



Décembre 2014



**L'expérimentation « Un chez soi d'abord »**

**Un programme piloté par l'Etat**

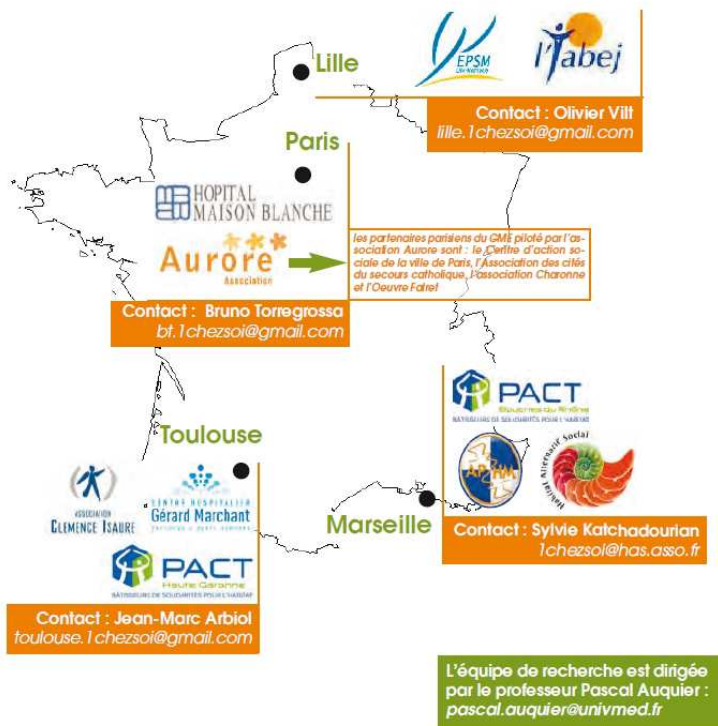
Depuis 2011, sous l'impulsion de l'Etat, quatre territoires expérimentent jusqu'en avril 2016 le programme « Un chez-soi d'abord ». Il s'agit d'un des programmes les plus innovants et les plus ambitieux mis en œuvre en Europe pour apporter des réponses nouvelles à la question persistante des publics sans-abri.

Expérimenté à Paris, Marseille, Toulouse, et sur la métropole Lilloise, il s'adresse aux personnes sans-abri les plus fragiles, celles qui souffrent de troubles psychiques et d'addiction et cumulent les plus grandes difficultés.

Il fait le pari de les orienter directement vers un logement ordinaire, sans condition de traitement ni d'arrêt des consommations de produits psychoactifs, en leur assurant un accompagnement soutenu par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale, cassant ainsi les frontières traditionnelles de l'action sociale, de la psychiatrie, de l'addictologie, et de l'accès au logement. Le logement, droit fondamental, est ici vu comme un tremplin pour faciliter les soins et l'inclusion sociale.

Ce programme s'inspire de la méthodologie des dispositifs «Housing First» qui sont déployés depuis les années 1990 aux Etats-Unis et qui montrent, pour ce public un taux de maintien dans le logement à hauteur de 80% à cinq ans, une réduction notable des hospitalisations, et des incarcérations. Pour la puissance publique, ces dispositifs permettent une amélioration du rapport coût-efficacité.

L'expérimentation française est spécifique tant par le nombre de personnes ciblées (720) que par sa méthode de recherche évaluative puisqu'elle vise à comparer sur 24 mois les effets de l'intervention sur la qualité de vie, l'état de santé et la consommation de soins et de services sociaux d'un groupe de personnes (360) recevant les services « Un chez Soi d'abord », à un groupe comparable (360) bénéficiant des dispositifs du droit commun. Un volet qualitatif explore les dynamiques institutionnelles et politiques à l'œuvre, analyse l'évolution des pratiques professionnelles et les trajectoires de rétablissement des personnes.



Le pilotage national du dispositif a été confié au délégué interministériel pour l'hébergement et à l'accès au logement en lien avec les administrations centrales concernées.

Le programme de recherche est conduit par le laboratoire de recherche en santé publique du Pr Auquier, Université Aix-Marseille ; un comité de pilotage national et un conseil scientifique suivent le déroulé de l'expérimentation.

### ***Une dynamique régionale***

Le Préfet de région garanti la dynamique territoriale en lien avec les agences régionales de santé, les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales. Sur chacun des quatre sites, des porteurs locaux (établissement de santé, association sociale ou médico-sociale, association assurant la captation de logement) liés par conventions ayant répondu à l'appel à projet national assurent la gouvernance du programme.

### ***Le financement***

Le programme est financé pour le volet accompagnement par la sécurité sociale (ONDAM) à hauteur de 2,7 M d'euros par an (pour le suivi de 360 personnes) et par des financements de l'Etat (BOP 177) pour le volet logement (dispositif d'intermédiation locative) à hauteur de 8000 euros par mesure et par an. Le volet recherche est financé principalement par la Direction générale de la santé (DGS) et bénéficie par ailleurs de multi-financements complémentaires.

### ***Une expérimentation sociale rigoureuse***

Entre aout 2011 et mars 2014, 705 personnes (soit 98% de l'effectif théorique), orientées par des équipes de première ligne travaillant auprès de personnes sans domicile, ont été incluses dans le programme de recherche. La moitié d'entre elles (soit 353 personnes) bénéficient du dispositif « Un Chez Soi d'abord », et se voient proposer sous dix jours en moyenne un logement dans le parc public ou privé (88,5% des logements) et dans le quartier de leur choix.

Ils seront accompagnés tout au long de l'expérimentation par une équipe pluridisciplinaire<sup>1</sup> se rendant à leur domicile. Une astreinte 7jours/7 et H24 permet une continuité de service. Les personnes s'engagent à accepter la visite de l'équipe une fois par semaine et à payer leur loyer dès qu'elles ont des ressources. L'autre moitié de l'effectif constitue le groupe dit « témoin ».



### **Un public particulièrement vulnérable**

Le public inclus dans l'étude est plutôt jeune (38 ans d'âge moyen) ; 80% sont des hommes et 90% sont de nationalité française. Si 80% sont célibataires, on note que 37% ont eu au moins un enfant. Particulièrement vulnérable, ils ont passé en moyenne plus de 8 ans cumulés sans domicile (dont 4 ans et demi à la rue).

L'ensemble des personnes présentent une pathologie mentale sévère (68% souffrent de schizophrénie et 32% de bipolarité) et la grande majorité est considérée par les médecins comme sévèrement à très gravement malade. 19% bénéficient d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle), 55% souffrent d'une pathologie somatique chronique associée à la pathologie psychiatrique et près de 80% ont des addictions.

Le suivi de ces 705 personnes tous les six mois sur les deux années de recherche permet un recueil de données biographiques, épidémiologiques et de consommation de

<sup>1</sup> Médecin psychiatre, addictologue, généraliste, travailleurs sociaux, infirmiers, médiateurs de santé pair.

soins et de services sociaux pour un public jusque-là invisible de la plupart des enquêtes classiques.

### **Premiers éléments de bilan**

Au total, 328 personnes (quinze personnes sont décédées et dix ont quitté le programme) sont suivies par les quatre équipes pluridisciplinaires (11 professionnels - en équivalent temps plein - par équipe sur chacun des sites) qui ont effectué depuis 2011 35000 rencontres dont l'essentiel au domicile des personnes. En moyenne sur chacun des sites on dénombre une dizaine d'incidents majeurs sur les trois ans et jusqu'alors aucun dommage corporel pour les locataires et le voisinage.

Après 24 mois de suivi, 86% des personnes sont encore dans leur logement.

Sur le plan de l'état de santé et des parcours de soins, on note dès 12 mois de suivi, une baisse significative du nombre de symptômes et une réduction de moitié des durées d'hospitalisation pour les personnes logées et accompagnées comparé au groupe témoin.

De façon plus qualitative, on note une différence significative entre les deux groupes en termes de rétablissement ; les personnes logées et accompagnées gèrent mieux leur maladie, ayant plus confiance en elles et ayant des relations avec leurs familles facilitées; leur qualité de vie est améliorée tant au niveau du sentiment de bien-être que de l'autonomie.

Concernant l'inclusion sociale, axe de travail important des équipes, 72% des personnes accompagnées ont des activités de loisir, culturelles ou sportives ou participent à des GEMs (groupe d'entraide mutuel). 90% ont des contacts avec leurs familles et 40% des personnes ayant des enfants ont pu les recevoir à leur domicile.

Enfin, 30% des personnes ont été accompagnées vers l'emploi ou la formation et 15% ont une activité professionnelle ou sont en formation.

Débuté fin 2011, l'expérimentation devrait se poursuivre jusqu'en avril 2016, permettant ainsi à chaque bénéficiaire d'avoir un suivi de 24 mois.

### **Des enseignements pour l'ensemble des acteurs du social, du sanitaire et du logement**

S'agissant des pratiques professionnelles, le programme apparaît comme un laboratoire favorisant l'innovation autour de la pluridisciplinarité, l'apport des médiateurs de santé pairs et les pratiques collaboratives.

La stratégie d'accompagnement proposée s'appuyant sur le concept de rétablissement et de suivi intensif, réalise pour chacune des personnes accompagnées une coordination du parcours de santé en associant l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire (équipe « Un chez soi d'abord » et acteurs du droit commun).

Les premiers éléments d'évaluation montrent que l'expérimentation est un outil de coopération effectif entre les acteurs de la santé, du social, du médico-social, de l'addictologie et du logement et qu'il favorise, à l'échelle nationale et locale, un décloisonnement global.

Concernant l'accès au logement, le programme témoigne du fait qu'il n'y a pas à priori de caractère prédictif à la capacité d'habiter ; en d'autres termes, rien ne permet de déterminer *a priori* qu'une personne sera ou non en capacité de vivre dans un logement.



## **Et un espoir pour des personnes jugées durablement exclues**

Les témoignages<sup>2</sup> des personnes accompagnées sont très encourageants tant par leur désir de poursuivre le parcours d'insertion que par leur adhésion à la méthodologie du programme basée sur le principe du «recovery<sup>3</sup>» : il s'agit de s'appuyer sur les compétences des personnes et non sur leur manque.



## **Des résultats cohérents avec l'ensemble des études internationales**

Ces premiers résultats corroborent les expériences menées outre-Atlantique et dans une dizaine de capitales européennes<sup>4</sup>.

En clair les dispositifs «Housing First» permettent un taux d'inclusion sociale, de suivi des soins et de maintien dans le logement plus efficace que les autres formules ; pour autant, en moyenne et suivant les études, 20% des personnes échappent au suivi et doivent être orientées vers d'autres formules (pensions de famille, maison relais, appartements thérapeutiques,...).

<sup>2</sup> Ceci a fait l'objet de trois vidéos disponibles sur la chaîne Daily motion du ministère de l'Égalité des territoires et du Logement : [http://www.dailymotion.com/video/xrq8xp\\_un-chez-soi-d-abordprogramme-experimental-d-acces-au-logement-et-aux-soinsdes-personnes-sans-abri\\_news?search\\_algo=1](http://www.dailymotion.com/video/xrq8xp_un-chez-soi-d-abordprogramme-experimental-d-acces-au-logement-et-aux-soinsdes-personnes-sans-abri_news?search_algo=1)

<sup>3</sup> Les soins orientés vers le rétablissement (« recovery ») doivent encourager l'espoir qu'une vie pleine et épanouie est possible et favoriser l'inclusion sociale et ce malgré les symptômes.

<sup>4</sup> Rapport « housing first Europe » : <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope>

## **Mais il reste des défis à relever**

Si la stratégie mise en place permet de fluidifier les parcours de soin, d'améliorer l'inclusion sociale et de favoriser la déstigmatisation, il est important de souligner que l'ensemble des personnes accompagnées vivent sous le seuil de pauvreté (90% sont bénéficiaires de minima sociaux) et 20% d'entre elles ne seront pas en mesure de payer un loyer dans le parc privé à la fin de l'expérimentation ; l'accès à l'emploi et l'accès au logement social, seules solutions possibles pour le maintien dans le logement, restent pourtant difficiles.

## **Les perspectives à court et moyen termes**

L'année 2015 sera l'année de valorisation des premiers résultats et de diffusion auprès de l'ensemble des acteurs concernés dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles.

Concernant le rapport cout-efficacité du programme les données de recherche sont attendues début 2016 permettant ainsi de déterminer le niveau d'accompagnement nécessaire à mettre en place en fonction des besoins des publics concernés dans un souci d'optimisation des financements publics.

Sur chacun des territoires, le programme étudie les conditions d'implantation et sera à même d'apporter des recommandations à la puissance publique dans le cas d'un déploiement futur.

La DIHAL a pour objectif avec les administrations centrales concernées de proposer des scénarii de pérennisation concernant les quatre sites expérimentaux (dès 2016) et de déploiement sur d'autres territoires à l'issue de l'expérimentation.

## **Contact :**

Coordinatrice technique nationale  
DIHAL

244, Boulevard Saint-Germain 75007 PARIS

Tél : 06 74 78 86 72 - 01 40 81 33 95

[pascale.estecahandy@developpement-durable.gouv.fr](mailto:pascale.estecahandy@developpement-durable.gouv.fr)