

L'IMPORTATION DU PROGRAMME UCSA EN FRANCE : UN CHOC CULTUREL ?

Contribution à l'analyse sociopolitique d'une expérimentation médico-sociale

[Pauline Rhenter](#)

Érès | « Vie sociale »

2018/3 n° 23-24 | pages 187 à 200

ISSN 0042-5605

ISBN 9782749262253

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2018-3-page-187.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'importation du programme UCSA en France : un choc culturel ?

Contribution à l'analyse sociopolitique d'une expérimentation médico-sociale

Pauline Rhenster

Les programmes de type Housing First expérimentés dans le monde suscitent en général de vives résistances durant la phase de leur planification, révélant différentes cultures et des intérêts divergents¹.

Cet article propose de revenir sur la réception locale du programme français « Un chez-soi d'abord » au cours des premières années de l'expérimentation, dont nous retenons trois caractéristiques propres : c'est un programme prôné et financé par l'État central impliquant un processus de collaboration avec des porteurs de projet et des partenaires locaux ; c'est un essai randomisé dont le protocole a été élaboré par des chercheurs ; l'intervention testée relève d'un modèle, le Housing First, qui affine les pratiques professionnelles des équipes recrutées à un ensemble de valeurs spécifiques.

Que l'on se réfère à la littérature scientifique sur la planification de programmes, qui distingue l'approche axée sur l'expertise, de type *top-down*², l'approche basée sur la communauté de type *bottom-up*

Pauline Rhenster est sociologue et politiste, chercheur associé au Laboratoire de santé publique (EA 3279), université Aix-Marseille. Elle participe à l'équipe de recherche qualitative sur le « Un chez-soi d'abord » depuis 2011.

1. Geoffrey Nelson, Eric Macnaughton *et alii*, « Planning a multi-site, complex intervention for homeless people with mental illness: The relationships between the national team and local sites in Canada's At Home/Chez soi project », *American Journal of Community Psychology*, 51, 2013, p. 347-358.

2. Jeffrey Pressman, Aaron Wildavsky, *Implementation*, Berkeley, University of California Press, 1973.

mettant l'accent sur la collaboration et les valeurs³, et les approches hybrides combinant les deux approches, ou que l'on se penche sur les travaux étudiant les coalitions de causes dans le processus de transformation d'une politique publique⁴ ou les réseaux d'acteurs⁵, force est de constater que l'analyse de la mise en place d'un programme expérimental du type Housing First, destiné à transformer à terme un domaine d'action publique, nécessite plusieurs opérations analytiques : distinguer des catégories d'acteurs issus d'univers hétérogènes (experts/communauté, organisations centrales/locales), qualifier les activités d'échange qui forment à un moment donné des alliances, repérer les mobiles invoqués par les acteurs, d'ordre stratégique ou idéologique, à l'appui de leur engagement dans un processus de collaboration tendant à redéfinir l'orientation d'un sous-système de politique publique. L'analyse permet de caractériser les aspects sur lesquels se cristallisent les croyances et les intérêts des acteurs impliqués dans la mise en place du programme « Un chez-soi d'abord », le processus selon lequel des coalitions d'acteurs se forment, et les enjeux plus profonds d'un véritable changement dans l'action publique.

3. Geoffrey Nelson, Eric Macnaughton *et alii*, « Planning a multi-site... », art. cit.

4. La coalition de cause est un « ensemble d'acteurs issus d'organisations publiques et privées variées, qui, dans le même temps, partagent un ensemble de croyances normatives et causales et participent activement à une activité coordonnée dans le temps ». Le modèle des coalitions de cause (*Advocacy Coalition Framework*) critique les approches *top-down* qui étudient les effets concrets d'une décision centrale sur les rapports entre autorités chargées de la mise en œuvre et leur environnement social, notamment au niveau local, en négligeant la variété des acteurs impliqués et son corollaire : une reformulation permanente des politiques sous l'effet du pouvoir et de l'autonomie de ces acteurs. Ce modèle critique également les approches dites *bottom-up* des politiques, qui étudieraient les acteurs sans interroger les raisons de leur présence, notamment les processus antérieurs de sélection et d'exclusion des acteurs, seraient trop dépendantes des discours des acteurs sans chercher à repérer les facteurs ayant une influence sur les perceptions et stratégies ; Paul A. Sabatier, Hank C. Jenkins-Smith (sous la direction de), *Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach*, Boulder, Westview Press, 1993. Selon Bergeron, Surel et Valluy, le modèle de l'ACF n'analyse pas véritablement la façon dont les acteurs engagés forment leur conviction, l'entretiennent ou s'en affranchissent ; il marginalise de surcroît la possibilité d'un changement de paradigme sociétal, le sous-système est posé comme une donnée stable à échéance de plusieurs décennies, ce qui exclut d'étudier les stratégies destinées à modifier les frontières d'un sous-système de politique publique par une activité sociale de définition (découpages administratifs ou professionnels, ou de l'observateur) ; Henri Bergeron, Yves Surel, Jérôme Valluy, « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix*, 11(41), 1998, p. 195-223.

5. Pierre Lascoumes pointe les caractéristiques des « nouveaux domaines d'action publique » (non monosectoriels) hétérogènes du point de vue des enjeux, de l'action publique elle-même et des acteurs. Il propose de raisonner en termes de réseau d'action publique dont l'analyse porte sur la mise en relation d'univers hétérogènes, les activités d'échange, la mobilité des alliances et des positions, le rôle des intermédiaires. Pierre Lascoumes, « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage" ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », dans CURAPP, *La gouvernabilité*, Paris, Puf, 1996, p. 325-338.

ÊTRE POUR OU CONTRE « UN CHEZ-SOI D'ABORD », UN JEU DE DOMINOS

Dans le cadre du programme « Un chez-soi d'abord », plusieurs types d'acteurs se sont mobilisés : une équipe nationale de recherche, constituée de chercheurs du laboratoire de santé publique de Marseille, et de chercheurs recrutés *ad hoc* dans chaque site, affiliés à différents organismes de recherche, la Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), qui coordonne l'intervention, des porteurs de projets locaux (établissements de santé mentale ou généraux, associations d'hébergement et d'insertion, associations spécialisées dans les addictions et la réduction des risques, associations d'insertion par le logement), des équipes d'accompagnement recrutées par ces porteurs locaux, et des équipes partenaires locales amenées à participer à l'inclusion du public ciblé par la recherche dans l'étude ou à collaborer avec les équipes dédiées sur le terrain.

Dans chacun des sites pressentis par la coordination nationale du programme « Un chez-soi d'abord » (UCSA), la configuration des relations entre les porteurs du programme UCSA (sanitaire, social, logement, recherche) s'est structurée lors d'une première phase de mobilisation en 2010. Localement, un système d'interdépendance et de contraintes réciproques a conditionné les prises de position des acteurs mobilisés pour porter localement le programme « Un chez-soi d'abord », à titre principal comme opérateur, ou à titre de partenaire.

La phase de concertation et de démarrage du programme, en 2010 et 2011, révèle particulièrement bien les enjeux stratégiques à l'œuvre, qui constituent une « toile de fond » des coalitions potentiellement travaillées par la perspective de l'expérimentation. Dans les premiers temps du programme ainsi que lors de sa planification, s'engager dans le programme « Un chez-soi d'abord » peut être un moyen de valorisation au sein d'un paysage local concurrentiel, s'y opposer un moyen de réitérer un désaccord avec un acteur auquel on s'oppose historiquement, ou une occasion de désapprouver une politique nationale jugée délétère, dont le programme UCSA est perçu comme le symbole.

Durant cette phase, l'engagement des porteurs de projet, comme le retrait de certains acteurs, est le fruit d'une combinaison de motifs qui croisent intérêt institutionnel et stratégique, affiliation à des leaders locaux préexistants et filiation idéologique avec ce que le programme présente comme une rupture avec les valeurs dominantes d'un domaine d'action publique (santé mentale, addictions, hébergement et insertion, logement) ou d'un champ d'intervention professionnelle (travail social, soin, recherche, etc.).

Plus précisément, l'engagement des organisations dans le programme est lié au désir d'étendre leur activité dans un univers concurrentiel, comme à la revendication d'une expertise éprouvée d'accompagnement du public visé par ce programme (une population précaire ayant des troubles psychiatriques et des addictions), et plus rarement à une concordance idéologique plus évidente avec une philosophie d'intervention perçue comme « alternative », faisant écho à des expériences militantes. Les acteurs locaux de la recherche n'échappent pas à ces logiques de mobilisation : ils s'engagent aussi en raison de la proximité de leur public avec celui de l'étude expérimentale (précarité, santé mentale)⁶ ou plus directement en raison de la philosophie de l'intervention testée (le rétablissement et l'inclusion sociale), comme ils témoignent de leur intérêt à participer à une recherche qui permet de financer de nouvelles ressources humaines (ou de les maintenir), de spécialiser un laboratoire sur un sous-domaine jusque-là inexploré dans un univers tout aussi concurrentiel que celui des autres acteurs engagés.

« On s'est dit : on ne peut pas avoir défendu pendant trente ans le fait que les gens doivent se reconstruire à partir de l'habitat et le jour où il y a un projet comme ça, le regarder de loin ! Ce n'est pas possible. Parce que ça ressemblait tellement à ce qu'on défend. »

« Je dis c'est une idée géniale ! C'est la réduction des risques appliquée à la psychiatrie. Nous faisons de la réduction des risques en addictions depuis vingt ans. »

« Au-delà de l'institution, il y a un problème clinique... Nous on travaille avec tout le secteur médico-social et l'addictologie, dans la France entière... Housing First était une espèce de logique, remettre à l'endroit les problèmes... et le modèle *Assertive Community Treatment*, on fait déjà ça ici, c'est la base de la réflexion. »

« Les éducateurs de l'hébergement n'ont pas les réflexes, n'ont pas les savoir-faire, n'ont pas l'expertise des éducateurs logement. [...] j'ai bon espoir que d'ici un ou deux ans on puisse arriver à mutualiser les compétences par rapport au logement d'abord. Le train du logement d'abord, c'est maintenant qu'il faut le prendre. »

Globalement, l'engagement des associations locales porteuses du projet tient partiellement à une filiation idéologique avec le modèle d'intervention Housing First (bas seuil, réduction des risques, inconditionnalité de l'accès au logement). A contrario, aucun des établissements de santé porteurs du projet n'a de culture globale, ni en matière de réduction des risques, ni en matière de rétablissement. Mais dans chacun des établissements sanitaires porteurs, une frange minoritaire de professionnels montre

6. C'est le cas du laboratoire de recherche de l'établissement public de santé de Maison Blanche, à Paris, qui mène des recherches et dispense des formations en santé mentale (<http://www.ch-maison-blanche.fr/Activites-de-recherche-et-d-echanges/le-laboratoire-de-recherche-de-l-eps-maison-blanche>).

un intérêt pour le programme « Un chez soi-d'abord », en raison de leur milieu d'exercice professionnel spécifique (équipe mobile psychiatrie-récarité, pôle de psychiatrie pénitentiaire) ou d'une orientation explicite de leur chef de service autour du rétablissement : ces petits groupes critiquent explicitement l'incapacité du système public de santé mentale à faire accéder les personnes sans-abri ou sortant de prison à des soins durables, à mettre en œuvre la participation des usagers au fonctionnement de ce système, et à favoriser plus globalement l'inclusion sociale.

UN PROGRAMME CONCURRENT ? L'APPRÉHENSION DES OPÉRATEURS LOCAUX DE L'HÉBERGEMENT, DU LOGEMENT ET DU SOIN EN SANTÉ MENTALE

Localement, l'annonce de l'expérimentation génère la méfiance quant aux fléchages des nouveaux crédits dédiés par l'État au programme « Un chez-soi d'abord ». La préparation du programme coïncide en effet avec le lancement de la stratégie nationale dite du Logement d'abord⁷, stratégie qui, si elle rencontre sur le papier l'adhésion officielle des grandes fédérations nationales dédiées à l'hébergement et à l'insertion, suscite de nombreuses appréhensions quant à sa mise en œuvre, en particulier sur les modalités d'implication des instances de gouvernance des associations, la garantie du maintien du parc d'hébergement d'urgence en cas d'échec du relogement, ainsi qu'en matière de ressources humaines concernant l'accompagnement des travailleurs sociaux amenés à modifier leurs manières de travailler. La stratégie nationale du « Logement d'abord » implique théoriquement un transfert du financement des places d'hébergement vers celui des mesures d'accompagnement vers et dans le logement. Le contexte de restriction budgétaire et les nouvelles modalités de tarification des activités d'hébergement, comme l'impossibilité de chiffrer les économies supposées induites par le « Logement d'abord », contribuent à rendre les acteurs locaux dubitatifs quant à l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » présentée comme l'incarnation emblématique de la refondation des politiques publiques d'hébergement.

7. La stratégie dite du « Logement d'abord » affiche la priorité accordée à l'accès au logement des personnes sans-abri sans nécessairement passer par une période d'hébergement, ce qui sous-tend une « refondation » du secteur de l'hébergement et de l'insertion et implique de grands changements dans le monde associatif. Les mesures-clés de la stratégie sont : « la programmation pluriannuelle au niveau départemental à travers les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion, un service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) dans chaque département, un référentiel national prestations/coûts, un référent personnel pour les personnes prises en charge, la mobilisation de 2 000 jeunes en service civique dans les structures d'hébergement et de veille sociale, le développement de l'intermédiation locative (programme Solibail), des mesures d'accompagnement vers et dans le logement », programme « Un chez-soi d'abord », DIHAL, cellule communication, fascicule *Missions et organisation*, décembre 2011.

« Dans le fond, ils font ce qu'il faut faire [Un chez-soi d'abord]... Moi je suis perfusée au logement d'abord. Mais le logement d'abord, tout le monde met le pied sur le frein pour y aller... La plus grosse difficulté, c'est, alors pas pour tous, d'accord, mais c'est qu'il faut un accompagnement adéquat, et il n'y a pas les sous pour l'accompagnement ! »

« On n'a pas été hostile à la stratégie du logement d'abord car la FNARS n'a pas cessé de demander des logements, mais le gouvernement précédent et son administration voulaient le faire tout de suite et pensait que ça coûterait moins cher mais sans logement à proposer. »

S'agissant des équipes de psychiatrie, la perspective de l'implantation du programme Housing First est perçue comme entrant en concurrence avec l'expérience des appartements associatifs développée par la psychiatrie depuis les années 1980⁸:

« Le Housing First, ils ont piqué tous les sous. Nous quand on propose des projets, on nous dit "y a plus d'argent". On a voulu développer de l'intermédiation locative avec deux associations, on se retrouve avec des gens qui reçoivent des courriers où on leur dit qu'ils vont devoir quitter leur appartement ! Housing First est arrivé, a capté l'argent, et n'a pas tenu compte du contexte, au départ en tout cas. »

Un sentiment de concurrence est également palpable au sein des équipes dédiées à la psychiatrie et à la précarité existant depuis 2005 (EMPP)⁹, dont les membres se sentent plus légitimes que les nouvelles équipes dédiées à expérimenter elles-mêmes le programme « Un chez-soi d'abord », avec les financements associés.

La confusion autour de la nature de la comparaison opérée par l'étude expérimentale contribue de surcroît au sentiment de concurrence. Ainsi, la certitude que le programme n'apporte rien de réellement neuf – « on le

8. Les appartements associatifs ou thérapeutiques développés par la psychiatrie publique depuis les années 1980 ont été créés pour assumer le moment de transition entre l'hospitalisation et la réinsertion : les personnes sont en général sous-locataires, par contractualisation avec une association, et elles reçoivent la visite régulière d'une équipe intervenant à domicile, mais une grande disparité existe quant aux critères d'accès et de fonctionnement, ou au type d'habitat (regroupé ou diffus).

9. Dans les années 1990, la politique de lutte contre l'exclusion commence à intégrer le champ de la santé mentale : les deux rapports Strohl-Lazarus (1995) et le rapport *Psychiatrie et grande exclusion* (1996) posent les bases de réflexion à l'origine de la création des EMPP. En 1998, la mise en place des Programmes régionaux accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité vient renforcer ce processus. En 2003, le rapport Parquet préconise « la création d'équipes mobiles départementales de santé mentale pour personnes précarisées ». La circulaire du 23 novembre 2005 donne un cadre réglementaire à ces équipes. Une cinquantaine d'EMPP sont repérées en 2007 sur le territoire français, 126 en 2011, quand le programme « Un chez-soi d'abord » se met en place. Ce sont ce type d'équipes et les pionniers de la démarche qu'elles représentent qui sont repérés par les auteurs du rapport sur la santé des sans chez-soi (rapport Girard-Chauvin-Estecahandy, 2010) comme susceptibles de fournir un cadre propice au développement de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord », du fait d'une sensibilité locale aux parcours des personnes cumulant expérience de rue et troubles psychiatriques et d'une capacité à organiser une filière d'inclusion dans le programme de recherche.

faisait déjà avant » – ou que la méthode par les preuves est inutile – « alors on coupe les pattes à un rat, on compare avec un rat qui a des pattes : pas besoin d'une expérimentation pour savoir qui va s'en sortir ! » – renforce les tensions. Il faut ici rappeler qu'en 2010 les administrations centrales qui élaborent les principes de l'intervention à tester tombent d'accord sur le fait que « l'expérimentation n'a pas pour objectif l'intégration dans le droit commun¹⁰ » mais « d'apporter une alternative à la psychiatrie actuelle intra-hospitalière et hospitalo-centrée ».

Sur le terrain, pour chaque aspect de l'accompagnement, la question se pose de l'articulation avec des partenaires professionnels de l'offre sanitaire et sociale habituelle, articulation conférant au travail des équipes UCSA un statut variable : alternatif, subsidiaire ou complémentaire. Par exemple, des psychiatres font partie des équipes dédiées¹¹ et deux types d'accompagnement sont expérimentés en pratique : une prise en charge psychiatrique exclusive, à la marge et en général transitoire, et une articulation avec le secteur de psychiatrie « traitant », sachant que les deux suivis peuvent se succéder pour un même locataire. Il n'y a donc pas de règle absolue quant au caractère exclusif de l'accompagnement des équipes dédiées : au cas par cas et en fonction de l'étayage existant et du cheminement de la personne, un lien exclusif ou un « tuilage » progressif avec des partenaires, qu'ils soient sociaux, médico-sociaux ou sanitaires. Cette indétermination du statut de l'accompagnement¹² brouille la lisibilité de leur rôle chez leurs partenaires de l'offre habituelle de services, de sorte que ces derniers interprètent l'existence de ces nouvelles équipes comme la négation des efforts passés et actuels :

« Alors, le secteur (de psychiatrie), c'est de la merde, bien sûr, tout le monde le sait, bon. [...] Vous voyez ce qu'il y a de choquant, c'est la manière d'annuler l'autre. »

La méthodologie de l'expérimentation, qui intègre une dimension comparative par la constitution d'un groupe témoin, induit dans les représentations des acteurs de l'offre habituelle des champs sanitaires et sociaux qui orientent vers le programme ou co-suivent des locataires avec les équipes dédiées une grande confusion. Cette confusion porte sur l'objet de

10. Extrait du compte-rendu du comité de pilotage national du programme « Un chez-soi d'abord », avril 2010, Paris.

11. 0,5 à 1 équivalent temps plein par équipe (10 équivalents temps plein).

12. Les quatre réponses à l'appel à projet national (Toulouse, Marseille, Lille, Paris) ne sont pas homogènes de ce point de vue : on lit dans l'une que « les prestations apportées à la personne par l'équipe dédiée dans le cadre de visites au domicile recouvrent le diagnostic, les prescriptions, l'administration des traitements, l'accompagnement vers les consultations spécialisées du droit commun, le suivi et la coordination des soins, la gestion du logement, le recouvrement et le maintien des droits dans la perspective d'acquiescer son autonomie », tandis que l'autre précise : « En ce qui concerne les soins psychiatriques, l'équipe a recours aux différents dispositifs de soins existants des secteurs de psychiatrie intégrés dans l'expérimentation (les huit secteurs psychiatrie de l'aire de l'EMPP). »

la comparaison opérée par l'étude scientifique qui régit l'expérimentation et provient du fait que, d'une part, l'intervention est perçue localement comme soit sanitaire, soit sociale¹³ et que, d'autre part, la recherche organise une comparaison entre deux groupes. Ainsi, chacun pensera que le suivi du programme « Un chez-soi d'abord » est comparé au suivi qui est considéré comme habituel : concrètement, l'expérimentation sera perçue par les professionnels comme évaluant deux systèmes clos. Dans la réalité, ce n'est pourtant pas ce qui se joue car les suivis sanitaires et sociaux exclusifs par l'équipe d'« Un chez-soi d'abord » sont rares ou transitoires. À titre d'exemple, on retiendra que les locataires du programme « Un chez-soi d'abord » ont un médecin traitant qui n'est pas systématiquement le médecin généraliste de l'équipe d'« Un chez-soi d'abord », ou que les locataires ont des référents au sein du travail social hors de cette équipe. Par conséquent, le programme « Un chez-soi d'abord » compare concrètement le devenir de 200 personnes dans chaque territoire, la moitié étant suivie dans le système habituel et l'autre moitié étant accompagnée par une équipe de type « Un chez-soi d'abord » *en sus* de suivis opérés par des services habituels (centre communal d'action sociale, travailleurs sociaux du conseil général, psychiatrie publique, médecine générale ou spécialisée de ville, etc.).

■ MALAISE ÉTHIQUE AUTOUR DU DESIGN DE LA RECHERCHE

La randomisation distribue les participants à la recherche « Un chez-soi d'abord » en deux groupes de 400 personnes : les unes bénéficient d'un logement à bref délai et d'un accompagnement spécifique, les autres, qui constituent le groupe témoin, continuent de bénéficier des offres de service habituelles en termes d'hébergement, d'insertion et de santé. Deux questions vont agiter les consciences quant au protocole de recherche évaluant le programme « Un chez-soi d'abord » : une recherche est-elle nécessaire ? La randomisation est-elle éthiquement acceptable ?

Le programme « Un chez-soi d'abord » propose une intervention sous la forme d'un « pack » (logement et accompagnement spécifique). Pour certains acteurs locaux, la dimension recherche du programme est perçue comme inutile, tant il paraît évident que le fait d'avoir un logement est plus bénéfique que de ne pas en disposer.

13. L'expérimentation n'est ni purement sanitaire ni purement sociale : elle a pour objet de comparer dans chaque site le devenir de 100 locataires qui bénéficient d'un accès rapide à un logement couplé à l'intervention au besoin intensif d'une équipe pluridisciplinaire orientée rétablissement, qui comprend des professionnels médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et travailleurs pairs, au devenir de 100 personnes répondant aux mêmes critères que les 100 personnes accompagnées par l'équipe de « Un chez-soi d'abord » (expérience de la rue, diagnostic posé de schizophrénie ou de troubles bipolaires, besoins sanitaires et sociaux élevés).

« Le fond de ma pensée sur ce type de recherche, si on me demande : on va découvrir que c'est mieux d'avoir un toit. Est-ce bien nécessaire de le prouver ? »

Le contenu du programme est alors perçu comme réduit à l'accès au logement et toute la dimension de l'accompagnement spécifique (médico-social, intensif, « *Assertive Community Treatment* », orienté rétablissement et réduction des risques) n'est pas appréhendée comme indissociable de cet accès. A contrario, certains acteurs attribuent au programme un objectif principal consistant dans l'accès aux soins :

« Pour moi l'objectif n'est pas une recherche mais de faire accéder aux soins !... Moi je ne vais pas ramasser les bras cassés des non logés ! »

Par ailleurs, la majorité des partenaires de l'expérimentation, et même certains porteurs impliqués au premier chef, ont manifesté une grande réserve du point de vue éthique quant au principe de la randomisation¹⁴ tout en participant au repérage des personnes susceptibles de participer à l'étude. Au fil des inclusions, les acteurs impliqués suscitent de nombreuses discussions sur le protocole de recherche autour de trois questions : la légitimité des critères d'inclusion¹⁵, la légitimité des professionnels désignés pour vérifier les critères diagnostiques¹⁶, et la stigmatisation issue de l'entrée dans le programme¹⁷.

L'adhésion au design de recherche de l'expérimentation, comme les représentations touchant au statut de l'intervention testée, conditionne

14. Le protocole de recherche cible pour l'étude les personnes qui ont une expérience de rue et des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou bipolarité) et ajoute des critères de sévérité alternatifs (dépendance à l'alcool ou aux drogues, au moins deux hospitalisations dans les 12 derniers mois ou une incarcération dans les 24 derniers mois). Le processus d'inclusion implique une équipe qui oriente vers l'étude (équipe d'amont) et des enquêteurs. Il a nécessité dans chaque site un long travail de sensibilisation.

15. « On se trimbale avec des psychotiques qui n'ont pas eu leurs deux critères d'hospitalisation dans l'année, qui n'accèdent pas aux soins car ils ne veulent pas entendre parler de la psychiatrie, et qu'on ne peut pas faire [inclure] non plus, c'est de la folie parce que nous on en a plein ! » (EMPP).

16. Concernant la vérification des critères diagnostiques, les services entrent en concurrence quant à leur connaissance de la situation des personnes avec une nouvelle équipe de recherche, au point de discuter la validité du diagnostic posé à l'occasion de l'inclusion dans le programme : « Hier encore un psychiatre me dit : mais oui elle est psychotique et moi je dis depuis le début, elle ne doit pas être dans ce programme ! On peut nous faire confiance un peu ? M. n'est pas schizophrène ni bipolaire... Ils ont une lecture extrêmement parcellaire, ils voient les gens une heure ! Je ne leur en veux pas. Mais y a des gens dans le programme, je les connais depuis qu'ils sont gamins et là y a une psychiatre qui les voit une heure ! »

17. Certaines contradictions naissent de l'ambivalence des messages donnés au participant à l'étude : diagnostiqué comme schizophrène ou bipolaire, il peut bien participer à l'étude ou être intégré à un programme orienté rétablissement, ce qui implique qu'il peut tout à fait refuser d'être catégorisé comme tel. L'épisode de l'inclusion peut dans ces conditions projeter le stigmate de la maladie psychiatrique. Cet argument a, en sus des autres, suscité la réticence de certaines équipes, qui se sont senties démunies quant à la façon d'amener des personnes dans le processus d'inclusion.

largement la manière dont les équipes orientent des personnes vers l'étude vont se positionner. Sur le terrain, un service d'addictologie donnera par exemple un diagnostic « à la limite des critères de l'étude » pour une personne ayant un besoin de logement urgent ; un centre d'hébergement d'urgence interprétera de manière très extensive la notion de logement précaire définie par la recherche, ou un service de psychiatrie ne proposera la participation à l'expérimentation qu'après avoir obtenu une place en appartement thérapeutique, pour amortir l'éventuel effet délétère de la randomisation. D'autres tenteront d'inclure dans l'étude le maximum de personnes en « espérant qu'elles tombent dans le bon bras » ou suggèreront quasi explicitement aux personnes de « tenter leur chance à la loterie du "Chez soi-d'abord" », quitte à les inciter à sortir immédiatement après l'inclusion en cas de randomisation dans le groupe témoin.

Au final, les équipes partenaires de l'expérimentation élaborent des stratégies pour orienter vers le programme les « bons candidats », c'est-à-dire ceux qui, à leurs yeux, ont plus besoin que les autres d'un logement, offrent des garanties concernant leur capacité à habiter ou ceux que les services et professionnels habituels ne parviennent pas accompagner efficacement.

ENJEUX DE TERRITOIRE ET DE COMPÉTENCES

Dans chaque site d'expérimentation, la configuration politique et territoriale est tributaire de plusieurs éléments. Tout d'abord, la densité des réseaux d'acteurs potentiellement concernés est variable. Les quatre sites d'expérimentation couvrent ainsi des territoires plus ou moins vastes, où l'offre de services est plus ou moins concurrentielle (plusieurs établissements spécialisés en santé mentale, plusieurs équipes mobiles psychiatrie et précarité, de multiples associations d'hébergement et d'insertion, etc.). Il existe en outre des spécificités dans chaque site : par exemple, le prix du foncier et la tension dans le parc social à Paris (dix ans d'attente pour accéder à un logement social) déterminent de manière cruciale la réception du programme par les acteurs du logement, tout comme la tension sur les demandes d'hébergement est incomparable d'un site à l'autre.

Ces spécificités, qui structurent partiellement les alliances préexistantes au démarrage du programme dans chaque domaine d'intervention, surdéterminent la position des acteurs locaux dans leur réception du programme UCSA. L'impossibilité de définir une position consensuelle au sein d'une organisation (fédération d'associations, syndicats inter-hospitaliers, réseaux d'EMPP, etc.) impacte également le soutien ou les critiques officielles formulés à l'endroit de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord ». Enfin, les gages de confiance réciproque échangés lors d'expériences alternatives passées ou actuelles des acteurs remobilisés à l'occasion du

programme « Un chez-soi d'abord », comme le positionnement de leaders locaux, conditionnent l'adhésion au lancement du programme UCSA.

Ainsi, dans la phase initiale du programme, les clivages susceptibles d'entraver l'expérimentation se forment à partir du sentiment partagé ou non de reconnaissance de l'expertise des acteurs locaux et de la préservation de la politique locale en matière de santé mentale, de précarité et d'accès au logement. L'exemple de la position de l'une des municipalités concernées par l'expérimentation est de ce point de vue assez éclairant : le maire de l'une des villes concernées par l'expérimentation exprimera à plusieurs reprises son opposition à ce que la majorité des logements captés dans le programme « Un chez-soi d'abord » se situent sur sa commune – l'expérimentation est dans un premier temps envisagée sur toute la métropole – de façon à ne « pas percuter la stratégie générale en fragilisant les actions déjà mises en œuvre en matière de logement¹⁸ ».

■ LES FACTEURS PROFONDS DE RÉSISTANCE AU PROGRAMME

La mise en place du programme UCSA provoque un choc culturel local résultant de deux caractéristiques propres au programme : la définition par la recherche des critères d'accès au logement et l'individualisation de l'accompagnement dans le logement issu de la valorisation du savoir d'expérience.

Premièrement, l'un des principes de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » repose sur le choix de la personne de son logement (typologie, zone géographique, caractéristiques du quartier, dans les limites de ses ressources financières potentielles). C'est l'un des fondements de l'expérimentation, qui repose sur l'hypothèse que le choix initial de la personne jouera comme levier de sa bonne intégration au logement et au quartier¹⁹.

18. Le choix de restreindre le territoire de l'expérimentation à 40 % de la métropole pour des raisons de faisabilité pratique de l'accompagnement intensif par l'équipe d'intervention du programme n'a pas tenu compte de l'avis de la communauté urbaine et de cette municipalité concernant le caractère tendu de l'accès au logement social (50 % des demandes non satisfaites en 2011) et de la concentration des places d'hébergement sur la ville concernée (35 % des demandes). En outre, l'association d'hébergement et d'insertion de ce site désignée porteuse du projet « Un chez-soi d'abord » a eu par le passé des relations conflictuelles avec cette municipalité à chaque création de lieux d'accueil d'hébergement et d'urgence. Enfin, l'établissement de santé mentale porteur de projet dessert au niveau sanitaire un territoire qui ne couvre pas cette ville, qui est la ville centre de la métropole, desservie par un autre établissement de santé mentale engagé depuis quelques années dans la construction d'un conseil local de santé mentale sous la houlette de la municipalité. Le réseau Santé mentale et précarité et les services techniques de la communauté urbaine endosseront durant le temps du programme le rôle de médiateurs entre les porteurs de projet, la municipalité et l'établissement de santé mentale non porteur du projet qui devait devenir co-porteur du programme par la constitution d'un groupement de coopération, qui n'a finalement jamais été créé.

19. Ce choix est censé se décliner dans de multiples domaines : les soins et l'accompagnement social (avec l'orientation rétablissement) et les addictions (avec la réduction des risques). Ce principe du choix est fortement susceptible d'entrer en contradiction avec les critères définis

Les principes du programme « Un chez-soi d'abord » entrent ici en collision avec les manières de faire habituelles puisque :

- les critères d'accès au logement sont définis par le protocole de recherche ;
- l'autonomie à habiter est non évaluée a priori ;
- le choix de la personne au singulier doit primer sur la logique de répartition collective d'une population ;
- l'accès au logement et l'engagement à se soigner sont dissociables.

En appliquant ces principes, la recherche confisque de fait le processus collectif et local d'élaboration des critères d'accès au logement reliés à l'expertise revendiquée d'un ensemble d'acteurs sur la capacité à « bien habiter », et avec ce processus, la question de la responsabilité collective d'un risque (ou d'une charge) présumé, que l'on s'intéresse aux secteurs de psychiatrie, à la ville, aux bailleurs sociaux, ou à tout autre acteur associé à l'expérimentation. Premier choc culturel.

Deuxièmement, l'intégration du savoir d'expérience dans les pratiques professionnelles constitue un défi majeur de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord ». Certes, le savoir des professionnels ne se réduit pas au savoir disciplinaire au sens de la spécialité et les savoir-faire professionnels mobilisent en général des expertises profanes mais les équipes dédiées étaient invitées explicitement à mobiliser le savoir expérientiel, du fait de l'orientation « rétablissement ». Second choc culturel. Concrètement, cela impliquait la possibilité d'individualiser leur action en fonction des priorités exprimées par les personnes accompagnées (et de leur évolution), c'est-à-dire de mettre en pratique les principes suivants : « ce qui vaut pour un locataire ne vaut pas pour l'autre » et « ce qui vaut pour un locataire à un moment donné ne vaut pas à un autre moment ». Cette manière de faire n'a pas été sans susciter de dilemmes, pour les équipes recrutées *ad hoc* elles-mêmes, quant à leur volonté de garantir une « égalité du service rendu ». Ces débats sur les justes soutiens financiers ne concernent pas que l'aide matérielle ; ils se déclinent en disponibilité (en heures passées avec l'un ou l'autre) ou en bienveillance (entre les « casse-pieds » et les « gentils locataires »). Ce qui se joue ici, c'est la capacité collective à attribuer une égale valeur aux besoins formulés individuellement par chaque personne accompagnée. D'autant que cette capacité collective n'est pas restreinte au petit cercle de l'équipe dédiée mais se heurte aux règles diverses imposées aux professionnels dans leur cadre d'intervention par

a priori pour « l'équilibre de peuplement entre territoires concernés ». Au-delà de la question de la répartition territoriale, c'est bien une question de juridiction dont il est question, au sens d'une responsabilité publique à exercer son expertise dans un espace et un domaine déterminés.

les porteurs de projets (associations ou établissements hospitaliers), règles traditionnellement appliquées selon une égalité arithmétique (chaque usager a droit au même service).

Ces manières de faire de l'équipe dédiée entrent également en contradiction avec celles de leurs partenaires du champ sanitaire, social ou médico-social. Ainsi, bien que la stratégie du Housing First ait été présentée sur le papier comme une alternative à un système d'aide et de prise en charge considéré comme inadapté, sur le terrain, les accompagnements exclusifs des locataires par l'équipe de « Chez-soi d'abord » ont rarement duré longtemps et l'intensité de l'accompagnement a changé dans le temps selon la situation d'une même personne accompagnée. De ce fait, le réglage des relations entre l'équipe dédiée et ses partenaires a fait l'objet de constantes négociations, compte tenu d'une part des règles ou philosophies d'intervention caractérisant les autres services utilisés par les locataires, et d'autre part du rôle variable (alternatif, complémentaire ou subsidiaire) des équipes dédiées dans le temps et selon les locataires.

■ CONCLUSION

Au-delà des enjeux non spécifiques qui marquent l'avènement d'un dispositif nouveau au sein de paysages locaux structurés historiquement, le programme « Un chez-soi d'abord » crée une situation expérimentale doublement extraordinaire d'inconditionnalité de l'accès à un bien ou à un accompagnement et de discrimination positive par rapport à d'autres publics jugés prioritaires « par le système habituel ». Cette situation, artificielle parce qu'expérimentale, rend visible deux phénomènes.

Premièrement, les règles de conditionnalité de l'accès à un bien ou à un accompagnement des personnes sans abri ayant des troubles psychiatriques sont travaillées localement²⁰ par de multiples acteurs considérant que ce « public à problèmes » présente un risque à limiter par l'imposition de certains critères (l'existence d'un suivi sanitaire, d'un projet d'insertion, l'abstinence, etc.) et représente une charge à répartir équitablement entre plusieurs services et territoires (équilibre du peuplement pour les élus et bailleurs sociaux, équilibre des files actives pour le secteur psychiatrique ou social) et dont le risque doit être limité par des critères d'accès. Deuxièmement, parce que les personnes accompagnées dans le programme « Un chez-soi d'abord » ne sont pas exclusivement suivies par des équipes

20. Par exemple : un accord intercommunal de peuplement, un plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées, les circonscriptions d'action sociale, le système local d'attribution d'un secteur psychiatrique aux personnes sans domicile fixe, ou le rattachement à un centre communal d'action sociale, etc.

dédiées, l'expérimentation met en tension deux modèles de service : ceux centrés sur le système et ceux centrés sur la personne²¹.

En dehors du cadre exceptionnel que l'expérimentation retient, les personnes cumulant troubles psychiatriques sévères et parcours de rue se voient donc contraintes de suivre une trajectoire balisée par des étapes successives, de sorte que leur accès au logement est soumis à des critères attendant d'une part à leur situation individuelle (la vulnérabilité d'une personne la rend-elle prioritaire ?), et d'autre part à une équité territoriale quant au risque qu'elles pourraient représenter (les acteurs professionnels et institutionnels qui les accompagneront dans le logement prennent-ils tous part à la « charge collective » qu'elles risquent de susciter ?). Les critères habituels d'accès ne sont ainsi pas uniquement réglés sur des besoins prioritaires (de logement, de soin) mais déjà indexés à des garanties potentielles contre des risques présumés (addictions, troubles psychiatriques, précarité). Les critères qui donnent la priorité à l'accès au logement du point de vue des besoins dans le programme « Un chez-soi d'abord » sont en même temps ceux qui sont considérés comme potentiellement à risque dans le système habituel. En voulant remédier à un paradoxe, la situation de handicap psychique, la dépendance à un produit et la grande précarité grèvent les candidats au logement d'une double qualité : prioritaire *et* à risque ; l'expérimentation reporte à plus tard la responsabilité collective de la définition des critères d'accès au logement mais fait peser immédiatement sur les équipes dédiées et leurs partenaires la gestion partagée d'une prise de risque, heureuse ou malheureuse.

21. Benjamin Henwood, Marybeth Shinn, Sam Tsemberis, Deborah Padgett, « Examining provider perspectives within Housing First and traditional programs », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16, 4, octobre-décembre 2013, p. 262-274.