HAL
open science

Le “ chez-soi d’abord ” revue de la littérature d’un modèle à destination des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères

Maxime Chaiban

▶ **To cite this version:**

Maxime Chaiban. Le “ chez-soi d’abord ” revue de la littérature d’un modèle à destination des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02863824

HAL Id: dumas-02863824

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863824v1

Submitted on 10 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

Université de Bordeaux - U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020 **Thèse n° 3032**

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Maxime CHAIBAN

Né le 19 Mai 1991 à Le Chesnay

Le 12 Mai 2020

LE « CHEZ-SOI D'ABORD » REVUE DE LA LITTÉRATURE D'UN MODÈLE À DESTINATION DES PERSONNES SANS-ABRI SOUFFRANT DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

DIRECTEURS DE THÈSE

Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET

Monsieur le Docteur Gabriel BRUN

JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX Présidente

Monsieur le Professeur Christophe LANÇON Rapporteur

Madame le Professeur Marie TOURNIER Juge

Madame le Professeur Mélina FATSEAS Juge

REMERCIEMENTS

À ma famille,

Pour son soutien indéfectible.

À mes amis,

Qui se reconnaîtront.

Aux médecins qui m'ont fait l'honneur de leurs enseignements au cours de mon cursus

Au Docteur MARQUES pour m'avoir fait découvrir avec bienveillance la pédopsychiatrie et, plus largement, la vie d'interne.

Aux Docteurs PAUL, CABANTOUS, SAMSON et VOUZELAUD pour leur gentillesse et leur accueil lors de ce premier stage de psychiatrie adulte.

Aux Docteurs CAZENAVE, ENGEL et LABARTHE pour leur accueil et leurs enseignements.

Aux Docteurs CIGANA, MIGEON et GIMENEZ pour leur soutien, leur confiance et leur accueil.

Au Docteur GLENISSON pour sa patience et sa rigueur qui auront sans aucun doute influencé positivement ma pratique.

Au Docteur RAMIREZ pour son sérieux, son professionnalisme et ses qualités humaines.

Au Docteur THEVENIN qui m'a fait découvrir l'addictologie dans la joie et la bonne humeur.

Aux Docteurs OLIVEIRA, SENN et ROOS pour m'avoir accompagné vers la fin de mon internat.

À mes directeurs de thèse et membres du jury,

Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET

Je vous remercie de votre implication et votre soutien dans ce travail.

Monsieur le Docteur Gabriel BRUN

Je vous remercie de votre patience, vos idées pertinentes et vos précieux conseils, qui auront contribué à rendre cette thèse soutenable.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Je vous remercie pour votre participation à l'évaluation de mon travail. Je tenais à vous dire mon intérêt et ma gratitude pour vos enseignements extrêmement enrichissants. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Christophe LANÇON

Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir accepté d'évaluer cette thèse. Je tiens à vous exprimer mon admiration pour vos travaux extrêmement enrichissants et pour votre contribution au développement de la réhabilitation et du rétablissement qui me semblent fondamentaux dans le cadre des soins psychiatriques.

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre confiance et vos précieux conseils. Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir pu bénéficier de vos enseignements. Votre soutien dans le choix de ce sujet, l'intérêt que vous y portez et votre disponibilité m'ont été d'une grande aide. Je vous fais part de ma profonde gratitude et de tout mon respect.

Table des matières

Introduction....13
Partie I : Historique, définitions et état des lieux....14
I Origines américaines du dispositif « Un Chez-Soi d'Abord »....14
II Le Housing First en Europe....17
III Le dispositif français....20
III.1 Le dispositif actuel....20
III.2 Les principes clés du « Chez-Soi d'Abord »....22
III.3 Les objectifs du « Chez-Soi d'Abord »....24
III.3.A Le maintien dans le logement....24
III.3.B La santé et le bien-être....25
III.3.C L'intégration sociale....26
III.4 La mise en pratique du « Chez-Soi d'Abord »....27
III.4.A Proposer un logement....28
III.4.B Le logement et le voisinage....28
III.4.C Le logement comme point de départ....28
III.4.D Modalités d'accession....29
III.5 La finalité du « Chez-Soi d'Abord »....29
III.5.A Rôle stratégique....29
III.5.B Applications actuelles et à venir....30
Partie II : Revue de la littérature....31
I Matériel et méthode....31
II Résultats....31
II.1 États-Unis....32
II.1.A Le programme New-yorkais, Pathways to Housing....32
II.1.A.a Stabilité du logement....33
II.1.A.b Santé mentale et addictions....34
II.1.A.c Vécu des usagers....34
Bilan de l'accession au logement....34
Sentiment de sécurité....35
Sentiment d'appartenance à la communauté....35
II.1.A.d Analyse économique....36
II.1.A.e Conclusion....36
II.1.B Le Denver Housing First Collaborative....37

II.1.B.a Stabilité du logement....37
II.1.B.b Santé....37
II.1.B.c Revenus....37
II.1.B.d Analyse économique....37
Santé....37
Logements provisoires et système judiciaire....38
Conclusion....38
II.1.C Le programme Seattleite, 1811 Eastlake....38
II.1.C.a Utilisation de structures et services....39
II.1.C.b Consommation d'alcool....39
II.1.C.c Analyse économique....39
II.1.D Le Housing First hors des grandes villes....39
II.1.D.a Stabilité du logement....40
II.1.D.b Difficultés de transition vers le Housing First....41
II.1.D.c Analyse économique....41
II.1.D.d Spécificités des milieux péri-urbains et ruraux....41
II.1.E Le Housing First à destination de populations spécifiques....42
II.1.E.a Les vétérans sans-abri chroniques....42
Stabilité du logement....42
Santé, consommation de substance, intégration sociale....43
Analyse économique....43
II.1.E.b Les familles ayant un besoin élevé et complexe d'accompagnement....43
Stabilité du logement....44
Santé....44
II.2 Canada....44
II.2.A Le programme At Home/Chez Soi....44
II.2.A.a Essai contrôlé randomisé princeps....44
Stabilité du logement....44
Santé mentale....45
Fonctionnement en communauté....45
Conclusion....45
II.2.A.b L'ICM, une alternative valable et moins coûteuse....45
Stabilité du logement....45
Qualité de vie....46
Analyse économique....46

II.2.A.c Effet sur l'observance au traitement antipsychotique.....46
II.2.A.d Comparaison des formes Scattered et Congregate Housing First.....47
Stabilité du logement.....47
Critères de jugements secondaires.....47
II.2.A.e Leviers, facteurs limitant et favorisant la transition vers le HF.....47
Phase d'étude de marché.....48
Phase de mise en œuvre.....48
II.2.B Le Housing First accessible aux personnes souffrant de déficit intellectuel.....49
II.3 Bilan nord-américain.....50
II.3.A Vue d'ensemble du dispositif Housing First.....50
II.3.B Analyse de l'impact financier.....51
II.3.C Discussion.....52
II.4 France.....52
II.4.A Présentation du programme « Un Chez-Soi d'Abord ».....53
II.4.B Résultats nationaux du programme « Un Chez-Soi d'Abord ».....54
II.4.B.a Stabilité du logement.....54
II.4.B.b Santé.....54
II.4.B.c Analyse économique.....55
II.4.B.d Enquête de satisfaction.....55
II.4.B.e Du « Chez-Soi d'Abord » au rétablissement.....55
II.4.C « Un Chez-Soi d'Abord » localement.....56
II.4.C.a Paris.....56
II.4.C.b Lille.....57
II.4.C.c Toulouse.....57
II.4.C.d Marseille.....57
II.4.D Le futur du « Chez-Soi d'Abord ».....58
Partie III : Le « Chez-Soi d'abord » en Gironde.....59
I Présentation de la structure « Un Chez-Soi d'abord » à Bordeaux.....60
II Expérience personnelle.....64
Partie IV : Discussion.....69
I Mise en œuvre du dispositif « Un Chez-Soi d'abord ».....69
I.1 Obtenir les financements.....69
I.2 Mise en place de la structure 69
I.3 Obstacles, facteurs favorisants ou limitants, leviers et limites.....70
I.4 Points de vigilance.....70

II Projets actuels et à venir....71
II.1 Déploiement du dispositif « Un Chez-Soi d'abord »....71
II.2 Le « Chez-Soi d'abord » à destination de populations spécifiques....72
II.3 Le Working First....72
ANNEXES....73
I Lexique....73
II Index des illustrations....76
III Bibliographie....77

Introduction

Pour certains patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, d'autant plus lorsqu'il existe un trouble lié à l'usage de substance comorbide, l'accession ou le maintien dans un logement peut représenter un obstacle majeur au rétablissement. Pour ces personnes requérant un haut niveau d'accompagnement, les solutions proposées actuellement se révèlent largement insuffisantes.

L'objet de cette thèse consistera à présenter le dispositif expérimental « Un Chez-Soi d'abord », tel qu'il a été pensé en France, et dans un second temps, plus particulièrement en Gironde dans la ville de Bordeaux.

Je commencerai par présenter les origines Américaines de ce dispositif. Ceci m'amènera, après un état des lieux concis au niveau européen, à présenter la manière dont il a été pensé en France(1,2).

Je détaillerai ensuite les résultats des différentes études menées depuis 1999 jusqu'en 2018 aux États-Unis et au Canada autour du modèle *Pathways Housing First*.

L'accent sera mis sur les principes qui se sont révélés fondamentaux pour le bon fonctionnement de ce programme, ainsi que sur ses limites en cas de mise en place dans des zones géographiques particulières qui nécessitent des ajustements et concessions par rapport au modèle original.

Suivront les résultats des recherches autour du dispositif « Un Chez-Soi d'abord » sur 4 sites expérimentaux en France(3,4).

Je m'attarderai sur le cas de la Gironde et étofferai mon travail théorique d'une expérience personnelle au sein de ce dispositif.

S'appuyant sur cet état des lieux outre-atlantique et Français, je proposerai un « mode d'emploi » sur la façon d'appliquer le dispositif « Un Chez-Soi d'abord » et discuterai des limites et possibilités d'ouverture de ce dispositif.

Avant de commencer ce travail, il me semble important de définir ce qu'est la réhabilitation psychosociale et le rétablissement, qui sont finalement au cœur de la stratégie visant à mettre fin aux situations de sans-abrisme.

La réhabilitation psychosociale pourrait se définir comme l'ensemble d'un processus de prise en soins du patient, de la crise initiale jusqu'à la reprise d'une vie ordinaire, c'est-à-dire avec le moins d'intervention de professionnels et le retour au plus proche de l'insertion initiale.

La réhabilitation psychosociale a, in fine, pour objectif de faciliter le rétablissement de la personne. Ce concept ne fait pas exclusivement « référence à une guérison clinique ou à une disparition des symptômes mais à une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne »(5). Il vise par exemple à restaurer l'espoir, favoriser l'auto-détermination et l'inclusion sociale(6).

Partie I : Historique, définitions et état des lieux

I Origines américaines du dispositif « Un Chez-Soi d'Abord »

Dans les années 1970, les États-Unis ont commencé à utiliser de manière généralisée un modèle de service dit « évolutif » (*linear continuum of care*), dans le but d'aider les patients qui quittaient les hôpitaux psychiatriques à reprendre une vie ordinaire. Le modèle évolutif se basait sur l'idée qu'une personne quittant l'hôpital et se rétablissant d'une pathologie psychiatrique devait franchir une série d'étapes et être accompagnée, notamment via la prise d'un traitement et l'arrêt des substances psychoactives, jusqu'à être jugée apte à vivre de nouveau de façon indépendante.
Pour les personnes sans-abri, cette approche visait trois objectifs :

- Apprendre à l'individu à vivre dans son propre logement après une période de sans-abrisme ou des allers-retours dans les services hospitaliers.
- S'assurer que la personne soit traitée et suivie pour sa pathologie psychiatrique.
- S'assurer que la personne ait un comportement sans danger, que son bien-être, sa santé, sa stabilité au sein du logement soient assurés, et qu'elle ne consomme pas de substance psychoactive.

Ce modèle représentait à chaque étape, et à plusieurs titres, une épreuve pour son usager. Ce dernier devait franchir avec succès une étape avant d'être autorisé à passer à la suivante. Le franchissement des étapes successives s'accompagnait pour l'individu d'une diminution des règles, de l'accompagnement, du traitement(2), et d'une augmentation de l'indépendance.

Dans les années 1980, en Amérique du Nord, l'efficacité des services évolutifs a été fortement remise en question par les professionnels de la santé mentale concernant la prise en soins des pathologies psychiatriques sévères(7). Malgré tout, cette approche évolutive s'est largement imposée en Amérique du Nord comme modèle d'aide aux personnes sans-abri présentant un besoin élevé d'accompagnement.

Dans le courant des années 1990, des recherches ont commencé à isoler de manière claire certaines constantes chez les personnes sans-abri. Il en a découlé qu'un petit groupe ayant des besoins d'accompagnement élevés a été identifié parmi cette population, et a été défini comme « sans-abri chronique ». Ce groupe se caractérise par l'absence récurrente et prolongée de logement fixe, souvent liée au fait de souffrir de pathologies psychiatriques sévères ainsi que de présenter des troubles liés à l'usage de substances. Le plus souvent il s'agit d'hommes seuls, aux ressources financières faibles voire inexistantes, et qui peuvent présenter des difficultés à l'accession à l'aide sociale. Ce groupe, bien que comptant un nombre restreint d'individus, est à l'origine d'une utilisation importante, fréquente, et parfois prolongée des dispositifs médicaux, sociaux et

judiciaires, comme les services de psychiatrie, d'aide aux personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage(8,9) ou d'hébergement d'urgence(7). Des recherches ont montré que ce groupe était responsable d'un coût financier élevé pour la société américaine(10). Cela s'explique notamment par le fait que leur problématique n'est généralement pas résolue par les services évolutifs, pourtant relativement coûteux. .

En conséquence, un financement fédéral a été débloqué dans le but de favoriser le développement de services évolutifs dédiés spécifiquement aux sans-abri chroniques.

Parallèlement en Europe, le modèle évolutif est aussi utilisé, sous le nom de service en escalier.

Dès la fin des années 1990, il est devenu évident que l'objectif de mettre un terme au sans-abrisme chronique aux États-Unis, grâce aux services évolutifs, rencontrait un succès mitigé. Les individus se retrouvaient « bloqués » à une étape car ils n'étaient pas autorisés, ou jugés capables, de passer à l'étape suivante. C'est pourquoi le modèle évolutif a parfois reçu la critique de prolonger la situation de sans-abrisme(11). En outre, il était fréquent que les personnes sans-abri quittent le processus évolutif en cours de progression. En cause, des règles jugées trop strictes : abstinence de toute consommation de substance psychoactive, traitements psychiatriques et programmes de désintoxication(12). Certaines exigences étaient plus élevées que pour la population générale(2). Étaient-elles réalistes pour ce groupe spécifique de personnes sans-abri chroniques ? Même si dans l'ensemble, les services évolutifs n'étaient pas tous aussi exigeants(13), leur objectif principal restait généralement de solutionner les troubles liés à l'usage de substance, et de soigner les troubles et maladies psychiatriques des usagers avant le terme de leur parcours. Les services en escalier utilisés en Europe ont reçu le même genre de critiques que ces services États-uniens(14).

En guise d'alternative, se sont développés en Amérique du Nord des services de *supported housing* dont l'approche différait sensiblement. S'adressant à des patients issus de psychiatrie, à haut besoin d'accompagnement, l'idée consistait à mettre très rapidement à disposition, si ce n'est immédiatement, un logement dans le parc privé. Des équipes mobiles avaient pour rôle d'assurer leur suivi et de les orienter vers un traitement adapté à leur pathologie. Dans ce modèle de service, l'usager pouvait choisir et moduler l'accompagnement proposé, celui-ci étant par ailleurs mis à disposition aussi longtemps que nécessaire(2).

Les services de *supported housing* n'avaient pas comme exigence l'abstinence aux substances psychoactives, ni l'observance d'un traitement. L'idée sous-jacente était qu'il semblait plus efficace pour leur rétablissement d'offrir à ces personnes d'avantage d'autonomie, tout en les incitant à des changements positifs. Ce modèle sera à l'origine du *Housing First* aux États-Unis(15).

L'approche *Housing First*, qui a vu le jour au début des années 1990 à New York, a été développée par le Dr. Sam Tsemberis au sein de l'association *Pathways Housing First(15)*. Elle est centrée sur les individus sans-abri ou à risque de le devenir, souffrant de pathologies psychiatriques

sévères(12). Le principe est de fournir un logement « d'abord » plutôt qu'« à la fin », à contrario de l'approche évolutive. Le *Housing First* permet d'accéder rapidement à un logement stable dans le parc privé. Il est associé à un service mobile d'accompagnement proposant des visites à domicile, qui aide le bénéficiaire à conserver son logement, améliorer son état de santé, son bien-être et son intégration sociale, le tout en restant vigilant à ce qu'il conserve un niveau élevé de choix et de contrôle. Il n'y a pas d'exigence vis-à-vis de l'abstinence à toute substance psychoactive, ni de la compliance à un quelconque traitement, « en échange » du logement. Si l'individu venait à perdre son logement à cause de son comportement ou de ses besoins d'accompagnement, il serait aidé à en trouver un autre et l'accompagnement serait poursuivi aussi longtemps que nécessaire.

Le modèle phare du programme *Housing First* est celui développé par l'organisme *Pathways* à New York. Parfois appelé *Pathways Housing First(16)*, ce programme propose à la location des appartements appartenant au parc privé et répartis dans New York. Seuls 20% des logements peuvent être occupés par des bénéficiaires du programme dans un même immeuble, leur permettant ainsi d'être exposés à des conditions de vie ordinaires(12,17).

L'appellation *Housing First* est utilisée par d'autres structures en Amérique du Nord qui ne proposent pas nécessairement des logements de ce type. A titre d'exemple, certains services proposent des solutions d'hébergement collectif, où, à contrario des logements dispersés présentés ci-dessus, l'ensemble des locataires sont bénéficiaires du programme. Dans les deux systèmes, les conditions d'occupation et les services d'accompagnement sont similaires mais leur organisation peut différer sensiblement.

Ces services posent la question de la conformité à la philosophie *Housing First* telle qu'elle est défendue par *Pathways* à New York.

Parallèlement, certains services d'aide aux sans-abri ont adopté l'appellation *Housing First* en continuant à proposer un programme évolutif, ceci afin de percevoir les financements fédéraux ou de leur État, attribués aux initiatives *Housing First(12)*. Afin de parer à ce problème, *Pathways* a mis au point un test de conformité avec le modèle original(18–20).

Ce test se compose de 38 items répartis en 5 catégories, chaque catégorie comportant 5 à 12 items(19). Les cinq catégories sont : choix et structure du logement, séparation entre logement et soins, philosophie du service, offre du service, structure du programme.

Chaque item est noté de 1 (faible fidélité) à 4 (forte fidélité) selon une description écrite de chaque niveau de fidélité(19). Deux méthodes d'évaluation peuvent être utilisées : soit l'auto-évaluation, soit l'hétéro-évaluation qui consiste à faire venir des évaluateurs en observation sur des journées complètes. On obtient alors une note de 1 à 4 pour chaque item, totalisées puis moyennées par domaine pour obtenir une note globale comprise entre 1 et 4.

Un service est évalué comme fidèle si sa note globale est supérieure à 3,5/4(20).

II Le Housing First en Europe

L'essor du *Housing First* en Europe est à mettre en partie au crédit des résultats des recherches en Amérique du Nord, d'abord menées à New York par l'organisme *Pathways(21)*, puis par d'autres services américains de *Housing First(22)*.

Plus récemment, les résultats du programme Canadien *At Home/Chez Soi*, comparant les services de *Housing First* avec les autres types de services existants d'aide aux personnes sans domicile, via des études de fort niveau de preuve, sont venus renforcer ce mouvement(23).

L'applicabilité du *Housing First* aux pays Européens a été confirmée notamment par les résultats du projet de recherche *Housing First Europe(24)*.

De multiples études ont eu pour objet l'observation du *Housing First*, sans le comparer à d'autres services d'aide aux sans-abri, et font état de résultats probants au Danemark(25), en Finlande(26), au Pays-Bas(27), au Portugal(28), en Espagne(29) et au Royaume-Uni(30).

Ces études montrent globalement qu'en Europe :

- Le *Housing First* est généralement plus efficace que les services en escalier pour répondre aux besoins spécifiques des sans-abri chroniques.
- Le *Housing First*, en solutionnant le problème du sans-abrisme chronique de manière efficace et en réduisant l'utilisation d'autres services (médicaux d'urgence et psychiatriques, judiciaire, autres services d'aide aux sans-abri), peut être moins coûteux que les services en escalier.
- Le *Housing First* répond aux problématiques éthique, humaine et humanitaire posées dans le fonctionnement de certains services en escalier(31).

En 2016, le *Housing First* était largement répandu en Europe, soit en tant que stratégie de lutte contre le sans-abrisme à part entière, soit en tant qu'expérimentation. Parmi les pays qui utilisent le *Housing First*, on peut citer : l'Autriche, le Luxembourg, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, l'Espagne, la Suède, la Hongrie et le Royaume-Uni.

En Autriche, un essai pilote basé sur les principes du *Housing First* a été mené avec succès(32).

Au Luxembourg, deux projets pilotes *Housing First* sont en cours. Ils s'intègrent dans le cadre de la stratégie nationale contre le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement pour les années 2014 à 2020 et sont conventionnés par le Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région(32,33).

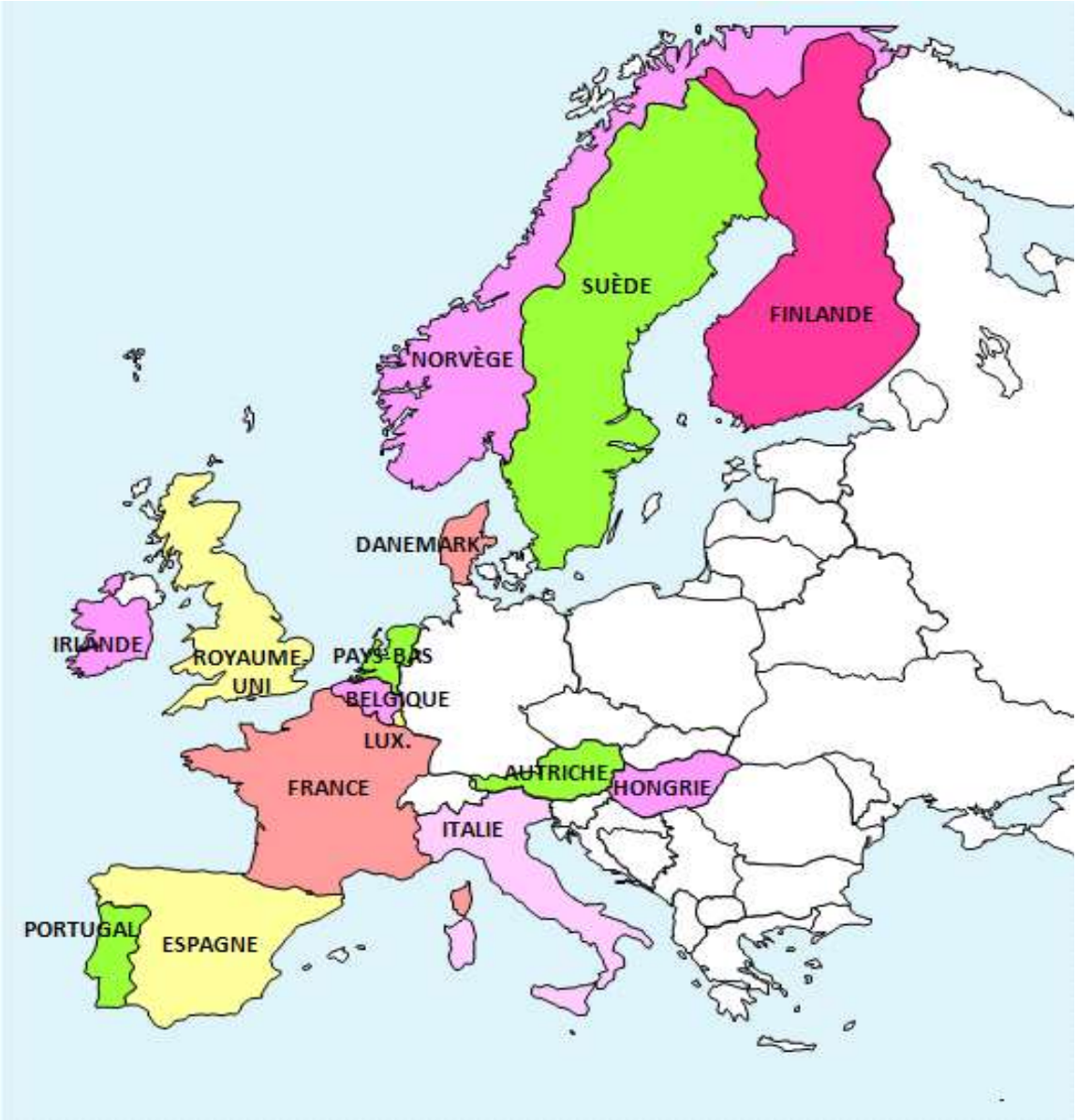

Illustration 1: Le Housing First en Europe

En Belgique, 9 programmes basés sur le *Housing First* ont été proposés à 150 personnes sans-abri chroniques en 2015(34). Ils ont été évalués avec des résultats très positifs tant en terme de maintien dans le logement que d'insertion sociale et d'autonomisation(35).

Au Danemark, la stratégie de lutte contre le sans-abrisme a été un des précurseurs du *Housing First* en Europe. Elle a permis de mettre fin au sans-abrisme chronique de plus de 1000 personnes(25).

En Finlande, le *Housing First* est intégré dans la stratégie nationale de réduction et prévention du sans-abrisme. L'accès à des logements collectifs ou dispersés répondant à la logique du *Housing First* a permis une réduction du sans-abrisme (36).

L'Italie a testé l'approche dans 10 régions et 20 municipalités dans le cadre du réseau *Housing First Italy(32)*. Ce réseau compte 51 membres dont 35 d'entre eux ont mené des projets opérationnels en 2015(2).

Aux Pays-Bas, en 2014, on dénombrait 17 services de *Housing First*. Le projet *Discus Housing First* à Amsterdam répond efficacement aux besoins spécifiques des sans-abri chroniques depuis 2006(27).

En Norvège, le *Housing First* a connu un essor rapide. On dénombrait 12 services basés sur cette approche logeant 135 usagers fin 2014, et 16 services logeant 237 usagers mi-2015(37). Les services de *Housing First* sont d'ores et déjà intégrés dans la stratégie de lutte contre le sans-abrisme.

Au Portugal, le service *Casas Primeiro(38)* a été précurseur dans la voie du *Housing First(28)*.

En Espagne, l'approche a été testée avec le soutien du gouvernement dans le cadre du projet *HÁBITAT*, mené par l'organisation RAIS(39) dans trois villes espagnoles (Madrid, Barcelone et Malaga). Le projet *HÁBITAT* a été évalué et fait à présent partie de la stratégie de lutte contre le sans-abrisme en Espagne.

En Suède, il n'existe pas de politique nationale concernant le *Housing First*. Des initiatives sont largement développées au niveau local. Ces initiatives, présentes dans au moins 94 municipalités dont Stockholm, Helsingborg, Orebro, Gothenburg et Malmo, sont activement promues par l'université de Lund auprès des services d'aide aux personnes sans-abri et des décideurs politiques(40).

Au Royaume-Uni, le premier projet ayant permis d'obtenir des résultats positifs en matière de *Housing First* a été mené en 2010 par *Turning Point* en Écosse(41). Ces résultats positifs ont été validés en Angleterre grâce à une évaluation menée entre 2014 et 2015(30). Il n'y a malgré tout pas de politique nationale basée sur le *Housing First*. Notons toutefois que la fédération anglaise des associations d'aide aux sans-abri (*Homeless Link*) a lancé l'initiative *Housing First England*. Aussi, outre le fait d'avoir recommandé l'utilisation des modèles basés sur le *Housing First* dans la législation relative à la lutte contre le sans-abrisme en 2015, « le Secrétaire britannique au Logement James Brokenshire a alloué en mai 2018 plus de 25 millions de Livres sterling pour développer des projets pilotes de *Housing First* dans trois régions anglaises : Manchester, Liverpool, et les West Midlands. Ces projets visent à aider 1.000 sans-abri et personnes menacées de sans-abrisme dans ces trois régions »(42).

Le cas de la France sera détaillé ultérieurement.

Dans certains pays d'Europe centrale et de l'Est tels que la Pologne, la République Tchèque et la Hongrie, le *Housing First* était encore en cours de développement en 2016(2).

Si les retours des pays sus-cités ont été plutôt positifs quant à leurs expériences de l'approche *Housing First*, le rapport hongrois a été, semble-t-il, le plus critique. Il met en avant le fait que la

« notion classique et principalement institutionnelle » des services pour les sans-abri dans un « système qui fonctionne correctement » [...] « en fait quelque chose de plutôt rigide, de sorte que l'idée innovante de *Housing First* est plus difficile à établir d'une manière systématique »(32).

III Le dispositif français

III.1 Le dispositif actuel

En France, une multitude de structures, tant dans le champ du sanitaire que du médico-social, œuvrent pour l'accessibilité des plus démunis au logement.

En terme de structures sanitaires, on trouve(43,44) :

- Les appartements thérapeutiques qui sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mises à disposition des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, pendant une durée limitée. Ceux-ci sont gérés par le service hospitalier de secteur, par conséquent ils ne peuvent pas être considérés comme le domicile du patient.
- Les appartements associatifs de secteur qui sont en général gérés par une association. Le suivi est assuré par l'équipe de secteur.
- Les appartements ou maisons communautaires qui sont des unités d'habitation accueillant des patients stabilisés manquant d'autonomie, l'objectif étant de les responsabiliser en partageant différentes activités de la vie quotidienne.
- L'accueil familial thérapeutique, alternative à l'hospitalisation, qui s'adresse à des personnes nécessitant un suivi mais pour qui le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible.

Du côté médico-social, les différentes structures opérationnelles sont(43,44) :

- Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) recevant des adultes handicapés ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillant des personnes lourdement handicapées, inaptes à une activité professionnelle, et dans l'obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne.
- Les Foyers Occupationnels (FO) accueillant des personnes handicapées disposant d'une certaine autonomie ne justifiant pas leur admission en MAS, mais insuffisante pour bénéficier d'un logement individuel en maison relais.
- Les Foyers d'Hébergement pour Adultes Handicapés (FHAH), en général annexés à un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), qui permettent d'exercer une activité

pendant la journée en entreprise adaptée, ou s'adressant à des adultes handicapés employés en milieu ordinaire.

- Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) assurant l'accueil, l'hébergement et l'insertion des adultes et des familles connaissant de graves difficultés sociales, tant pour un accueil d'urgence que pour une longue durée.
- Les maisons relais, habitat communautaire de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Un hôte ou un couple d'hôtes est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité.
- Les résidences-accueil qui sont des maisons relais dédiées aux personnes handicapées par une pathologie psychiatrique, suivies par un centre médico-psychologique et un service d'accompagnement (accompagnement social, service d'accompagnement à la vie sociale ou service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, développés dans le paragraphe suivant).
- Les appartements accompagnés, gérés par une association, mis à disposition de personnes handicapées par une pathologie psychiatrique et suivies par un service d'accompagnement (cf supra).
- L'accueil familial social consistant à placer en famille d'accueil les personnes souffrant de pathologie psychiatrique pour lesquelles une prise en charge sociale est indispensable, en complément du suivi thérapeutique.
- Les familles gouvernantes consistant en la mise à disposition d'un logement adapté pouvant accueillir plusieurs personnes souffrant de pathologies psychiatriques, et l'accompagnement quotidien de ces personnes par une gouvernante.

Ces structures s'intègrent dans un modèle en escalier de prise en soins.

À part, les cellules de coordination intersectorielle « logement et médiation », conçues pour être l'interface entre une personne issue du système hospitalier psychiatrique et le bailleur. Les interventions peuvent être centrées sur le sanitaire ou investir plus le champ social, avec la volonté de favoriser le développement de l'autonomie personnelle. Elles peuvent se différencier du modèle « Un Chez-Soi d'Abord » par plusieurs aspects selon le lieu de mise en œuvre du dispositif : appartenance des logements au parc immobilier public, logements associatifs collectifs ou individuels, obligation de suivi médical psychiatrique, mise en place d'un suivi psychologique limité dans le temps au domicile ou sur le lieu de travail de la personne, accompagnement limité dans le temps, etc.

Indépendamment ou associés à ces dispositifs, plusieurs systèmes permettant un suivi ambulatoire sont mis à disposition des personnes nécessitant un besoin accru d'accompagnement.

Parmi ces systèmes, on trouve notamment(43,44) :

- Le suivi de secteur : Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpital de Jour (HdJ), et intersectoriel (équipes mobiles).
- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), qui permettent à des personnes souffrant de pathologies psychiatriques d'apprendre à gérer leur vie quotidienne.
- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) qui aident les personnes en situation de handicap à se maintenir à domicile. Les SAAD peuvent être intégrés au sein de SPASAD, services coordonnant des prestations d'aide à domicile et de soins.
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) destinés à favoriser la réinsertion sociale de personnes handicapées.
- Les pairs-aidants, salariés ou bénévoles, qui ont pour rôle de soutenir et de responsabiliser la personne dans la reprise du pouvoir d'être acteur de sa vie (notion d'*empowerment,* c'est à dire d'autonomisation), en l'aidant à mobiliser ses ressources de résilience.
- Au stade expérimental jusqu'en 2016, puis pérennisé par décret le 28 décembre 2016(45), le programme « Un Chez-Soi d'Abord », qui sera présenté en détail ci-après.

III.2 Les principes clés du « Chez-Soi d'Abord »

Au nombre de huit, ces principes sont garants de l'efficacité de ce modèle, de sa reproductibilité et adaptabilité à différentes situations(2,46,47). Ils permettent aussi de valider la conformité à ce modèle, de chaque structure proposant une approche basée sur celui-ci.

1) Le logement est un droit fondamental et **2) l'accès à un logement ordinaire doit être rapide**

Chaque personne a le droit de vivre en sécurité, dans la paix et la dignité. Cela inclut :

- La sécurité juridique d'occupation et la protection contre toute menace pour la stabilité du logement (harcèlement, expulsions, etc).
- La capacité de paiement, ce qui implique que le versement mensuel du loyer ne doit pas rendre l'accession aux soins, l'éducation et l'alimentation inabordables. Concrètement, pour les personnes sans revenu, « le paiement du loyer est assuré via le dispositif d'intermédiation locative en attendant l'ouverture des droits »(48). Dès ouverture, le locataire paye son loyer, qui ne doit pas excéder 30% de ses ressources.
- L'habitabilité qui regroupe la notion de salubrité et d'adéquation de l'espace de vie aux besoins de la personne. Cela comprend notamment la présence d'infrastructures basiques telles que les sanitaires, la cuisine, le chauffage, l'électricité, etc, et l'adaptation du logement

à son ou ses usagers, une personne en situation de handicap physique ou souffrant d'une pathologie invalidante devant pouvoir y vivre de façon autonome.

- La facilité d'accès aux services tels que l'éducation, la santé, les commerces, etc. La personne doit aussi pouvoir accéder à son lieu de travail si elle en a un et participer à la vie citoyenne. Le logement ne doit pas être situé dans un environnement comportant un risque pour la santé.
- Le respect du milieu culturel, afin de ne pas créer de rupture culturelle et de permettre la libre expression de l'identité culturelle de la personne.

3) Le choix par la personne de son agenda et de son offre de services

La personne évoluant dans ce programme doit être écoutée, et son avis respecté. Dans une optique d'*empowerment*, la personne doit pouvoir exercer de vrais choix concernant son mode de vie et l'accompagnement dont elle bénéficie. Il lui est donc reconnu la capacité de déterminer ses besoins et les façons d'y répondre.

4) La séparation des services de gestion locative et d'accompagnement

L'accession au logement ne doit pas être conditionnée par une obligation de traitement, d'abstinence ou tout autre proposition d'accompagnement. En revanche, les équipes du programme « Un Chez-Soi d'Abord » ont pour mission d'aider la personne à respecter les termes du bail. Pour ce, les usagers sont tenus de rencontrer régulièrement les membres de l'équipe d'accompagnement. Cependant, en cas de non respect des règles, on ne leur retire pas leur logement pour ce seul motif.

D'autre part, lorsque la personne n'a plus besoin des services d'accompagnement sus-cités, elle n'est pas tenue de déménager. Elle peut garder son logement. Le dispositif « Un Chez-Soi d'Abord » est centré sur la personne et non sur son logement.

Certains services sous-louent les logements aux usagers et ce pour deux raisons : rassurer le propriétaire, et permettre, en cas de problème, plus de flexibilité dans le relogement de l'usager dans la mesure où il n'est pas détenteur du bail.

5) L'orientation de l'accompagnement vers le rétablissement

L'accompagnement doit prendre en compte la santé physique et mentale de l'individu, le niveau de soutien dont il dispose, ainsi que son intégration sociale. Cet accompagnement peut par exemple consister à faciliter l'accès à la culture et à l'éducation, ou trouver une activité de loisir gratifiante. Il doit rester souple et adaptable afin de garantir l'autodétermination du bénéficiaire. L'idée est de s'appuyer sur les forces de la personne au lieu de partir du constat de ses faiblesses.

La difficulté de cet accompagnement réside dans le fait qu'il doit s'avérer fondé et réaliste pour pouvoir guider la personne vers le rétablissement, en respectant autant que faire se peut ce qu'elle souhaite, sans présumer du type de vie qu'elle pourra effectivement mener.

6) Le développement d'une stratégie de réduction des risques et des dommages

L'idée sous-jacente est qu'il est irréaliste d'exiger d'emblée l'abstinence aux substances psychoactives de la part des personnes sans-abri chroniques, et que d'autres approches, ayant pour objectif de réduire les effets néfastes et les risques liés à ces substances, seraient plus efficaces(13).

7) Un engagement soutenu et non coercitif

Ce concept est basé sur l'assertivité, qui désigne la capacité à s'exprimer et à défendre ses droits sans empiéter sur ceux des autres. Il rejoint le principe d'affirmation de soi. Il s'agit d'une manière non agressive et non intrusive de travailler avec les usagers de services de « Chez-Soi d'Abord ». Les usagers sont mobilisés de manière positive afin de les amener à des changements (de comportement, d'attitude, etc), toujours en fonction de ce qu'ils recherchent personnellement.

8) La souplesse de l'accompagnement, proposé aussi longtemps que nécessaire

L'accompagnement proposé dans le cadre du « Chez-Soi d'Abord » est inconditionnel, et sans limite dans le temps. Si jamais une personne est expulsée pour non respect des conditions du bail, nuisance de voisinage, ou toute autre raison, le contact est maintenu avec elle, et l'équipe du « Chez-Soi d'Abord » cherche à la reloger aussi rapidement que possible. Si un usager ne s'adapte pas à la vie autonome dans un logement individuel et l'abandonne, le travail commencé avec lui se poursuit. Si une personne logée via ce programme doit être hospitalisée en psychiatrie, le contact est maintenu et son logement conservé, dans la limite du possible. Il en est de même pour les incarcérations de courte période. Si l'hospitalisation ou l'incarcération est de longue durée, et que le logement ne peut être conservé, un nouveau logement est proposé à l'usager à sa sortie d'institution. Quand une personne décide de déménager, l'équipe d'accompagnement reste présente et poursuit son travail avec la personne dans son nouveau logement.

L'intensité du suivi par les équipes d'accompagnement peut varier quotidiennement en fonction des besoins de la personne, afin de s'ajuster au plus près de ses besoins en matière d'étayage.

III.3 Les objectifs du « Chez-Soi d'Abord »

III.3.A Le maintien dans le logement

Ce maintien est l'objectif premier du dispositif « Un Chez-Soi d'Abord »(46). Néanmoins, il ne représente pas une fin en soi. Les équipes d'accompagnement aident la personne à vivre de manière aussi autonome que possible et à s'autodéterminer, afin qu'elle s'engage dans un processus de rétablissement. Dans le cas contraire, elle risquerait progressivement de retourner dans la rue.

À cet égard, le contact régulier avec les équipes d'accompagnement est indispensable. Il peut prendre la forme de rendez-vous réguliers individuels, se dérouler par téléphone, ou via les réseaux sociaux. Ces rendez-vous se déroulent sur une base hebdomadaire, adaptable par la suite.

À l'occasion de ces rendez-vous, l'équipe d'accompagnement peut vérifier l'état du logement,

résoudre les problèmes menaçant le maintien au domicile, et anticiper les futures difficultés. C'est aussi l'occasion de s'assurer que les relations de voisinage sont aussi bonnes que possible, point essentiel de l'intégration sociale qui est étroitement lié à la capacité de se maintenir dans son logement. L'équipe peut, selon la demande, fournir une aide et un conseil afin de s'assurer de la bonne adéquation du logement avec les besoins de l'usager. Cela peut être de l'aider à meubler et agencer son appartement, réaliser certaines opérations d'entretien et réparations, vérifier au niveau administratif et dans le logement le bon fonctionnement de l'électricité et de l'eau, etc.

Une aide peut-être apportée pour la gestion budgétaire. Si certains services de « Chez-Soi d'Abord » ont une visibilité sur les comptes des usagers, afin de s'assurer du paiement du loyer, d'autres apportent simplement leur aide dans la gestion du budget. Les bénéficiaires peuvent aussi être accompagnés au niveau social pour la mise à jour de leurs droits.

Il est important que les services d'aide soient souples et compréhensifs. Ils peuvent être sollicités tant pour remplir les missions exposées ci-dessus que pour déboucher un évier ou expliquer comment fonctionne un appareil électroménager. Souvent, simplement, il s'agira d'écouter activement et de soutenir la personne dans son processus de rétablissement.

III.3.B La santé et le bien-être

Les services de « Chez-Soi d'Abord » proposent l'une ou l'autre des approches suivantes(2,15) :

- L'*Intensive Case Management* (*ICM*) où les usagers sont accompagnés vers des services externes au dispositif afin de répondre à leurs besoins.
- L'*Assertive Community Treatment* (*ACT*) où les usagers sont directement pris en soins par les membres de l'équipe d'accompagnement qui peut comporter psychiatre, addictologue, généraliste, infirmier, médiateur de santé pair (pair-aidant et travailleur pair)(49), éducateur, éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, conseillère en économie sociale et familiale, technicien d'intervention sociale et familiale.

Dans le cas de l'*ICM*, l'usager est accompagné par une personne, qui peut avoir une formation et des compétences très diverses. Son rôle est de s'assurer que l'usager ait accès aux services de santé, d'assistance sociale ou tout autre service nécessaire à son rétablissement. Il s'assure également que la personne puisse conserver son logement.

Dans le cas de l'*ACT*, la composition de l'équipe peut varier et l'usager est amené à rencontrer différents membres de cette équipe. Même si une prise en soins peut être proposée directement à l'usager dans le cadre de cette approche, il n'est pas impossible de s'appuyer sur un service externe pour peu qu'il soit accessible aux personnes nécessitant un haut niveau d'accompagnement.

Une assistance sous forme d'astreinte téléphonique est mise à disposition des usagers afin de gérer les situations d'urgence.

Malgré tout, il arrive que certaines personnes aient des besoins trop élevés pour ce dispositif. Outre la question de la dangerosité du bénéficiaire pour l'équipe, c'est surtout pour lui-même qu'il peut exister un danger. Dans ce cas, il convient de le réorienter vers une prise en soins plus adaptée.

III.3.C L'intégration sociale

L'idée du « Chez-Soi d'Abord » est de permettre à des personnes en situation de sans-abrisme chronique de pouvoir s'intégrer dans une société ordinaire, en vivant dans un logement ordinaire, dans un quartier ordinaire(15). L'intégration sociale s'envisage de différentes façons(2,46) :

- En faisant sentir à l'usager qu'il est accepté par la société dans laquelle il vit, sans être stigmatisé par ses voisins par exemple.
- En lui permettant de s'investir en tant que citoyen dans la vie de sa communauté.
- En l'aidant à retisser des liens avec son ancien cercle social s'il existait auparavant (sa famille, ses amis, etc) ou à en créer de nouveaux.
- En lui permettant de s'investir dans une activité enrichissante et structurée.
- En restaurant son estime de soi.

Parmi les éléments à disposition du « Chez-Soi d'Abord » pour remplir ces objectifs, on trouve :

- Les médiateurs de santé pairs, qui de par leur expérience sont au plus près de ce que peut ressentir, et notamment au niveau de l'intégration sociale, une personne en situation de sans-abrisme chronique. De plus, de par leur expérience spécifique, ils peuvent constituer un exemple positif et porteur d'espoir pour ces usagers.
- La facilitation de l'accès à l'éducation, la formation, le bénévolat, l'emploi, l'art ou la citoyenneté par exemple.
- La possibilité d'apporter un soutien concret pour que l'usager renoue avec ses liens sociaux existants, comme payer le transport pour qu'il puisse se rendre dans sa famille.
- Les visites régulières des équipes d'accompagnement afin de vérifier que le bénéficiaire vit au mieux de ses possibilités dans son milieu et lui permettre de partager ses préoccupations.

Compte tenu de la multiplicité des situations sociales des personnes sans-abri chroniques, l'accompagnement social se doit d'être polyvalent et modulable. Concrètement, il est proposé :

- Des psychothérapies de soutien effectuées lors des visites de l'équipe d'accompagnement.
- L'incitation de l'usager à aller faire ses courses dans le magasin de quartier, discuter avec ses voisins, participer à une activité dans son quartier, etc. Le rôle des équipes peut aussi être

d'accompagner de leur présence les bénéficiaires dans toutes ces activités.

- L'accompagnement pour renouer les liens sociaux qui se sont perdus. Les équipes d'accompagnement peuvent par exemple payer le transport, mais aussi assister à une rencontre entre l'usager et sa famille, proposer ou faciliter l'accès à une médiation familiale, ainsi que l'accompagnement dans la création de nouvelles interactions sociales.
- La protection contre les relations néfastes, afin d'éviter que les anciennes mauvaises fréquentations de l'usager ne se servent de son logement pour y habiter et se livrer à des activités nuisibles ou délictueuses.
- L'évitement de relations conflictuelles avec l'entourage de l'usager, par exemple ses voisins, notamment en cas de nuisances sonores ou de consommation de substances.
- La lutte contre la stigmatisation en donnant à l'usager les clés pour se fondre dans son environnement.
- Le renforcement de l'estime de soi, passant par exemple par la participation à la vie citoyenne ou une activité artistique, avec potentiellement l'accès à un emploi, bénévole ou rémunéré. Les équipes d'accompagnement peuvent intervenir directement auprès des employeurs, afin de les inciter à considérer la demande d'emploi d' une personne bénéficiant du dispositif « Un Chez-Soi d'abord ». Cela peut aussi être un tremplin pour l'engagement dans une formation ou la reprise d'études.

Au final, la sécurité du logement procurée par le dispositif « Un Chez-Soi d'Abord » permet à la personne de s'intégrer dans la société qui l'entoure, d'avoir un sentiment de sécurité et de prévisibilité, et de restaurer l'estime de soi. L'usager a ainsi une chance de se sentir « à sa place ».

III.4 La mise en pratique du « Chez-Soi d'Abord »

En pratique, le dispositif « Un Chez-Soi d'Abord » peut se heurter à de nombreux obstacles dans sa réalisation, liés à(2,46) :

- La stigmatisation des bénéficiaires.
- La difficulté sociétale à accepter de vivre à côté de personnes ayant un passif de sans-abri chronique, avec souvent une symptomatologie psychiatrique encore apparente ou des consommations de substances psychoactives.
- L'indisponibilité de logements satisfaisant les conditions du « Chez-Soi d'Abord », tant en terme d'accessibilité financière que de salubrité ou d'environnement propice au rétablissement.

III.4.A Proposer un logement

Les services de « Chez-Soi d'Abord » peuvent proposer un logement en passant par le secteur locatif privé conventionné ou non, social ou via des baux associatifs.

Parmi les défis que devront relever les services de « Chez-Soi d'Abord » à cet égard, on peut citer :

- Trouver suffisamment de logements satisfaisant les conditions du « Chez-Soi d'Abord » à des prix abordables, dans des quartiers adaptés pour les usagers, notamment dans les régions où le marché de l'immobilier est très tendu.
- Accéder au parc locatif social, ces logements étant parfois à destination d'autres bénéficiaires que les personnes sans-abri.
- Surmonter les préjugés des bailleurs vis-à-vis des personnes sans-abri chroniques. Les inquiétudes récurrentes sont celles des conflits de voisinage et des défauts de paiement.
- Surmonter les préjugés du voisinage là où, dans certains quartiers, certains habitants peuvent tenter de mettre fin aux services de « Chez-Soi d'Abord ». Les équipes d'accompagnement doivent aussi parfois avoir un rôle d'information et d'éducation auprès du voisinage et ne pas hésiter à intervenir si un voisin se comporte de manière inadaptée à l'égard d'un usager.

III.4.B Le logement et le voisinage

Il est important, dans la mesure du possible, d'éviter les zones où il y a peu de cohésion sociale, peu de vie sociale, où l'usager est susceptible d'être continuellement harcelé ou stigmatisé. Les zones à fort taux de criminalité ne constituent pas non plus un choix approprié pour le rétablissement de la personne.

Par ailleurs, il faut privilégier les lieux permettant l'accès aux commodités nécessaires pour assurer l'autonomie et l'intégration de l'usager, comme un magasin de quartier pratiquant des prix raisonnables, l'accès à des transports publics ou la présence d'espaces verts agréables.

Certains usagers auront à cœur de s'éloigner des lieux où ils ont vécu lorsqu'ils étaient sans-abri, tant pour s'éloigner de mauvaises fréquentations que pour renforcer la sensation de « nouveau départ ». Pour d'autres, afin d'éviter un dépaysement trop brutal, il pourra être discuté, toujours selon le souhait de la personne, de ne pas trop s'éloigner.

Il est donc capital que les services de « Chez-Soi d'Abord » aient à leur disposition un éventail de logements varié à proposer aux usagers afin de satisfaire au mieux à leurs demandes et besoins.

III.4.C Le logement comme point de départ

L'usager y retrouve des éléments de vie ordinaire ou les expérimente pour la première fois.

Le logement apporte sécurité et prévisibilité. Il peut aussi être le point de départ à l'acceptation d'un suivi et d'un traitement de sa pathologie psychiatrique ou addictive le cas échéant, à distance du stress important souvent lié au sans-abrisme. Il lui permet d'avoir une intimité, une vie sociale.
L'accession au logement favorise l'*empowerment*, l'autodétermination de l'individu.

III.4.D Modalités d'accession

Sachant qu'il a été montré l'absence de corrélation entre la symptomatologie et la capacité à se réinsérer(50), il n'y a théoriquement pas d'autre critère d'inclusion que d'avoir un haut besoin d'accompagnement. En France, les critères d'inclusion du projet pilote étaient(51) d'avoir plus de 18 ans, un haut niveau de besoin d'accompagnement (caractérisé par souffrir de schizophrénie ou de trouble bipolaire avec une invalidité modérée à sévère), d'être sans-abri ou en logement précaire, et d'être dans au moins une des trois situations suivantes :

- Avoir été hospitalisé pour une pathologie psychiatrique au moins deux fois en un an sur les cinq dernières années.
- Souffrir d'un trouble lié à l'usage de substance.
- Avoir été récemment arrêté ou incarcéré.

Ensuite, l'admission se fait par ordre d'arrivée.
Une fois admis dans le programme, les usagers peuvent s'attendre à se voir proposer plusieurs logements, de type et de localisation différents. Il leur est donc possible de refuser une ou plusieurs offres et de visiter le logement avant d'y emménager. Les équipes d'accompagnement ont pour devoir d'informer l'usager sur les répercussions financières liées à la location d'un logement et les obligations qui en découlent. En effet, malgré la mise à jour de leurs droits sociaux, il arrive que les bénéficiaires du programme se retrouvent avec moins d'argent disponible que lorsqu'ils vivaient à la rue ou dans les hébergements d'urgence. Les usagers doivent conserver une certaine souplesse quant à leur mode de vie, et pouvoir choisir de vivre avec un ou une compagne, un ou des amis, d'avoir un animal de compagnie, etc, dans la limite du respect du bail locatif et des voisins.

III.5 La finalité du « Chez-Soi d'Abord »

III.5.A Rôle stratégique

Le « Chez-Soi d'Abord » œuvre pour les personnes nécessitant un haut niveau d'accompagnement et dont le sans-abrisme ne peut être résolu par la seule mise à disposition d'un logement, couplé ou non à un accompagnement traditionnel ou de faible intensité. Il n'a pas vocation à fonctionner isolément, et doit être soutenu par les politiques locales, le secteur social,

sanitaire, et les autres interlocuteurs intervenant auprès des personnes sans-abri chroniques. Il a en revanche vocation à réduire le nombre de personnes sans-abri chroniques, vivant dans la rue depuis une longue période ou y retournant de façon itérative, et favoriser leur rétablissement en proposant, en parallèle d'un logement, un accompagnement intensif polyvalent centré sur l'usager. Il a comme objectif de diminuer les coûts liés à la consommation, par les personnes sans-abri chroniques, de services de santé, d'urgence, judiciaire, et autres services d'aide aux personnes sans-abri.

III.5.B Applications actuelles et à venir

Le « Chez-Soi d'Abord » n'a pas pour objectif de se substituer aux services d'aide aux personnes sans-abri, dans la mesure où il est pensé pour répondre aux besoins des personnes sans-abri nécessitant un haut niveau d'accompagnement. Cependant, l'approche et la philosophie sous-jacente peuvent être bénéfiques et applicables à tous les niveaux de la prise en soin des personnes en situation de sans-abrisme.

À l'avenir, le champ d'action du « Chez-Soi d'Abord » pourrait être étendu de manière préventive aux personnes à risque de sans-abrisme chronique, comme les personnes nécessitant un accompagnement intensif et sortant d'hospitalisation en psychiatrie, de prison, etc.

Il pourrait aussi s'étendre, moyennant quelques ajustements, à des populations de sans-abri plus spécifiques comme :

- Les femmes sans-abri chroniques, qui n'ont pas le même vécu des situations de sans-abrisme que les hommes, notamment en regard des réticences de ces dernières à intégrer des services traditionnels d'aide aux sans-abri et ayant plus souvent recours à des relations informelles et parfois précaires pour être hébergées(52,53).
- Les jeunes ayant des besoins d'accompagnement élevés et à risque de se retrouver sans-abri, qui se démarquent par leurs caractéristiques, besoins et expériences différents(54).
- Les familles ayant un besoin élevé et complexe d'accompagnement(55), par exemple en prenant en compte les besoins spécifiques de chacun de ses membres, et pas uniquement d'une personne.
- Les anciens délinquants ayant des besoins élevés d'accompagnement, pouvant avoir besoin d'un accompagnement spécifique à leur sortie de prison.
- Les vétérans sans-abri chroniques(56).
- Les personnes présentant une déficience intellectuelle(57).

Partie II : Revue de la littérature

I Matériel et méthode

Une recherche de toutes les études portant sur le *Housing First* publiées jusqu'en février 2020 a été réalisée. Les articles ont été recensés à partir de la base de données électronique PubMed, grâce à une recherche des termes MeSH suivants : « *Housing* » et « *Psychiatry* », ainsi qu'une recherche PubMed avec le mot clé : « *Housing First* ».

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Publications en français ou anglais dans une revue avec comité de lecture.
- Population cible : personnes sans-abri ou à risque de le devenir, souffrant de pathologies psychiatriques sévères et/ou de troubles liés à l'usage de substance.
- Étude d'un programme respectant les principes du *Housing First* tels que décrits par le Dr. Sam Tsemberis au sein de l'association *Pathways Housing First*.
- Articles parus entre le 1er janvier 2000 et le 10 février 2020.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Publications dans une langue autre que le français ou l'anglais.
- Population n'étant pas sans-abri ou à risque de le devenir.
- Étude d'un programme ne respectant pas les principes du *Housing First* tels que décrits par le Dr. Sam Tsemberis au sein de l'association *Pathways Housing First*.

Une sélection des articles selon leur pertinence a ensuite été réalisée par lecture du titre, puis de l'abstract.
Les références citées dans ces articles ont été examinées afin d'identifier toute étude supplémentaire pertinente.
Pour les études concernant le « Chez-Soi d'Abord » en France, certains documents, non publiés dans des revues avec comité de lecture, ont été directement intégrés à partir du site du gouvernement français, rubrique « Hébergement / Logement »(46).

II Résultats

Au total 218 articles ont été retrouvés via le serveur PubMed en appliquant ces critères de

recherche. Les titres de ces publications ont été examinés et les doublons éliminés. Après exclusion des doublons, lecture du titre puis de l'abstract et application des critères de sélection, 169 publications ont été exclues de cette revue et 49 ont été sélectionnées. L'examen des références citées dans les articles sélectionnés ainsi que les documents repris à partir du site du gouvernement français rubrique « Hébergement / Logement » ont permis de sélectionner 9 articles et documents supplémentaires. À l'issue de ces différentes étapes, 58 publications dont le contenu avait un intérêt significatif pour la revue de la littérature ont été incluses.

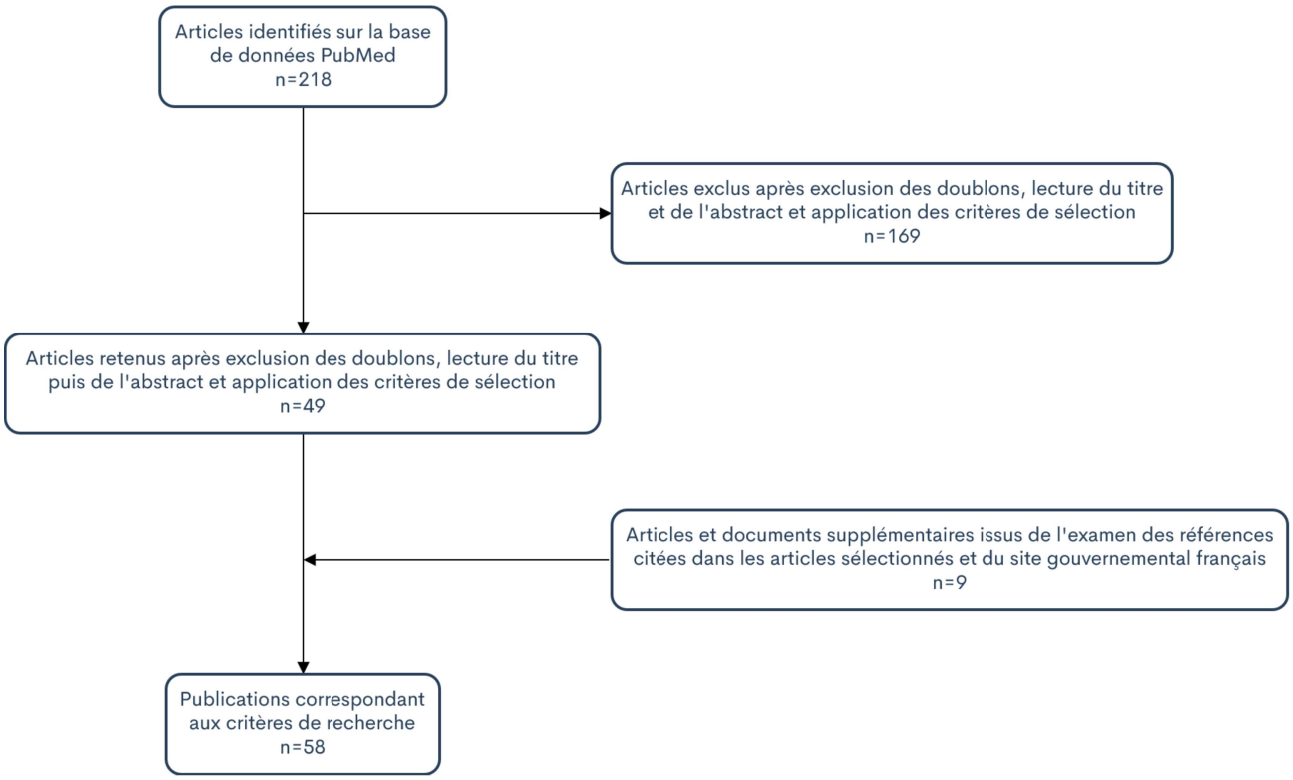

Illustration 2: Flow Chart des articles et documents retenus pour la revue de littérature

II.1 États-Unis

II.1.A Le programme New-yorkais, Pathways to Housing

Trois études sont présentées dans cette partie.

La première est une cohorte prospective publiée en 2000(58). Elle s'est déroulée sur une période de 5 ans, et a étudié le statut d'occupation du logement de l'échantillon *Pathways* versus celui de l'échantillon évolutif. Des rapports fréquents ont jalonné cette étude.

L'échantillon *Pathways* comporte 241 personnes incluses entre janvier 1993 et septembre 1997. Ces personnes sont recrutées via le travail de sensibilisation des équipes du programme *Pathways* allant à leur rencontre, ou adressées par les équipes de la ville effectuant des maraudes, les centres d'accueil ou les refuges.

L'échantillon évolutif comporte 1600 personnes, incluses sur la même période.
Des analyses de survie ont examiné la durée d'occupation du logement, et les différences entre les deux groupes avant l'entrée dans le programme ont été contrôlées.

La seconde est un essai contrôlé randomisé sur quatre ans(59–62) qui fait suite à l'étude inaugurale. Elle s'inscrit à nouveau dans une comparaison entre le programme *Pathways Housing First* et le modèle évolutif.
Un total de 225 participants sans-abri chroniques, souffrant de pathologies psychiatriques et souvent d'un trouble lié à l'usage de substance cooccurrent, ont été interrogés préalablement à la randomisation, puis tous les six mois pendant deux ans. Au bout de quatre ans, les participants ont été interrogés sur leur consommation de substances, de traitements addictolytiques, et une analyse comparative des coûts associés à chaque modèle a été réalisée.

La troisième est une étude cas-témoin(63). Elle s'est intéressée à l'intégration sociale des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères au cours de leur première année dans un logement. Pour ce faire, les auteurs ont étudié une partie de la cohorte de 225 personnes présentée dans l'essai contrôlé randomisé(59–62). Parmi les 121 individus de cette cohorte logés au cours de la première année, tant dans le groupe *Pathways Housing First* que dans celui évolutif, 80 individus ont été sélectionnés.
Un questionnaire qualitatif semi-structuré a été mis au point par les auteurs de l'étude.
Les résultats de ce questionnaire ont permis de regrouper les réponses des participants en trois catégories :

- Le bilan global de l'accession au logement, positif ou mitigé.
- Le sentiment de sécurité, amélioré, inchangé ou diminué suite à l'accession au logement.
- Le sentiment d'appartenance à la communauté, présent ou problématique.

II.1.A.a Stabilité du logement

Pour la première étude(58), au terme des 5 ans, 88% des locataires de l'échantillon *Pathways* sont restés logés sans discontinuer, contre 47% des résidents de l'échantillon évolutif.
Une analyse complémentaire a été réalisée pour identifier, par ordre d'importance, les variables prédisant de manière significative la rétention du logement. L'âge était le facteur prédicteur le plus important, et bénéficier du programme *Pathways* venait en deuxième position. Dans l'échantillon, être plus âgé ou avoir un trouble de l'humeur augmentait la probabilité de rester logé sans discontinuer tandis qu'un double diagnostic « pathologie psychiatrique et trouble lié à l'usage de substance » ou avoir un phénotype caucasien la diminuait.

Pour la seconde(59–62), au terme des six premiers mois, 79% des participants du groupe

Pathways Housing First vivaient dans un logement stable contre 27% pour le groupe évolutif.
Par la suite, pour évaluer le temps passé sans-abri et dans un logement stable, les auteurs ont tracé le statut résidentiel des participants au jour le jour à l'aide d'un calendrier de suivi rétrospectif sur les 6 mois écoulés. Cet outil a été développé par le *New Hampshire Dartmouth Research Center(64)*.
Les participants du groupe *Pathways Housing First* ont obtenu un logement stable plus rapidement ($p<0,001$), et sont donc sortis de la rue plus rapidement ($p<0,001$) que ceux du groupe évolutif. À chaque relevé de données à 6, 12, 18 et 24 mois, les participants du groupe expérimental ont passé moins de temps sans-abri ($p<0,001$) et plus de temps logés de manière stable ($p<0,001$) que ceux du groupe contrôle.

II.1.A.b Santé mentale et addictions

Dans la première étude(58), plus de 65% des locataires du programme *Pathways* ont été suivis et traités par le psychiatre du programme, et 27% étaient employés au moins une partie de l'année civile 1997.

Dans la seconde(59–62), il n'a pas été mis en évidence de différence significative, entre le groupe *Pathways Housing First* et le groupe évolutif, sur les symptômes psychiatriques (*Colorado Symptom Index(65)*), l'estime de soi (*Rosenberg's Self-Esteem Scale(66)*), et la qualité de vie (*Lehman's Quality of Life Scale(67)*). Basé sur l'échelle Consumer Choice(68) comportant 16 items notés sur 5 points, il a été montré de manière statistiquement significative, que les participants du groupe Pathways Housing First percevaient être plus libres, notamment dans le choix de leur lieu de vie, leur quartier, leur voisinage et entourage, que ceux du groupe évolutif, et ce, de manière plus stable dans le temps ($p<0,001$).
L'évaluation des consommations de substance a été faite à l'aide du *Six Month Follow-Back Calendar for Substance Use and Alcohol(69,70)*.
Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative d'usage d'alcool ($p=0,35$) ou d'autre drogue ($p=0,42$) parmi les deux groupes, à 24 et 48 mois.
La consommation de traitements addictolytiques a été évaluée à l'aide d'une version modifiée du *Treatment Services Inventory(71)*.
Le groupe *Pathways Housing First* a consommé moins de traitements addictolytiques que le groupe contrôle à 6, 18, 24, 48 ($p<0,025$) et 12 mois ($p<0,05$).

II.1.A.c Vécu des usagers

Bilan de l'accession au logement

Dans les groupes *Pathways Housing First* et évolutif, la majorité (77,3%) des personnes

avaient un bilan positif de l'accession au logement (respectivement 80,8% vs 69,6%).
Plusieurs participants ont rapporté que l'accession au logement avait entraîné d'importants changements, par exemple le sentiment d'être « normal » et de « faire partie de la société ».
D'autres ont illustré ce propos davantage sous l'angle de l'estime de soi, de l'espoir et d'un intérêt plus important pour eux-mêmes et le monde qui les entoure : « je prends soin de moi », « je regarde les informations pour me tenir informé ».
Une différence a été ressentie entre les deux groupes au niveau de l'intimité et de la liberté associée à un logement indépendant : « j'ai mon espace privé à présent. Si je décide de recevoir quelqu'un, je peux. », « je peux me consacrer à l'art. J'ai un atelier dans mon salon ».
Une minorité de participants ont décrit les problématiques rencontrées suite à l'obtention d'un logement. Dans le groupe *Pathways Housing First*, les difficultés rencontrées étaient principalement liées à l'autonomie soudaine et la solitude : « c'est difficile d'être autonome », « je dois apprendre à ne pas vivre dans la rue. J'essaye d'apprendre à cuisiner ». Dans le groupe évolutif, certains usagers avaient le sentiment de ne pas être réellement logés : « je n'aime pas être traité comme un enfant », « je ne suis plus hospitalisé, mais je suis toujours sans-abri en un sens ».

Sentiment de sécurité

Dans les groupes *Pathways Housing First* et évolutif, 64,5% des personnes avaient un sentiment de sécurité plus important qu'avant l'entrée dans leur logement : « je peux poser mon livre et ma nourriture sans avoir peur qu'ils soient volés », « être en mesure de fermer sa porte à clé est très différent que de dormir sous un pont. Je ne dormais jamais sur mes deux oreilles ».
Inversement, quelques personnes, principalement celles sortant d'hospitalisation ou d'autres institutions, ont rapportées un sentiment d'insécurité : « l'hôpital est un environnement protégé. Dans mon appartement, je suis plus vigilant », « je me sens moins en sécurité maintenant. On sonne à ma porte alors que je n'attends personne ».

Sentiment d'appartenance à la communauté

Dans les groupes *Pathways Housing First* et évolutif, 61,6% des personnes avaient un sentiment d'appartenance à la communauté dans laquelle elles évoluaient.
La plupart des remarques formulées étaient non spécifiques, mais celles qui l'étaient, abordaient la question de l'ethnie et des valeurs : « c'est une communauté noire et Hispanique. Je ne peux que m'intégrer », « le voisinage est composé de Latinos, Chinois et autres. Je me sens intégré ».
Cependant, une proportion non négligeable d'individus, tant dans le groupe *Pathways Housing First* que dans celui évolutif, a rapporté des difficultés à s'adapter à leur logement (22,7%). Parmi

les personnes ayant signalé ne pas avoir le sentiment d'appartenir à leur communauté, les remarques étaient principalement en lien avec leur ethnie ou des problèmes de communication : « je ne me sens pas à l'aise, c'est une communauté noire et je suis blanc », « je ne me suis pas vraiment intégré car dans mon voisinage, ce sont principalement des étrangers. Je ne parle pas la même langue ».
D'autres ont rapporté un manque de tolérance de leur voisinage vis à vis de comportements « différents ».
Enfin, la criminalité et le trafic de drogue ont pu entraver l'intégration : « je ne m'intègre pas car tout le monde parle sans arrêt de vol, de meurtre, et cela arrive aussi ».

II.1.A.d Analyse économique

Le coût annuel engendré, dans la seconde étude(59–62), par une personne du groupe *Pathways Housing First* a été de 22.500$, contre 40.000 à 65.000$ pour le groupe évolutif. À titre de comparaison, un lit de prison coûtait à la même période 85.000$ par personne et par an, un lit en hôpital psychiatrique 175.000$(72).

II.1.A.e Conclusion

Ces études ont fourni un modèle pour mettre fin à la situation des personnes sans-abri chroniques, souffrant de pathologies psychiatriques sévères ou de troubles liés à l'usage de substance. Le taux de rétention du logement dans ce programme a remis en question de nombreuses hypothèses cliniques largement répandues sur la relation entre symptômes psychiatriques et capacité fonctionnelle d'un individu. Ces usagers ont été capables d'obtenir et conserver un logement indépendant lorsqu'ils en ont eu l'opportunité et les soutiens nécessaires.
De plus, l'absence de condition relative à l'abstinence et au traitement dans le groupe *Pathways Housing First* n'a pas aggravé la symptomatologie psychiatrique des usagers ni leur consommation de substances. Pourtant, dans la mesure où le maintien dans le logement était conditionné par l'abstinence dans le groupe contrôle, et que la mesure de la consommation de substance était basée sur des données fournies rétrospectivement par l'usager, on peut légitimement penser qu'il a existé un facteur de sous représentation de la consommation de substance dans le groupe contrôle, principalement par peur de la connaissance de cette information par les équipes du programme évolutif. Le traitement étant un prérequis dans le modèle évolutif, il n'est pas surprenant que l'utilisation de traitements addictolytiques ait été plus élevée que dans le groupe expérimental.
Pour la plupart des individus souffrant de pathologies psychiatriques sévères accédant à un logement après une longue période de sans-abrisme, l'expérience a été positive.
Suite à l'obtention d'un logement individuel, certains individus, préalablement institutionnalisés,

ont eu un sentiment de solitude et des difficultés avec les activités de la vie quotidienne. Ces difficultés se sont avérées temporaires.

II.1.B Le Denver Housing First Collaborative

Parallèlement à l'étude d'envergure menée à New York, le *Colorado Coalition for the Homeless* (*CCH*) a créé le *Denver Housing First Collaborative* (*DHFC*) en 2003, à l'aide de financements fédéraux. En 2006, paraît une étude(73) regroupant les résultats de deux années de recherche tant sur le plan économique que médico-psycho-social.
Le programme *DHFC* a inclus 137 participants et logé 133 participants au cours des deux premières années.

II.1.B.a Stabilité du logement

Pour ces personnes, qui ont vécues en moyenne 8 ans dans la rue avant d'entrer dans le programme *DHFC*, 80% ont conservé leur logement pendant au moins 6 mois. Au terme des deux années d'expérimentation, 75% (n=100) étaient toujours logées.

II.1.B.b Santé

Un sous-ensemble de participants a été évalué à l'admission puis à intervalles réguliers.
50% des participants ont montré une amélioration de leur état de santé général. 43% ont amélioré leur santé mentale, 15% ont diminué leur usage de substance, et 64% ont amélioré leur qualité de vie globale.

II.1.B.c Revenus

La majorité des participants (75%) a reçu un soutien pour l'obtention des aides d'État auxquelles elle était éligible, ou d'un emploi. Le revenu mensuel moyen des participants est passé de 185$ avant entrée dans le programme *DHFC*, à 431$ après inclusion.

II.1.B.d Analyse économique

Seules 19 personnes ont permis le recueil de données permettant l'analyse économique de leurs parcours, présentée ci-dessous.

Santé

Les passages aux urgences ont diminué de 34,3% suite à l'entrée dans le programme *DHFC*. Les hospitalisations de jour ont été réduites de 40%, les hospitalisations complètes de 80,6%.
En revanche, l'utilisation des soins ambulatoires a augmenté de 1,1%. Cette augmentation était attendue dans la mesure où les participants du groupe *DHFC* ont été orientés plus régulièrement vers des soins ambulatoires, moins onéreux qu'une hospitalisation ou un passage aux urgences.
Au niveau de la prise en soin addictologique, les coûts associés ont diminué de 84,2%.
Globalement, le coût lié à la santé du groupe *DHFC* a diminué de 313.265$ (-59,4%) soit 16.488$ par personne.

Logements provisoires et système judiciaire

Les coûts liés à l'utilisation des foyers d'hébergement d'urgence, de 13.688$ pour le groupe *DHFC* avant l'inclusion, ont été neutralisés par le programme *DHFC*.
Les coûts liés à l'incarcération ont diminué de 26.040$ (-76%) avec une diminution des nuits d'incarcération de 76,2% et de passage diurne par le système pénitentiaire de 60%.

Conclusion

Pour ce groupe *DHFC*, les coûts liés à l'utilisation des services d'urgence, d'addictologie, d'hospitalisation de jour ou complète, psychiatrique ou non, des foyers d'hébergement d'urgence ainsi que d'incarcération ont été significativement réduits au cours des 24 mois de participation à l'étude, comparativement aux 24 mois précédant l'inclusion. Même si les coûts liés à la prise en soin ambulatoire ont augmenté au cours de cette même période, l'ensemble des coûts a diminué de 72,95% soit près de 600.000$. Par participant, cela représente une économie de 31.545$.
Lorsque l'investissement initial permettant de fournir un programme de *Housing First* est pris en compte, on dégage une économie nette de 4.745$ par personne.

II.1.C Le programme Seattleite, 1811 Eastlake

En 2009, les résultats d'une étude pré-post contrôlée(74) ont été publiés. Elle évaluait l'association entre Housing First, et, utilisation et coût de structures et services, chez des individus sans-abri chroniques avec trouble de l'usage lié à l'alcool sévère. 134 participants habitant à Seattle, dans l'État de Washington, ont été inclus entre novembre 2005 et mars 2007. Dans cette étude, deux groupes ont été comparés. D'un côté, le groupe *Housing First,* nommé *1811 Eastlake,* comprenant 95 personnes, et de l'autre, le groupe évolutif, en comprenant 39. L'utilisation et le coût de structures et services tels que les foyers d'hébergement d'urgence, les centres de désintoxication, l'incarcération, l'hospitalisation complète, ambulatoire et de jour, les passages aux urgences ont été

comparés entre ces deux groupes.

II.1.C.a Utilisation de structures et services

Pour le groupe *1811 Eastlake,* l'utilisation de toutes les structures et services a diminué de manière statistiquement significative excepté les centres de désintoxication pour qui la diminution n'était pas statistiquement significative. Cette baisse était corrélée au temps passé dans le programme *1811 Eastlake*.

II.1.C.b Consommation d'alcool

La consommation d'alcool a été mesurée dans le groupe *1811 Eastlake* avant l'inclusion, puis à 6, 9 et 12 mois. Elle a diminué de 15,7 unités par jour à respectivement 14, 12,5 et 10,6 unités par jour. De plus, le nombre de jours où est survenue une alcoolisation jusqu'à l'ivresse a été réduit de manière statistiquement significative (p=0,003) dans le groupe *1811 Eastlake*.

II.1.C.c Analyse économique

Les personnes du groupe *1811 Eastlake* ont généré des dépenses totales de 8.175.922$ l'année précédant leur inclusion soit en moyenne 4.066$ par personne. Ces sommes ont baissé pour atteindre 1.492$ et 958$ après respectivement 6 et 12 mois dans le programme.
Cela représente une diminution totale de plus de 4 millions de dollars sur l'année pour le groupe *1811 Eastlake* par rapport à l'année précédant l'inclusion, ou 42.964$ par personne et par an pour un coût du programme de 13.440$ par personne et par an.
Au cours des 6 premiers mois, le groupe *1811 Eastlake* a coûté 53% de moins que le groupe évolutif. Après déduction des coûts liés au programme *1811 Eastlake*, les participants de ce groupe ont occasionné, en moyenne, 2.449$ de dépenses en moins par mois et par personne, que le groupe évolutif.

II.1.D Le Housing First hors des grandes villes

En 2007, un article(75) est publié sur l'applicabilité du modèle *Housing First* hors des grandes villes, dans un comté de banlieue, ainsi que sur les écueils rencontrés par les prestataires basculant d'un modèle évolutif à un modèle *Housing First*. Ce comté a financé deux prestataires de *Housing First*, *Pathways Housing First* garant du modèle original et un consortium de prestataires locaux (*Consortium*) qui proposaient jusqu'alors des soins basés sur le modèle évolutif. Leur objectif était de loger dans des logements individuels disséminés, 60 personnes souffrant de

pathologies psychiatriques sévères avec parfois un trouble lié à l'usage cooccurrent et ayant les historiques de sans-abrisme les plus longs dans le comté.
Initialement 131 et 130 personnes ont été randomisées dans les groupes *Pathways Housing First* et *Consortium* respectivement. 51 personnes ont été randomisées dans le groupe évolutif. Du fait d'une attrition plus forte dans le groupe *Consortium* que *Pathways Housing First*, 80 participants supplémentaires ont, par la suite, été attribués au groupe *Consortium*. Il était de la responsabilité de chaque groupe de contacter et prendre en soin les participants qui leur avait été assignés.
Les données relatives au statut résidentiel ont été collectées sur 47 mois pour les groupes *Pathways Housing First* et *Consortium*, et sur 20 mois pour le groupe évolutif.
Il est donc présenté dans cette étude le statut résidentiel des participants à 20 mois parmi les trois groupes ainsi que la capacité à se maintenir dans un logement individuel pendant 47 mois parmi les deux groupes de *Housing First*.

II.1.D.a Stabilité du logement

Au cours des 20 premiers mois, *Pathways Housing First* a logé 62 personnes à raison de 3,1 personnes par mois. Cinq de ces personnes ont quitté le programme (quatre ont déménagé hors de l'état). Au terme de cette période, 57 personnes étaient logées.
Comparativement, le *Consortium* a logé 52 personnes, à un taux de 2,6 personnes par mois. Six personnes ont quitté le programme donc 46 étaient toujours logées au terme des 20 mois.
Au total, les deux programmes de *Housing First* ont logé 103 personnes de manière durable.
En revanche, seules quelques personnes du groupe évolutif ont vécu dans un logement stable sur la même période. Douze participants ont été placés dans des *supportive housing* (logements provisoires s'inspirant du *Housing First*) par le *Department of Mental Health* (*DMH*), un a été placé par le *Veteran's Administration*. Deux personnes ont repris contact avec leurs enfants et ont été transférées vers le *Homeless Families System* du comté. Seule une personne a vécu indépendamment dans un logement à vocation permanente, et une autre est partie vivre chez un membre de sa famille. Cinq personnes sont restées dans les foyers, et trois autres ont fait l'objet de prises en soin institutionnelles diverses. Une personne a été jugée inéligible au placement par le *DMH* dû à une pathologie développementale. Quatre personnes ont déménagé hors du comté. Le devenir des 21 participants qui ont quitté le groupe évolutif est inconnu.
Deux ans après le début de l'étude, 84% des personnes logées par les programmes de *Housing First* étaient toujours dans un logement (88,5% avec *Pathways*, 79% avec le *Consortium*). Après 47 mois, environ 68% des personnes logées par ces programmes se maintenaient dans leur logement (78,3% avec *Pathways*, 57% avec le *Consortium*).

II.1.D.b Difficultés de transition vers le Housing First

Deux ans après le début de l'étude, *Pathways* avait logé 54 personnes parmi les 78 personnes recrutées. Le *Consortium* avait pour sa part logé 54 personnes parmi les 164 personnes recrutées. Au terme des 47 mois, *Pathways* avait logé 58 personnes parmi les 89 personnes recrutées. Le *Consortium* avait de son côté logé 48 personnes parmi les 204 personnes recrutées.
Cette différence, malgré une meilleure connaissance du terrain du *Consortium*, composé de prestataires locaux, que *Pathways,* pourrait s'expliquer, d'après les auteurs, par le fait que le *Consortium* n'aurait pas totalement séparé le logement du traitement, et n'aurait pas logé les personnes qui lui ont été attribuées sur la base du « premier arrivé premier servi », mais aurait tenté de sélectionner les plus « aptes », alors qu'au contraire le *Housing First* est dédié aux cas les plus complexes. Cela expliquerait aussi l'attrition plus forte dans le groupe *Consortium*.
Il semble difficile pour les prestataires basculant d'un modèle évolutif à un modèle *Housing First* de dépasser l'a priori concernant la corrélation entre la symptomatologie de la personne et sa capacité à vivre indépendamment dans un logement individuel.

II.1.D.c Analyse économique

Concernant les programmes de *Housing First*, le budget a été de 20.410$ net par personne et par an. Cela incluait tous les frais afférents aux programmes comme le salaire des équipes, les coûts d'exploitation, le financement des loyers ainsi que la gestion immobilière.
Le coût du programme évolutif s'est échelonné de 24.269$ à 43.530$ par personne et par an.

II.1.D.d Spécificités des milieux péri-urbains et ruraux

Dans l'optique d'implémenter le modèle *Housing First* en banlieue ou en milieu rural, les prestataires doivent avoir conscience de plusieurs obstacles pouvant nécessiter une adaptation du modèle original.

Premièrement, le nombre de personnes susceptibles d'être concernées par ce modèle étant réduit hors des grandes villes, il est parfois compliqué de justifier le financement d'une équipe de traitement communautaire dynamique complète. Certaines responsabilités telles que les soins psychiatriques, addictologiques et sociaux doivent parfois être déléguées à des prestataires externes. Du fait de distances à parcourir plus importantes en banlieue ou en milieu rural que dans une grande ville pour rencontrer les usagers à leur domicile, il peut être nécessaire d'adapter la composition des équipes. Cela peut impliquer le doublement de certains postes de compétences spécifiques. Il faut aussi considérer la possibilité d'investir dans des moyens de transports propres au programme ou de

rembourser les frais induits pour les équipes utilisant leur véhicule personnel.
Ensuite, l'offre de logement n'est pas la même dans une grande ville ou en banlieue/milieu rural, notamment en ce qui concerne les studios ou T1. D'où la difficulté éventuelle de proposer, pour un loyer modéré, un logement individuel. Les usagers peuvent être amenés à choisir entre une chambre chez l'habitant, habiter en colocation ou attendre qu'un logement individuel soit trouvé.
Même si l'option des colocations semble séduisante, il faut garder à l'esprit que toutes ces modifications peuvent représenter un écart important au modèle original porté par *Pathways*, notamment en terme de respect du choix de l'usager et de favorisation du rétablissement. Afin de pouvoir déterminer dans quelle mesure ces adaptations ne dénaturent pas l'essence de ce modèle original, *Pathways* a créé un outil, présenté en première partie, permettant de quantifier la fidélité d'un programme au modèle initial.
Enfin, les milieux péri-urbains offrent aux usagers un niveau d'anonymat inférieur aux milieux urbains, occasionnant un risque de stigmatisation de cette frange de la population, mais aussi une possibilité de lutter contre l'isolement parfois ressenti par les usagers dans les grandes villes.

Toutes ces adaptations sont chronophages et requièrent un effort supplémentaire d'information autour du *Housing First* vis à vis de la population et des acteurs clés.

II.1.E Le Housing First à destination de populations spécifiques

II.1.E.a Les vétérans sans-abri chroniques

Deux essais sont présentés dans cette partie.

Le premier(76), publié en 2003, comparait l'efficacité et le coût du modèle évolutif avec un programme de *Housing First*, co-financé et piloté par le *Housing and Urban Development (HUD)* et le *US Department of Veterans Affairs (VA)*. Ce programme nommé *HUD-VA Supportive Housing (HUD-VASH)*, s'adresse à une population de vétérans sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères et/ou de troubles liés à l'usage. 460 participants, inclus entre juin 1992 et décembre 1995, ont été randomisés en trois groupes : (1) *HUD-VASH* (n=182) comprenant une aide à l'accès et au financement du logement *(section 8),* permettant aux participants de ne pas dépenser plus de 30% de leurs revenus en loyer, ainsi qu'un accompagnement de type *Intensive Case Management (ICM)*, (2) *ICM* seul (n=90) ou (3) prise en soin standard par le *VA* (n=188). Le suivi de ces groupes a duré trois ans.

Le second(56), publié en 2013, s'étalant sur 12 mois, comparait l'efficacité du programme de *Housing First HUD-VASH* au programme évolutif parmi une population de vétérans sans-abri.

Stabilité du logement

Dans le premier essai(76), sur la période de suivi, le groupe *HUD-VASH* a passé 16% de jours en plus dans un logement stable que le groupe *ICM* (p<0,001) et 25% que le groupe *VA* (p<0,001). Le groupe *ICM* a passé 7% de jours en plus dans un logement stable que le groupe *VA* (p=0,29).
Les participants du groupe *HUD-VASH* ont passé 35% et 36% de jours en moins sans-abri que respectivement le groupe *ICM* et *VA* (p<0,005).

Dans le second(56), sur la durée de l'essai, le délai d'accession au logement était de 223 jours dans le groupe évolutif (n=70) contre 35 dans le groupe *HUD-VASH* (n=107).
Au terme des 12 mois de l'essai, 98% des participants du groupe *HUD-VASH* s'étaient maintenus dans leurs logements contre 86% pour ceux du groupe évolutif.

Santé, consommation de substance, intégration sociale

Sur la base d'échelles standardisées, les entretiens de suivi trimestriels(76) n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le plan de la santé mentale, la consommation de substance ou l'intégration sociale globale parmi ces trois groupes, bien que le groupe *HUD-VASH* ait eu un réseau social plus développé.

Analyse économique

Le groupe *HUD-VASH* a coûté 6.200$ de plus que le groupe *VA*. Chaque jour passé dans un logement stable coûtait, en moyenne, pour le groupe *HUD-VASH*, 45$ de plus que pour le groupe *VA*. Les groupes *HUD-VASH* et *ICM* avaient des coûts comparables.
Le *Housing First* a, pour un coût modeste, amélioré le statut résidentiel de ces personnes sur une période de trois ans(76).

II.1.E.b Les familles ayant un besoin élevé et complexe d'accompagnement

En 2018, un essai contrôlé(55) évaluait l'impact d'un programme de *Housing First* de la ville de New York sur la stabilité du logement et la santé de familles sans-abri ayant au moins un chef de famille souffrant de pathologie psychiatrique, de trouble lié à l'usage ou de handicap physique.
Parmi les 926 familles éligibles au programme de *Housing First*, 300 ont été placées dans le groupe *Housing First* et 626 dans le groupe *Non Housing First*. Les familles ont été incluses entre 2007 et 2012 et les données concernant leur statut résidentiel et leur santé ont été collectées deux ans avant et après l'inclusion.

Stabilité du logement

87% des participants du groupe *Housing First* ont pu se maintenir dans un logement stable sur la durée de l'étude, contre 1% seulement du groupe contrôle.

Santé

Le groupe *Housing First* enregistrait 40% d'hospitalisations et de passages aux urgences évitables en moins (RR=0,60, [0,38;0,96]), par rapport au groupe témoin.

II.2 Canada

Entre 2008 et 2013, le gouvernement canadien a financé un projet de *Housing First* nommé *At Home/Chez soi* visant à mettre fin au sans-abrisme chronique chez les individus souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Ce projet qui s'étendait sur une durée de cinq ans a inclus plus de 2000 participants dans cinq villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton) afin d'assurer la représentativité raciale et ethnique de l'échantillon vis à vis des cinq régions du Canada. Il a permis la rédaction de nombreux essais contrôlés randomisés, dont une partie est présentée ci-dessous.

II.2.A Le programme At Home/Chez Soi

II.2.A.a Essai contrôlé randomisé princeps

Publié en 2015, cet essai d'envergure(77) regroupe les résultats d'une année de suivi du programme *At Home/Chez Soi* avec accompagnement de type *ACT* dans cinq villes canadiennes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. 950 participants souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère et/ou d'un trouble lié à l'usage, et ayant besoin d'un haut niveau d'accompagnement, ont été randomisés dans deux groupes, d'octobre 2009 à juillet 2011, *At Home/Chez Soi* (n=469) et évolutif (n=481).

Stabilité du logement

À un an de suivi, basé sur le *Residential Time-Line Follow-Back Inventory(78)*, 73% des participants du groupe *At Home/Chez Soi* et 31% du groupe évolutif résidaient dans un logement individuel stable (p<0,001).

Santé mentale

Les deux groupes ont rapporté une diminution de la sévérité des symptômes psychiatriques (*Colorado Symptom Index(65)*), ainsi que des troubles liés à l'usage (*GAIN-SS(79,80)*), sans différence significative. L'amélioration de la qualité de vie globale, évaluée par le *QoLI-20(81)*, a été plus importante dans le groupe *At Home/Chez Soi* que dans le groupe évolutif (p<0,001).

Fonctionnement en communauté

Le groupe *At Home/Chez Soi* a aussi amélioré de façon plus importante que le groupe contrôle, son fonctionnement en communauté (p=0,003), évalué via la *Multnomah Community Ability Scale (MCAS)(82,83)*, une échelle standardisée de compétences sociales à destination des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

Conclusion

Cette étude renforce les résultats obtenus précédemment aux États-Unis, qui montrent que le *Housing First* est une approche permettant de réduire le sans-abrisme chronique de personnes souffrant de pathologies psychiatrique sévères même si elles sont symptomatiques ou consomment des produits stupéfiants de manière concomitante.

II.2.A.b L'ICM, une alternative valable et moins coûteuse

En parallèle, en 2015, un autre essai contrôlé randomisé(84) est publié. Il expose les résultats de 24 mois de *Housing First* dans des logements individuels dispersés avec cette fois un accompagnement de type *ICM* chez des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques avec ou sans troubles liés à l'usage associé. L'absence de critère de sévérité de la pathologie psychiatrique tient à la volonté de l'auteur de démontrer que l'*ICM* pourrait être une alternative valable et moins coûteuse que l'*ACT* pour les personnes n'ayant pas besoin d'un haut niveau d'accompagnement.
Les participants (n=1198) ont été recrutés d'octobre 2009 à juillet 2011 dans quatre villes Canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto et Montréal) et randomisés dans deux groupes, *At Home/Chez Soi* (n=689) et évolutif (n=509).

Stabilité du logement

Sur la durée de l'étude, le pourcentage de jours passés dans un logement stable était plus

élevé dans le groupe *At Home/Chez Soi* (de 62,7% à 77,2%) que dans celui évolutif (de 23,6% à 38,8%).

Qualité de vie

La différence entre les deux groupes en terme de qualité de vie globale, évaluée à l'aide du questionnaire *EQ-5D(85)*, n'était pas statistiquement significative.

Analyse économique

En moyenne, l'*ICM* a coûté environ 30% de moins que l'*ACT* et a généré une économie nette de 4.849CaD$ par personne et par an pour des personnes ne nécessitant pas l'intensité de l'accompagnement proposé par l'*ACT.* L'efficacité de l'*ICM* n'a pas été comparée avec celle de l'*ACT* dans la mesure où ces deux approches ne s'adressaient pas à la même population.

II.2.A.c Effet sur l'observance au traitement antipsychotique

En 2017, un essai contrôlé randomisé(86) réalisé à Vancouver évaluait l'effet du *Housing First* sur l'observance au traitement antipsychotique chez des personnes sans-abri souffrant de schizophrénie. 165 personnes randomisées entre octobre 2009 et juin 2011 dans le cadre du projet *At Home/Chez Soi* ont été suivies jusqu'au 31 mars 2013, date de fin de l'étude, ou jusqu'à leur décès, soit sur une durée moyenne de 2,6 ans.

Les participants ont été randomisés en trois groupes ; *Scattered-site Housing First with ACT (SHF)* (n=51), mettant à disposition des logements individuels dispersés avec un accompagnement de type *ACT*, *Congregate Housing First with on-site support (CHF)* (n=57), correspondant à des hébergements collectifs dédiés aux participants incluant une équipe de soutien sur place équivalente à l'*ACT*, avec notamment une présence médicale et une pharmacie, et le groupe évolutif (n=57). L'observance était mesurée par le *Medication Possession Ratio (MPR)* correspondant au rapport entre le nombre de jours théorique avant que le patient ne doive repasser à la pharmacie si l'observance était parfaite, sur le nombre de jours réel avant qu'il ne repasse.

Par exemple, si un patient se voit délivrer un traitement pour une durée de trente jours, et repasse à la pharmacie renouveler son traitement au trente-troisième jour, son *MPR* sera de 30/33 = 90,9%. Plus le *MPR* est élevé, plus le patient est observant.

Cette mesure, considérée comme la plus fiable basée sur des données administratives(87), établit le seuil d'une observance convenable à 80%(88).

Avant randomisation, le *MPR* des participants était très bas, en moyenne entre 44% et 48%. Au terme du suivi, il était de 64%.

Le *MPR* moyen était significativement différent entre les trois groupes (p<0,001). Seul le *MPR* moyen du groupe *SHF* s'est approché de la barre des 80% (78%). Comparé au *MPR* moyen du groupe évolutif (55%), celui du groupe *SHF* était significativement plus élevé (p<0,001) contrairement à celui du groupe *CHF* (61%, p=0,643). Le *MPR* médian dans le groupe *SHF* était de 87%, ce qui veut dire que la moitié des participants du groupe *SHF* avaient une observance supérieure à la barre des 80%. Cet écart à la moyenne suggère que la réponse des participants au *SHF* était très inégale, et que certains répondaient fortement tandis que d'autres non. Cette observation était transposable au groupe *CHF.*

II.2.A.d Comparaison des formes Scattered et Congregate Housing First

En parallèle, en 2017, un autre essai contrôlé randomisé(89) est publié. S'étendant sur 24 mois, il comparait le *Housing First* sous ses formes *SHF* et *CHF,* au modèle évolutif en terme de stabilité du logement principalement, ainsi que de santé et d'indices psychosociaux secondairement. 297 individus sans-abri souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère avec ou sans trouble lié à l'usage cooccurrent ont été recrutés entre octobre 2009 et juin 2011 dans le cadre du projet *At Home/Chez Soi* et randomisés en trois bras, *SHF* (n=90)*, CHF* (n=107) et évolutif (n=100). Le pourcentage de temps passé dans un logement stable sur la durée de l'étude a été mesuré grâce au *Residential Time-Line Follow-Back Inventory(78)*.

Stabilité du logement

Sur la durée de l'étude, le pourcentage de jours passés dans un logement stable a été de 26,3% [20,5-32,0] dans le groupe évolutif, contre 74,3% ([69,3-79,3], p<0,001) dans le *CHF* et 74,5% ([69,2-79,7], p<0,001) dans le *SHF.*

Critères de jugements secondaires

Comparé au groupe évolutif pour les critères de jugements secondaires, notamment la sévérité du handicap, le sentiment d'appartenance à une communauté et le rétablissement, le *CHF* a été significativement plus efficace mais pas le *SHF.*

II.2.A.e Leviers, facteurs limitant et favorisant la transition vers le HF

Un troisième article d'intérêt(90) a été publié cette année là, s'intéressant cette fois à la mise en œuvre et l'intégration du *Housing First* au sein des pratiques existantes à travers le Canada.
Pour ce faire, les auteurs ont eu recours à deux outils complémentaires, les sciences de

l'implémentation, qui peuvent se définir comme « l'étude des méthodes pour promouvoir l'intégration des résultats de [*l'evidence-based practice*] dans la politique et la pratique des soins de santé »(91,92), et la théorie systémique qui permet notamment l'étude du fonctionnement d'une pratique dans le système qui l'entoure.

Les auteurs ont cherché à répondre à trois questions ; quels ont été les facteurs favorisant et entravant la mise en œuvre du *Housing First* dans le système existant, comment la formation et l'assistance technique prodiguée par des experts du *Pathways Housing First Training Institute* y ont contribué et quels leviers ont été utilisés pour faciliter le changement.

Au niveau des facteurs favorisant et entravant la mise en œuvre du *Housing First*, les auteurs ont distingué deux phases, l'étude de marché et la mise en œuvre sur le terrain.

Phase d'étude de marché

À la phase d'étude de marché, les facteurs favorisants étaient le besoin, la demande de solutions pour lutter contre le sans-abrisme chronique chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ainsi que le contexte et la volonté politique.

Les facteurs limitants étaient la difficulté pour les partenaires à cerner le problème et la solution, à savoir de lutter spécifiquement contre le sans-abrisme chronique et de reconnaître le *Housing First* comme une *evidence-based practice*, ainsi que leur inertie avec une tendance à penser qu'ils suivaient déjà les principes fondamentaux du *Housing First* et que cette approche était une critique implicite de leur manière de travailler. Certains partenaires doutaient, sur la base d'idées préconçues, que ce programme soit adapté à leur cas particulier. Un autre obstacle était le manque de cohésion entre partenaires et la difficulté de créer de nouveaux partenariats. Par exemple, il est arrivé que sur le même secteur, deux partenaires différents travaillent avec le même objectif sans coordonner leurs actions ni communiquer entre eux. De plus, il a été difficile de mettre en lien le secteur sanitaire avec celui de l'hébergement dans la mesure où ces deux secteurs ont toujours été en compétition pour obtenir des financements. S'ajoutant à cela, les évaluations des futurs usagers du *Housing First* faites par les partenaires de terrain n'étaient pas considérées comme cliniquement valables par les services sanitaires qui étaient réticents à se déplacer pour les évaluer eux-mêmes. Cela était particulièrement vrai dans les provinces.

Phase de mise en œuvre

À la phase de mise en œuvre sur le terrain, les obstacles étaient principalement d'ordre financier, avec la nécessité d'allouer des subventions suffisantes pour pérenniser le *Housing First* et de cibler les partenaires désireux d'effectuer une réelle transition dans leurs pratiques et pas

simplement de remplir des critères pour obtenir de nouveaux financements.

Les facteurs propices étaient un contexte politique favorable, avec notamment un financement adapté et approprié, la présence de partenaires *leaders* capables de fédérer localement les différents intervenants ainsi que la capacité à sélectionner, pour cette mise en œuvre, des partenaires déjà réceptifs aux valeurs de l'approche *Housing First*. La formation et l'assistance technique ont un rôle clé dans la mise en pratique du *Housing First.* Les ateliers proposés par les experts du *Pathways Housing First Training Institute* ont été globalement favorablement accueillis, bien que certains partenaires aient vécu cela comme une menace et une dévaluation de leurs manières de travailler. De l'évaluation de ces ateliers sont ressorties trois interventions ayant contribué à la mise en œuvre du *Housing First*.

Premièrement, accompagner les partenaires dans la transition, notamment au niveau de l'organisation, pour par exemple mettre en place un système d'évaluation et d'admission centralisé.

Deuxièmement, former et informer les partenaires sur le *Housing First* et mettre en exergue les similitudes et les différences par rapport à leur manière de travailler. En effet, certains partenaires avaient l'impression qu'ils faisaient « déjà du *Housing First* » et d'autres mettaient en doute l'efficacité de cette approche pourtant validée scientifiquement.

Enfin, avoir un rôle de médiateur entre les parties prenantes et soutenir les partenaires *leaders* localement dans leur rôle fédérateur.

Les leviers identifiés comme ayant facilité la mise en œuvre du *Housing First* sont au nombre de trois.

Premièrement, définir les limites de ce programme, en aidant à mieux cerner la problématique à laquelle le *Housing First* doit répondre, en transformant les problèmes insolubles dans l'immédiat (par exemple le manque de logement abordables) en problèmes solubles (coordination du secteur sanitaire et de l'hébergement) et en favorisant la mise en relation d'acteurs pertinents (introduction de personnel médical et paramédical dans les équipes d'accompagnement, priorisation des usagers du *Housing First* pour l'obtention d'un logement social, recherche de financement, etc).

Ensuite, identifier les valeurs et croyances entravant la mise en place du *Housing First* et les remplacer par le biais de formation et d'information. Enfin, favoriser la cohésion entre les différents acteurs clés, les mettre en relation et leur permettre de travailler ensemble.

II.2.B Le Housing First accessible aux personnes souffrant de déficit intellectuel

Au Canada, en 2018, un essai contrôlé randomisé(57) comparait l'efficacité du *Housing First* au modèle évolutif en terme de stabilité du logement entre deux groupes de personnes sans-abri, souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère et ayant un quotient intellectuel soit inférieur (QI< (n=28 ; 16%)), soit supérieur (QI≥ (n=144 ; 84%)) à 85, valeur seuil de la déficience

intellectuelle. Cet essai s'étalant sur deux ans s'est appuyé sur la cohorte *At Home/Chez soi* de Toronto. 172 personnes ont été randomisées en deux groupes, *Housing First* (n=103, n(QI<)=18) et évolutif (n=69, n(QI<)=10).

Le critère de jugement principal était le pourcentage de jours passés dans un logement stable.

Au terme de l'étude, les personnes du groupe *Housing First* ont passé plus de temps dans un logement stable que celles du groupe évolutif. L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative en terme de stabilité du logement entre les sous-groupes QI< et QI≥ tant dans le bras *Housing First* que dans celui évolutif.

Cela démontre que le quotient intellectuel n'est pas un indice permettant de prédire la capacité d'une personne à conserver son logement et que le *Housing First* s'adapte aussi aux personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères et présentant une déficience intellectuelle.

II.3 Bilan nord-américain

II.3.A Vue d'ensemble du dispositif Housing First

En 2017, une revue de la littérature(93) publiée dans *Acta Psychiatrica Scandinavica* regroupe des études comparant les effets du *Housing First* dans sa forme originale, à savoir des logements indépendants avec équipes de traitement communautaires dynamiques, à d'autres types de solutions d'hébergement et accompagnement, notamment le modèle évolutif, chez des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères.

24 études avec des personnes sans-abri et 8 avec des personnes ayant déjà un logement ont été incluses. Les études portant sur les personnes sans-abri étaient toutes canadiennes ou états-uniennes. Seules deux publications portant sur les personnes ayant déjà un logement ne provenaient pas ni des États-unis ni du Canada (Taïwan et Allemagne).

Ces études ont été classées en trois catégories : Les essais contrôlés randomisés portant sur les personnes sans-abri (n=20), les études observationnelles portant sur les personnes sans-abri (n=4) et les études portant sur les personnes déjà logées (n=8, aucun essai contrôlé randomisé).

Pour analyser les effets du *Housing First* dans ces études, les critères de jugement ont été regroupés en cinq groupes : le logement (stabilité, nombre de jours passés logé), l'intégration sociale, la santé (psychiatrique, non psychiatrique et addictologique), les critères subjectifs (la qualité de vie, la satisfaction vis à vis du logement, de la vie) et les coûts (du logement, de l'accompagnement, du traitement).

On peut constater que globalement, les effets du *Housing First* sont au moins équivalents aux autres solutions d'hébergement et accompagnement. Partant de ce constat, le choix des usagers devrait être individuellement considéré et privilégié.

Groupes de critères de jugement	Logement			Intégration sociale			Santé			Critères subjectifs			Coûts		
Voir Légende : + = -	+	=	-	+	=	-	+	=	-	+	=	-	+	=	-
Essais contrôlés randomisés portant sur les personnes sans-abri	7	2	1	3 + 1*	6	0	6 + 2*	16	1	6 + 1*	8	0	2	1	0
Études observationnelles portant sur les personnes sans-abri	1	1	0	0	2	0	3	2	0	3	1	0	n/a	n/a	n/a
Études portant sur les personnes déjà logées	n/a	n/a	n/a	2	1	0	1 + 1*	2	2	2	6	2	n/a	n/a	n/a

+ : Résultat en faveur
= : Résultat équivalent ou non significatif
- : Résultat en défaveur
* : Résultat en faveur mais non significatif

II.3.B Analyse de l'impact financier

En 2015, une revue de la littérature(94) publiée dans *The Canadian Journal of Psychiatry* regroupe des études analysant l'impact financier de l'approche *Housing First* comparée, à l'exception d'une(76), au modèle évolutif.

12 études dont quatre essais contrôlés randomisés et 8 études quasi-expérimentales (dont 5 contrôlées et 3 pré-post sans groupe contrôle), ainsi que 22 études issues de la littérature grise, ont été incluses. La majorité de ces études dataient d'entre 2007 et 2015 et seulement deux d'entre elles, pré-post sans groupe contrôle, n'étaient pas nord-américaines (Finlande et Australie).

Grâce au *Housing* First, les dépenses associées aux foyers d'hébergement d'urgence et urgences médicales ont diminué alors que l'impact sur les coûts liés à l'hospitalisation et la justice reste plus mitigé.

Tandis que les études quasi-expérimentales démontraient majoritairement une nette diminution globale des coûts associés à l'approche *Housing First* comparée à l'approche évolutive, les essais contrôlés randomisés eux retrouvaient majoritairement une augmentation de ces coûts associés au *Housing First*.

II.3.C Discussion

Ce dernier résultat semble contradictoire avec ceux exposés dans l'article de 2017 suscité(93) mais s'expliquent.

Premièrement, les études pré-post n'utilisaient pas de groupe contrôle. Les participants entrant généralement dans le programme de *Housing First* en période de crise, ils génèrent à l'inclusion des coûts plus importants que la moyenne. Par phénomène de régression à la moyenne, il est normal que les coûts associés diminuent et que ce type d'étude en surestime l'effet.

Deuxièmement, les critères d'inclusion entre cette étude et celle de 2017 n'étaient pas les mêmes. Pour des raisons éthiques, dans la revue de la littérature de 2015, les essais étaient majoritairement contrôlés par des participants en liste d'attente, à qui un logement pouvait être proposé dès disponibilité. Ces études ont été exclues de la revue de 2017 dans la mesure où elle avait comme objectif de comparer le *Housing First* aux autres types de solutions d'hébergement et accompagnement, et pas à des listes d'attente.

La revue de 2015 montrait aussi que plus les coûts engendrés initialement par les participants étaient élevés avant l'entrée dans un programme de *Housing First*, plus les bénéfices économiques attendus étaient importants, et donc mécaniquement l'efficacité. Cette revue suggérait que le *Housing First* générerait des économies suffisantes pour s'autofinancer. Ceci reste cohérent avec la philosophie initiale du *Housing First* qui est de mettre fin au sans-abrisme des personnes ayant le plus haut besoin d'accompagnement et donc générant les coûts les plus élevés.

Il serait simpliste de se limiter à ce constat pour justifier le financement ou non d'un programme sanitaire et social tel que le *Housing First* dans la mesure où la plupart des interventions de cette nature, ou même médicales pures (par exemple les nouvelles chimiothérapies dans les cancers(94)), ne génèrent pas d'économie mais apportent, pour l'usager, un bénéfice suffisant pour justifier leur financement. On peut en conclure que, pour cette population de personnes sans-abri chroniques, l'allocation de moyens financiers pour le développement du *Housing First* plutôt que pour le modèle évolutif semble être un choix pertinent.

II.4 France

C'est à Marseille, dans la lignée des mobilisations autour des questions de toxicomanie qu'au milieu des années 2000, une vague de mobilisation axée sur le nombre grandissant de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, sans-abri, vivant dans l'hypercentre, revendique le principe qu'avoir un chez-soi est plus essentiel 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. Cette expérience princeps est le point de départ de la diffusion en France du *Housing First* et plus largement d'une approche nouvelle du soin psychiatrique, orienté autour du rétablissement.

II.4.A Présentation du programme « Un Chez-Soi d'Abord »

Le programme « Un Chez-Soi d'Abord » conduit en France entre 2011 et 2016 dans quatre grandes villes (Paris, Marseille, Lille, Toulouse) répond aux besoins des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères qui échappent généralement aux prises en soin en escalier. Inspiré du *Housing First* largement répandu outre-Atlantique depuis les années 90, le programme français a prouvé son efficience et a été pérennisé par décret fin 2016(45) sous la dénomination de dispositif d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-Soi d'Abord »(95). Ce programme est couplé à un essai contrôlé randomisé d'envergure, piloté par une équipe de recherche indépendante qui vise à comparer ses effets à ceux de l'offre habituelle.

Concrètement, sur chaque ville, un établissement de santé mentale, une association sociale ou médico-sociale 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(95).

Chaque équipe suit cent usagers ayant tous eu un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère, un parcours d'itinérance et des besoins élevés d'accompagnement.

Précisément, les critères d'inclusion sont d'avoir plus de 18 ans, être sans-abri ou habiter dans un logement précaire, vivre dans la ville en question depuis plus de six mois et projeter d'y rester dans les deux ans suivant l'inclusion, avoir des besoins élevés d'accompagnement définis comme avoir un diagnostic de schizophrénie ou de bipolarité selon le DSM-IV-TR et un handicap modéré à sévère évalué par la *MCAS(82,83)*, remplir au moins un de ces trois critères (avoir bénéficié d'une hospitalisation en lien avec une pathologie psychiatrique deux fois ou plus sur une même année parmi les cinq années précédant l'inclusion, avoir un trouble lié à l'usage de substance comorbide ou avoir été arrêté ou incarcéré dans les deux années précédant l'étude), bénéficier de la sécurité sociale et parler Français.

Les personnes jugées incapables de fournir un consentement éclairé, ayant des enfants à charge, étant enceintes, ou ayant reçu un diagnostic de l'axe I du DSM-IV-TR autre que schizophrénie ou bipolarité sont exclues.

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 individuel diffus dans la cité dans un bref délai. L'accompagnement vise l'ensemble des domaines de la vie(96) (santé et bien-être à 32%, visite de soutien et maintien du lien à 32%, logement à 14%, accompagnement juridique et social à 11%, aide au quotidien et loisirs à 11%).

II.4.B Résultats nationaux du programme « Un Chez-Soi d'Abord »

Au total, 703 individus sont randomisés en deux groupes, « Un Chez-Soi d'Abord » (n=353) et témoin (n=350), entre août 2011 et avril 2014 et suivis initialement pendant 24 mois. L'âge moyen est de 38 ans. 82% sont des hommes. En moyenne, sur leur vie entière, ils ont passé 8 ans sans domicile personnel et 4,5 ans sans abri. 100% d'entre eux souffrent d'une pathologie psychiatrique sévère (70% schizophrénie et 30 % bipolarité) et 80 % présentent une comorbidité d'addiction(97). 432 logements sont « captés » dont 80% dans le parc privé(96).

II.4.B.a Stabilité du logement

Le programme « Un Chez-Soi d'Abord » montre son efficience durant la période de suivi initial 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(95). Le nombre total de jours passés dans un logement stable au cours de l'essai est près de 2,5 fois plus élevé (246%, p<0,001) dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord » que dans le groupe témoin(98).
D'après les données mises à disposition par la DIHAL au 7 février 2020, 566 personnes ont été accueillies entre 2011 et 2019 et 93% de l'effectif a été logé (n=528). 212 personnes (37%) sont sorties du dispositif, 2% ont été perdues de vue et 11% sont décédées.
En moyenne sur les quatre sites, 50% des personnes ayant été intégrées pendant la phase de recherche sont toujours logées dans le dispositif en 2020.

II.4.B.b Santé

Si l'on compare le groupe des personnes suivies par le dispositif au groupe témoin, on note une amélioration de la symptomatologie psychiatrique(99) (*Modified Colorado Symptom Index(100)*), du rétablissement (M6 (66,5 vs 60,7, p=0,002), M24 (71 vs 66,8, p<0,035), *Recovery Assessment Scale(101)*), de la qualité de vie (M6 (55,3 vs 49,3, p=0,006), M24 (56,9 vs 51,5, p=0,019), *S-QoL(102)*) notamment dans des sous-dimensions telles que l'estime de soi et le bien-être physique(99), et 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(97).

L'état de santé physique et mental global évalué par le score *SF-36(103)* est identique dans les deux groupes au cours et au terme du suivi, ainsi que les consommations d'alcool et autres substances (*Mini International Neuropsychiatric Interview(104)*). Ces effets se prolongent à long terme comme en attestent les résultats du suivi à 48 mois(99).

II.4.B.c Analyse économique

Il s'en dégage un moindre coût pour la communauté. Sur le volet sanitaire, l'accompagnement permet une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation pour le groupe « Un Chez-Soi d'Abord » par rapport au groupe témoin. Le coût annuel par personne dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord » 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(97).

II.4.B.d Enquête de satisfaction

Menée à 36 mois de suivi(105), auprès de 131 personnes du groupe « Un Chez-Soi d'Abord », recensant la fréquence du suivi des usagers, leurs besoins vis à vis du service, et leur satisfaction globale (*Consumer Satisfaction Questionnaire-8, CSQ-8(106)*), elle montre à 74% une demande d'aide pour gérer le logement, à 63% un besoin d'assistance administrative et à 43% une nécessité de soutien vis à vis de la pathologie psychiatrique. Le score moyen au *CSQ-8* est de 25,6 (SD=5,2), 32 étant la note maximale reflétant une satisfaction totale.
Les quatre facteurs suivants ont été identifiés comme prédicteurs d'un score *CSQ-8* plus élevé : une fréquence élevée de suivi, un faible niveau d'éducation, avoir déjà été locataire et souffrir de schizophrénie ($p<0,001$).

II.4.B.e Du « Chez-Soi d'Abord » au rétablissement

Une étude qualitative de 2018(107) analyse les effets du programme « Un Chez-Soi d'Abord » sur les trajectoires de vie des usagers et a permis de dégager douze critères objectifs et six critères subjectifs clés dans le processus de rétablissement ainsi que quatre thèmes principaux. De ce constat, trois défis pouvant altérer le rétablissement ont été identifiés.
Les douze critères objectifs de changement explorent la stabilité du logement, la modulation/arrêt des consommations de toxiques, l'augmentation des ressources, l'ouverture/mise à jour de droits, les liens sociaux, la famille, la vie amoureuse, le travail, les activités de loisir, la santé physique et mentale ainsi que la recherche de soins (traitements et ressources alternatives).

Les six critères subjectifs de changement évaluent l'espoir, la projection dans l'avenir et la mise en place d'objectifs, la réflexivité, l'estime de soi et les rôles sociaux, la sécurité ontologique, le contrôle des symptômes et troubles ainsi que l'élaboration de stratégies.
Ces items et les cotations correspondantes sont disponibles en annexe de l'article sus-cité.
Les quatre thèmes principaux retrouvés au cours du rétablissement, et à prendre en compte pour le bon déroulement de ce dernier, sont le besoin d'un espace stable et sécurisant favorable à la réflexivité (« s'installer d'abord, réfléchir ensuite »), l'effet « lune de miel » du programme « Un Chez-Soi d'Abord » dont il faut avoir connaissance afin de ne pas relâcher prématurément l'accompagnement, l'importance du lien social même faible et le soutien apporté par les pairs.
De cette analyse, trois trajectoires pré et post inclusion dans le programme « Un Chez-Soi d'Abord » ont été identifiées : (1) la poursuite d'une trajectoire descendante avec un effet d'amortissement, où les effets du programme sont considérables mais insuffisants pour occasionner un changement de trajectoire, (2) une trajectoire irrégulière alternant entre espoir et renoncement avec des effets positifs intermittents et (3) une trajectoire inversée avec « effet rebond », où on observe une nette bifurcation entre le parcours pré et post rétablissement.
Les trois défis qui émergent de cette analyse sont de trouver l'équilibre entre bénéfices et risques, casser les trajectoires descendantes et permettre une bifurcation vers le rétablissement.

II.4.C « Un Chez-Soi d'Abord » localement

Sur chacun des quatre sites expérimentaux(3), le programme est mis en œuvre par des porteurs associatifs et hospitaliers, en lien très étroit avec les préfectures, les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et les Agences Régionales de Santé. Les collectivités locales, les acteurs du logement et le tissu associatif sont également solidarisés à la démarche.

II.4.C.a Paris

À Paris, 120 personnes ont intégré l'étude, dont 60 dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord ». 57 d'entre elles ont été logées entre 2011 et 2014 et 53 étaient accompagnées et logées en octobre 2014. Sur les 58 logements « captés », 29 étaient issus du secteur privé et 13 issus de baux associatifs. Les 16 restants, provenant du parc public, avaient un loyer mensuel moyen de 336€ charges comprises. L'équipe d'*ACT* était composée d'un coordinateur, de médecins psychiatre et généraliste, deux médiateurs de santé pair, une psychologue, des infirmiers, des travailleurs sociaux, une secrétaire, une équipe de captation et gestion locative, qui ont réalisé plus de 5.000 rencontres au domicile ou accompagnements sur deux ans. Deux fois par mois, les participants et professionnels du programme se réunissaient pour un temps d'échange. En 2013, ce temps a permis

l'organisation d'un séjour de cinq jours de vacances au Pays Basque. En 2014, une vingtaine de personnes ont participé à la conception et la rédaction d'un journal : Le Canard déchaîné.

II.4.C.b Lille

À Lille, 185 personnes ont intégré l'étude, dont 93 dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord ». 85 d'entre elles ont été logées entre 2011 et 2014 et 83 étaient accompagnées et logées en octobre 2014. Des 97 logements captés sur 13 communes de l'agglomération Lilloise, 2 provenaient du parc social. Le loyer mensuel moyen était de 460€ charges comprises. L'équipe d'*ACT* était composée d'un coordinateur, de médecins psychiatres, une psychologue, deux médiateurs de santé pair, des infirmiers, des travailleurs sociaux, une secrétaire, une équipe de captation et gestion locative ayant réalisé plus de 10.000 rencontres au domicile ou accompagnements sur trois ans. En août 2013, les locataires « Un Chez-Soi » du site Grand Lille ont élu leurs 5 représentants au cours d'une de leurs assemblées. Depuis lors, ces représentants participent à dessiner la démocratie participative en étant présents au comité de gestion du programme. Une des volontés de cette assemblée est de pouvoir tisser un réseau d'entraide entre les locataires, mais aussi avec les ressources des différents territoires de la métropole.

II.4.C.c Toulouse

À Toulouse, 200 personnes ont intégré l'étude, dont 100 dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord ». 90 d'entre elles ont été logées entre 2011 et 2014 et 84 étaient accompagnées et logées en octobre 2014. Des 90 logements captés sur le territoire de la ville de Toulouse, 5 provenaient du parc social. Le loyer mensuel moyen était de 410€ charges comprises. L'équipe d'*ACT* était composée d'un coordinateur, de médecins psychiatre, addictologue et généraliste, un médiateur de santé pair, des infirmiers, des travailleurs sociaux, une secrétaire, une équipe de captation et gestion locative ayant réalisé plus de 10.000 rencontres au domicile ou accompagnements sur trois ans. Une fois par semaine s'est tenu un atelier bien-être focalisé sur l'expression et la participation des locataires. Onze sessions ont eu lieu en 2014 co-animées par un professionnel de l'équipe et une locataire. En moyenne, dix locataires étaient présents aux sessions dont cinq de façon régulière.

II.4.C.d Marseille

À Marseille, 200 personnes ont intégré l'étude, dont 100 dans le groupe « Un Chez-Soi d'Abord ». 96 d'entre elles ont été logées entre 2011 et 2014 et 87 étaient accompagnées et logées en octobre 2014. Des 137 logements captés sur la ville de Marseille, 28 provenaient du parc social

et 2 étaient des logements privés conventionnés. Le loyer mensuel moyen était de 345€ charges comprises. L'équipe d'*ACT* était composée d'un coordinateur, de médecins psychiatres et généraliste, une psychologue, deux médiateurs de santé pair, des infirmiers, des travailleurs sociaux, une secrétaire, une équipe de captation et gestion locative ayant réalisé plus de 10.000 rencontres au domicile ou accompagnements sur trois ans. La « feuille de chou » est un projet porté par les acteurs marseillais « Un Chez-Soi d'Abord ». Il est né du désir de mettre en commun les savoirs-faire, écrits, expériences, recueil et diffusion d'informations, photos, témoignages, recettes de cuisine, etc. C'est un journal trimestriel et des réunions de travail sont prévues de façon hebdomadaire. L'objectif est de promouvoir une vision différente, de « casser les clichés » sur des thématiques comme la maladie mentale. C'est une aventure humaine individuelle mais surtout collective qui a conduit en septembre 2014 à la création de l'association « Les cris des saltimbanques ». Cette existence administrative permet de recevoir des subventions pour financer et développer différents projets et activités, notamment le journal.

II.4.D Le futur du « Chez-Soi d'Abord »

Fort de ces résultats, un déploiement du dispositif est prévu sur cinq ans, entre 2018 et 2023, dans les principales métropoles françaises avec un objectif de création de vingt sites, soit quatre par an, pouvant accompagner cent personnes chacun.

Pour l'instant les villes de Bordeaux, Dijon, Lyon et Grenoble ont été retenues en 2018 et Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg en 2019(108).

Le financement est assuré par l'Assurance maladie sur le volet accompagnement et par l'État sur le volet logement. Enfin, et pour assurer un égal accès de tous sur le territoire, une réflexion est engagée par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) pour adapter le modèle à des territoires semi-urbains ou semi-ruraux(95).

Partie III : Le « Chez-Soi d'abord » en Gironde

En 2012, le dispositif d'accès et de maintien dans le logement « ASAIS » rejoint le projet associatif « ARI »(109). Cette association «ARI-ASAIS» a mis en œuvre un projet expérimental nommé « Oïkéo ». Ce dernier propose, à des personnes en situation d'errance durable et porteuses de pathologie psychiatrique ou en situation de souffrance psychique, d'intégrer un logement de droit commun sans conditions préalables de traitements ou d'abstinence. Un suivi adapté aux besoins de chaque usager est mené par une équipe pluridisciplinaire, selon une approche axée sur la personne. Progressivement, le dispositif « Oïkéo » acquiert une capacité d'accueil de 50 personnes. Les personnes accompagnées participent à un Comité de Pilotage annuel(109).

Le dispositif « Oïkéo » se différencie du projet pilote « Un Chez-Soi d'abord » : prise en soin de toute situation de détresse psychique, sans se limiter aux personnes souffrant de schizophrénie ou de bipolarité(51); fonctionnement basé sur l'*Intensive Case Management* (*ICM*). Ces spécificités imposent une réforme de structure du dispositif pour pouvoir prétendre à l'obtention des subventions allouées dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt pour la mise en œuvre accélérée du « Chez-Soi d'abord »(110). Une transition d'un accompagnement de type *ICM* à un accompagnement de type *ACT* s'avère donc nécessaire, s'accompagnant d'importantes modifications dans le fonctionnement des équipes et dans le lien avec les usagers.

Au 1er janvier 2019, le dispositif « Oïkéo » finalise sa réforme et devient la déclinaison locale girondine du programme « Un Chez-Soi d'abord »(111), dans le cadre d'un Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS) auquel participent :

- L'association « ARI-ASAIS ».
- Le Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation (CAIO).
- Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues « La CASE » (CAARUD).
- Le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID) qui comprend un Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et un CAARUD.
- Le centre hospitalier Charles Perrens par le biais de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) et le pôle addictologie.

La structure actuelle du programme girondin « Un Chez-Soi d'abord » est présentée ci-dessous, ainsi que le résultat de quelques jours passés en stage d'observation au sein de ce dispositif.

I Présentation de la structure « Un Chez-Soi d'abord » à Bordeaux

« Un Chez-Soi d'abord » à Bordeaux accompagne, au 19 février 2020, 50 usagers. Deux ans après la transition vers « Un Chez-Soi d'abord », soit au 1er janvier 2021, la structure devrait être en mesure d'accompagner 100 personnes.

Les conditions d'accès au programme sont identiques à celles présentées en deuxième partie pour les quatre villes pilotes :

- Avoir plus de 18 ans.
- Être sans logement ou mal logé.
- Aspirer à résider dans un logement et à bénéficier de l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire.
- Justifier de besoins élevés d'accompagnement, définis par un diagnostic de schizophrénie ou de bipolarité selon le DSM-IV-TR, et un handicap modéré à sévère évalué par la *MCAS(82,83)* (score <62).

A l'heure actuelle, le « Chez-Soi d'abord » bordelais accueille uniquement des personnes souffrant de schizophrénie dans la mesure où ce sont les personnes auxquelles le moins de solutions locatives sont proposées(96,112). La restriction des critères d'inclusion et l'obligation d'avoir un diagnostic posé a modifié ou interrompu certains accompagnements lors de la transition vers « Un Chez-Soi d'abord ». Cependant, toutes les personnes ne répondant plus aux critères d'inclusion ont pu bénéficier d'une poursuite de l'accompagnement le temps d'organiser un relais et conserver leur logement en basculant dans le droit commun via un glissement de bail.

Au 19 février 2020, « Un Chez-Soi d'abord » à Bordeaux dispose de 52 logements dont 47 occupés par 50 personnes accompagnées, certaines vivant en couple, et 15 logements captés fin 2019 et début 2020, vacants, pour lesquels des admissions sont en cours. Ces personnes sont à 78% (n=39) des hommes et à 22% (n=11) des femmes. Leurs revenus proviennent, outre les APL, du RSA pour 40% d'entre elles (n=20) et de l'AAH pour 52% (n=26), auxquels s'ajoute parfois une pension d'invalidité. Une personne perçoit un salaire (2%) et trois n'ont pas de revenu (6%). La majorité des logements proviennent du parc privé, trois d'entre eux étant issus du parc social. Ce sont, à l'exception d'un T2, des studios ou des T1. Les loyers s'échelonnent de 300€ à 550€. Pour les logements nouvellement captés, les loyers s'échelonnent de 500€ à 550€. Pour ceux faisant partie du dispositif depuis plus longtemps, ils sont de 300€ à 450€, l'indice ayant évolué moins rapidement que l'inflation. Des colocations seraient envisageables sur demande des usagers mais la situation ne s'est actuellement pas présentée. Les logements sont diffus, il y a moins de 20% d'usagers dans un même immeuble. La gestion locative est assurée par un dispositif

d'intermédiation locative avec possibilité de glissement de bail à terme. Le loyer ne doit pas représenter, déduction faite des APL, plus de 30% des revenus de l'usager. Par ailleurs, si le loyer dépasse 539€ avant déduction des APL, d'un montant d'environ 270€, soit un reste à charge excédant 269€, le « Chez-Soi d'abord » prend en charge la différence. Le dispositif alloue environ la moitié de son budget pour régler les impayés, avancer ou compléter les loyers. Aussi, pour certaines personnes souffrant de troubles liés à l'usage, ayant des dépenses importantes associées à l'achat de produits stupéfiants, 30% de leurs revenus représente déjà une part trop importante de leur budget. Dans ce cas, le « Chez-Soi d'abord » complète la part manquante du loyer. Par la suite, selon la solvabilité de l'usager, la dette peut être réclamée ou effacée.

Une seule sortie du programme a été constatée depuis le passage au « Chez-Soi d'abord », liée au décès de l'usager. Ce type d'événement se produit le plus souvent dans les premiers temps d'intégration au programme, dans la mesure où les personnes initialement priorisées pour l'accompagnement sont en situation de précarité extrême et présentent un état de santé fragile. En dehors de ce cas spécifique, des protocoles de sortie du programme sont prévus : si l'usager est à l'origine de la demande de cessation d'accompagnement, il signe un document confirmant sa démarche. Il a ensuite six mois pour changer d'avis et réintégrer directement le programme. Au delà, il en sort et devra engager une procédure d'admission pour réintégrer le « Chez-Soi d'abord ». La personne conserve néanmoins son logement et le « Chez-Soi d'abord » peut continuer, au cas par cas, de suppléer au paiement du loyer pendant un temps, défini avec la personne sur le document qu'elle aura signé. Ensuite, par le biais du glissement de bail, la personne rebascule dans le droit commun. Si l'équipe est à l'origine de la demande, un comité d'éthique se réunit pour éclaircir ses motivations. L'usager est informé et invité à y participer. Il peut au préalable rencontrer ses représentants au sein du Conseil Consultatif des Personnes Accueillies et accompagnées (CCPA). La seule situation où l'équipe peut interrompre unilatéralement l'accompagnement est celle de violence à l'encontre d'un membre de l'équipe.

Dans l'éventualité où, malgré la vigilance du « Chez-Soi d'abord » à cet égard à chaque accompagnement, l'usager est victime ou auteur de violence ou harcèlement, envers ou de la part de son voisinage, le « Chez-Soi d'abord » redirige dans un premier temps les parties vers le droit commun. Une fois la plainte déposée, « Un Chez-Soi d'abord » peut intervenir. Si les violences ou harcèlement continuent, l'usager, qu'il en soit victime ou auteur, peut être relogé. Ces événements sont analysés avec l'usager afin d'éviter leur répétition. Si malgré tout la situation perdure, le droit commun prévaut. Il existe ainsi de multiples autres protocoles pour les situations problématiques survenant au cours de l'accompagnement comme la perte/remise de clés, l'intervention des pompiers, le 1er accueil d'un usager dans le programme et son logement, etc. Ces protocoles sont rédigés par l'équipe en collaboration avec les usagers afin de correspondre à la réalité des faits. Le

protocole « perte de clés » en est un bon exemple. Initialement, si l'usager perdait ses clés, « Un Chez-Soi d'abord » pouvait, dans le cadre de l'astreinte 7j/7, 24h/24, faire intervenir un serrurier. Mais pour les usagers perdant souvent leurs clés, l'intervention du serrurier le week-end ou la nuit engendrait des coûts très importants. Le protocole a donc été modifié pour proposer aux usagers de conserver un double de leurs clés au sein des locaux du « Chez-Soi d'abord ». Pour ceux refusant cette solution, il leur est proposé des nuits d'hôtel ou l'accès à un appartement dédié doté d'une serrure à code afin d'attendre le prochain jour ouvré sans passer une nuit dehors.

N'importe quel professionnel peut orienter un potentiel usager vers le « Chez-Soi d'abord », par le biais d'une fiche standard du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO). Afin que ces derniers aient connaissance du dispositif « Un Chez-Soi d'abord », un travail de communication a été nécessaire en amont, sous forme de journées d'immersion dans le programme et de demi-journées d'échange avec les membres de l'équipe du « Chez-Soi d'abord ». Sous la coordination du SIAO, la personne est ensuite rencontrée par une des sept équipes d'admission intervenant en Gironde, en fonction de son lieu de vie. Le rôle de ces équipes est d'évaluer l'indication d'orientation vers le « Chez-Soi d'abord », de présenter le dispositif à la personne et de l'aider à remplir le dossier d'admission. Ce dossier est renvoyé au SIAO qui convoque une commission d'admission. Cette commission est composée du directeur du « Chez-Soi d'abord » bordelais, ainsi que d'un représentant de chaque équipe d'admission. Une fois ces différentes étapes réalisées, l'admission effective dans le programme et donc dans un logement se fait par ordre chronologique d'arrivée. La liste d'attente est gérée par le SIAO, les membres du « Chez-Soi d'abord » n'y ont pas accès. Début 2020, il y avait 27 personnes sur liste d'attente pour intégrer le dispositif.

Dans le cadre du « Chez-Soi d'abord », les cinq acteurs du GCSMS rassemblent des professionnels afin de former une équipe pluridisciplinaire de type *ACT* comptant 15 personnes et composée de :

- Un directeur, en charge du volet administratif.
- Une coordinatrice de projet gérant l'organisation sur le terrain et réalisant aussi des accompagnements.
- Un médecin psychiatre.
- Un médecin généraliste ayant aussi la qualification d'addictologue.
- Un médiateur de santé pair.
- Deux infirmiers diplômés d'état.
- Sept travailleurs sociaux (assistant social, auxiliaire de vie, éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, conseiller en économie sociale et familiale, technicien d'intervention sociale et familiale).
- Un responsable de captation et gestion locative.

Une astreinte 7j/7, 24h/24, uniquement téléphonique, est mise en place. Une même personne est d'astreinte toute la semaine du lundi 17h au lundi suivant 8h30. Les médecins n'ont pas vocation à assurer de suivi au long cours. Ils n'ont pas connaissance du diagnostic des usagers. Ils ont un rôle de conseil et d'orientation vers le droit commun. Occasionnellement ils peuvent réaliser des consultations ponctuelles ou des prescriptions, en lien avec le suivi ambulatoire. En cas de difficultés à relayer le suivi en ambulatoire, la personne pourra être suivie transitoirement par les médecins du « Chez-Soi d'abord ».

Les accompagnements sont réalisés sur huit demi-journées par semaine avec à minima trois accompagnements par demi-journée. Deux demi-journées sont consacrées à des temps de réunion, le lundi matin pour passer en revue tous les cas de personnes accompagnées, et le mercredi matin pour se focaliser sur les problématiques d'actualité. Chaque usager doit être vu hebdomadairement, soit 50 accompagnements par semaine, avec un objectif de 100 accompagnements par semaine en 2021, lorsque le dispositif aura atteint cette capacité.

Chaque accompagnement est réalisé par un binôme de professionnels du « Chez-Soi d'abord » formé selon la demande de la personne et l'évaluation de l'équipe. Ces binômes sont modulables, permettant la multi-référence de la personne accompagnée. L'objectif du programme est de rediriger progressivement les usagers vers le droit commun.

Les membres de l'équipe et les usagers en émettant le souhait se retrouvent lors d'une assemblée mensuelle. Des projets, portés par les locataires, sur des thématiques variées, y sont discutés, comme l'organisation de randonnées ou des projets de formation sur différentes thématiques telles que la pair-aidance ou la réduction de dépense énergétique.

Les usagers peuvent aussi être orientés vers des associations de quartier partenaires pour participer à des activités de loisir ou assister au Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) « Grain de Café » porté au niveau gestionnel par l'association « ARI-ASAIS ».

La principale difficulté rencontrée lors de la transition vers le « Chez-Soi d'abord » à Bordeaux a été l'acculturation au modèle *Housing First*, et notamment l'horizontalisation des relations entre les professionnels et les usagers. L'obligation de diagnostic pour pouvoir bénéficier du programme a aussi été problématique. En effet, certaines personnes bénéficiant pourtant auparavant du programme « Oïkéo » ont vu leur accompagnement s'interrompre faute de diagnostic de schizophrénie ou suite au refus de rencontrer un médecin afin de le poser. L'accueil de nouveaux corps de métiers et de nouveaux professionnels dans l'équipe, notamment les médiateurs de santé pairs, a été source de profonds remaniements structurel, organisationnel et des habitudes de la structure préexistante.

II Expérience personnelle

Elle s'est déroulée sous forme d'un stage d'immersion dans l'équipe du « Chez-Soi d'abord » bordelais, du 19 au 20 février 2020.

L'équipe se réunit quotidiennement le matin, pour effectuer des transmissions : les mardi, jeudi et vendredi, brièvement, essentiellement pour organiser la journée à venir ; le lundi, l'ensemble des dossiers de personnes accompagnées sont évoqués ; et le mercredi, une attention particulière est portée aux dossiers complexes. La multi-référence nécessitant la connaissance de chacun des dossiers par les professionnels, un quart d'heure est alloué le matin avant les transmissions pour prendre connaissance des évolutions survenues la veille. Ce transfert d'information s'appuie sur plusieurs outils :

- Une base de donnée informatisée qui a vocation à être uniformisée à tous les « Chez-Soi d'abord ». Elle permettra le suivi de l'usager et supportera une interface mobile accessible sur téléphone ou tablette. Certaines données seront accessibles par le bénéficiaire et une fonction *post-it* sera intégrée, à destination des professionnels et des usagers. Cette uniformisation facilitera aussi le recueil de données par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL), l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS), qui pourront, à l'aide de ces indicateurs, poursuivre l'évaluation du programme et adapter le modèle si besoin.
- Un tableau comportant le programme hebdomadaire, avec les accompagnements prévus, leurs objectifs, le programme des diverses réunions, etc.
- Un tableau comprenant le nom de chaque usager, sa date d'entrée dans le programme, le rythme d'accompagnement (hebdomadaire, bimensuel, etc), le projet à moyen/long terme et/ou la problématique actuelle.
- Une ardoise où sont notés les actions et projets à court terme ainsi que la liste des tâches à effectuer dans la journée par les personnes de permanence. Ces tâches peuvent concerner l'accompagnement de l'usager ou la gestion locative.
- Un tableau de captation de logement, qui indique pour chaque logement capté le prix, les charges, le type (studio, T1, etc, meublé ou non), l'étage, la superficie, les travaux éventuels nécessaires, l'adresse du bien, les coordonnées du propriétaire, la liste des pièces justificatives à fournir et des commodités à mettre en place pour garantir l'habitabilité (électricité, gaz, etc). Les visites sont organisées à l'aide de *post-it* comprenant le nom de l'usager et un code couleur permettant d'identifier les personnes entrant dans le programme, celles concernées par un changement de logement, et celles devant présenter des pièces

administratives complémentaires.

Ces logements sont majoritairement captés via le droit commun, par sollicitation d'agences immobilières. Transitoirement, cette mission est menée par l'équipe mais le recrutement d'un professionnel dédié est en cours. En cas de nécessité de travaux dans le logement, ces derniers peuvent être effectués selon leur nature soit par des membres de l'équipe, soit par un professionnel.

Je relaterai ci-après les présentations de deux cas, auxquelles j'ai assisté le mercredi matin. La première concernait un usager dont l'accompagnement était rendu difficile par le manque de coopération de ce dernier. Il a expliqué que s'il avait su que l'obtention d'un logement était nécessairement associée à un accompagnement, il ne l'aurait pas accepté et qu'il ne voyait pas ce qui pouvait être fait pour lui. Trois semaines auparavant, devant cette réticence sans refus formel, il lui avait été demandé de reprendre contact avec l'équipe. Le positionnement adopté, décidé collégialement, a été de maintenir un lien en conservant des contacts réguliers, mais sans lui imposer de rendez-vous. La difficulté ici est que, du fait de l'intermédiation locative, le « Chez-Soi d'abord » est responsable du logement. Il n'est pas envisageable de le lui laisser à disposition, sans un accompagnement qui lui est manifestement indispensable. Pour autant, un positionnement contraignant n'aurait pour effet que de précipiter le retour de cet usager à la rue.

La seconde concernait un usager qui sortait d'incarcération, en semi-liberté et obligation de soin, pour violences conjugales. Lui et sa compagne étaient déjà accompagnés préalablement à cette incarcération. Il a été décidé de faire un point approfondi de la situation de cet usager, notamment l'obligation de soins, afin de savoir comment adapter au mieux leur accompagnement.

Les événement notables survenus pendant la nuit d'astreinte sont évoqués.

D'autres thématiques, plus institutionnelles, ont été abordées :

- L'organisation afin de loger les nouveaux usagers en prenant en compte leurs préférences relatives aux critères de quartier, superficie, loyer, type, commodités (balcon, machine à laver, etc).
- Le problème de la vacance locative : outre de laisser dans la rue des personnes qui pourraient bénéficier de ces logements une fois captés, le « Chez-Soi d'abord » doit en payer le loyer, qu'il soit occupé ou non.
- Le point sur les travaux à effectuer dans les logements.
- L'échange de professionnels inter-sites avec Toulouse et Montpellier, afin de partager et enrichir les pratiques de chacun.
- Un projet de film présentant le dispositif du « Chez-Soi d'abord » du point de vue des locataires, supervisé par un réalisateur professionnel. À cette occasion, et devant certains questionnements des membres de l'équipe, il m'a été rappelé à quel point il est primordial de rester vigilant pour garantir que le désir des usagers soit au centre des décisions dans le

respect des principes fondamentaux du « Chez-Soi d'abord ».

Je présenterai par la suite deux usagers que j'ai eu l'opportunité d'accompagner durant mon stage d'immersion :

De manière générale, selon les besoins de l'usager, le rythme des accompagnements peut varier de quotidien à mensuel, avec une fréquence majoritairement hebdomadaire ou bimensuelle. Mme D. est quant à elle accompagnée une fois par semaine. Elle souffre de schizophrénie avec une symptomatologie négative prédominante. Son contact est plutôt bon, elle est légèrement désorganisée. Elle est suivie au CMP et souhaite conserver ce suivi de secteur. Elle désire changer d'appartement car le sien donne sur la rue et une ligne de tramway, et que le bruit la dérange. Au niveau de ses préférences, elle aimerait avoir un appartement plutôt cubique qu'en longueur, dans le secteur géographique dépendant du CMP assurant son suivi, et au calme, en partie arrière. Nous lui faisons visiter un T1 juste en face de chez elle, au sixième étage, remplissant ces critères. L'appartement vient d'être rénové, seuls la peinture et le ménage restant à effectuer. Il était habité par un autre usager auparavant, relogé ailleurs à sa demande, qui a dégradé le logement mais a participé financièrement et personnellement à sa remise en état. On y accède par ascenseur, mais Mme D. ne se sent pas à l'aise, elle nous fait part de sa claustrophobie. L'appartement, situé au sixième et dernier étage bénéficie d'un grand calme, et une large baie vitrée offre une vue panoramique sur la ville. Pour autant, Mme D. dit ne pas aimer la hauteur et souffrir de vertige. Elle se focalise pendant la visite sur des détails de décoration et de propreté, il lui est impossible de se projeter malgré les tentatives de réassurance. Cet appartement lui a été présenté de manière anticipée car Mme D. a verbalisé à plusieurs reprises le désir de déménager rapidement de son appartement actuel. Elle craint en effet de rechuter et de devoir être ré-hospitalisée. La visite, visiblement prématurée, est reportée à une date ultérieure, une fois les travaux réalisés.

M. J. est accompagné deux fois par mois. Il présente des éléments délirants mégalomaniaques avec idées de grandeur et sa désorganisation est perceptible. Pour autant, outre la décoration d'un goût peu commun, la tenue de l'appartement est soignée. C'est une personne accueillante, solitaire mais qui s'entend bien avec son voisinage, qui paye son loyer et qui accepte l'accompagnement.

Cette visite terminée, nous échangeons sur des situations complexes vécues dans le cadre d'accompagnements. Nous évoquons notamment le cas d'un usager ayant dû retourner en hospitalisation suite à la décompensation d'une pathologie psychiatrique. Devant l'altération de son jugement et le danger qu'il représentait pour lui même, des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ont dû être mis en place. C'est un membre du « Chez-Soi d'abord » qui a « signé le tiers ». Le certificat médical a été établi par le médecin traitant de l'usager. L'hospitalisation s'est prolongée plus de quatre mois, délai à partir duquel l'AAH diminue. En conséquence, à partir du quatrième mois, « Un Chez-Soi d'abord » a pris en charge une partie du loyer jusqu'à la sortie définitive du

bénéficiaire. Ensuite, une solution a été validée ensemble pour régulariser sa situation, sous la forme d'un règlement échelonné sur plusieurs mois.

À cette occasion, l'information m'est donnée que lors de la transition vers « Un Chez-Soi d'abord » début 2019, suite au déménagement, la question de divulguer ou non l'adresse des nouveaux locaux aux usagers a été soulevée. Certaines unités de « Chez-Soi d'abord » ont choisi de ne pas divulguer leur adresse dans la mesure où ils ont pu être victimes de dégradations de la part d'usagers. À Bordeaux, a été privilégié la possibilité de proposer aux usagers des rencontres dans les bureaux du dispositif, afin de leur permettre de bénéficier d'un repère supplémentaire.

La matinée du jeudi commence par des transmissions succinctes. Parmi les activités de la journée, aller chercher un meuble et aider l'usager à le monter, aider un autre à prendre rendez-vous chez son médecin traitant car il a besoin d'un certificat médical, assister un troisième dans sa déclaration d'impôts, saisir l'opportunité de la présence d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) pour se rapprocher d'un usager ne souhaitant plus rencontrer l'équipe du « Chez-Soi d'abord ». Une situation plus complexe à gérer est présentée. Il s'agit d'un usager rencontrant des difficultés avec son voisinage en lien avec des idées délirantes. Ce dernier frappe les murs et menace de mort ses voisins qu'il juge trop bruyants. Il a déjà été relogé à plusieurs reprises pour des raisons similaires et systématiquement, après une période d'accalmie, la problématique se représente. Il lui a été demandé de réfléchir à ce qui pourrait être mis en place pour éviter cette situation, sans effet. Il refuse de quitter le logement. Deux options sont envisagées : le reloger en périphérie de la ville dans un quartier plus tranquille, moins vivant, ou mettre un terme à l'accompagnement.

Après ces transmissions, j'ai pu m'entretenir avec le psychiatre du « Chez-Soi d'abord ». Pour lui, dans ce programme, le psychiatre a surtout un rôle d'information sur le trouble, la pathologie et le traitement, peut-être plus à destination des autres membres de l'équipe que des usagers. En effet, le « Chez-Soi d'abord » est un lieu de rencontre entre deux mondes, le social et le médical, où il est nécessaire de pouvoir horizontaliser les pratiques, toujours dans une optique de multi-référence.

Outre cette mission d'information, le psychiatre a un rôle d'observation clinique, parfois de prescription, temporairement, le temps d'effectuer le relais vers le droit commun. Il y a malgré tout un risque d'altération ou au moins de transformation du lien entre le psychiatre du « Chez-Soi d'abord » et l'usager. Jusqu'à présent, aucune demande de certificat de soins psychiatriques sans consentement n'a été faite pour un usager mais cela serait envisageable si la situation se présentait. Le tiers peut être un membre du « Chez-Soi d'abord ».

Un autre objectif est de désacraliser, ou dédiaboliser parfois, le statut et la fonction du psychiatre auprès des usagers et des autres membres de l'équipe. Il a aussi un rôle de coordination médicale

ville/hôpital, et avec les soins ambulatoires.

Le dernier accompagnement a été effectué le jeudi après-midi, pour un usager impliqué dans le « Chez-Soi d'abord ». Il a participé à un comité de pilotage à Lyon, et a un rôle dans l'assemblée des locataires, notamment en portant un projet de randonnée et bivouac. Au niveau social, il attend que son dossier d'AAH soit validé. Au niveau médical, il émet des doutes sur le diagnostic de schizophrénie qui a été posé mais repère malgré tout les effets bénéfiques du traitement et accepte de le poursuivre. Cet échange a été l'occasion de discuter brièvement de l'efficacité et de la tolérance au traitement.

En partant, le binôme m'explique qu'au rez-de-chaussée de l'immeuble où vient de se dérouler l'accompagnement, « Un Chez-Soi d'abord » gère un logement qui est actuellement squatté. En raison de dettes, l'usager qui en bénéficiait précédemment l'a laissé à un tiers. Depuis, la serrure a été changée. Au final, « Un Chez-Soi d'abord » paye un loyer dans le cadre de l'intermédiation locative pour un appartement dont il ne dispose plus. Une procédure est en cours.

Partie IV : Discussion

I Mise en œuvre du dispositif « Un Chez-Soi d'abord »

Grâce aux informations précédemment exposées, on peut établir un « mode d'emploi » sur la façon d'appliquer le dispositif « Un Chez-Soi d'abord » tout en étant conscient des principales difficultés liées à un tel programme tant au niveau des résultats que de l'applicabilité dans un environnement donné.

I.1 Obtenir les financements

Jusqu'au 20 février 2018, la présentation d'un projet, en réponse à l'appel à manifestation d'intérêt(110) pouvait permettre d'intégrer le plan de mise en œuvre accélérée du « Chez-Soi d'abord » dans les principales métropoles françaises.
Depuis cette date, les sites souhaitant développer une unité de « Chez-Soi d'abord » doivent réaliser un diagnostic territorial annuel comportant des données chiffrées, afin d'argumenter leur demande (nombre de places nécessaires notamment). Leur candidature est transmise à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour examen du dossier :

- Soit le site peut justifier d'un besoin de 55 à 100 places et le financement sera assuré par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL).
- Soit la demande est moindre et le financement dépendra des politiques régionales ; pour la Nouvelle-Aquitaine, pour des sites de 4 à 10 places, il relève de l'ARS et des Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS).

I.2 Mise en place de la structure

Une unité de « Chez-Soi d'abord » est une structure préexistante ayant la capacité d'évoluer pour intégrer les huit principes clés du *Housing First(2,46,47)*. Ces principes sont garants de l'efficacité de ce modèle, de sa reproductibilité et de son adaptabilité selon les différentes situations auxquelles il peut être confronté. Ils permettent aussi de valider la conformité au modèle *Housing First*, de chaque structure proposant une approche basée sur celui-ci.
Pour faciliter la transition, le test de conformité avec le modèle original(18–20), mis au point par *Pathways*, a été traduit en Français. Il se compose de questions précises cotées de 1 (faible fidélité) à 4 (forte fidélité). Ceci constitue une aide à la réforme structurelle, en permettant d'évaluer la fidélité du service au modèle original. Pour s'avérer conforme, le service devra atteindre une note

globale supérieure à 3,5/4(20). Le test indiquera le cas échéant les axes à améliorer et le chemin restant pour réussir la transition vers le « Chez-Soi d'abord ».
En 2018, en France, l'évaluation de la fidélité au modèle montre un score global de 3,56.
La déclinaison concrète du « Chez-Soi d'abord » bordelais pourra servir d'exemple.

I.3 Obstacles, facteurs favorisants ou limitants, leviers et limites

De nombreuses difficultés peuvent émailler ce parcours :

- L'efficacité du programme n'est pas systématique et de multiples trajectoires de vie peuvent découler de l'inclusion dans ce dispositif(107).
- Le ressenti des usagers vis à vis de l'accession au logement, le sentiment de sécurité et d'appartenance à la communauté n'est pas toujours positif(63).
- L'applicabilité du « Chez-Soi d'abord » hors des grandes villes peut nécessiter certaines adaptations par rapport au modèle original(75), à mettre en relation avec les tests de conformité sus-cités afin de ne pas perdre la fidélité et l'efficacité de ce dispositif par rapport au dispositif initial.

De manière générale, afin de superviser la transition d'une structure préexistante vers le dispositif « Un Chez-Soi d'abord », il faut garder à l'esprit les leviers, facteurs favorisant ou limitant l'intégration du *Housing First* au sein des pratiques existantes(90).
Ce dispositif présente des limites(47) dans l'accompagnement de personnes souvent stigmatisées du fait de leur pathologie, sous le seuil de pauvreté, et n'ayant pas accès aux logements sociaux. Il n'est pas en mesure de mettre un terme à la consommation problématique de drogues et d'alcool pour toutes les personnes sans-abri chroniques ou de satisfaire à tous les autres besoins de ces derniers. De plus, le « Chez-Soi d'abord » ne peut pas toujours accompagner les personnes présentant un risque élevé pour elles-mêmes (par exemple, de suicide ou d'overdose) ou pour les autres (par exemple, passage à l'acte), ou présentant un besoin d'accompagnement extrêmement élevé. Le « Chez-Soi d'abord » constitue cependant une réponse efficace à la partie la plus dommageable du sans-abrisme chronique en mettant un terme à l'absence de logement et en limitant le retour à la rue. Dans l'immense majorité des cas, les personnes sans-abri chroniques se trouvent, après intervention, dans une situation nettement meilleure qu'avant leur entrée dans le programme, et cela avec un modèle économiquement viable(113).

I.4 Points de vigilance

Le passage à plus grande échelle du « Chez-Soi d'abord » interroge de fait sur les conditions nécessaires au maintien de l'efficacité montrée lors de la phase expérimentale. La question de la

fidélité au modèle est fondamentale 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 autonomie. Les équipes doivent donc disposer de logements financièrement accessibles, condition indispensable pour une stabilisation résidentielle durable. L'atteinte de cet objectif nécessite une implication importante des bailleurs sociaux. Par ailleurs, un logement individuel peut engendrer un sentiment de solitude, et le choix d'un mode d'habitat qui correspond à chacun doit rester possible tout au long de l'accompagnement. Il est important de promouvoir et faire connaître 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 »(95).

Certains points méritent une attention particulière(3) : la précocité de l'action, dans une démarche de *Housing First for Youth*, désinstitutionnaliser les prises en soin, suivre les incidents et décès, évaluer le coût des relogements, des vacances locatives et des impayés et former les acteurs.

Dans la continuité du *Housing First*, la question du *Housing First, What's second ?* s'avère totalement pertinente. S'il apparaît évident que dépasser l'isolement social, et trouver sa place dans la société, constituent des étapes extrêmement importantes dans le processus de rétablissement après l'obtention d'un logement, l'importance d'un emploi régulier rémunéré l'est moins. Pourtant, certains usagers ont souligné que les programmes d'activation sociale, comportant des ateliers de cuisine et d'autres activités professionnelles, étaient des mesures utiles permettant de réduire l'ennui et la solitude. Cela peut constituer une première étape en vue d'acquérir des compétences additionnelles et de suivre des formations complémentaires, pour des personnes éloignées du marché du travail(32).

II Projets actuels et à venir

II.1 Déploiement du dispositif « Un Chez-Soi d'abord »

L'actualité concernant le « Chez-Soi d'abord » en France s'enrichit régulièrement. En 2021, quatre nouveaux sites permettant l'accompagnement de 100 personnes verront le jour à Paris pour deux d'entre eux (un pour la grande couronne et un dans les Hauts-de-Seine), à Marseille, qui verra sa capacité passer de 100 à 200 personnes, et à la Réunion, où l'unité couvrira les besoins du département. Pour 2022, les sites envisagés sont notamment Rennes, Clermont-Ferrand et la Martinique. Le doublement de la capacité d'accueil du site Parisien est aussi à l'étude.

Un essai pilote Bisontin a permis l'ouverture de deux structures de taille moyenne permettant l'accompagnement de 55 personnes, à Besançon et en Corse.
L'objectif de cette démarche est de mailler l'intégralité du territoire français par le dispositif « Un Chez-Soi d'abord ».
En Nouvelle-Aquitaine, six villes de taille moyenne (Pau, Limoges, La Rochelle, Niort, Poitiers et Périgueux) sont actuellement financées par l'ARS et les DDCS afin de créer de petites unités de « Chez-Soi d'abord » possédant de 4 à 10 places. Deux de ces villes, Pau, et probablement Limoges, ont vocation à augmenter leur capacité d'accueil et d'accompagnement à 55 places.

II.2 Le « Chez-Soi d'abord » à destination de populations spécifiques

À Lille et à Toulouse, un projet pilote du « Chez-Soi d'abord » en cours d'expérimentation est à destination des jeunes de 16 à 25 ans souffrant de pathologies psychiatriques sévères ou de troubles liés à l'usage de substance. À noter qu'à la différence du « Chez-Soi d'abord » présenté jusque là, un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère n'est pas nécessaire pour l'inclusion dans ce programme, la sélection s'effectuant sur le parcours institutionnel. Cette population se trouve souvent sans ressource et sans droit à l'AAH ou au RSA, et donc dans l'incapacité de régler un loyer, aussi modéré soit-il. Ce dernier peut être intégralement pris en charge par le « Chez-Soi d'abord », et un revenu de 300€ par mois leur est garanti. En effet, Un accompagnement par le travail est associé à cette démarche.
À Marseille, une déclinaison du « Chez-Soi d'abord » est expérimentée comme alternative à l'incarcération pour des personnes jugées en comparution immédiate et remplissant par ailleurs les critères d'admission dans le dispositif. Il leur est proposé à la place un logement ainsi qu'un accompagnement en placement extérieur.

II.3 Le *Working First*

Les principes clés du *Working First* sont très similaires à ceux du *Housing First* dans la mesure où le principal substratum est le désir de l'usager, son autodétermination, son autonomisation et l'orientation de l'accompagnement vers le rétablissement.
À Bordeaux, le dispositif « Handamos ! »*(114)* est une plateforme d'emploi accompagné pour personnes handicapées mentales, psychiques ou porteuses de troubles du spectre autistique, accompagnées en milieu ordinaire soutenu.
La plateforme a pour objectif de garantir la mise en œuvre de l'emploi accompagné de manière homogène sur la totalité du département.

ANNEXES

I Lexique

A

AAH : Allocation Adultes Handicapés
ACT : Assertive Community Treatment, Équipe de traitement communautaire dynamique
APL : Aide Personnalisée au Logement
ARI : Association pour la Réadaptation et l'Intégration
ARI-ASAIS : Association pour la Réadaptation et l'Intégration-ASsociation d'Aide à l'Insertion Sociale
ARS : Agence Régionale de Santé
ASAIS : ASsociation d'Aide à l'Insertion Sociale

C

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAIO : Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCH : Colorado Coalition for the Homeless
CCPA : Conseil Consultatif des Personnes Accueillies et accompagnées
CEID : Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les addictions
CHF : Congregate Housing First
CHRS : Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CSAPA : Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSQ-8 : Consumer Satisfaction Questionnaire-8

D

DDCS : Directions Départementales de la Cohésion Sociale
DHFC : Denver Housing First Collaborative
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DMH : Department of Mental Health
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux-IV-Texte Révisé

E

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
EQ-5D : EuroQol 5 Dimensions
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

F

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FHAH : Foyer d'Hébergement pour Adultes Handicapés
FO : Foyer Occupationnel

G

GAIN-SS : Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener
GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

H

HdJ : Hôpital de Jour
HF : Housing First
HUD : Housing and Urban Development
HUD-VASH : HUD-VA Supportive Housing

I

IAPSRS : International Association of PsychoSocial Rehabilitation Services
ICM : Intensive Case Management
IDE : Infirmier Diplômé d'État

M

MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées
MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

MCAS : Multnomah Community Ability Scale
MeSH : Medical Subject Headings
MPR : Medication Possession Ratio

Q

QI : Quotient Intellectuel
QoLI-20 : Quality of LIfe Interview 20

R

RR : Risque Relatif
RSA : Revenu de Solidarité Active

S

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SD : Standard Deviation
SF-36 : The Short Form (36) Health Survey
SHF : Scattered-site Housing First
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile
S-QoL : Schizophrenia Quality of Life questionnaire

U

UNAFAM : Union NAtionale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

V

VA : Veterans Affairs

II Index des illustrations

Illustration 1: Le Housing First en Europe.....18
Illustration 2: Flow Chart des articles et documents retenus pour la revue de littérature.....32

III Bibliographie

1. Présentation du programme - 2011 [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/ucsdb_presentation_du_programme_2011.pdf

2. Housingfirsteurope [Internet]. Housing First Europe Hub. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: https://housingfirsteurope.eu/

3. Présentation des 4 sites expérimentaux [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/ucsdb_fiches_sites_octobre_2014_fr.pdf

4. Présentation générale du dispositif Un chez-soi d'abord [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/05/presentation_ppt_generale_ucsdb.pdf

5. Rétablissement [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2019 [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement-

6. Franck N, Gilliot É. Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. Perspectives Psy. 2017;Vol. 56(3):203-10.

7. Ridgway P, Zipple AM. The Paradigm Shift in Residential Services: From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1990;13(4):21.

8. Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research. People Who Experience Long-Term Homelessness: Characteristics and Interventions [Internet]. ASPE. 2016 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: https://www.huduser.gov/portal/publications/pdf/homeless_symp_07.pdf#page=153

9. Culhane DP. The Cost of Homelessness: A Perspective from the United States. European Journal of Homelessness. 2008;97-114.

10. Kuhn R, Culhane DP. Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data. Am J Community Psychol. avr 1998;26(2):207-32.

11. Gladwell M. Million Dollar Murray: Why problems like homelessness may be easier to solve than Manage [Internet]. The New Yorker; 2006. Disponible sur: http://stophomelessness.ca/wp-content/uploads/2008/09/million-dollar-murray1.pdf

12. Tsemberis S. Housing First: Ending Homelessness, Promoting Recovery and Reducing Costs [Internet]. Part I, Chapt 3, p37-56; 2010 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: https://books.google.com/books/about/How_to_House_the_Homeless.html?hl=fr&id=Gr5WAwAAQBAJ

13. Pleace N. Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an International Review. Scottish Government Social Research. 2008;130.

14. Dordick GA. Recovering from Homelessness: Determining the "Quality of Sobriety" in a Transitional Housing Program. Qualitative Sociology. 1 mars 2002;25(1):7-32.

15. Tsemberis S. Housing first: the Pathways Model to end homelessness for people with mental helath and substance use discorders. Revised and updated fo DSM-5 edition. Minnesota: Hazelden; 2010. 244 p. (Severe Mental Disorders Program).

16. Sahlin I. The Staircase of Transition: Survival through Failure. Innovation: The European Journal of Social Science Research. 1 juin 2005;18(2):115-36.

17. Johnsen S, Teixeira L. Staircases, Elevators and Cycles of Change. The University of York. 2010;46.

18. Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P, Drake R, Goering P. The Pathways Housing First Fidelity Scale for Individuals With Psychiatric Disabilities. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 1 oct 2013;16.

19. The Canadian Housing First Toolkit. Pathways Housing First Fidelity Scale.

20. Aubry T. How to Conduct an Internal Fidelity Assessment on a Pathways Housing First Program. Université d'Ottawa; 2017.

21. Padgett D, Henwood B, Tsemberis S. Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives [Internet]. Oxford University Press; 2015 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199989805.001.0001/acprof-9780199989805

22. Pearson CL, Locke G, Montgomery AE, Buron L. The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Severe Mental Illness. Washington DC, HUD; 2007.

23. Goering P, Veldhuizen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, et al. National At Home/Chez Soi Final Report. Calgary, AB: Commission de la santé mentale du Canada. 2014;48.

24. Busch-Geertsema V. Housing First Europe Final Report. 2013;94.

25. Benjaminsen L. Results from the Housing First-based Danish Homelessness Strategy. European Journal of Homelessness. 2013;7(2):109-31.

26. Pleace N, Culhane DP, Granfelt R, Knutagård M. The Finnish Homelessness Strategy: An International Review. Helsinki: Ministry of the Environment [Internet]. 2015; Disponible sur: https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153258

27. Wewerinke D, Al Shamma S, Wolf J. Housing First Europe: Local Evaluation Report Amsterdam. 2013 [cité 17 oct 2019]; Disponible sur: http://housingfirstguide.eu/website/housing-first-europe-local-evaluation-report-amsterdam/

28. Ornelas J, Martins P, Zilhão MT, Duarte T. Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration. European Journal of Homelessness. 2014;8(1):29-56.

29. HOGAR SÍ. El modelo Housing First En España: resultados a los 12 meses del programa Hábitat [Internet]. 2017 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: https://hogarsi.org/en/el-modelo-housing-first-en-espana-resultados-a-los-12-meses-del-programa-habitat/

30. Bretherton J, Pleace N. Housing First in England: An Evaluation of Nine Services. 2015; Disponible sur: https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First

%20England%20Report%20February%202015.pdf

31. Busch-Geertsema V, Sahlin I. The Role of Hostels and Temporary Accommodation. 2005;1:27.

32. Busch-Geertsema V. Housing First (Logement d'abord): Rapport de synthèse (Belgique) [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjJpN26laPlAhUBXxoKHdTKDdsQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D15710%26langId%3Dfr&usg=AOvVaw2-OjiklT-Cb7Cm_R3A1zwI

33. Housing First: Luxembourg [Internet]. CNDS. 2015 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: http://www.cnds.lu/wunnen/housing-first/

34. Housing First Belgium [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: http://www.housingfirstbelgium.be/

35. Housing First Belgique. Disponible sur: https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/plaquette_housing_first.pdf

36. Housing first in Finland [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: http://www.housingfirst.fi/en/housing_first

37. Housing First Guide Europe. Housing First in Norway: Country Fact Sheet.

38. AEIPS. Casas Primeiro [Internet]. Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: http://www.aeips.pt/

39. HOGAR SÍ [Internet]. HOGAR SÍ. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: https://hogarsi.org/

40. Housing First Suède [Internet]. School of Social Work. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: https://www.soch.lu.se/en/research/research-groups/housing-first

41. Turning Point Scotland - Because People Matter [Internet]. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: http://www.turningpointscotland.com/

42. Nouvelle : Le Royaume-Uni débute trois projets pilotes de logement d'abord à Manchester, Liverpool, et dans les Midlands [Internet]. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: https://www.feantsa.org/fr/news/2018/05/15/news-uk-begins-three-housing-first-pilots-in-manchester-liverpool-and-west-midlands?bcParent=27

43. Structures médico-sociales [Internet]. UNAFAM. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: http://www.unafam.org/-Structures-medico-sociales-.html

44. Un autre regard n°4 (2017); Dossier : Droit au logement et psychiatrie [Internet]. UNAFAM. 2017 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: http://www.unafam.org/-Un-autre-regard-.html

45. Un chez-soi d'abord : parution du décret pérennisant le progamme [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/un-chez-soi-d-abord-parution-du-decret-perennisant-le-progamme

46. Hébergement / Logement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/hebergement-logement

47. Dihal. Présentation générale du dispositif Un chez-soi d'abord. 2018.

48. Agence nouvelle des solidarités actives. Le logement d'abord,et après. 2017;

49. Dihal. La pair-aidance. 2016.

50. Cochet A. Techniques de rehabilitation psychosociale. 2012.

51. 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. 24 sept 2013;14:309.

52. European Observatory on Homelessness. Extent and profile of homelessness in European Member States. 2014.

53. Mayock P, Sheridan S, Parker S. 'It's just like we're going around in circles and going back to the same thing …': The Dynamics of Women's Unresolved Homelessness. Housing Studies. 18 août 2015;30(6):877-900.

54. Youth homelessness in the UK [Internet]. JRF. 2008 [cité 26 oct 2019]. Disponible sur: https://www.jrf.org.uk/report/youth-homelessness-uk

55. Lim S, Singh TP, Hall G, Walters S, Gould LH. Impact of a New York City Supportive Housing Program on Housing Stability and Preventable Health Care among Homeless Families. Health Serv Res. 2018;n/a-n/a.

56. Montgomery AE, Hill LL, Kane V, Culhane DP. Housing Chronically Homeless Veterans: Evaluating the Efficacy of a Housing First Approach to HUD-VASH. Journal of Community Psychology. mai 2013;41(4):505-14.

57. Durbin A, Lunsky Y, Wang R, Nisenbaum R, Hwang SW, O'Campo P, et al. The Effect of Housing First on Housing Stability for People with Mental Illness and Low Intellectual Functioning. Can J Psychiatry. 1 janv 2018;706743718782940.

58. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. Psychiatric Services. avr 2000;51(4):487-93.

59. Tsemberis SJ, Moran L, Shinn M, Asmussen SM, Shern DL. Consumer Preference Programs for Individuals Who Are Homeless and Have Psychiatric Disabilities: A Drop-In Center and a Supported Housing Program. American Journal of Community Psychology. 1 déc 2003;32(3-4):305-17.

60. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. Journal of Community & Applied Social Psychology. mars 2003;13(2):171-86.

61. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. Am J Public Health. avr 2004;94(4):651-6.

62. Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S. Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. Research on Social Work Practice. janv 2006;16(1):74-83.

63. Yanos PT, Barrow SM, Tsemberis S. Community integration in the early phase of housing

among homeless persons diagnosed with severe mental illness: successes and challenges. Community Ment Health J. avr 2004;40(2):133-50.

64. NH, New Hampshire–Dartmouth Psychiatric Research Center. Lebanon. Residential Follow-Back. 1995;

65. Shern DL, Wilson NZ, Coen AS, Patrick DC, Foster M, Bartsch DA, et al. Client Outcomes II: Longitudinal Client Data from the Colorado Treatment Outcome Study. The Milbank Quarterly. 1994;72(1):123.

66. Rosenberg M. Rosenberg's Self-Esteem Scale. 1965;

67. Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning. janv 1988;11(1):51-62.

68. Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. Community Ment Health J. avr 1995;31(2):139-52.

69. Mueser K, Drake R, Clark R, Mchugo G, Mercer-McFadden C, Ackerson T. Evaluating Substance Abuse in Persons with Severe Mental Illness. 1995;

70. Sobell LC, Sobell MB, Leo GI, Cancilla A. Reliability of a Timeline Method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. Addiction. avr 1988;83(4):393-402.

71. McLELLAN A, Alterman A, Cacciola J, Metzger D, O'brien C. A New Measure of Substance Abuse Treatment Initial Studies of the Treatment Services Review. The Journal of Nervous and Mental Disease. févr 1992;180(2):101-10.

72. Anderson, Lynn. A reverse approach to homelessness [Internet]. tribunedigital-baltimoresun. 2005 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: http://articles.baltimoresun.com/2005-06-20/news/0506200043_1_marzan-homeless-people-social-workers

73. Perlman J, Parvensky J. Denver Housing First Collaborative: Cost Benefit Analysis and Program Outcomes Report. 2006;15.

74. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. JAMA. 1 avr 2009;301(13):1349-57.

75. Stefancic A, Tsemberis S. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. The Journal of Primary Prevention. 17 juill 2007;28(3-4):265-79.

76. Rosenheck R, Kasprow W, Frisman L, Liu-Mares W. Cost-effectiveness of Supported Housing for Homeless Persons With Mental Illness. Arch Gen Psychiatry. 1 sept 2003;60(9):940-51.

77. Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S, Streiner D, Latimer E, et al. One-Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial of Housing First With ACT in Five Canadian Cities. Psychiatric Services. mai 2015;66(5):463-9.

78. Tsemberis S, McHugo G, Williams V, Hanrahan P, Stefancic A. Measuring homelessness and residential stability: The residential time-line follow-back inventory. J Community Psychol. janv 2007;35(1):29-42.

79. Dennis ML, Titus JC, White M. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): Administration Guide for the GAIN and Related Measures. Version 5 ed. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. 2003. 2006.

80. Dennis ML, Chan Y-F, Funk RR. Development and Validation of the GAIN Short Screener (GSS) for Internalizing, Externalizing and Substance Use Disorders and Crime/Violence Problems Among Adolescents and Adults. American Journal on Addictions. 1 janv 2006;15(sup1):80-91.

81. Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. BMJ Open. 14 nov 2011;1(2):e000323-e000323.

82. Dickerson FB, Origoni AE, Pater A, Friedman BK, Kordonski WM. An Expanded Version of the Multnomah Community Ability Scale: Anchors and Interview Probes for the Assessment of Adults with Serious Mental Illness. Community Ment Health J. 1 avr 2003;39(2):131-7.

83. Barker S, Barron N, McFarland BH, Bigelow DA, Carnahan T. A community ability scale for chronically mentally Ill consumers: Part II. Applications. Community Ment Health J. 1 oct 1994;30(5):459-72.

84. Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, Nisenbaum R, Latimer E, Rabouin D, et al. Effect of Scattered-Site Housing Using Rent Supplements and Intensive Case Management on Housing Stability Among Homeless Adults With Mental Illness: A Randomized Trial. JAMA. 3 mars 2015;313(9):905.

85. Lamers LM, Bouwmans CAM, van Straten A, Donker MCH, Hakkaart L. Comparison of EQ-5D and SF-6D utilities in mental health patients. Health Econ. nov 2006;15(11):1229-36.

86. Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults With Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial. Schizophr Bull. 1 juill 2017;43(4):852-61.

87. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of Adherence in Pharmacy Administrative Databases: A Proposal for Standard Definitions and Preferred Measures. Ann Pharmacother. 1 juill 2006;40(7-8):1280-8.

88. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry. 2009;70(suppl 4):1-46.

89. Somers JM, Moniruzzaman A, Patterson M, Currie L, Rezansoff SN, Palepu A, et al. A Randomized Trial Examining Housing First in Congregate and Scattered Site Formats. Puebla I, éditeur. PLOS ONE. 11 janv 2017;12(1):e0168745.

90. Worton SK, Hasford J, Macnaughton E, Nelson G, MacLeod T, Tsemberis S, et al. Understanding Systems Change in Early Implementation of Housing First in Canadian

Communities: An Examination of Facilitators/Barriers, Training/Technical Assistance, and Points of Leverage. Am J Community Psychol. 18 déc 2017;

91. Sciences de l'implémentation | Policlinique médicale universitaire [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: https://www.pmu-lausanne.ch/espace-recherche/ressources-recherche/eclairages-methodologiques/sciences-implementation

92. Implementation science news, resources and funding for global health researchers - Fogarty International Center @ NIH [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: https://www.fic.nih.gov/ResearchTopics/Pages/ImplementationScience.aspx

93. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2017;136(3):269-79.

94. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. Can J Psychiatry. nov 2015;60(11):475-87.

95. Estecahandy P. Le dispositif d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». L'information psychiatrique. 11 oct 2019;Volume 95(7):514-9.

96. Un Chez-soi d'abord : retour sur 6 années d'expérimentation.

97. Rapport intermédiaire de la recherche - Volet quantitatif [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucsdb.pdf

98. Lemoine C, Loubiere S, Tinland A, Boucekine M, Auquier P. Cost-effectiveness analysis of the Un Chez Soi d'Abord randomized controlled trial: a Markov model. European Journal of Public Health. 2019;29(Supplement_4):ckz187. 148.

99. Lemoine C, Loubiere S, Tinland A, Boucekine M, Girard V, Auquier P. Long-term effects of a housing support intervention in homeless people with severe mental illness. European Journal of Public Health [Internet]. 13 nov 2019 [cité 12 nov 2019];29(ckz185.086). Disponible sur: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.086

100. Conrad KJ, Yagelka JR, Matters MD, Rich AR, Williams V, Buchanan M. Reliability and Validity of a Modified Colorado Symptom Index in a National Homeless Sample. Mental Health Services Research. 2001;3(3):141-53.

101. Using the Recovery Assessment Scale | AHRQ Academy [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: https://integrationacademy.ahrq.gov/news-and-events/news/using-recovery-assessment-scale

102. Auquier P, Simeoni MC, Sapin C, Reine G, Aghababian V, Cramer J, et al. Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. Schizophr Res. 1 sept 2003;63(1-2):137-49.

103. Questionnaire de santé SF-36 [Internet]. Liste d. Disponible sur: https://www.rechercheclinipariscentre.fr/wp-content/uploads/2013/03/ananta_quest-SF36_20130318_JWG.pdf

104. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview [Internet]. American Psychological Association; 2013 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t18597-

000

105. Loubiere S, Tinland A, Boucekine M, Girard V, Auquier P. Individual and process factors influencing user's satisfaction with Housing First services. European Journal of Public Health. 2019;29(Supplement_4):ckz187. 133.

106. Attkisson C. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ Scales®). :4.

107. Rhenter P, Moreau D, Laval C, Mantovani J, Albisson A, Suderie G, et al. Bread and Shoulders: Reversing the Downward Spiral, a Qualitative Analyses of the Effects of a Housing First-Type Program in France. Int J Environ Res Public Health. 14 mars 2018;15(3).

108. Dihal. Plan quinquennal pour le logement d'abord [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-06/2019.06.07_jd_planquiquennallogement.pdf

109. ASAIS | ARI Accompagnement [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: https://ari-accompagnement.fr/etablissement/asais/

110. Appel à manifestation d'intérêt [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/11/ami_lda_0.pdf

111. « Un chez-soi d'abord » : rencontres intersites 2018 à Bordeaux [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/un-chez-soi-d-abord-rencontres-intersites-2018-a-bordeaux

112. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. 2014;8.

113. Etude housing Feantsa [Internet]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_hl_-_etude_feantsa_nicholas_pleace.pdf

114. Handamos! | ARI Accompagnement [Internet]. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: https://ari-accompagnement.fr/etablissement/handamos/

Introduction : Pour certains patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, d'autant plus lorsqu'il existe un trouble lié à l'usage de substance comorbide, l'accession ou le maintien dans un logement peut représenter un obstacle majeur au rétablissement. Pour ces personnes requérant un haut niveau d'accompagnement, les solutions proposées actuellement se révèlent largement insuffisantes.

Méthodes : Une recherche de toutes les études portant sur le *Housing First* publiées jusqu'en février 2020 a été réalisée. Les articles ont été recensés à partir de la base de données électronique PubMed, grâce à une recherche des termes MeSH suivants : « *Housing* » et « *Psychiatry* », ainsi qu'une recherche PubMed avec le mot clé : « *Housing First* ». Cinquante-huit publications correspondant aux critères de recherche et dont le contenu avait un intérêt significatif pour la revue de la littérature ont été incluses.

Résultats : Ce programme s'est révélé probant auprès d'une population parmi les plus vulnérables, souffrant systématiquement d'une pathologie psychiatrique grave, à 50% d'une pathologie médicale non psychiatrique et à 80% d'une comorbidité addictive. 85% des personnes se maintiennent dans le logement après deux ans. Par rapport au groupe témoin bénéficiant de l'offre de soin habituelle on constate une amélioration de leur santé, qualité de vie et insertion. Les durées de séjour en hospitalisation sont diminués de 50%. Le coût total annuel du programme est totalement compensé par les coûts évités calculés en comparaison avec l'offre habituelle.

Discussion : Les principaux défis pour le déploiement du dispositif ainsi que les principaux enseignements de l'expérimentation sont discutés. L'actualité, ainsi que les pistes de développement futures, concernant le « Chez-Soi d'abord » en France, sont présentées.

THÈSE DE MÉDECINE

MOTS-CLÉS : Psychiatry, Addiction, Homelessness, Housing.