

« Depuis qu'ils existent, les ingénieurs sont appelés à intervenir dans tous les cas où la nécessité d'un contrôle financier, politique, se combine avec l'obligation d'inventer des solutions techniques particulières, sinon inédites, voire d'innover »¹.

Le programme « Un Chez Soi d'Abord » (1CSDA)², avant de se définir comme une expérimentation innovante dans le champ du médico-social, constitue avant-tout une étude expérimentale, prospective, comparative et randomisée.

Ce programme cible les personnes sans-abri présentant des troubles psychiques sévères, des addictions et des besoins élevés d'accompagnement.

Cette étude porte sur deux segments de publics, objets d'évaluation d'un consortium d'équipes de recherche qui comprend:

- 1 groupe Intervention : « un chez soi d'abord » + soins orientés rétablissement
- 1 groupe Contrôle : services de prise en charge habituels

Pour ce qui est du segment étudié par le groupe intervention, il est proposé aux volontaires un accès direct depuis la rue au logement ordinaire, sans conditions de traitement ou d'arrêt de consommation de substances psychoactives. En contre-partie, les postulants s'engagent à accepter le principe d'un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire, s'appuyant sur les concepts de rétablissement en santé mentale et de la réduction des risques.

L'hypothèse de recherche qui prévaut pour cette étude, est que les personnes du groupe intervention seront moins hospitalisées que celles qui constituent le groupe contrôle, venant conforter un des objectifs secondaire qui concerne le coût-efficacité/coût-utilité de ce programme. Une recherche évaluative randomisée indépendante a été menée afin de vérifier cette hypothèse, qui a permis d'établir, d'une part que cette action apporte une plus-value en regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante.

D'autre part que la totalité du coût du programme « Un Chez-soi d'abord » est compensée par les économies potentiellement réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social.

En conclusion, d'un point de vue strictement financier, il est dit que cette intervention présente donc un retour sur investissement maîtrisé. Une affirmation que vient étayer la dimension scientifique de l'expérimentation, laquelle est soumise à un cadre démonstratif et vérificatif.

Ceci constitue l'UN DES ASPECT, sinon le plus significatif, d'un rapprochement possible de cette démarche d'avec le travail d'ingénierie sociale, à savoir le croisement d'une dimension scientifique de recherche avec une visée d'amélioration sociale et des objectifs de santé publique. Ceci dans une recherche d'équilibre entre les coûts engendrés par une telle action et les retours sur investissements que cela génère, du point de vue de la cohésion sociale et de l'amélioration de la santé de cette part de la population.

¹ VERIN Hélène, La gloire des ingénieurs. L'intelligence technique du XVIème au XVIIème siècle. Ed. Albin Michel, Paris, 1993, 455 pages.

² Les informations qui suivent sont issues du Cahier des Charges National du Dispositif ACT « Un Chez Soi d'Abord » - DiHAL 2016

UN AUTRE ASPECT est la mise en synergie des nombreux acteurs que cette expérimentation suscite, à la croisée des logiques descendantes et de la logique émergente, une entrée par le territoire et ses acteurs, et par la place active des personnes visées, font de cette action un objet caractéristique de l'ingénierie sociale, une activité capable d'innovations et de transformations sociales.

Le **jeu d'interaction** ainsi proposé se décompose de la manière suivante:

- 14 structures porteuses sur 4 sites
- une soixantaine de professionnels dans quatre équipes d'accompagnement pluridisciplinaires
- des visites au domicile d'environ 350 personnes participantes au groupe intervention du programme (global de + de 700 personnes intégrées à la recherche).
- une dizaine de professionnels de la gestion locative
- Un consortium d'équipe de recherche

Du point de vue institutionnel:

- Un portage interministériel
- Une dynamique locale autour d'un comité de pilotage préfectoral (ARS, DDCS, DRIHL, collectivités territoriales, réseau associatif, secteur du logement)

Ceci dans une **exigence de coopération** et de **maintien du décroisement** à tous les niveaux (interministériel, territoires, opérateurs), pour une mobilisation collective au service d'enjeux de cohésion sociale et de santé publique.

Le territoire, ancrage de cette mobilisation, est l'espace concret de cette dynamique d'acteurs, qui en vertu d'un véritable travail d'ingénierie, réarticule des secteurs et des acteurs trop souvent juxtaposés.

Dans ce contexte, le travail d'ingénierie ne consiste pas à réaliser ces actions, mais à en créer les conditions de mise en oeuvre, à mobiliser les moyens et aider à la co-construction de ce dispositif. Il vise à accompagner l'exploration des potentialités économiques, sociales et urbaines des différents sites d'accueil, et à aider au développement des capacités des acteurs, dans cette perspective là. En ce sens l'ingénierie sociale est à même d'apporter un **appui logistique** et une **assistance méthodologique** au déploiement de ces actions.

UN AUTRE ASPECT ENCORE est l'imbrication des lois, des programmes, de stratégie nationale, de plan, dans lesquels s'inscrit le programme « Un Chez Soi d'Abord ». La connaissance du cadre législatif, de l'environnement réglementaire du programme est fondamentale pour la bonne compréhension des enjeux qui sous-tendent le processus de mise en oeuvre et de fonctionnement du programme.

Celui-ci s'inscrit:

- dans le projet territorial de santé mentale tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2. – I de la Loi de modernisation du système de santé. Celui-ci visant notamment, comme prévu à l'alinéa 14 de l'article. L. 3221-2. du code de santé publique, à la mise en place d'« un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin »,
- dans les programmes régionaux de santé (PRS),
- dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD),

Le programme « Un Chez-soi d'abord » a par ailleurs été inscrit dans la « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion.

En ce sens, il constitue aussi un axe du « Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 ». Enfin ce programme relève depuis 2017 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Sur la base d'un **cahier des charges national**, sont définies les conditions d'organisation et de fonctionnement auxquels sont soumis l'ensemble des acteurs cités plus haut, qui s'entendent pour mettre en place sur chacun des territoire ce dispositif d'appartements de coordination thérapeutique d'un genre particulier.

La connaissance et la maîtrise des concepts véhiculés par cet environnement de lois et de programmes constitue une facette de l'ingénierie sociale, moins pour « coller » aux obligations et aux orientations des politiques sociales, que pour se décaler de ces modalités souvent généralistes, au profit d'une approche qui se voudra plus proche du terrain et des réalités humaines.

Une proximité qui ouvre **UN ASPECT FONDAMENTAL** de toute démarche d'ingénierie sociale, dans son intention de mettre en cohérence des SAVOIRS et des EXPERIENCES, de faire jouer ensemble les savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels. En effet, pas d'ingénierie sociale sans inclure, dès le départ, le/les public(s) pour le(s)quel(s) une action se réfléchit et se met en œuvre, avec les tensions et les solidarités que ce travail en commun provoque. Ce faisant donner du sens et de la texture aux différentes démarches que constituent les différentes phases de production de connaissance, que sont le **diagnostic**, la **définition du projet**, l'**évaluation** et la **modélisation**.

Cette participation est le signe d'un processus vivant de transformation sociale.

Et c'est précisément parceque ce projet est un projet d'autonomie pour des personnes fragiles, vulnérables, éloignées de la participation sociale, que cette participation devient un élément central du projet d'accompagnement, un élément structurant du processus de rétablissement, et par conséquent constitue **UN ASPECT ESSENTIEL** du programme lui-même.

MODELISATION / DIFFUSION DU PROGRAMME : pas les uns sans les autres, ensemble !

En recherchant constamment des solutions locales aux problèmes rencontrés dans leurs pratiques et leurs parcours de rétablissement, les professionnels et les usagers qui font vivre ce programme ont partagé leurs connaissances, leurs expertises, ils ont appris ensemble.

Constituant une véritable **communauté de pratiques**, chacun s'est retrouvé alternativement dans une position d'aidé ou d'aïdant, du point de vue de l'élaboration de ces réponses, **construisant ensemble une capacité à s'écouter mutuellement**.

Il y a là un enjeu démocratique, qui est à la base même du programme Un Chez Soi d'Abord.

Ainsi s'est co-construit le modèle à partir duquel une diffusion du programme à l'échelle nationale va être entreprise dès 2018 sur une vingtaine de villes.

Dans cette perspective de déploiement du modèle, la DiHAL enjoint les organisations à collaborer à travers d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), où le soin somatique, la psychiatrie, l'addictologie, l'accompagnement social, la gestion locative, les bailleurs sociaux sont représentés.

Comportant également une entité représentant les usagers en santé mentale et les personnes dépourvues de logement.

Ces dernières entités représentent à mon sens la clé de voute de l'édifice, afin de maintenir la cohésion des multiples parties prenantes et ce, par leurs seules présences, mais aussi en vertu d'un travail de formation et d'accompagnement à cet exercice complexe de la gouvernance partagée. D'aucuns pointeront le paradoxe qu'il y a à donner une pleine expression co-décisionnelle à des personnes qui se retrouvent dans ce programme, précisément parce qu'elles n'étaient plus regardées comme possédant encore leur pleine autonomie de décision.

A cela répondre qu'effectivement c'est plus qu'un paradoxe, cela représente un véritable défi.

Au-delà des aspects pratiques et organisationnels, ce qui est visé et qui a été préconisé par le comité d'évaluation du Un Chez Soi d'Abord, c'est « d'assurer la transférabilité des enseignements du programme vers d'autres champs de l'intervention publique, en particulier d'accompagner la transformation du travail social, dans un objectif global d'amélioration de la santé publique ».

Cette dissémination des éléments du modèle va pouvoir se réaliser, moins au travers de formations que d'un **accompagnement des acteurs dans ce processus de changement** : c'est à cette intersection que se dessine le rôle de l'ingénierie sociale, à même d'intégrer la complexité des environnements et des logiques d'acteurs.

Positionné entre SAVOIR (production scientifique) et ACTION (production technique), l'ingénieur social oscille entre les orientations et la mise en œuvre concrète des politiques publiques, entre ces mêmes politiques et les publics, entre les acteurs et le territoire d'implantation, entre travail d'expertise et l'explicitation des finalités de l'action.

CES DIFFERENTS ASPECTS ne sont pas exhaustifs mais il peuvent représenter une base de discussion qui vise à mettre en lumière ce qui relève de l'ingénierie sociale dans un tel processus.

TITRE : « *Step by step !* »

DECRYPTAGE interview Pascale ESTECAHANDY, coordinatrice technique nationale du programme « Un Chez Soi d'Abord ». Mercredi 24 janvier 2018, DiHAL, Grande Arche de La Défense.

Présentation

Initialement médecin généraliste, le Dr P. Estecahandy ressent les limites d'une certaine médecine qui ne prend pas en compte le contexte, l'environnement du patient. Une posture spécifique qui participe de la remise en question du face à face dans la relation soignant/soigné. C'est à travers la Mission France de Médecins du Monde³, qu'elle fait l'expérience pour la première fois de cette prise en compte du contexte des patients, pratiquant par exemple les entretiens tripartites travailleur social/patient/médecin.

Progressivement, « *c'est ce qui m'a amené à la santé publique* ».

C'est en tant que médecin généraliste, praticien hospitalier (CHU de Toulouse), qu'elle fait le lien entre les inégalités sociales de santé et la précarité, faisant le constat que la santé et le recours aux soins des personnes en situation de précarité sont des révélateurs des dysfonctionnements du système. « *Intuitivement, je percevais les déterminants qui agissent sur la santé* ». Attentive aux rapports et évaluations des réseaux de santé, elle a aussi coordonné le réseau santé-précarité de Toulouse.

Rizhome/Réseau

Des notions cultivées depuis plus de 20 ans : « *dans un réseau, tu poses des objectifs x/y, mais au fond c'est ce qui se passe en y/z qui va faire bouger les choses* ».

Prise en compte de la dimension systémique de toute action et de ses effets démultiplicateurs. Référence au management agile⁴.

« *Une démarche et une posture que j'arrive à tenir dans des environnements institutionnels* ».

Concernant le programme, « *j'ai très vite compris que sur le Chez Soi, on ne pouvait rien maîtriser* » « *Sur ce dispositif, trop de parties prenantes, cela ne pouvait pas être une posture de maîtrise, mais une posture d'accompagnement* ». « *Pour accompagner il fallait que je me base sur les valeurs. C'était l'essentiel et c'est cela qui m'intéressait* ».

Qui dit valeur dit croyance partagée, le Chez Soi comme système de valeur et de croyance partagée, basé sur le principe du rétablissement. « *Pour que ça marche, il faut y croire* ». Basé aussi sur les compétences des personnes, « *à tous les niveaux* ».

« *À partir de là, je me vis comme une balle de ping-pong ou de flipper, mais dans un sens positif* » dans le sens d'allers-retours entre les gens, les structures, les institutions.

Effet de co-construction, sans plan véritablement pré-établi. « *Quand ce truc là à commencé, on ne savait absolument pas ce que cela deviendrait. C'est parti très vite. C'est parti avec très peu de gens* ». Mises à part les expérimentations existantes (EU, Canada) et les préconisations du rapport UCSDA.

³ actions humanitaires de Médecins du Monde en France vise à apporter un accès aux soins pour les plus vulnérable

⁴ Le management agile est indissociable de l'auto-organisation qui induit adaptabilité, résilience et autonomie des équipes. D'où l'importance de critères et de schémas d'organisation du travail qui favorisent l'émergence et le développement de l'auto-organisation et de l'intelligence collective (source Wikipédia).

La recherche

S'est organisé très rapidement un croisement des savoirs scientifiques et expérientiels.

« **Sans la recherche, ce programme n'aurait pas pu exister** ».

Recherche quantitative : épidémiologie, échelles et données statistiques.

Recherche qualitative : aspects sociologiques, environnementaux

Recherche scientifique / expérimentation sociale : « **Si nous n'avions pas eu les deux, cela n'aurait pas fonctionné** ».

Recherche = Cadre : « **Ce qui a été important, c'est le cadre que la recherche a généré** ».

« **La recherche nous a protégé de toutes parts. On pouvait répondre à toutes les critiques que l'on pouvait nous faire** ».

Avec l'appui des preuves. « **Preuves à l'appui, c'est ce qui nous a permis de résister** ».

Mise en avant de la recherche comme moyen de transformation sociale. « **C'est aussi ce qui nous a donné de l'espace, la recherche nous a offert un espace de créativité** ». « **En tant qu'acteurs, on a pu se regarder travailler, on a pu prendre ce temps là. On savait qu'on était évalué** ».

Point dur du programme : les personnes malades psy à la rue ; certaines meurent de cette situation.

« **Ceci reste un élément dur du programme aussi : cela représente 6% de la file active** ».

Aspect financier

Si la mesure du coût / efficacité est chose courante dans les pays anglo-saxons, cela est moins ancré dans les pratiques en France.

Au Canada, le critère principal pour mesurer cela : le nombre de jours passés dans le logement.

En France, où le virage ambulatoire a été plus tardif, le critère est le nombre et la durée des hospitalisations.

« **Là aussi, c'est preuves à l'appui !** ».

Synergie des acteurs

Un phénomène important de la mise en route du programme.

« **A posteriori cela paraît énorme. Cela a été possible du fait de la délégation inter-ministérielle, et aussi parce que l'on ne gérait pas les finances** ».

Tout en les garantissant. Garant du bon fonctionnement, tout en n'étant pas le payeur direct.

« **D'emblée sur une posture de facilitateur, pas de gestionnaire** ». Mais en garantissant le respect du modèle, l'avancée du programme, la tenue du pilotage. Ce qui est différent du contrôle. Articulation des acteurs dans un sens bien précis.

« **Ce qui a fonctionné, c'est le rapport de confiance. J'ai beaucoup travaillé dans/sur la transparence. En mettant sur la table l'ensemble des enjeux** ». Instaurer un climat de confiance à tous les niveaux.

En terme managérial, la synergie des acteurs pose néanmoins la question du pouvoir.

« **Dans cette affaire, personne n'a le pouvoir, on ne peut être que dans la collaboration** ».

« **Initialement on a posé le modèle comme un modèle complexe. Face aux velléités de pouvoir, on remettait en avant la complexité et les valeurs, la nécessité de la collaboration** ».

Notions de temps.

Plusieurs temps, celui de la recherche, du politique, des équipes, des personnes, de l'ingénierie...

« **faire en sorte que ces temps puissent se rencontrer, se synchroniser** ». Mais pas de chef

d'orchestre du temps. « **Le management des différents temps a été un levier important** ».

Subversivité du programme

« **En soi, le Chez Soi est un tout petit machin** ». Mais pour qui sait écouter les signaux faibles, c'est plein d'enseignements. Travailler la périphérie pour pouvoir réformer le centre, tel a été le parti pris, à l'époque, par Roseline Bachelot (ministre de la santé). Introduction de la notion de changement de paradigme, à partir de la question des sans abri.

« **Aux USA, le rétablissement est devenu le mainstream. En France, on est entré par la toute petite porte** ». Le rétablissement, la réduction des risques sont des mouvements minoritaires. Mais dès le départ il y a une intention subversive. « **Mais pour convaincre, il faut la recherche** ». Difficulté de synchroniser la recherche et le politique.

« **Ce qui a été très important aussi, ce qui a convaincu, c'est le témoignage des locataires. Les histoires singulières. Cela nous a tous convaincus** ».

Puis est venu le temps de l'inscription dans l'environnement des lois et des politiques sociales et de santé. Réunions mensuelles avec les administrations centrales. CR, rapports, points d'étape, importance de la communication. Et les fenêtres d'opportunités.

Croisement des savoirs⁵

Mise en cohérence des savoirs et des expériences. Dans chacune des phases du programme, la part de la co-construction a été effective. Figure emblématique du travailleur pair / Parti pris par le Un Chez Soi de miser sur la participation des locataires.

Phase diagnostic : notamment lors de l'écriture du rapport, recueil de témoignages et nombreuses rencontres avec les publics concernés. Moins sur le registre d'une 'participation' que sur une prise en compte de cette parole pour ce qu'elle est, dans sa complexité et son intelligence.

Idem pour le processus de définition du projet, y compris dans la phase de modélisation.

Idem pour l'évaluation : la recherche qualitative a généré énormément d'entretiens.

Globalement une mobilisation jamais évidente des locataires, difficulté des équipes a susciter la participation, néanmoins ceux-ci sont présents à chacune des rencontres sur les quatre sites.

L'entonnoir du décret

Repérer ce qui est très important en terme de sens, et le traduire en terme législatif. « **J'ai travaillé en amont pour déterminer ce qui était fondamental pour le programme. Et après, de le traduire dans le CASF, dans un décret, dans un cadre législatif** ».

Un processus qui demande du temps. « **L'écriture du décret a pris un an, le travail en amont un an aussi. On a mis deux ans pour écrire le décret et le cahier des charges** ». Au maximum participatif. Partir des faits marquants (qu'est-ce qui a marché ?), de le traduire en concepts et en organisation, de l'insérer dans un cadre législatif pour ensuite ouvrir sur le cahier des charges (construit avec l'ensemble des acteurs et les personnes concernées).

Participation

« **Avec ce fait particulier, que nous travaillons avec la maladie mentale** ».

Le croisement des savoirs par rapport à la précarité, à la pauvreté est une chose. Prendre en compte la maladie mentale et ses incidences dans ce processus participatif en est une autre.

Aujourd'hui, en regard de la constitution des groupements de coopération, cette priorité que constitue la participation des personnes concernées à la mise en place de ces groupements, n'est pas

⁵ Le « Croisement des savoirs » est une dynamique permettant de créer les conditions pour que le savoir issu de l'expérience de vie des personnes qui connaissent la pauvreté puisse dialoguer avec les savoirs scientifiques et professionnels. Ces différents savoirs produisent une connaissance et des méthodes d'actions plus complètes et inclusives. (Source : atd-quardmonde.org)

acquise pour tous. « **Néanmoins sur cette question, les administrations centrales sont très aidantes, davantage que les opérateurs** ».

Noyau dur du groupement, l'Hôpital, le CSAPA et l'IML. Conventions prévues pour les autres catégories d'acteurs. « **Peut-être aurions-nous dû mettre les représentants des usagers au premier niveau** ». Reconnaître aussi que cette confrontation, en tant qu'usager, est un exercice loin d'être évident.

« **Une situation que je peux me représenter, en regard d'une expérience similaire** ». Participation au CA du CHU de Toulouse pendant un an, alors jeune diplômée et membre de Médecins du Monde. « **Cela a été horrible : une parole qui n'intéressait personne, je ne comprenais rien des enjeux** ». Mais d'un autre côté, doit-on 'fabriquer' des professionnels de la participation ?

Médiateurs santé pairs

Un autre aspect de la participation, prise sous l'angle des médiateurs de santé (ou travailleurs pairs), personnage emblématique et modèle de réussite. Interface entre l'équipe et les locataires.

Une présence inscrite dès l'origine des expérimentations, sur le modèle américain et canadien.

« **Une présence qui a fait bouger les équipes** ».

Au point parfois de les faire exploser (exemple toulousain).

La question de la formation des médiateurs de santé constitue un enjeu important. Le CCOMS (centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale) propose un diplôme universitaire médiateur de santé/pair.

Le DESIU (diplôme d'études supérieures inter-universitaires) sur le rétablissement était quelque chose d'intéressant. Il est actuellement suspendu.

« **Ce que je souhaite, et cela apparaîtra dans leur fiche de poste, c'est l'obligation de participer à une instance nationale** ». Ceci pour éviter leur isolement dans des contextes qui ne sont pas toujours porteurs. Dans une perspective de déploiement sur une vingtaine de sites à travers la France, cela constitue un groupe assez significatif. Les médiateurs santé pairs pourraient également avoir un rôle à jouer dans une dynamique de la participation sur les différents sites d'accueil du Un Chez Soi.

« **Sur la question de la participation et des médiateurs, il y a un vrai chantier** ».

« **Honnêtement ce n'est pas gagné** ».

Management

« **Que cela participe positivement au processus de rétablissement, c'est une conviction qui paraît partagée. Ce que cela apporte positivement aux gestionnaires, reste une question** ».

Au niveau des équipes, faire alliance avec les locataires, permet de résoudre un certain nombre de problème, d'apporter des réponses que les professionnels n'auraient peut-être pas imaginé.

« **Cela va de pair avec les nouveaux modes de management, modes horizontaux, sans contrôle** ».

Cette parole des locataires n'a véritablement de sens qu'à une échelle très micro, au sein de micro unités de travail indépendantes. A cette échelle la participation est possible, accessible.

Cela implique d'intervenir sur l'organisation, sa structuration (notion d'entreprise libérée⁶).

Les marges de manœuvres doivent être réelles, à l'échelle de ces unités de travail.

(Exemple du paiement du loyer, tous les 15 jours plutôt que par mois, pour une gestion plus fine des besoins quotidiens. Ce genre de décision doit pouvoir être prise et suivie d'effet immédiatement).

« **On décide, on teste, et cela se met en place** ».

Les décisions doivent pouvoir être suivies d'effet assez rapidement, sans avoir à remonter toute une chaîne d'autorisations, « **pour que la participation soit effective** ».

⁶ Ces entreprises misent sur l'auto-détermination et l'auto-organisation pour renouer avec la motivation des salariés et permettre la création de valeur. Elles s'inspirent des mécanismes du vivant éminemment décentralisés et adaptatifs pour faire face à la complexité toujours grandissante de l'environnement dans lequel elles évoluent. Redonner du sens à l'action devient une priorité (source wikipédia).

Transférabilité

Inscrire le Chez Soi dans l'ensemble des plans, des stratégies, dans le but de diffuser l'idéologie, les principes. Inscription dans le plan quinquennal du logement d'abord.

« Il y a quelques messages, qui sont des messages forts. 'Pas de caractère prédictif à la capacité d'habiter'. 'La maladie mentale n'est pas un facteur négatif pour le maintien dans le logement à partir du moment où les gens sont correctement accompagnés'. Deux messages forts qui doivent rentrer dans les esprits des gens ».

Déploiement / dissémination (exemple du working first)

Pour terminer, discussion sur les observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017, notamment en regard de son passage sur le site marseillais du Un Chez Soi. Sur le fait que certains principes de ce programme puisse concerner et s'appliquer à d'autres publics, dans d'autres secteurs que celui du handicap psychique.

Déploiement

Sur la phase expérimentale, le modèle a été défendu partout de manière équivalente.

Dans la perspective de déploiement du programme sur d'autres villes comme par exemple Dijon, Grenoble, Bordeaux... , **« ce que j'essaie, c'est de repérer les leaders »**. Etablir avec eux une relation de confiance. **« Quand je sens qu'ils sont vraiment dans les valeurs, leur langage, leur posture. Ce sont ces gens là qu'il faut soutenir contre vents et marées »**.

Canal historique, caution scientifique, représentant de l'Etat, ce qui procure une certaine autorité. Aussi une grandes marges de manœuvres en terme de mobilité, liberté de mouvement, ce qui permet d'explorer les sites émergents.

« Dans les villes, sur le terrain, il faut que gens s'en empare, s'approprie le programme ».

Double mouvement. Appropriation locale et intervention Dihal.

Garantie au niveau national d'un déploiement du programme au rythme de quatre sites par an.

Ingénierie sociale

« Il est important de savoir de quoi on parle. Le fait que je sois médecin, que je sache ce qu'est la maladie mentale, ce qu'est le colloque singulier⁷, est très important ».

A priori ce ne sont pas des gestionnaires d'établissements qui vont mettre en œuvre le programme Un Chez Soi. Au fil de cette discussion, il apparaît de plus en plus évident que l'ingénierie sociale, l'ingénieur social, a un rôle à jouer dans le déploiement et la diffusion de ce programme, de ces valeurs.

« Ce qui est intéressant dans ce genre de métier, c'est que les gens avaient un autre métier avant, en général. Tu t'appuies sur ton expérience d'avant ». **« L'ingénierie sociale en tant que telle, c'est comme la santé publique : cela doit s'appuyer sur des expériences, une connaissance particulière des contextes et des environnements »**.

Ceci pour éviter les travers gestionnaires.

En cours d'élaboration, un plan de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du programme. Aussi le e-guide du Un Chez Soi.

« Comme je dis souvent, c'est step by step ! »

⁷ Le Colloque Singulier est, dans son acception première, la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon une expression fréquemment prêtée à Louis Portes, c'est "la rencontre d'une confiance et d'une conscience". (Source Wikipedia)