

Le dispositif d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »

Pascale Estecahandy

Coordnatrice nationale dispositif
« Un chez-soi d'abord »
Délégation interministérielle
à l'hébergement et l'accès
au logement (Dihal)

Résumé. L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » conduite par l'État sur 4 villes entre 2011 et 2016 répond à la question des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères et qui le plus souvent échappent aux prises en charge habituelles. Inspiré du modèle « *housing first* » largement diffusé outre-Atlantique depuis les années 1990, le programme français a montré son efficacité et il est maintenant pérennisé sous la forme d'un établissement médicosocial inscrit dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) sous la dénomination de dispositif d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

Mots clés : appartement de coordination thérapeutique, logement, sans domicile fixe, pathologie psychiatrique

Abstract. The "Housing First" assisted living housing system. The "Un chez-soi d'abord" ("Housing First") experiment that the French state carried out in four cities between 2011 and 2016 addressed the issue of homeless people suffering from severe psychiatric disorders, who typically fall outside regular care. Inspired by the "Housing First" model, which has become widespread in the United States since the 1990s, the French program has proven effective, and has now been established for the long term in the form of a medical-social establishment within the Code de l'action sociale et des familles (CASF) (social action and family code), named the Dispositif d'appartement de coordination thérapeutique "Un chez-soi d'abord."

Key words: therapeutic apartment, housing, homelessness, psychiatric pathology

Resumen. Dispositivo del apartamento de coordinación terapéutica « Lo primero el piso ». La experimentación « Lo primero el piso » asumida por el Estado en cuatro ciudades entre 2011 y 2016 responde a la cuestión de las personas sin techo con trastornos psiquiátricos severos, quienes lo más a menudo no entran en los recorridos de atención usuales. Inspirado en el modelo « *Housing first* » ampliamente difundido allende el Atlántico desde los años 90, el programa francés ha demostrado su eficacia y ahora se encuentra perenne bajo la forma de un establecimiento médicosocial inscrito en el código de la acción social y de las familias (CASF) bajo la denominación de Dispositivo de apartamento de coordinación terapéutica « Lo primero el piso ».

Palabras claves: apartamento terapéutico, vivienda, sin techo, patología psiquiátrica

Historique de l'action

C'est à Marseille, dans la lignée des mobilisations autour des questions de toxicomanie qu'au milieu des années 2000, une seconde vague de mobilisation davantage axée sur le nombre grandissant de personnes ayant des troubles psychiatriques sévères (sur)vivant et mourant dans l'hyper centre de la ville de Marseille revendique le principe qu'avoir un « chez soi » est plus déterminant que d'avoir accès à des soins. Cette mobilisation mène un collectif de professionnels et de citoyens à ouvrir un « squat » en plein centre-ville [1]. Cette expérience princeps, est le point de départ de la diffusion en France du modèle « *housing first* » mais aussi d'une approche nouvelle du soin psychia-

trique, inconnu jusqu'alors dans l'Hexagone : « les soins orientés autour du rétablissement » [2], mouvement et concept dont les racines états-uniennes puisent à la fois dans le mouvement des droits civiques, des « survivants de la psychiatrie », de soignants et de chercheurs engagés et militants. En décembre 2008, la ministre de la Santé rencontre les résidents du squat, discute avec eux et demande à Vincent Girard, psychiatre et coordinateur de l'équipe mobile de santé communautaire Marss¹, de faire un rapport national sur la santé des personnes sans chez-soi². Ce rapport [3] est remis en janvier 2010. Il établit un état des lieux des principaux

Correspondance : P. Estecahandy
<pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr>

¹ Marss : mouvement et action pour le rétablissement sanitaire est social.

² Le terme « *sans chez-soi* » ayant été consacré quelques années plus tôt lors de la conférence de consensus « Sortir de la rue » des 29 et 30 novembre 2007, qui s'était tenue à Paris sous l'égide de la Fnars.

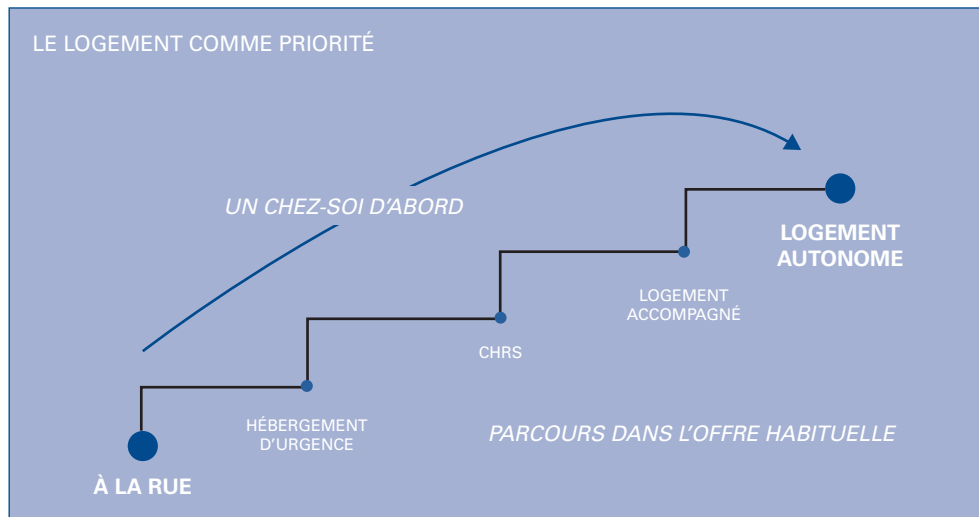


Figure 1. Modélisation du « housing first ».

problèmes sanitaires rencontrés par les personnes durablement sans-abri et met en avant que le fait d'être sans chez-soi constitue un facteur de mortalité et de morbidité accrues dans le champ des pathologies mentales et somatiques. Les auteurs du rapport proposent pour y répondre d'expérimenter en France le modèle « *housing first* » qui change radicalement le paradigme de prise en charge des personnes sans-abri à qui il est classiquement proposé un parcours dit « en escalier » prônant un accès progressif et par étapes³ à un logement ordinaire laissant de fait les personnes les plus vulnérables sans solution⁴. À l'inverse, le programme lancé en 2011 propose aux personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères un accès direct, sans conditions de suivi de traitement ou d'arrêt de consommation des substances psychoactives, à un logement ordinaire dispersé dans la cité. Une équipe pluridisciplinaire propose un accompagnement à leur domicile et des soins « orientés rétablissement ». *In fine*, il s'agit de reconnaître les compétences qu'acquière les personnes malades et sans-abri et de les utiliser pour construire de nouvelles politiques ascendantes dans l'objectif de répondre aux besoins et aux demandes des personnes elles-mêmes et non plus de ceux qui entendent parler pour elles [1], figure 1.

³ Les personnes accueillies dans les structures d'hébergement doivent réussir un certain nombre d'étapes principalement centrées autour de la compliance aux règles des structures d'hébergement ou des logements accompagnés, notamment la prise d'un traitement pour les personnes présentant des troubles psychiques et l'arrêt des consommations de substances psychoactives.

⁴ « Les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (qui) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et (de) tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive ». Cours des comptes 2007. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf> (consulté en avril 2007).

À l'international

L'approche « *housing first* » a émergé aux États-Unis dans les années 1980 comme un modèle alternatif à la prise en charge par palier [4] et sera popularisée dans les années 1990 par Sam Tsemberis [5] et l'organisme « *Pathways to Housing*⁵ » de New York. Le succès de ce modèle aux États-Unis a contribué à son application au Canada puis en Europe, avec une fidélité plus ou moins importante au modèle [6]. Cette approche est particulièrement efficace pour les personnes souffrant de troubles psychiques comparée aux approches basées sur le « *treatment first* », comme le montrent plusieurs études. Ainsi, on note une meilleure acceptabilité (moins de perdus de vue et moins de sorties de programme) et une diminution plus importante des rechutes et de l'utilisation de substances psychoactives [7], les équipes de type « *housing first* » donnant la priorité à la prise en charge médicosociale alors que celles de type « *treatment first* » subordonnent la recherche d'un logement individuel à l'aboutissement du programme [8]. La mise à disposition d'un logement non conditionné au suivi médical favoriserait à terme l'engagement libre des personnes dans une prise en charge globale médico-sociale [9], et permettrait une évolution favorable pour les personnes atteintes de maladies mentales graves [10]. Partout dans le monde, les recherches ont montré que cette approche permettait de mettre fin à la situation de *sans-abrisme* pour au moins 8 personnes sur 10 [11]. Sur le volet économique, la plus-value du « *housing first* » portait sur la réduction des hospitalisations et des incarcérations. Outre le fait qu'ils ne réussis-

⁵ <https://www.pathwayshousingfirst.org/>



Figure 2. Logo « Un chez-soi d'abord ».

saient pas à résoudre la question du sans-abrisme, les services classiques apparaissaient peu rentables [11].

La mise en œuvre de « Un chez soi d'abord »

Au vu de ces résultats, et des données internationales, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports et Benoist Apparu, secrétaire d'État au logement, lancent conjointement en 2011 un projet de type « *housing first* », qui, dans sa déclinaison française, s'appellera « Un chez-soi d'abord » (figure 2). Déployé sur quatre villes, Lille, Marseille, Paris et Toulouse, le programme est couplé à une recherche évaluative sous la forme d'un essai randomisé conduit par une équipe de recherche indépendante⁶ qui visera à comparer ses effets à ceux de l'offre habituelle [12]

Concrètement, sur chaque ville, un établissement de santé mentale, une association sociale ou médicosociale ayant une compétence en addictologie et une structure habilitée à la gestion locative adaptée sont en charge de créer une équipe dédiée pluridisciplinaire (composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, d'un psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un addictologue, de médiateurs de santé pairs et d'un gestionnaire locatif) et de « capter » des logements (figure 3). Chaque équipe suivra 100 usagers ayant tous eu un diagnostic de maladie mentale sévère, un parcours d'itinérance et des besoins élevés d'accompagnement. L'accompagnement suit un modèle de « suivi intensif dans la communauté » avec un *ratio* professionnel/usager de 1/10 et propose au moins une visite hebdomadaire au domicile de la personne et une astreinte téléphonique 24 heures/24, 7 jours/7. Chaque personne intégrée dans le programme se voit proposer un logement en diffus dans la cité dans un bref délai. L'accompagnement vise l'ensemble des domaines de la vie (santé, habitat, emploi, vie sociale et culturelle, citoyenneté, etc.).

⁶ L'unité de recherche en santé publique « Maladies chroniques et qualité de vie » (EA3279).

Principes

Le programme repose sur les huit principes socle du modèle new-yorkais [4, 13, 14] validés en Europe⁷, que sont :

- 1) le logement comme droit fondamental ;
- 2) l'accès rapide à un logement ordinaire répondant au choix de la personne ;
- 3) le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement ;
- 4) un accompagnement qui se poursuit autant que de besoin ;
- 5) une séparation des services de logement et de traitement ;
- 6) des services de soutien individualisé orientés « rétablissement » ;
- 7) une approche de réduction des risques et des dommages ;
- 8) un engagement intensif et non coercitif.

Le concept de rétablissement, qui est une des clés de voûte de l'accompagnement, est encore très peu répandu en France en 2011, contrairement aux États-Unis où il a émergé d'une forte mobilisation des usagers de la psychiatrie. Il inspire ici un programme centré sur les besoins des personnes sans-abri [15]. Les soins orientés vers le rétablissement doivent soutenir un parcours personnel de transformation et d'acceptation de soi vers une vie satisfaisante et permettre aux participants du programme d'expérimenter des choix tout en bénéficiant d'un accompagnement qui balise les étapes décisives de ce cheminement. L'accès au logement constitue l'étape inaugurale de l'accompagnement. Progressivement, le logement prend place dans la vie des personnes, modifie leur horizon, les invitant à se libérer des contraintes de la survie précaire pour en découvrir d'autres, liées à ce nouveau statut de locataire.

Résultats

Au total, 703 personnes ont intégré le programme de recherche, 353 ayant bénéficié du dispositif « Un chez-soi d'abord » et 350 ayant constitué le groupe témoin suivi par l'offre habituelle. L'âge moyen est de 38 ans. Quarante-deux pour cent sont des hommes. En moyenne, sur leur vie entière, ils ont passé 8 ans sans domicile personnel et 4,5 ans sans abri. Cent pour cent d'entre eux souffrent d'un trouble psychiatrique sévère (70 % schizophrénie et 30 % bipolarité) et 80 % présentent une comorbidité d'addictions [16]. Le programme « Un chez-soi d'abord » montre son efficacité durant la période de suivi de 24 mois. Les personnes incluses dans le programme ont été logées en 28 jours en moyenne et 85 % d'entre elles sont toujours en logement au terme des deux ans (figure 4).

⁷ *Housing first guide Europe*. Voir : <https://housingfirstguide.eu/>

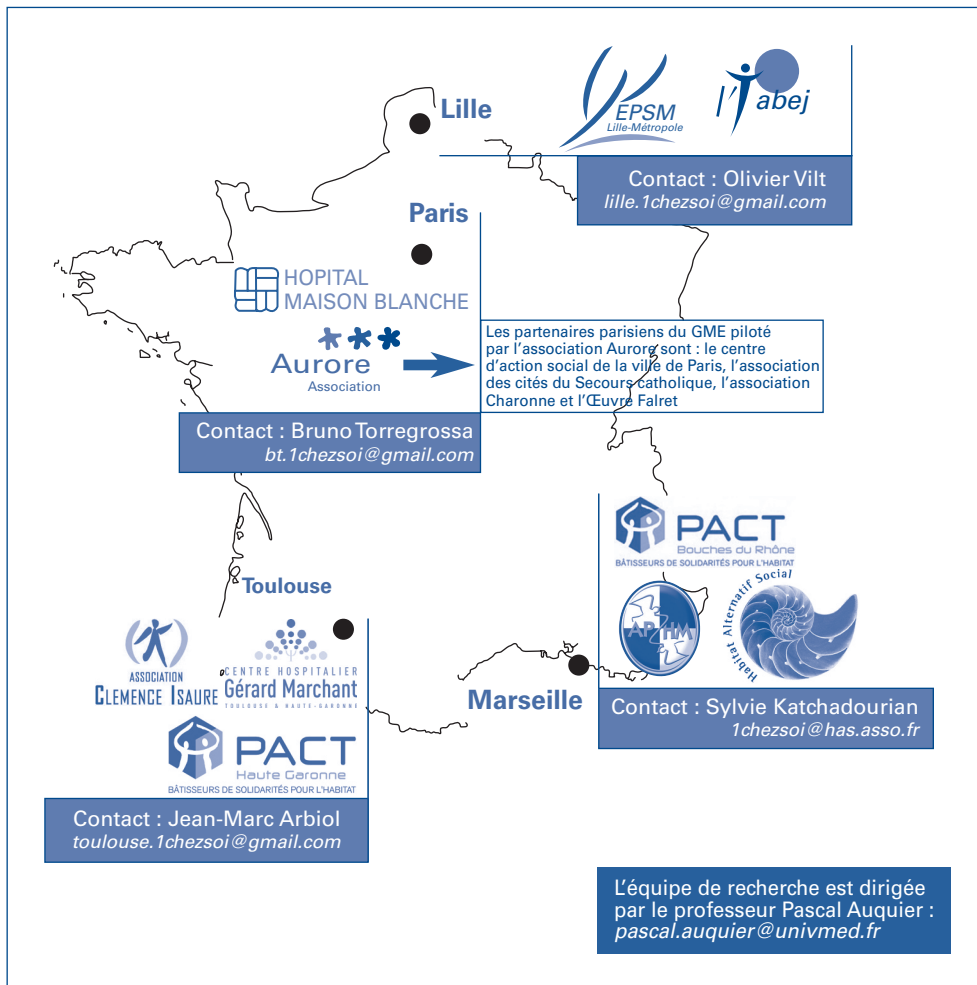


Figure 3. Les 4 sites expérimentaux.

Si l'on compare le groupe des personnes suivies par le dispositif au groupe témoin, on note une amélioration de la qualité de vie (S-QOL) et de leur rétablissement (échelle RAS), particulièrement pour les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie, et une réduction des recours inadaptés au système de soins et aux structures de la veille sociale. Il s'en dégage un moindre coût pour la puissance publique. Sur le volet sanitaire, l'accompagnement permet une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation pour les personnes accompagnées en comparaison de celles suivies par l'offre habituelle. Le coût annuel par personne, évalué à 14 000 euros, est totalement compensé par les économies potentielles réalisées sur la réduction de l'utilisation des dispositifs de soins et de l'urgence sociale. Le programme génère ainsi des économies nettes de 6000 euros par an et par personne [16].

Prolongements

Ces résultats positifs vont conduire 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 médicosociaux au sens de l'art. L. 312-1- 9e § du Code de l'action sociale et des familles.

Ce décret est novateur sur plusieurs points :

- d'une part en affirmant l'inconditionnalité de l'accès au logement, il pose le logement comme base de l'amélioration de l'état de santé ;
- d'autre part en ne posant pas de limites de temps à l'accompagnement et en demandant une gestion par un groupement social et médicosocial (GCSMS) pluridisciplinaire, il engage la notion de parcours de santé et le décloisonnement sanitaire, social et médicosocial ;
- enfin en validant l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles, il reconnaît l'apport du savoir expérimentiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale.

Le déploiement du dispositif est prévu sur quatre ans avec un objectif de création de 20 sites (pour accompagner 100 personnes chacun) d'ici à 2023 (soit 2000 places au total) dans les principales métropoles françaises

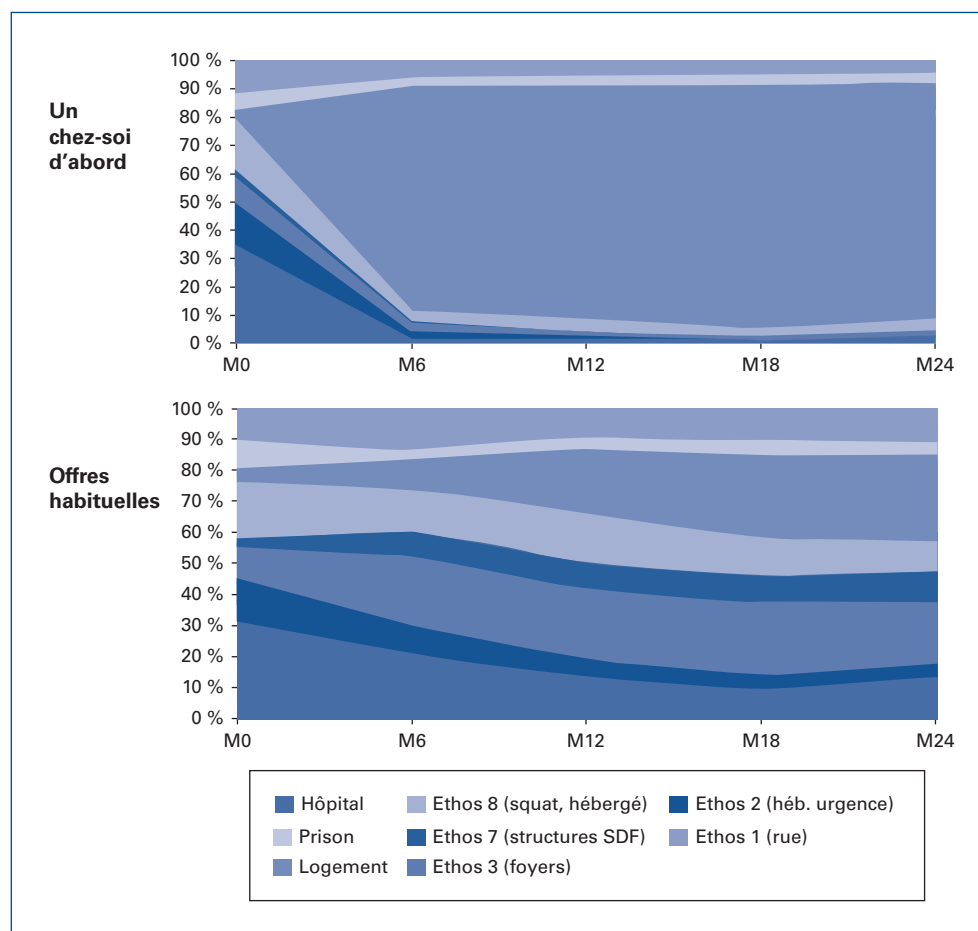


Figure 4. Lieux de résidence, comparaison des deux cohortes.

dont, en 2018, Bordeaux, Dijon, Lyon et Grenoble puis Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg en 2019 [17]. Le financement⁸ est assuré d'une part par l'Assurance maladie sur le volet accompagnement et d'autre part par l'État sur le volet logement. Ces deux sources de financement scellent une coresponsabilité multipartite entre Assurance maladie, Agence régionale de santé, État local et État central. Enfin, et pour assurer un égal accès de tous sur le territoire à cette stratégie ayant fait ses preuves, une réflexion est engagée par la Dihal pour adapter le modèle à des territoires semi-urbains ou semi-ruraux.

Plus largement...

Le dispositif a aussi apporté des arguments pour répondre à la question des publics sans-domicile, avec

⁸ Extrait du cahier des charges : « Le financement du dispositif relève de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (Ondam-PDS) et de crédits provenant du programme 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML). »

le lancement du Plan quinquennal pour « le logement d'abord » en septembre 2017. C'est un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile où l'hébergement n'est plus un passage obligé. Toute personne doit se voir proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Ce plan qui prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile.

Le passage à plus grande échelle du « Un chez-soi d'abord » interroge de fait les conditions nécessaires au maintien de l'efficacité montrée lors de la phase expérimentale. La question de la fidélité au modèle est fondamentale [18] et impose un investissement fort sur la formation et l'échange de pratiques. L'accès au logement basé sur la formule de l'intermédiation locative, donne à la personne sur une période un statut de sous-locataire mais doit logiquement déboucher sur un glissement de bail lui permettant de se réapproprier son entière liberté d'agir. Les équipes doivent à la fois trouver des logements financièrement accessibles et « embarquer » les bailleurs sociaux dans cette démarche, condition indispensable pour une stabilisa-

tion résidentielle durable. Par ailleurs, un logement pour une seule personne est parfois synonyme de solitude et le choix d'un mode d'habitat qui correspond à chacun doit rester possible tout au long de l'accompagnement. Enfin il est important et urgent de diffuser les méthodes d'accompagnement de ces équipes sans lesquelles les soins orientés vers le rétablissement risquent de devenir une simple injonction laissant une proportion non négligeable des patients dans une impasse existentielle tout aussi dramatique que celle de la période asilaire [19].

Liens d'intérêt l'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article

Références

- Regnier A, Girard V, Laval C, Estecahandy P. « Une expérimentation française originale du modèle américain "housing first" ». *Sans abri en Europe* (le magazine de la feantsa), 2011 ; 24-26. https://www.smes.be/IMG/pdf/feantsa_homeless_in_europe_autumn_2011_final_fr.pdf (consulté en avril 2019).
- Apprendre le rétablissement. *Rhizome* 2017 ; 65-66. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3.htm>.
- Girard V, Estecahandy P et Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport à la Ministre de la santé et des sports. Paris : La Documentation française. 2010.
- Carling PJ. *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. Guilford Press 1995 ; 13 : 11.
- Tsemberis S. From street to homes : An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychiatry* 1999 ; 27 : 225-41.
- Goering P, Veldhuizen S, Nelson GB, Stefancic A, Tsemberis S, Adair CE, et al. Further Validation of the Pathways Housing First Fidelity Scale. *Psychiatr Serv* 2016 ; 67 : 111-4. doi: 10.1176/appi.ps.201400359. Epub 2015 Sep 15.
- Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. "Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness : Comparing Housing First with Treatment First Programs." *Community Ment Health J* 2011 ; 47 : 227-32. doi: 10.1007/s10597-009-r9283-7.
- Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Adm Policy Ment Health* 2011 ; 38 : 77-85. doi: 10.1007/s10488-010-r0303-2.
- Kyle T, Dunn JR. "Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness : a review." *Health Soc Care Community* 2008 ; 16 : 1-15.
- Hwang SW, Burns T. "Health interventions for people who are homeless." *Lancet* 2014 ; 384 : 1541-7. doi : 10.1016/S0140-6736(14)61133-8.
- Pleace N, Bretherton J. The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. *European Journal of Homelessness* 2013 ; 7 : 21-41.
- Tinland A, Fortanier C, Girard V, Laval C, Videau B, Rhenter P, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013 ; 14 : 309.
- Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004 ; 94 : 651-6.
- Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67 : 645-52.
- Estecahandy P, Revue P, Sénat M, Billard J. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan* 2015 ; 98 : 76-81.
- Tinland A, Girard V, Loubiere S, and Auquier P. *Un chez-soi d'abord, Rapport intermédiaire de la recherche. Volet quantitative*. Marseille : Unité de Recherche Upres, 2016. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quantit_mai_2016_ucfdb.pdf (consulté en avril 2019).
- Estecahandy P, Bosetti T, Girard V. La sante des personnes sans-abri de longue durée : le programme « Un chez-soi d'abord » ». *ADSP* 2018 ; 103 : 37-9.
- Special Edition on a Multi-Country Study of the Fidelity of Housing First Programmes. *European Journal of Homelessness* 2019 ; 12 : 3.
- Bosetti T. Clinique et rétablissement ou clinique du rétablissement ? *Vie sociale* 2018 ; 2018 : 221-32.