

Un modèle répondant aux besoins des sans-abri «résistants au traitement» ou «pas prêts pour le logement»

Housing First, un changement de référentiel dans la lutte contre l'exclusion du logement

Olivier Schmid^a, Charles Bonsack^b

^a Université de Lausanne, l'Observatoire universitaire de la ville et du développement durable, Institut de géographie et durabilité, Université de Lausanne, Suisse

^b Service de psychiatrie communautaire, CHUV, Lausanne, Suisse

Summary

Housing First, a new frame of reference in the fight against housing exclusion

Accessing and maintaining housing among homeless people with substance abuse and mental health problems is failing on two levels since (1) basic attempts to provide and maintain housing are failing and (2) so is the staircase approach involving shared accommodation. The Housing First model aims to meet the needs of homeless people who are «treatment-resistant» or «not ready for housing» and who cannot benefit from existing programmes. The model is based on the belief that housing is a fundamental right, necessary to recovery. Convincing results have led to its wide adoption in the United States and Europe, but its development in Switzerland has been limited. This article aims to discuss the implementation of the Housing First model based on the concepts of «social problems», from a constructionist perspective, as well as the «frame of reference of public policies.» In the case of Housing First, a new frame of reference arises as the basic principles of previous public policy are invalidated by its concrete results. The recognition of a model in public policy creates not only meaning but also power. As with drug policies, a change of paradigm in favour of the Housing First model would require a rethink of the organisation of care and housing of homeless people with mental health and substance abuse problems. It would also lead to the development of new services that could become the new norm.

Key words: social psychiatry; housing; mental illness; homelessness; public mental health; mental health policy



Introduction

L'exclusion du logement est considérée comme un problème social qui, comme tel, justifie l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques destinées à y remédier. Or le logement n'est pas simplement avoir un toit sur la tête, il est «un facteur important d'intégration sociale et même d'intégration personnelle. L'habitat rassure, stabilise, c'est un lieu qui plante

sociallement. C'est un point d'ancrage non seulement personnel, mais social aussi et institutionnel, qui donne une identité, une adresse (...)» [1]. Si, être sans abri, constitue la forme la plus extrême de l'exclusion du logement, la typologie ETHOS, acronyme de European Typology on Homelessness and Housing Exclusion, définit trois autres formes d'exclusion du logement [2]. En postulant que la notion de logement relève à la fois des domaines physique (logement comme abri), social (logement comme espace de vie privée et de relations sociales) et légal (stabilité d'occupation du logement) ses auteurs considèrent que leur absence constitue une forme d'exclusion du logement. Dans la typologie, l'exclusion du logement va ainsi se décliner selon quatre formes distinctes:

- être sans-abri – recours à la rue ou à un hébergement d'urgence;
- être sans logement – bénéficier d'un abri provisoire en foyer d'hébergement ou dans une institution;
- être en situation de logement précaire – hébergé par des tiers; sans bail; menacé d'expulsion; occupation illégale;
- être en situation de logement inadéquat – mobil homes; habitat provisoire; abri non destiné à habitation.

Le nombre de personnes sans domicile fixe ou en précarité de logement est difficile à estimer en Suisse et dépend de la définition retenue. Si on se limite aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale complexes et hauts utilisateurs de soins psychiatriques hospitaliers, cela représente une cinquantaine de personnes pour le canton de Vaud, qui utilisent un tiers des lits psychiatriques hospitaliers [3]. Si on considère par contre l'ensemble des personnes souffrant de troubles mentaux complexes actuellement hébergées dans le système d'hébergement par palier, ainsi que ceux qui fréquentent régulièrement les structures d'hébergement transitoires, cela pourrait

représenter environ mille personnes dans le canton de Vaud, soit environ 1% à 1,5% de la population.

Pour des personnes déjà fragilisées par la maladie mentale et ses conséquences, notamment aux niveaux économique et social, l'exclusion du logement constitue un enjeu de tout premier plan en ce sens qu'elle les prive des possibilités de «*prévention de la régression en même temps que de protection et d'insertion sociale en plus de l'intégration*» [1].

Le modèle de Housing First est basé sur la conviction que le logement est un droit fondamental et précède le rétablissement.

En proposant, au cours des années 1990, à New York, un nouveau modèle d'action contre le sans-abrisme chronique auquel leurs patients étaient largement confrontés, le psychiatre Sam Tsemberis et ses collègues entendaient s'inscrire dans une perspective radicalement différente. Cette intervention prévient le sans-abrisme en engageant et en logeant des sans-abri abuseurs de substances avec des problèmes de santé mentale que les autres programmes ont rejetés comme «résistants au traitement» ou «pas prêts pour le logement». Le modèle est basé sur la conviction que le logement est un droit fondamental et précède le rétablissement. Le logement est fourni immédiatement sans condition préalable de santé. Les besoins de logement et de traitement sont considérés de manière séparée, mais les services sont intégrés dans une forme de case management clinique intensif [4]. L'efficacité du Housing First a été disputée, avec la crainte que sans objectif d'abstinence, les consommateurs de substance poursuivent une consommation à risque plus importante que dans un environnement contrôlé. Les études récentes montrent néanmoins non seulement de larges gains sur la stabilité résidentielle, une amélioration plus modeste de la qualité de vie, mais aussi une diminution comparable aux traitements habituels de la consommation de substance dans le contexte du Housing First [5].

Avec le modèle Housing First, l'objectif était de privilégier une approche dont la logique ne relèverait ni de l'urgence, ni du ponctuel, ni du provisoire mais de la stabilité: stabilité au niveau du logement et continuité de l'accompagnement des patients.

Le modèle Housing First ne constitue donc pas une énième tentative de gérer l'exclusion du logement au niveau de ses conséquences les plus dramatiques, mais bien d'y mettre un terme en garantissant non seulement l'accès à un logement, mais également en offrant aux locataires une sécurité résidentielle grâce à un accompagnement adapté et sans limite de durée.

Au-delà de l'accès au seul logement, le modèle Housing First offre à ses locataires la perspective de se déployer dans un environnement physique et social beaucoup plus vaste, le logement constituant un «*point d'insertion dans un ensemble plus vaste qui situe les individus dans un environnement, souvent un quartier avec ses services, ses écoles, les possibilités qu'il offre d'accéder à un travail, à un réseau social, etc.*» [5].

En recourant à la notion d'habitat qui inclut à la fois le logement et son environnement, Bernard Salignon met en évidence tout son potentiel, ce dernier constituant «*un des modes privilégiés qui posent et qui installent l'homme dans un espace et un temps dont les dimensions ne se laissent pas réduire à ce qu'il peut signifier. Il y a toute une série d'articulations entre les diverses façons d'avoir vécu, de vivre et d'espérer vivre, autant au niveau individuel, familial, que collectif*». [6]

Le modèle Housing First s'est de plus en plus développé en Europe à partir du tournant du 21^e siècle. Dans certains cas, il fait partie intégrante de la stratégie de lutte contre le sans-abrisme. Dans d'autres cas, des expérimentations sont en cours [7].

A cet égard, les pays du Nord de l'Europe sont les plus en pointe, ainsi le Danemark, dont la première étape de sa stratégie de lutte contre le sans-abrisme (2009 à 2013) lui a permis d'élaborer et de mettre en place l'un des premiers programmes européens. Il en va de même de la Finlande, de la Norvège ou encore de la Suède où plus de 94 municipalités disposent de ser-

Le Housing First reste ainsi encore marginal en Suisse.

vices de Logement d'abord. Dans d'autres pays, tels que l'Autriche, la Belgique, la France, l'Irlande, l'Italie, le Royaume-Unis, mais également le Portugal et l'Espagne de nombreuses expériences ont été menées ou sont en cours. En France, un programme pilote basé sur le Logement d'abord a été pérennisé en 2017 au vu de ses résultats et étendu au cours de l'année 2018. Des expérimentations sont également en cours en Europe centrale et dans les pays de l'Est comme la Hongrie et la République Tchèque. Les Pays-Bas, pour leur part, disposent de 17 services de Logement d'abord. Si la Suisse ne semble pas démunie de moyens de lutte contre le sans-abrisme, l'offre existante s'inscrit, aujourd'hui encore, très majoritairement dans le paradigme Treatment First dont le modèle d'action dit «d'insertion au logement par paliers» – a très justement contraint Sam Tsemberis et ses collègues, de proposer par un changement de paradigme un nouveau modèle d'action. Le Housing First reste ainsi encore marginal en Suisse [8].

Dans cette perspective, l'adoption du modèle Housing First tend à apparaître comme une remise en question de l'offre existante au niveau de ses structures à la fois cognitives (perception et compréhension de la problématique de l'exclusion du logement) et normatives (modalités d'action). À l'inverse, certains peuvent considérer «qu'ils font déjà du Housing First», et qu'il n'y a rien de nouveau par rapport à l'offre existante. Or, le logement individuel soutenu est très rarement offert en première intention, mais plutôt comme l'aboutissement d'un processus passant au préalable par l'hébergement dans un établissement psycho-social. Dans les rares situations où le logement est fourni en première intention, ce sont exclusivement pour les sans-abri dont les besoins sont modérés ou légers ou considérés comme «à bas risque»; la durée de l'hébergement est limitée dans le temps; enfin, l'éligibilité est habituellement fortement contingente de l'engagement de la personne, avec la nécessité de se conformer non seulement aux besoins liés au logement, mais aussi à un plan de traitement des problèmes de santé mentale et d'addiction [9]. En d'autres termes, dans le cadre des politiques publiques de lutte contre l'exclusion du logement, l'adoption du modèle Housing First pose des enjeux fondamentaux. L'objectif de cet article est d'aborder ces enjeux dans une perspective constructiviste, à partir des notions de «problèmes sociaux» et de «référentiel de politiques publiques».

Les problèmes sociaux comme constructions sociales

Dans une perspective constructiviste telle que définie par Herbert Blumer, les problèmes sociaux «*n'existent pas, en eux-mêmes, comme un ensemble de conditions sociales objectives, mais sont fondamentalement les produits d'un processus de définition collective*» [10]. Il en va de même pour les politiques publiques mises en place. Tant au niveau de leur contenu que des objectifs qui leur sont assignés, elles sont le reflet, à un moment donné et dans une configuration sociale donnée, de la manière dont une société donnée «*a finalement perçu et cherché à traiter le problème à travers ses organisations officielles*» [ibid.]. Portées et définies par des acteurs sociaux dont la perception du problème initial et des solutions y relatives peut diverger, voire être opposée, les politiques publiques résultent «*presque toujours d'arrangements négociés entre des intérêts et des points de vue divers sur le problème*» [ibid.]. Il faut savoir, en effet, que «*définir le «problème» d'une façon ou d'une autre aura des conséquences sur la manière dont on entend y remédier, y apporter des solutions.*» Ainsi,

«selon qu'il aura été défini comme un problème de nature morale, médicale, politique, économique, etc., les agents et les institutions susceptibles d'être concernés différencieront, et le «traitement» du problème en question variera en conséquence» [11]. Les politiques publiques sont l'expression, par rapport à un problème social reconnu comme tel, d'un consensus entre acteurs et groupes d'intérêts au niveau de sa définition et du diagnostic à partir duquel pourront se déployer les interventions destinées à y apporter une réponse.

A partir du changement de définition du problème social des sans domicile fixe chroniques est élaboré un nouveau modèle d'action qui va réorienter les politiques publiques.

Herbert Blumer précise, à cet égard, que «*ce processus de définition et de redéfinition façonne l'image collective du problème social de telle sorte que ce qui en émerge est souvent très éloigné de la manière dont le problème pouvait être identifié de prime abord*» [10]. Autour de ce consensus va s'instaurer un champ de forces entre les différents acteurs et institutions dont la légitimité et, pour certains, le leadership, sont reconnus.

Dans le cadre de la prise en charge, au sein des sans-abri chroniques de la ville de New York, de ceux confrontés à des pathologies mentales sévères, s'est développée, au début des années 1990, une nouvelle approche dite «Housing First» consistant à mettre à disposition un logement stable comme préalable à toute intervention [4].

Ce nouveau modèle d'action remettait en question le consensus existant entre les différents acteurs et intervenants dans les politiques publiques destinées aux sans-abri chroniques dont l'objectif était de les sortir de la rue. En d'autres termes, l'accès au logement comme préalable et non en toute fin des trajectoires d'insertion au logement, comme c'était le cas jusque-là, s'inscrit dans un processus de remise en question à la fois des aspects cognitifs des politiques publiques (définition et diagnostic) et de leur aspect performatif (modèles d'action et prestations). A partir du changement de définition du problème social des sans domicile fixe (SDF) chroniques est ainsi élaboré un nouveau modèle d'action qui va réorienter les politiques publiques. Ce processus va se diffuser peu à peu, à partir de l'expérience new-yorkaise, dans d'autres villes américaines au cours des années 1990 puis, dès le début des années 2000, dans les pays européens [7].

Pour aborder les enjeux liés à l'adoption d'un nouveau modèle d'action dans le cadre de la prise en charge des sans domicile fixe chroniques, la notion de référentiel apparaît comme un outil des plus intéressants. Celle-ci

permet en effet d'aborder les dimensions cognitive et performative des politiques publiques dans leur contenu mais également dans leurs dynamiques – modèles d'action ; champ de pouvoirs.

Référentiel: la construction du sens dans les politiques publiques

Dans l'ouvrage collectif intitulé «*La Construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*», Pierre Muller développe l'analogie entre la notion de référentiel comprise comme structure de sens appliquée à l'analyse des politiques publiques, et celle de paradigme, telle que définie par Thomas Kuhn dans le domaine scientifique [2]. Chez Thomas Kuhn, le paradigme scientifique constitue une sorte de filtre sélectif ne permettant aux acteurs de ne retenir du réel que «*les faits «rendus» intelligibles, «délimitant ainsi» strictement l'espace légitime de l'activité scientifique ordinaire*» [12]. Il y a donc une adhésion des scientifiques, dans le cadre d'un paradigme donné, «*aux mêmes règles et aux mêmes normes*» qu'ils vont acquérir et apprendre à maîtriser dans le cadre de leur formation [13].

Nous retrouvons, dans la définition de référentiel de politique publique, une perspective similaire: «*Cadre global d'interprétation du monde reconnu comme «vrai» par la grande majorité des acteurs des politiques publiques (...) qui spécifie non seulement les objectifs de la politique et le type d'instrument qui peut être utilisé pour les obtenir, mais également la nature même des problèmes qu'ils sont supposés affronter*» [14].

Par analogie avec les changements de paradigme dans le domaine scientifique, un changement de référentiel va généralement contraindre les acteurs des politiques publiques à s'inscrire dans un monde nouveau qu'ils devront apprendre à aborder à partir d'instruments nouveaux, ceci au sein d'un champ de forces plus ou moins profondément remaniées – émergence de nouveaux acteurs, remise en question de situations de pouvoir, de situations de position, etc. Un changement de référentiel est «*loin d'être un processus cumulatif, réalisable à partir de variantes ou d'extension de l'ancien paradigme*» [13]. Compte tenu du coût et des enjeux liés à de tels bouleversements, les changements au sein des politiques publiques ne devraient intervenir que lors de situations de crise.

Housing First: un changement de référentiel

Au début des années 1990, il est apparu, au terme d'une série d'évaluations menées aux Etats-Unis, que «*les services par paliers étaient trop coûteux et qu'ils ne parvenaient pas à mettre un terme au sans-abrisme de*

la plupart des sans-abri chroniques avec lesquels ils travaillaient» [7]. Seule une minorité d'entre eux parvenait à accéder à un logement stable après avoir franchi avec succès les différentes étapes d'un processus d'insertion au logement.

C'est dans ce contexte de crise du modèle d'action du référentiel dominant, Treatment First, que l'organisation «Pathways» va élaborer et mettre en œuvre un modèle d'action au sein duquel l'accès au logement – de la rue au logement – est posé comme «*une condition préalable et nécessaire à la réinsertion*» [15] et non plus comme une récompense au terme d'un long processus par étapes.

Compte tenu du coût et des enjeux liés à de tels bouleversements, les changements au sein des politiques publiques ne devraient intervenir que lors de situations de crise.

Les changements induits par l'adoption du référentiel «Housing First» au sein des politiques publiques sont tels qu'ils vont impacter «*les conceptions, les méthodes et les modes de faire de tous les acteurs du champ (...) particulièrement celles des travailleurs sociaux spécialisés (impliquant) des transformations profondes qu'il est nécessaire d'accompagner par la pédagogie, la construction d'outils, la formation (...)*» [16].

Dans le cadre du référentiel Treatment First qui a dominé et qui domine encore très souvent la prise en charge de ces populations, l'accès à un logement stable et indépendant est conditionné à l'acquisition ou à la réhabilitation des compétences nécessaires à une bonne autonomie et à une situation stabilisée au niveau santé mentale et au niveau des consommations. Ce sont ces objectifs qui sont au cœur des processus par étapes. Des évaluations ont toutefois mis en évidence la très faible capacité de rétention des usagers par les dispositifs mis en place dans le cadre du référentiel Treatment First, de même que leur très faible attractivité par rapport au volume de la demande. Les sans-abri restaient en effet assez souvent «*coincés dans les services par paliers, incapables de franchir un certain niveau; en outre, les sans-abri chroniques abandonnaient fréquemment ces services par paliers à cause de leurs règles trop strictes en matière d'abstinence totale aux drogues et à l'alcool.*» [7]

Par ailleurs, il est également apparu que l'incertitude qui accompagne les personnes dans leur trajectoire par étapes est génératrice de stress et d'insécurité. En effet, le passage d'une étape à l'autre étant conditionné par un processus d'évaluation des compétences acquises et du comportement des usagers, le processus d'insertion peut être interrompu ou bloqué à chacune de ses

étapes. Seul l'accès au logement, pour autant que toutes les étapes antérieures aient pu être franchies, est alors susceptible d'offrir la stabilité. De plus, compte tenu de l'empilement des dispositifs, les usagers doivent se réadapter, lors de chacune des étapes du processus, «à un nouvel environnement de vie avec de nouvelles règles.» [7]

Le référentiel Housing First va proposer, pour sa part, une perspective d'insertion au logement radicalement différente puisque l'accès à un logement stable y apparaît comme la condition sine qua non pour sortir de la rue les SDF chroniques. Le postulat sur lequel elle se fonde et qui lui permet de ne poser aucune exigence préalable dans l'accès au logement, que ce soit par rapport à un traitement psychiatrique ou par rapport à des consommations de produits psychotropes, stipule en effet que «toutes les personnes ont une capacité à vivre dans un logement, quelle que soit la durée de la période où elles ont été privées, dès lors que le logement et les modalités d'accompagnement sont adaptés» [7].

Alors que, jusque-là, l'échec ou la réussite des processus d'insertion individuels dépendaient essentiellement du comportement des usagers, ce n'est plus du tout le cas dans le cadre du Housing First. En effet, ce sont les modalités d'accompagnement et de suivi qui sont désormais déterminantes par rapport aux objectifs d'accès et de maintien au logement. La conséquence, pour les dispositifs mis en place dans le cadre des politiques publiques, est de se retrouver en première ligne, ce qui sera d'autant plus le cas qu'ils prendront en charge des populations confrontées à des pathologies mentales sévères.

«Chez-soi d'abord»: une expérience de type Housing First en Suisse romande

Le dispositif mis en place à Lausanne par le Service de psychiatrie communautaire du CHUV et qui s'inscrit pleinement dans le cadre du référentiel Housing First apparaît ici comme un très bon exemple des enjeux et des contraintes relatifs à l'accompagnement et au suivi de ces catégories de population [8]. Ce projet s'inscrit dans un cadre plus général de favoriser le rétablissement dans la communauté de personnes souffrant de problèmes complexes de santé mentale. Le concept de rétablissement a été développé par des usagers de la psychiatrie pour mieux rendre compte de leur expérience vécue que la conception médicale de la guérison comme «cure» d'une maladie. Dans ce concept de rétablissement, les questions d'autonomie, de respect des droits fondamentaux, de connexions sociales et d'accomplissement de l'existence prédominent sur la disparition des symptômes ou de la maladie. En par-

ticulier, les droits fondamentaux, comme le droit au logement, sont considérés comme une condition nécessaire au rétablissement et non comme un aboutissement du processus de rétablissement.

Dans ses objectifs, «Chez-soi d'abord» entend faciliter l'accès direct au logement individuel à des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères grâce au soutien d'une équipe de psychiatrie mobile.

En s'inscrivant dans la perspective du rétablissement, «Chez-soi d'abord» colle à la philosophie Housing First pour laquelle cette approche est à même de garantir, avec celle de la réduction des risques, le respect du principe d'autodétermination des bénéficiaires au niveau de leurs choix et de leurs objectifs.

L'élaboration, la mise en œuvre et enfin l'adoption du référentiel Housing First se sont imposées dans un contexte marqué par un mouvement de désinstitutionalisation en psychiatrie.

«Se rétablir chez soi est une option largement soutenue dans le modèle du rétablissement, développé à partir de l'expérience de personnes rétablies de troubles psychiatriques sévères et basé sur la notion d'espoir, d'appropriation du pouvoir et de reconstruction de l'identité. Dans ce modèle, la restauration des droits civils comme le droit au logement précède le rétablissement et non l'inverse: vivre chez soi n'est plus l'aboutissement d'un processus de guérison, mais peut en être au contraire le point de départ. Ainsi, le modèle du rétablissement permet de lutter contre les stéréotypes et amener à considérer les troubles psychiatriques comme une épreuve qui transforme la personne sans détruire son humanité ni limiter ses droits fondamentaux» [17].

Le modèle du rétablissement qui «ne présuppose pas une conception unique de la maladie psychique et qui n'a pas de visée curative des causes de la maladie» [18] instaure, pour les personnes atteintes de troubles mentaux, de nouveaux rapports à leur maladie, aux traitements et aux professionnels, traduisant un renversement du pouvoir des professionnels à leur profit. La responsabilité du rétablissement dont est désormais investie la personne implique pour elle «la gestion de sa propre santé et de son traitement, l'autonomie dans ses choix de vie et la volonté de prendre des risques mesurés pour avancer» [19]. Plutôt que d'autonomie, on parlera «d'autodétermination dans une interdépendance avec autrui» [18].

Dans ses options stratégiques pour les années 2015–2022, le Centre neuchâtelois de psychiatrie souligne que «la mise en place de services axés sur le rétablissement passe par la transformation radicale de la façon

de travailler des professionnels et des cliniciens» [20]. Il en va naturellement de même pour les partenaires du réseau.

Permettre aux personnes atteintes dans leur santé mentale de se bâtir une vie au-delà de leur maladie et dans le respect du principe d'autodétermination implique la nécessité de créer «des conditions environnementales favorables» [21] qui leur offrent, grâce aux ressources mises à leur disposition telles que «information, habileté, réseau et soutien pour qu'elles puissent gérer la maladie autant que possible en plus de les aider à avoir accès aux ressources dont elles pensent avoir besoin pour vivre leur vie» [22], la possibilité de déployer leurs propres ressources, de les renforcer et d'en acquérir de nouvelles.

Permettre aux personnes atteintes dans leur santé mentale de se bâtir une vie au-delà de leur maladie implique la nécessité de créer la possibilité de déployer leurs propres ressources, de les renforcer et d'en acquérir de nouvelles.

L'objectif d'un accompagnement consistera donc à donner aux usagers les moyens de réaliser au mieux leur inclusion, dans le respect du principe d'autodétermination, au sein des différents domaines qui constituent une société et, au-delà, d'en garantir la pérennité. L'élaboration, la mise en œuvre et enfin l'adoption du référentiel Housing First se sont imposées dans un contexte marqué par un mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie. Ce processus, au sein duquel la question de l'hébergement devenait un enjeu majeur, imposait avec plus de force encore la nécessité d'un changement de référentiel.

En effet, comment pérenniser le recours à un modèle d'action dont les évaluations ont montré les limites, en particulier pour certaines personnes victimes de troubles mentaux sévères, alors que, dans le même temps, elles venaient grossir les rangs des sans-abri chroniques du fait du processus de désinstitutionnalisation? Effectivement, lorsque des services adéquats ont été accessibles dans la communauté, la plupart des personnes avec des troubles psychiatriques sévères ont bénéficié de la désinstitutionnalisation. Par contre, en l'absence d'une offre adaptée à leurs besoins dans la communauté, une nouvelle génération de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères non-institutionnalisées, représentent un défi pour le système, en devenant sans abri ou criminalisés avec des épisodes de réadmissions – va-et-vient entre la rue et l'hôpital – ou encore un maintien à l'hôpital psychiatrique pour des séjours de plus ou moins de longue

durée [23]. Dans le même temps, l'offre hospitalière, du fait des changements intervenus, n'était plus en adéquation avec ce type de situations qui venaient alors «mobiliser des ressources de façon inappropriée» [24].

Le modèle d'action Housing First, tel qu'il se décline dans les approches du rétablissement et de la réduction des risques, constitue aujourd'hui la réponse la plus appropriée aux besoins de personnes qui, en raison de comportements liés à des troubles psychiatriques sévères et persistants et/ou à des consommations de produits psychotropes, ne sont pas à même de se maintenir, sans un accompagnement adapté, dans un logement, ni d'accéder à l'offre d'hébergement institutionnel spécialisé. A cet égard, le profil de la population cible du dispositif «Chez soi d'abord» est des plus significatifs: situation de précarité, voire d'exclusion du logement; difficultés d'accès au marché du logement locatif; besoin d'un accompagnement intensif pour la mise en place d'un logement; troubles psychiatriques; vie en communauté non indiquée en raison de troubles du comportement, consommations actives, absence d'adhérence aux exigences des foyers; souhait de bénéficier d'un appartement individuel.

Au-delà de l'accès proprement dit, le principal enjeu consistera à pouvoir garantir, par une offre d'accompagnement et de suivi adaptée, le maintien au logement de ces populations afin de pouvoir pérenniser les situations de stabilité dont elles bénéficient grâce à cet accès. Des situations de stabilité qui constituent l'une des conditions du rétablissement «dans un rôle social valorisé dans la communauté, à la mesure de leurs capacités» [25]. Les enjeux liés au maintien au logement vont peser de manière significative sur les politiques publiques dont l'offre a été élaborée et mise en œuvre dans le cadre du modèle d'action Treatment First.

Les auteurs d'un rapport sur la perspective, en France, d'une refondation de la politique d'hébergement axée sur le modèle d'action Housing First relevait, à cet égard, que:

«La stratégie du <logement d'abord> impacte les conceptions, les méthodes et les modes de faire de tous les acteurs du champ. Elle impacte particulièrement celles des travailleurs sociaux spécialisés ou de secteur, ainsi que leur formation. Elle implique des transformations profondes qu'il est nécessaire d'accompagner par la pédagogie, la construction d'outils, la formation (...)» [16].

Ils soulignaient, par ailleurs, que les dispositifs existants à la vocation transitoire – processus par étapes successives – et à «l'accompagnement trop léger ne répondaient pas aux conditions d'efficacité du <logement d'abord>» [15].

Il s'agissait, dès lors, si l'on entendait refonder une politique d'hébergement à partir du modèle d'action

Tableau 1: Modèles «Treatment First» et «Housing First».

	Treatment First	Housing First
Paradigme	L'accès au logement est le résultat du rétablissement	Le logement précède et contribue au rétablissement
Politique	Une vision institutionnelle, protectrice, de l'hébergement psychiatrique	Une vision communautaire, citoyenne, de l'hébergement psychiatrique
Ethique	La protection et les soins priment sur l'autonomie et le respect des droits	Le respect des droits et l'autonomie sont des conditions nécessaires au rétablissement
Modèle d'action	Accès par paliers depuis l'hospitalisation vers le logement individuel en passant par l'hébergement collectif supervisé	Accès direct au logement individuel avec un soutien in situ par une équipe mobile sans condition préalable
Population cible	Personnes SDF souffrant de problèmes de santé mentale collaborant au traitement et répondant aux conditions d'accès des structures d'hébergement	Personnes SDF souffrant de problèmes de santé mentale sans exigences préalables
Résultats	Peu d'études. Accès limité. Maintien en hébergement collectif supervisé de personnes auparavant longuement hospitalisées suite à la diminution des lits psychiatriques. Amélioration globale des contacts sociaux et de la qualité de vie comparés à l'asile.	Basé sur des études scientifiques. Gains importants dans le maintien en logement, plus modeste sur le fonctionnement social et la qualité de vie. Diminution comparable au traitement habituel de la consommation de substances. Possible recours plus faible aux services de soins aigus et diminution des coûts.
Limitations	Accès limité par la complexité des situations	Accès limité par la disponibilité de logements

Housing First, d'élaborer des dispositifs d'accompagnement susceptibles d'être à la fois intensifs, pluridisciplinaires, flexibles au niveau de leurs interventions et inscrits dans la durée.

L'offre d'un dispositif tel que «Chez-soi d'abord» s'inscrit parfaitement dans cette perspective.

Pour les politiques publiques existantes, l'adoption du modèle Housing First exige sa réélaboration sur de nouvelles bases et en regard de nouveaux objectifs à même de répondre à un problème social redéfini.

Cette reconstruction paraît d'autant plus impérative qu'il s'agit d'apporter des réponses autres que celles de la rue et de la précarité aux personnes victimes de maladies mentales sévères et dont la prise en charge s'inscrit désormais, du fait des transformations structurelles en cours dans la psychiatrie, ailleurs que dans l'asile.

Une recherche récente, menée au Québec au sein de dispositifs ayant adopté le modèle d'action du référentiel Housing First, a mis en évidence certaines difficultés liées au changement de modèle d'action. Ses auteurs ont ainsi pu observer des situations au sein desquelles l'offre de certains prestataires restait «colonisée» [26] par des logiques relevant encore du modèle d'action Treatment First.

Pour les chercheurs, ces situations caractérisant une forme d'attachement «aux modèles connus» mettaient en évidence que «le changement est difficile à atteindre et qu'on assiste le plus souvent à des changements partiels plutôt qu'à des changements majeurs (...)» [26].

La polarisation la plus forte entre institutions, soit entre celles pratiquant avec rigueur les principes et la philosophie du Housing First et celles dont la pratique

en est beaucoup plus éloignée, a été observée dans le cadre de l'offre destinée aux populations confrontées à une pathologie mentale.

Cette forte polarisation pourrait s'expliquer, selon les chercheurs, par l'histoire des institutions concernées, en particulier par le contexte originel de leur création, le «type d'acteur qui est à l'initiative (et à ses modèles de références), les objectifs concrets qui sont assignés aux formules résidentielles» [26].

Plus précisément, ils ont ainsi pu observer des emprunts au modèle d'action Treatment First au niveau des modalités d'attribution des logements, au niveau des conditions de séjour dans l'organisation des services, ainsi que dans les représentations des prestataires et de leurs collaborateurs.

Autant d'emprunts générateurs d'échecs. C'est ainsi que, dans le cadre de personnes confrontées à des pathologies mentales, l'exigence du suivi d'un traitement ou encore l'exigence d'un projet personnalisé comme condition d'accès à l'offre ne peuvent que favoriser un détournement de celle-ci de sa population cible.

De même que des expulsions «en dehors des règles de droits communs» ainsi que des contraintes liées «au droit d'aller et venir librement» ne peuvent que réduire la capacité de rétention de ces dispositifs de personnes pour lesquelles le maintien dans une situation de stabilité grâce au logement est la condition sine qua non pour sortir de la rue les SDF chroniques: «L'accès à un logement de qualité sur une base permanente représentée, à lui seul, sans qu'il soit besoin de services supplémentaires, une opportunité pour l'insertion sociale (...)» [26].

En revenant à la notion de référentiel de politique publique comme «*cadre global de l'action publique*» [14], force est de constater la cohérence d'un système d'action qui repose «*sur l'articulation de trois dimensions permettant de décoder et de recoder le réel [ibid.]*» :

- *Des principes généraux qui définissent l'orientation d'ensemble d'une politique publique.*
- *Une grille d'interprétation de la réalité (décodage) correspondant à un diagnostic sur lequel se fonde cette orientation.*
- *Des raisonnements et des argumentaires (...) qui relient les principes généraux à des modes opératoires proposés.*

Pierre Muller souligne, à cet égard, qu'élaborer une politique publique «*consiste d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir. C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action: cette vision du monde est le référentiel d'une politique*» [2].

Dans cette perspective, un changement de référentiel va peser à la fois sur les structures des politiques publiques mises en place et sur les acteurs mandatés pour participer. C'est donc au sein de ces deux dimensions ainsi que dans leurs interactions que les contraintes du changement vont se faire sentir.

Au-delà des difficultés liées aux changements proprement dits, ainsi que le montrent les chercheurs canadiens, un changement de référentiel se traduit également et surtout par des enjeux de pouvoir, de positionnement, d'accès aux ressources financières, etc. C'est donc bien d'un changement de système dont il est question, et non pas simplement d'aménagements ou de variantes qu'il s'agit d'apporter à un système d'action défaillant. La rupture par rapport à l'existant, au sein des politiques, est d'autant plus importante dans le cas des populations confrontées à des pathologies mentales sévères que la condition de leur accès et de leur maintien au logement repose sur une approche qui remet radicalement en question le travail des professionnels du secteur: le rétablissement.

En d'autres termes, le passage de l'asile à la communauté, dans la perspective du rétablissement et de ses objectifs, repose sur la mise en place de dispositifs d'accompagnement de type médico-socioéducatif dans le cadre de filières de soins en psychiatrie communautaire et dans celui du travail de réseau, avec la mobilisation de partenaires des domaines socioéducatifs à même de mobiliser leurs prestations dans le cadre d'action défini par le Housing First et dans la double approche du rétablissement et de la réduction des risques.

Conclusion

L'élaboration d'un nouveau référentiel, dans le cadre de la prise en charge des personnes les plus vulnérables au sein des populations exclues du logement, s'est inscrite dans un contexte marqué par l'échec du référentiel dominant, incapable de mettre un terme aux situations de sans-abrisme chronique auxquelles ces personnes étaient généralement confrontées. En d'autres termes, «*c'est l'invalidation des fondements cognitifs d'une politique publique par ses résultats concrets*» [14] qui a conduit Sam Tsemberis et ses collègues à proposer de nouveaux moyens d'action.

Ce sont des questions de pouvoir qui vont être au cœur des enjeux de concurrence entre acteurs de référentiels rivaux.

L'échec du modèle Treatment First, de même que le succès du modèle Housing First, tous deux largement reconnus et démontrés par des évaluations menées depuis la fin des années 1990, tant en Europe qu'aux Etats-Unis, n'ont pas permis à ce dernier de s'imposer véritablement, pour l'heure, en Suisse.

Dans la perspective de l'adoption du référentiel Housing First, la question des acteurs apparaît comme une variable déterminante. En effet, nous l'avons vu, les changements de référentiels des politiques publiques «*favorisent un déplacement de la configuration de pouvoir et entraînent une concurrence étendue entre paradigmes rivaux.*» [14] Ainsi que nous le rappelle Pierre Muller, si une politique publique produit du sens, «*elle produit aussi du pouvoir*», et c'est là que réside le principal enjeu pour une partie des acteurs.

En définissant un nouveau référentiel, ses acteurs vont prendre «*le leadership du secteur en affirmant leur hégémonie*» et, en même temps, par l'affirmation de cette hégémonie, leur «*vision du monde devient peu à peu la nouvelle norme.*» [2] Ce sont des questions de pouvoir qui vont être au cœur des enjeux de concurrence entre acteurs de référentiels rivaux.

Dans le cadre de la concurrence entre les référentiels Treatment First et Housing First, seule la reconnaissance, par les autorités, de la validité de ce dernier et de l'échec des politiques publiques existantes dans lutte contre l'exclusion du logement sont à même d'y mettre un terme et de permettre «*de réaménager l'organisation et les modes opératoires standardisés du processus d'action publique ainsi que d'institutionnaliser le nouveau paradigme*» [14].

La politique des drogues de la Confédération constitue, à cet égard, un exemple intéressant. En effet, par trois fois, celle-ci a été amenée à remettre en question un

référentiel jusqu'alors dominant au profit d'un nouveau référentiel. Chacun de ces changements a marqué à la fois profondément et durablement l'action publique, avec des conséquences parfois non négligeables pour certains acteurs et prestataires au sein des différents cantons. Chacun de ces changements a été motivé par une volonté d'ajustement des politiques publiques existantes afin de répondre avec plus d'efficacité et d'efficience, compte tenu de l'évolution des connaissances, à la demande et aux besoins des populations concernées. C'est ainsi que le modèle actuel dit «du cube» repose sur le référentiel de l'addiction qui s'est substitué à celui de la réduction des risques et des traitements de substitution et son modèle des quatre piliers, lequel avait mis un terme au référentiel de l'abstinence et au modèle «des trois piliers». Ainsi, la politique suisse en matière de drogue s'est déclinée, au cours des 50 dernières années, sur quatre référentiels successifs, chacun d'entre eux remettant en question et élargissant le cadre cognitif et prescriptif jusque-là admis comme intangible, imposant ainsi des ruptures tant au niveau de la perception de cette problématique, qu'au niveau des modalités d'intervention. Les bouleversements ainsi induits, lors n'ont pas été sans conséquences pour les prestataires de l'offre existants, contraints de s'adapter aux changements induits et à l'émergence de nouveaux acteurs.

Dans l'histoire de la politique des drogues de la Confédération, la rupture liée à l'adoption du référentiel de la réduction des risques et des traitements de substitution a été la plus significative. Certains acteurs politiques et historiques ont en effet résisté à ce qu'ils percevaient comme l'abandon de l'objectif d'abstinence, en refusant d'adapter leur offre. Certains de ses effets se prolongeant aujourd'hui encore, en particulier au sein de l'offre résidentielle de traitement, alors même qu'un nouveau référentiel, celui dit «du cube» est venu élargir celui de la réduction des risques et des traitements de substitution.

Le coût de tels changements a été loin d'être négligeable pour les prestataires de l'offre en charge des populations concernées, contraints de s'adapter ou, à défaut, de devoir disparaître. Ont particulièrement soufferts les prestataires fortement identifiés à un modèle devenu obsolète, qui occupaient jusqu'à lors une position hégémonique. Si, dans un premier temps, certains ont cru pouvoir s'inscrire dans une stratégie de résistance, la force de pression liée au changement a toutefois été telle, en particulier au niveau des ressources financières, que le coût de «maintien d'une position décalée «est devenu» de plus en plus élevé», réduisant progressivement leur marge de manœuvre [2].

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

- Boucher JL. Habitat et santé mentale. Le particularisme outaouais. In: Mortin P, Baillergeau E, editors. L'habitat comme vecteur de lien social. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
- Muller P. Les politiques publiques. Paris: Presses Universitaires de France; 2008.
- Golay P, Morandi S, Conus P, Bonsack C. Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. Unpublished manuscript.
- Tsemberis S, Asmussen S. From streets to homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1999;17(1-2):pp. doi: 10.1300/J020v17n01_07. PubMed PMID: 1999-11350-007.
- Urbanoski K, Veldhuizen S, Krausz M, Schutz C, Somers JM, Kirst M et al. Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a Housing First intervention for homeless people with mental illness. *Addiction*. 2018 Jan;113(1):137-145. doi: 10.1111/add.13928. Epub 2017 Aug 1.
- Salignon B. Qu'est-ce qu'habiter. Paris: Editions de la Villette; 2010.
- Pleace N. Guide sur le logement d'abord en Europe: Housing First Guide Europe; 2017. Available from: http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/03/HFG_FR_full_digital.pdf.
- Garcia Gonzalez De Ara C, Morandi S, Lippuner M, Delmatti J, Golay P, Bonsack C. «Chez soi d'abord»: se rétablir chez soi d'un trouble psychique sévère. *Rev Med Suisse*. 2017(13):1605-9.
- Johnsen S, Teixeira L. "Doing it Already?": Stakeholder Perceptions of Housing First in the UK. *International Journal of Housing Policy*. 2012;12(2):183-203. doi: 10.1080/14616718.2012.681579.
- Blumer H. Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*. 2004;17(67):185-99.
- Lahire B. L'invention de «l'illettrisme». Paris: La Découverte & Syros; 2005.
- Bernard Alain JM. Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés. Paris: Belin; 2003.
- Kuhn T. La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion; 1983.
- Hassenteufel P. Sociologie politique: l'action publique. Paris: Armand Colin; 2008.
- Collectif. Document de travail. Le «logement d'abord»: Qu'est ce que c'est? Et comment la FNARS s'y engage? Supplément de la Gazette [Internet]. 2011 30.07.2018; (101). Available from: http://www.federationsolidarite.org/images/stories/1_la_vie_federale/publications_internes/gazette_2011/supplement_n_101_-_logement_dabord.pdf.
- Collectif. Une stratégie du « Logement d'abord » pour les personnes sans abri ou mal logées 2011 30.08.2018. Available from: http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/strat_gie_logement_d_abord_DIHAL_cle7cdf54.pdf.
- Bonsack C, Garcia Gonzalez De Ara C. Se rétablir d'une psychose chez soi: dans et hors du monde Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 2015;166(6):203-7.
- Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement: l'expérience de Lausanne L'Information Psychiatrique. 2013;89(3):227-32.
- Favrod J, Rexhaj S, Bonsack C. Le processus du rétablissement. *Santé Mentale*. 2012(166):32-7.
- Collectif. Options stratégiques du CNP 2015-2022. Neuchâtel: Centre Neuchâtelois de Psychiatrie - CNP 2015.
- Pachoud B. La perspective du rétablissement: un tournant paradigmatique en santé mentale. Les cahiers du centre Georges Ganguilhem. 2018;2018/1(7):165-80.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Faire du rétablissement une réalité. London: Centre for Mental Health; 2012. Available from: http://www.douglas.qc.ca/publications/220/file_fr/faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf.
- Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*. 2001;52(8):1039-45. Epub 2001/07/28. doi: 10.1176/appi.ps.52.8.1039. PubMed PMID: 11474048.
- Antille J, Resplendino C. Filière d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique. Rapport final. Lausanne: Etat de Vaud; 2013. Available from: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Rapport_fili%C3%A8re_psy.pdf.
- Huguelet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2007(158):158:271-8.
- Grenier S, Ducharme M-N, Proulx J. Les processus d'hybridation entre l'hébergement et le logement social dans les formules résidentielles destinées à des personnes vulnérables. Rapport final de recherche. Montreal: LAREPPS - UQAT Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2014.

Correspondence:
Professeur Charles Bonsack
Service de psychiatrie
communautaire, CHUV
Site de Cery
CH-1008 Prilly-Lausanne
charles.bonsack[at]chuv.ch