça donne. C'est souvent la 1er demande, la priorité. 1 ou 2 refus.

Ensuite le risque ce serait les effets indésirables : favoriser une certaine population, les gens pourraient essayer de se faire identifier psy... Déjà arrivé au Canada : les gens essayaient d'entrer dans le programme. Il faut réserver cet encadrement à ceux qui en ont le plus besoin : il faut réserver les psychiatres à ceux qui en ont besoin.

Choix des critères : on a repris ce qui s'est fait aux EU et au Canada. Etendre, c'était trop compliqué, la limite des diagnostics est plus difficile.

### **Annexe n°3 : Guide d'entretien :**

Objectifs des entretiens : confronter les visions des différents acteurs concernés sur une nouvelle méthode de prise en charge des sans-abri psychiatriques

Présentation de notre travail, nos objectifs :

Précision sur les limites de notre recherche :

- Public cible : l'ensemble des sans-abri psychiatriques (plus spécifique que le logement d'abord, mais moins restrictif que l'échantillon de l'expérimentation)
- Problématique : on s'intéresse à la nouvelle approche de prise en charge de ce public, ses enjeux et les obstacles pratiques à la mise en œuvre.

#### **Questions communes :**

- Pourriez vous vous présenter et nous présenter votre mission ?
- Etes vous confronté au public spécifique des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques ?
- Quel est le dispositif actuel de prise en charge des sans-abri psychiatriques ? Est-il adapté ?
- Comment définiriez-vous le Housing First ?
  - Que pensez-vous des expériences de Housing First à l'étranger ? De leur transposabilité en France ?
  - Que connaissez-vous de l'expérimentation actuelle menée en France sur le Housing First appliqué aux personnes sans-abri psychiatriques ?
    - Quels sont vos attentes/espoirs par rapport à cette nouvelle approche ?
    - Quels sont pour vous les obstacles à sa mise en œuvre ?
    - Quel est le retour/les réactions des professionnels/usagers ?

ð En termes de coût, cohérence du dispositif...

- Pensez vous que l'accès direct à un logement en autonomie (même s'il y a un accompagnement) soit compatible avec la prise en charge des troubles psychiatriques (suivi des soins, gestion des risques etc) ?
- Que pensez vous du fait que le dispositif soit sans conditionnalités (obligation de soin, sevrage etc) ?

**Annexe n°4 : Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de Guesdon et Roeland (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et S. Fazel (2009).**

Tableau A : Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions dans les études de Guesdon et Roeland (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et S. Fazel (2009).

Etudes	Guesdon et Roelandt (1998)	Kovess et Mangin- Lazarus (1999)	Fazel et al. (2009)
Taille de l'échantillon, n	270	715	5 684
Lieu	Lille	Paris	Etats-Unis, Europe, Australie
Outils utilisés	CIDI (-5)	CIDI (-5)	Méta-analyse
Troubles investigués : prévalence, %, [IC 95%]			
Troubles psychotiques	8,8	16,0*	12,7 [10,2 ; 15,2]
Troubles dépressifs majeurs	29,0	23,7	11,4 [8,4 ; 14,4]
Troubles de la personnalité	-	-	23,1 [15,5 ; 30,8]
Dépendance à l'alcool	9,3	14,9	37,9 [27,8 ; 48,0]
Consommation drogues	10,4	10,3	24,4 [13,2 ; 35,6]

\* sur la vie

## Résumé

Thème n°14

Animé par : LEGROS, Michel, observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, membre du conseil des formations de l'EHESP

### **Housing First, une nouvelle politique pour les sans-abri**

*BERTIN, Aude, D3S*

*CAILLAUD, Régis, DS*

*DESIX, Christophe, D3S*

*FOURMENTEZ, Arnaud, AAH*

*GRAVEY, Ines, DH*

*LANCEAU, Marie-Laure, DH*

*ROUSSILLON, Thierry, D3S*

*SAVELLI, David, IASS*

*VACHER, Victor, AAH*

#### **Résumé :**

Les dispositifs traditionnels de prise en charge des personnes sans-abri rencontrent des difficultés et présentent des insuffisances qui rendent nécessaires le développement de méthodes innovantes. Les personnes à la rue souffrant de troubles psychiatriques ont notamment besoin d'une prise en charge adaptée à leurs vulnérabilités sociales et sanitaires. La politique dite Housing First mise en œuvre outre-Atlantique a pour ambition de répondre à ces difficultés par l'accès direct et sans conditions à un logement individuel et à un suivi pluridisciplinaire de ce public. En France, une expérimentation est en cours afin de vérifier la transposabilité de cette approche en France et son efficacité pour les sans-abri chroniques atteints de troubles psychiatriques. Faisant le constat de divergences d'opinion entre les acteurs sur le bien-fondé de cette politique, ce rapport se veut une analyse critique de la situation actuelle, distinguant d'une part les attendus positifs de la méthode dans son principe mais aussi les obstacles pratiques à sa mise en œuvre.

**Mots clés :** sans-abri, logement, hébergement, précarité, psychiatrie, social, sanitaire, santé, réinsertion sociale.

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*