

la transversalité les partenariats. La PJJ promotrice de santé a permis de valoriser la place de la DPJJ comme un acteur de la santé publique dans les régions, au sein des instances ARS, comme dans les instances de santé publique nationales.

- Pour la santé publique, puisqu'il paraît possible d'intégrer la promotion de la santé à la culture et aux pratiques d'une institution non sanitaire et ainsi d'agir au plus près des jeunes qui cumulent des facteurs de vulnérabilités familiales, sociales, scolaires et de santé. En repérant leurs problèmes de santé, en les

prévenant parfois, en contribuant à des prises en charge conjointes, il est possible d'utiliser à meilleur escient les ressources du système de soins et d'agir pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Les professionnels de santé, souvent infirmiers ou professionnels de santé publique, sont un maillon essentiel de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Leurs possibilités de formation et la fluidité de leur parcours professionnel d'une institution à l'autre (hôpital, Éducation nationale, secteur social ou judiciaire...) devraient être néanmoins repensées. ➤

## La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme « Un chez-soi d'abord »

La recherche interventionnelle peut-elle répondre à la fois à des enjeux d'efficience et d'un meilleur respect des droits humains ? Le programme « Un chez-soi d'abord » est un cas exemplaire dans le champ du handicap psychosocial.

### Une réponse sociale inefficace et violente vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychosocial

En France, comme dans de nombreux pays, la charge globale attribuée à la santé mentale est très élevée et augmente chaque année. Une personne en situation de handicap psychosocial a 25 ans d'espérance de vie en moins que la population générale, et cet écart n'a pas diminué au cours des vingt dernières années malgré un investissement humain et financier important. Nous avons le deuxième plus haut budget européen par habitant consacré à la santé mentale, avec 22 milliards d'euros annuels et près de 10 milliards uniquement en hospitalisation. Malgré cela, en 2015, près de 45 000 personnes en situation de handicap psychosocial vivaient dans la rue et 25 000 en prison, et les indicateurs nationaux de santé mentale ne montrent pas d'amélioration significative. De plus, les mesures légales d'enfermements et de coercition psychiatrique augmentent considérablement, touchant 90 000 personnes en 2015, soit une augmentation de 15 % depuis la réforme juridique de 2011, et les droits de l'homme sont encore violés de façon répétée.

De l'hécatombe des fous dans les asiles français entre 1939 et 1945, qualifiée d'extermination douce, en passant par les programmes de stérilisation des pays scandinaves jusque dans les années 1990, pour finir par les maltraitements et abus coercitifs reconnus dans plusieurs hôpitaux psychiatriques français, force est de constater que les démocraties modernes ont du mal à accueillir la diversité de leur population. Cette différence chez certains d'entre nous, à la fois gé-

rique, environnementale, contextuelle et sociale, est source de comportements atypiques et excentriques, parfois désordonnés. La réponse sociale à ces différences oscille entre d'une part, une politique d'aide et de soutien des États providences, et, d'autre part, la contrainte, l'enfermement et autre politique de contrôle des États totalitaires. Notre histoire récente semble rattacher les racines de cette réponse sociale, pour le moins discordante avec le projet démocratique, à deux fausses évidences : le concept de dangerosité et le concept de nécessité médicale de « réparer un trouble ».

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une véritable prise de conscience, d'une partie de la société française, de la maltraitance et des abus de pouvoir du système psychiatrique. La rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées vient de publier un prérapport, fin 2017, suite à sa visite en France<sup>1</sup>, assez critique. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est prononcée sur la psychiatrie en début d'année 2018 et souhaite que les soins sous contrainte diminuent et que les bonnes pratiques se généralisent, *via* entre autres des projets de recherche plus nombreux en santé mentale. Mais ces projets de recherche peuvent-ils répondre à ce double enjeu d'améliorer l'efficience et les droits humains ? C'est ce que nous allons essayer de montrer au travers de l'histoire du programme « Housing First » et de son implantation en France.

### L'implantation excentrique d'une nouvelle politique publique : le cas du « Housing First » en France

C'est à New York, en 1991, qu'un modèle d'intervention a été créé pour tenter de répondre aux problèmes de

1. Observations préliminaires de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017.

<http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

**Pascale Estecahandy**  
Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (Dihal)  
**Thomas Bosetti**  
Médecins du monde  
**Vincent Girard**  
ARS PACA, laboratoire de santé publique EA3279 Aix-Marseille université



personnes sans-abri vivant avec un trouble psychiatrique sévère. Ce que demandent ces personnes en priorité, c'est d'avoir un logement comme tout le monde. Et c'est ce que ce programme offre. Mais le plus important est que c'est la personne qui choisit où et comment elle veut vivre chez elle. Il n'y a aucune obligation d'accepter des soins en échange et/ou d'arrêter la consommation de drogues illicites et/ou d'alcool. La personne est soutenue par une équipe coordonnée par un travailleur social et intègre des travailleurs pairs<sup>2</sup>. Le psychiatre n'est plus le chef. Cette intervention se focalise non sur la réduction des symptômes psychiatriques mais sur les besoins de la personne au quotidien. Le logement fonctionne d'abord parce que l'intervention est centrée sur tous les aspects de sa vie et respecte sa stratégie, car elle sait plus que quiconque ce dont elle a besoin et quelles sont ses priorités.

Ce nouveau modèle sera évalué de façon répétée par des recherches rigoureuses produisant des données prouvant son efficacité et son efficacité. Le modèle « Housing First » se disséminera à travers tout le territoire américain en quelques années, avec en fer de lance l'utilisation des essais randomisés, qui en fera un modèle d'*evidence-based policy* aux États-Unis puis au Canada, qui a développé en 2009, un essai randomisé multi-site de grande ampleur<sup>3</sup>. En Europe, c'est curieusement en France, pays peu habitué à l'*evidence-based policy*, qu'une expérimentation multisite randomisée de taille relativement importante, s'inspirant de l'étude canadienne, débute en 2011. En effet, la mise en œuvre de nouvelles pratiques localement situées pose la question de leur diffusion dans d'autres contextes ; ce qui marche « ici » ne marche pas forcément « là-bas ».

Si l'on cherche des explications à cette implantation en France du côté du contexte social et politique, on repère l'émergence d'un mouvement social national en 2006, où l'organisation Médecins du Monde met des tentes à disposition de personnes sans-abri. L'année suivante de nouvelles tentes sont installées par le collectif Les Enfants de Don Quichotte, visant à donner

2. Personnes anciennement sans-abri et/ou souffrant de pathologies mentales.

3. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/chez-soi>

une visibilité au sans-abrisme dans l'espace public et médiatique. Ce mouvement social, sans précédent, pousse le gouvernement à faire voter en mars 2007 une loi<sup>4</sup> faisant du logement un droit universel et opposable pour tous les citoyens français.

La même année, à Marseille, ville de France parmi les plus pauvres, le collectif Logement-Santé opte pour la désobéissance civile et ouvre un squat pour des personnes sans-abri de longue durée et vivant avec des troubles psychiatriques sévères, offrant une alternative aux foyers pour personnes sans domicile, comme à l'hôpital psychiatrique. Devenant un lieu de vie et de soins, le squat est dit « thérapeutique » ; il est légalisé par la municipalité après dix-huit mois d'occupation, juste après des élections locales. En octobre 2008, lors d'un congrès national, l'équipe communique sur les effets positifs de l'accès au logement sur la réduction des inégalités de santé. Un conseiller de la ministre de la Santé y découvre cette expérience et la convainc d'aller visiter le squat. De cette visite débouche la commande d'un rapport national sur la santé des personnes sans chez-soi, qui sera remis en janvier 2010. Ce rapport souligne que la plupart des dispositifs proposés pour sortir de la rue ont une philosophie de type « traitement d'abord » et exigent l'abstinence de consommation de produits, excluant de fait les personnes les plus malades. Suivant une recommandation forte du rapport, la ministre chargée de la santé et le secrétaire d'État au logement décident de lancer une expérimentation de type « Housing First » ciblant précisément les personnes sans chez-soi de longue durée, ayant des troubles psychiatriques sévères. Son financement sera assuré par la Sécurité sociale pour le volet accompagnement, l'État pour le volet logement et la Direction générale de la santé avec des cofinancements pour le volet recherche. Cette expérimentation, coordonnée par la Dihal, débute en août 2011. Cet essai randomisé et multisite (Marseille, Lille, Paris, Toulouse) avait pour objectif de convaincre les décideurs politiques que loger des personnes sans-abri de longue durée avec des troubles psychiatriques sévères était non seulement

4. <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/le-droit-au-logement-opposable-dalo>

### L'expérimentation « Un chez soi d'abord » : quelques chiffres

- 700 personnes incluses dans quatre villes
- 70 % ont un diagnostic de schizophrénie et 30 % de bipolarité
- Temps moyen de vie passé sans chez soi avant inclusion : 8,3 ans
- 86 % des personnes ont déjà eu une activité professionnelle rémunérée
- Temps moyen pour accéder au logement : 28 jours
- Modèle d'accompagnement : ACT (Assertive Community Treatment) orienté autour du rétablissement
- Coût annuel individuel du programme (logement et accompagnement) : 14 000 euros
- Coût évité par personne par an : environ 30 % à deux ans

faisable, mais économiquement rentable par rapport aux offres habituelles. Cette recherche interventionnelle<sup>5</sup> devait aussi décrire comment l'intervention marche et qu'est-ce qui marche. Un volet qualitatif sociopolitique a donc été ajouté à l'essai randomisé.

### Un essaimage rapide et un changement de paradigme dans le champ de la lutte contre le sans-abrisme

Les premiers résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord », après deux ans de suivi des 700 participants, montrent une diminution significative des symptômes ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et du rétablissement dans le groupe expérimental, comparé au groupe témoin. Sur la même période, la totalité des coûts du programme (logement et accompagnement) a été compensée par les coûts évités de recours aux séjours hospitaliers, aux structures d'hébergement pour personnes sans-abri et aux services judiciaires (comparution et incarcération). Plus précisément, 70 % de ces coûts évités sont liés à une diminution des hospitalisations dans le groupe expérimental et 30 % à une diminution du recours aux structures d'hébergement.

Ces résultats positifs<sup>6</sup> amènent à la pérennisation du programme via le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », qui l'inscrit dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 9<sup>e</sup> § du Code de l'action sociale et des familles. Ce décret est novateur sur plusieurs points : premièrement en affirmant l'inconditionnalité de l'accès au logement, il pose le logement comme base à l'amélioration de l'état de santé ; deuxièmement en ne posant pas de limites de temps à l'accompagnement et en demandant une gestion par un groupement social et médico-social (GCSMS) pluridisciplinaire, il vise la notion de parcours de santé et le décloisonnement médico-social ; troisièmement en validant l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles, il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale. Il marque aussi la création d'une nouvelle politique publique pour des publics jusque-là invisibles et pour lesquels l'expérimentation a permis d'intégrer les inégalités sociales devant l'expérience de la maladie. Le déploiement du dispositif est prévu sur quatre ans, avec un objectif de création de vingt sites d'ici à 2023, soit 2 000 places.

Mais plus largement, la dissémination des enseignements du modèle est en cours, en particulier dans le cadre de la politique du logement et de l'hébergement des publics sans domicile, où le programme a apporté des arguments pour le lancement par le président de la République du plan quinquennal « Pour le logement d'abord »<sup>7</sup> en septembre 2017. C'est un véritable chan-

gement structurel de la politique de l'accompagnement des personnes sans domicile : l'hébergement n'est plus un passage obligé pour tester une « capacité à habiter », mais toute personne se voit proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Logement et accompagnement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre et l'accompagnement est flexible, modulable et pluridisciplinaire si besoin. Ce plan, qui prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la diminution des expulsions locatives, vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile.

### L'effet collatéral positif dans le champ de la santé mentale : un changement de paradigme appelé « rétablissement »<sup>8</sup>

De plus, la puissance publique a souhaité inscrire les soins orientés vers le rétablissement dans le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Le point 2 de l'article R. 3224-6-1 précise que les projets territoriaux doivent contribuer au « développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire ».

Parallèlement au « Un chez soi d'abord » plusieurs initiatives se sont développées dans le sens de cette recommandation. À Marseille, le dispositif Working First 13<sup>9</sup> propose, en partenariat avec plusieurs entreprises, un accompagnement vers et dans l'emploi en milieu ordinaire ; le CoFor<sup>10</sup> propose, en partenariat avec un centre de formation d'éducateurs, des formations au rétablissement ; le lieu de répit porté par l'association JUST<sup>11</sup> propose un lieu d'accueil de crise par un collectif de pairs et de personnes concernées par les pratiques orientées vers le rétablissement ; l'association Padup<sup>12</sup> propose une aide à la défense des droits et se mobilise avec d'autres contre l'enfermement abusif ; le programme AilSi (Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif) est en cours de montage, en partenariat avec les services judiciaires, pour lutter contre la désocialisation des patients les plus pauvres suite au passage en détention. Ces nombreuses initiatives, souvent en lien avec de bonnes pratiques basées sur les faits, se développent et répondent aux nouveaux enjeux démocratiques et respectueux des droits pour toutes et tous. Se pose aujourd'hui la question de leur diffusion sur le territoire. ➤

8. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n65-66-apprendre-le-retablissement-2077.html>

9. <http://www.workingfirst13.fr/>

10. <http://www.coforetablissement.fr/>

11. <https://comedesfous.com/lieu-de-repit/>

12. <http://padupp13ldr.over-blog.com/>

5. Laboratoire de santé publique EA3279, Aix-Marseille université.

6. <https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

7. <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>