

Un chez soi d'abord – fonctionnement du programme et rôle de l'addictologie

Le programme « Un chez soi d'abord » expérimente l'accès direct et pérenne à un logement individuel pour des personnes durablement sans-abri, cumulant un ensemble de problématiques – pathologies mentales, addictions, situation d'errance – sans aucun prérequis d'insertion. Développé outre-Atlantique pour pallier l'absence de réponse en psychiatrie, il s'inscrit, en France, dans la complémentarité et la synergie des réponses entre psychiatrie, addictologie et secteur social. L'idée de sa mise en place a germé à partir d'un programme de recherche, mené en 2009 sur la santé des personnes vivant à la rue ; il n'a fait que s'entériner depuis, trouvant toute sa place dans la palette du soin.

Le programme concerne à ce jour plus de 700 locataires. Ces personnes, inscrites dans une démarche de citoyenneté, y sont accompagnées par des équipes pluridisciplinaires, répondant à des seuils très adaptés d'exigence, qui intègrent obligatoirement un ou plusieurs pairs aidants. Les compétences expérimentielles sont donc incluses dans l'accompagnement.

L'entrée dans le logement est inconditionnelle au regard des soins en première intention. C'est la mise en sécurité et le concept de rétablissement qui sont les deux grandes forces de ce programme, comme l'a démontré le Programme Hospitalier de Recherche Clinique : 85% d'inscription durable dans le logement sur 2 ans, amélioration significative des conditions de vie, baisse significative des coûts sociétaux...

Largement développé depuis, le "Chez Soi d'Abord" montre des voies complémentaires aux logiques de filières, pour s'adapter de aux besoins élevés de chacun des locataires. Parmi ces besoins, les conduites addictives figurent en bonne place. Depuis longtemps, certains usagers sont confrontés à cette triple problématique – santé mentale, addictions et très grande précarité – et ne trouvaient pas de réponse adaptée. Des équipes spécialisées en addictologie se sont ainsi impliquées dès le début du programme, jusqu'à la parution du décret qui rend obligatoire l'inclusion de service addictologique dans le GCSMS qui le pilote. Dans cette lignée, la Fédération Addiction a intégré le comité de pilotage national du programme dès 2012.

Notre réseau a toujours soutenu ce programme, déclinant une vision individualisée et pluridisciplinaire de l'accompagnement inconditionnel, dans lequel les équipes se constituent comme ressources pour répondre aux besoins des personnes telles qu'elles-mêmes les priorisent. La sécurisation par le logement, la reconnaissance de la citoyenneté et l'amélioration de la qualité de vie sont considérés comme les premiers vecteurs de soin. En cela, le dispositif permet d'exprimer pleinement sur le terrain la posture et le paradigme issus de la réduction des risques et des approches expérimentielles, chères à notre Fédération.

Le programme a connu ces dernières années de nombreux développements et un ancrage officiel grâce au travail de pilotage et de formalisation mené par la DIHAL. Nous vous proposons aujourd'hui un point d'étape sur le fonctionnement et le stade de développement du dispositif. Ce document a été construit grâce à l'implication d'un groupe d'adhérents investis dans les groupements de coopération qui développe le « chez soi d'abord » sur leur territoire. Au moment où il paraît, le programme de Marseille s'apprête à augmenter sa capacité, ceux de Toulouse et de Lille expérimentent le « Chez Soi » pour des jeunes de 18 à 22 ans, et d'autres programmes, sous des formes qui se diversifient, sont en train de se mettre en place.

Ce développement, au croisement de la RDR et du rétablissement, nous le saluons et l'encourageons, car il incarne notre vision d'une société plus inclusive, qui fait le pari de l'intégration des différences comme chemin du vivre-ensemble.

Martine Lacoste, Vice-présidente de la Fédération Addiction

1. Les définitions et principes du programme

Un Chez Soi d'Abord est un programme innovant d'accompagnement et de logement de personnes sans-abri connaissant des périodes d'« itinérance absolue », présentant des troubles psychiques sévères et pouvant présenter des addictions.

Il s'appuie sur un modèle ayant fait ses preuves outre-Atlantique, et a d'abord été expérimenté et évalué en France sur 4 sites entre 2011 et 2016.

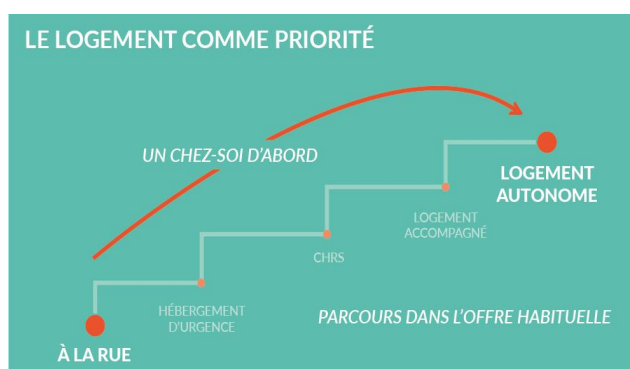
Il vise à proposer à ce public un logement en location ou sous-location en diffus dans la cité, combiné à un accompagnement pluridisciplinaire au long cours.

Actuellement dans sa phase de déploiement, il existe à ce jour dans 12 agglomérations.

Les principes

Le programme se fonde sur plusieurs principes¹ :

- permettre à la personne d'accéder à un logement autonome sans condition notamment concernant l'accès à un traitement ou l'abstinence, et de s'y maintenir
- individualiser un accompagnement pluridisciplinaire, modulable tant que de besoin sur la base d'une visite à domicile hebdomadaire
- s'appuyer sur les capacités d'autonomie, envies et priorités de la personne et l'aider à les développer pour favoriser son intégration dans la vie ordinaire.



Dans ce cadre, c'est bien le programme qui s'adapte de manière fluide aux besoins, volontés et étapes de chaque usager.

Un croisement d'approches

Pour ce faire, le programme conjugue différentes approches² :

- le Rétablissement, fondé sur l'expérience de la personne, ses ressources et ses compétences pour fonder ses objectifs de mieux-être et d'accompagnement, dans une dynamique plus sociale, citoyenne et personnelle que biologique
- Le « Housing first », qui met en avant l'accès du logement comme premier outil d'accompagnement, renversant ainsi la logique des filières « en escalier »
- La Réduction des risques et des dommages liés à la consommation de produits psychoactifs, fondée sur la hiérarchisation des risques, l'inconditionnalité de l'accompagnement, le pragmatisme et le non-jugement.

1-Cahier des charges réalisé par la DIHAL en collaboration avec les administrations centrales concernées, DGCS, DGS, DGOS, DHUP, DSS, la CNAMTS, l'Anesm et l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité de pilotage engagés dans la phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2011 et 2016, appuyé sur les résultats de la recherche conduite par le Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279 et validé par le comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 20 juin 2017.

2-Cahier des charges validé par le Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

NOR: AFSA1631837D.

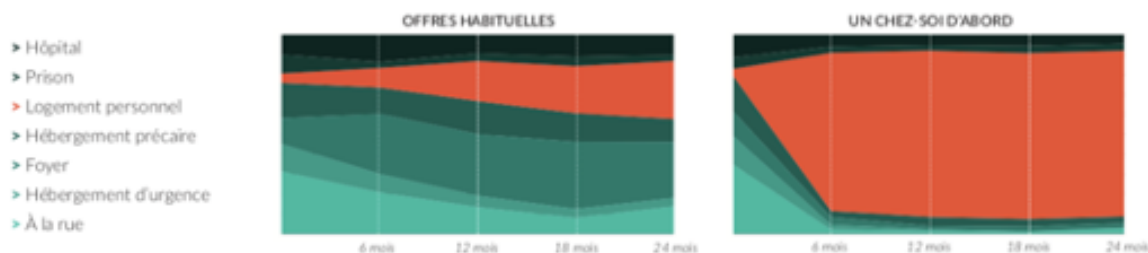
2. Historique et origine du déploiement du programme en France

A l'origine, une expérimentation

L'installation du programme en France a débuté en 2010, à Marseille, à partir de l'expérience d'un squat officialisé qui proposait depuis 3 ans une alternative au foyer d'hébergement pour les personnes sans-abri de longue durée vivant avec des troubles psychiatriques sévères. En parallèle, le Ministère de la Santé faisait paraître un rapport national sur la santé des personnes sans chez soi³, qui soulignait l'impact négatif de la philosophie du « traitement d'abord » et l'exigence d'abstinence demandée par la plupart des services d'accueil et d'accompagnement, et leur conséquences en termes d'accès aux soins des populations les plus vulnérables.

Dans le prolongement de ce rapport, la ministre de la santé d'alors (Mme Bachelot-Narquin) et le secrétaire d'état chargé du logement (Mr Apparü) ont lancé l'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord » sur 4 villes : Lille, Marseille, Toulouse et Paris. La gestion du programme est confiée à des opérateurs locaux sur chaque site.

Les pouvoirs publics confièrent le pilotage national de l'expérimentation à la Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement (la « Dihal »), son financement à l'assurance maladie pour la partie accompagnement et à l'Etat pour le volet logement. L'évaluation et le suivi par la recherche de cette expérimentation ont été confiés à l'unité de recherche du Professeur Auquier de l'Université Aix-Marseille⁴, et financés par la Direction Générale de la Santé.



Cette expérimentation allait durer 5 ans, de 2011 à 2016, et ses résultats ont mené à la pérennisation des 4 sites initiaux et à l'essaimage du dispositif sur l'ensemble du territoire national.

Les résultats de l'évaluation : un programme qui fonctionne

L'expérimentation a été évaluée grâce à une recherche randomisée⁵ sur 703 personnes, dont 353 bénéficiait du programme et 350 d'un accompagnement classique.

Via un volet quantitatif et un volet qualitatif, elle a permis de retenir les différences tant en termes de maintien dans le logement et d'accès aux soins que de rapport coût/efficacité de l'offre proposée, comme en termes d'impact d'implantation du dispositif et de transformation des pratiques professionnelles.

Parus en 2016, les résultats⁶ sont nettement favorables au programme Un Chez Soi d'Abord, qui « répond à un besoin réel conforme aux orientations générales des politiques publiques en faveur des publics ciblés et apporte une plus-value en comparaison avec l'offre sanitaire, sociale et médico-social existante »⁷.

3-Girard, Estecahandy, Chauvin, 2010

4-Pour en savoir plus sur les années d'expérimentation du programme, rendez-vous sur <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/ucsa.pdf>

5-Christian Laval, Jean Mantovani, Delphine Moreau, Pauline Rhenter. Laboratoire de santé publique EA 3279

6-Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279.

7-Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, in Présentation générale du programme Un Chez Soi d'Abord, DIHAL, février 2018. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>

En effet, il permet :

- Un accès rapide au logement et une stabilité dans ce-dernier pour 85% des publics inclus dans le programme (à deux ans)
- Une amélioration de l'état de santé et du niveau de rétablissement pour les personnes accompagnées (notamment les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie)
- Une réduction majeure des recours aux systèmes de soins (baisse de 50 % des durées d'hospitalisations) au profit de suivi régulier au domicile
- Un coût d'accompagnement entièrement compensé par les coûts de santé évités (70% des coûts d'hospitalisations et 30% des coûts d'hébergement sont économisés)⁸.

L'évaluation a démontré une baisse du recours à d'autres dispositifs d'aide et d'accompagnement sanitaire et social (hôpital, foyer, hébergement d'urgence...) ainsi que des incarcérations (graphique en page 4⁹) dès l'accès au logement personnel et de manière pérenne, même après 24 mois.

Les résultats montrent aussi une hausse du sentiment de bien-être et de tranquillité¹⁰ chez les personnes qui retrouvent des conditions de vie dignes.

Autre fait notable, le programme contribue à changer le regard porté sur une personne dont on pensait jusque-là qu'elle ne pourrait jamais intégrer un logement.

La communication par et pour les locataires

L'évaluation des bienfaits du programme est également portée par la voix de ceux qui en bénéficient. La DIHAL et les acteurs porteurs de ce dispositif en région donnent la parole et valorisent les retours d'expériences et trajectoires de vie des locataires du programme.

Pour exemple, la DIHAL a proposé une série de 4 vidéos, visibles gratuitement et librement en ligne¹¹, dans lesquelles interviennent et témoignent plus de 10 locataires bénéficiant de cet accompagnement.

Un autre exemple est le journal « La Feuille de Chou, Du côté du Chez Soi » créé par l'association Les Cris des Saltimbanques¹² et porté par Habitat Alternatif Social à Marseille. Co-écrit par les locataires et les partenaires, ce journal propose des espaces d'expression et des ressources (promotion de groupes, encarts sur les aides des restaurants du cœur...) de pair à pair.

Le déploiement du programme

Suite à l'expérimentation 2011 - 2016 et à la parution du rapport d'évaluation favorable entre 2016 et 2017, les pouvoirs publics ont pris l'initiative d'organiser le déploiement¹³ du programme, qui devient une politique publique, inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles.

8-Pour plus d'informations sur les résultats quantitatifs de l'évaluation, rendez-vous sur https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucfdb.pdf

9-in Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, Op. Cit.

10-Mesuré à partir d'échelles validées (RAS pour le rétablissement et S-QOL pour la qualité de vie) in Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, Op. Cit.

11-Vidéos organisées en 4 saisons, visibles sur la chaîne YouTube[®] et sur le site du Ministère Territoires et Collectivités <https://www.youtube.com/watch?v=mP7hcfxsQI4&list=PLI-JkGYCu4EHAGTwIS-dPF69IS6nWAXpLn>

12-<http://www.has.asso.fr/details-les+cris+des+saltimbanques-35.html>

13-Pour en savoir plus sur le déploiement prévu du programme : <https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

Le modèle « classique » :



Le décret est paru le 28 décembre 2016 au Journal Officiel pour le développement du dispositif d'appartements thérapeutiques accompagnés, et un cahier des charges a été adopté l'année d'après pour organiser ce déploiement. Le modèle est prévu pour accueillir 100 places d'ACT.

Il est piloté par la DIHAL, qui a mis en place un comité de suivi national constitué des administrations centrales et d'associations nationales et régionales des différents champs concernés : santé mentale, lutte contre l'exclusion, accompagnement et réduction des risques liés aux addictions.

Ce déploiement s'organise sur 5 années, de 2017 à 2022, et vise l'ouverture de 20 sites, pour 2000 places. Il s'inscrit dans un contexte favorable en lien avec l'installation des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), le plan national porté par le Conseil de santé mentale, et la mise en place d'un réseau européen sur le « Housing First »¹⁴.

Il est accompagné d'un plan de suivi et d'évaluation au long cours.

En décembre 2019, le programme fonctionnait sur 12 sites :

- les 4 villes de l'expérimentation : Lille, Marseille, Paris et Toulouse
- Depuis décembre 2018 les villes de Dijon, Lyon, Grenoble et Bordeaux
- A partir de décembre 2019, Nantes, Strasbourg, Nice et Montpellier

Pour 2020, sont prévus deux sites en Ile de France, le doublement des places à Marseille et un site sur l'Ile de la Réunion. En 2021 la Bretagne devrait accueillir un GCSMS pour porter un programme local, puis un doublement du site de Paris intra-muros. Ailleurs, deux autres sites restent à l'étude.

Les autres modèles :

Au-delà du modèle à 100 places d'ACT mis en œuvre, deux nouvelles modalités d'organisation du Chez Soi d'Abord devraient voir le jour dans les mois et/ou années à venir :

1. Un dispositif réduit pour accueillir les publics hors des grandes métropoles dans les villes moyennes ou en milieu semi-urbain, proposant 55 places d'ACT¹⁵ a été conçu en 2020. L'ouverture de deux sites de ce type est actée ; des perspectives sur d'autres territoires sont à l'étude.
2. La DIHAL, la délégation pauvreté et les GCSMS de Toulouse et de Lille expérimentent depuis la fin de l'année 2019 un dispositif à destination des jeunes 18/25 ans ¹⁶.

14-<http://housingfirstguide.eu/website/>

15-Version consolidée au 09 décembre 2019 du décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » NOR: AFSA1631837D. Éléments de cadrage pour la diffusion du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » en territoires urbains hors des grandes métropoles et territoires semi-ruraux.

16-Expérimentation encadrée par l'arrêté du 30 octobre 2019 portant agrément d'expérimentation d'actions médico-sociales « Un chez-soi d'abord jeunes » en faveur de personnes en situation de précarité.

Vous souhaitez voir le programme s'implanter sur votre territoire ?

Si vous pensez avoir un public cible, que ce soit pour un modèle à 100 places ou à 55 places d'Appartements de coordination thérapeutiques, votre ARS peut être le moteur de l'implantation d'un site Un Chez Soi d'Abord. Il est conseillé de vous rapprocher de votre agence régionale de santé pour présenter le dispositif¹⁷, et de la DIHAL pour appuyer votre démarche.

Toutes les informations sont accessibles sur www.dihal.gouv.fr ou en contactant le Dr Pascale Estecahandy, coordinatrice nationale Un Chez Soi d'Abord (voir en fin de document).

3 . Le fonctionnement du programme

Le public

Un Chez Soi d'Abord est destiné à un public bien particulier : les personnes vivant en situation de grande précarité, durablement sans-abri et présentant des troubles de santé mentale sévères (troubles psychotiques). Il peut également présenter des problématiques addictives (c'est le cas de 79% des personnes inclus dans l'expérimentation¹⁸).

Le programme est destiné à « ceux qui ne demandent rien »¹⁹. Parmi les publics inclus dans l'expérimentation, près de 80% n'ont jamais eu recours au SIAO, 40% n'ont jamais eu recours aux accueils de jour et plus de 50% n'ont jamais reçu d'aide psychologique ou matérielle²⁰ dans l'année précédant leur intégration. Ce cumul de problématiques complexifie souvent la rencontre et l'accompagnement, et suppose de croiser plusieurs types d'intervention et de compétence. Si Un Chez Soi d'Abord n'est pas destiné à tous les publics, ceux qu'il cible constituent une part importante des populations en situation de grande précarité, puisqu'on estime que la prévalence de troubles psychiques aigus nécessitant un suivi intensif est d'environ 20% des personnes sans-abri²¹.

Le portage institutionnel

La pluralité des problématiques rencontrées par les personnes ciblées a rendu nécessaire une articulation des savoir-faire et des compétences. Ainsi, le programme sur chaque territoire est géré par un Groupement de Coopération Sociale et Médicosociale (GCSMS) ad hoc.

Il est créé exclusivement pour cet usage, et doit comprendre au moins²² :

- un établissement de santé mentale disposant d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité (EMPP)
- un organisme habilité à la gestion locative
- un CSAPA ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.

17-La DIHAL propose un PowerPoint de présentation du dispositif sur son site internet :

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/06/05_2018_presentation_ppt_generale_ucfdb.pdf

18-Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, in Présentation générale du programme Un Chez Soi d'Abord, DIHAL, février 2018. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>

19-Cahier des charges validé par le Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». NOR: AFSA1631837D

20-Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, in Présentation générale du programme Un Chez Soi d'Abord, DIHAL, février 2018. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>

21-Référence CNESM Centre national d'excellence en santé mentale <http://www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298>

Ce GCSMS est l'organisme gestionnaire des appartements de coordination thérapeutique (ACT) du programme Un Chez Soi d'Abord sur le territoire concerné. Il est autorisé dans le cadre d'une procédure d'appel à projet régional lancée par l'ARS.

Il doit conclure une convention de coopération avec un établissement de santé somatique disposant d'une Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS), un organisme d'insertion sociale, un organisme représentant les usagers en santé mentale, un organisme représentant les personnes sans logement.

Les modalités d'orientation

Les critères d'orientation sont les suivants :

- ☐ La personne est en situation d'itinérance absolue
- ☐ Elle présente des besoins élevés d'accompagnement
- ☐ Elle présente un diagnostic de maladie mentale sévère
- ☐ Elle dispose de droits à l'assurance maladie (potentiels sans être forcément ouverts)
- ☐ Elle est en situation régulière sur le territoire français.

Les CAARUD sont des dispositifs de premier plan puisque l'objectif est d'aller rencontrer « ceux qui ne demandent rien », **donc tous les CAARUD doivent pouvoir repérer les publics candidats et orienter**, même sans qu'ils ne soient membres du GCSMS.

- Lors du repérage d'une personne potentiellement éligible par une structure, l'intervenant l'oriente, en sa présence et avec son accord, vers une équipe d'orientation : EMPP, SMPP, CSAPA ou CAARUD, et les structures participants à la veille sociale²³
- Une fois en contact avec l'équipe d'orientation, la personne pourra remplir un dossier d'admission et rencontrer d'autres professionnels de soin
- La commission d'intégration du GCSMS traite les dossiers dans l'ordre chronologique de réception, et en fonction du nombre de places disponibles
- L'offre d'un logement correspondant aux critères de choix de la personne doit se faire dans un délai de 8 semaines maximum après l'intégration dans le dispositif; la personne signera un contrat de prise en charge et un contrat de location ou sous-location avec l'organisme bailleur.

Objectif et arrêt de l'accompagnement

Le programme s'arrête lorsque les personnes n'ont plus besoin de l'accompagnement pour rester dans leur logement ou payer leur loyer et sont à même de bénéficier des services proposés dans le quartier et plus largement de l'offre de droit commun.

L'accompagnement dure aussi longtemps que de besoin.

Il vise également le retour à la citoyenneté, pour permettre aux personnes très éloignées de leurs droits un retour à une place dans la cité, et à faire évoluer les regards sur les discriminations et la stigmatisation.

22-Cahier des charges validé par le Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».
NOR: AFSA1631837D

23-Structures figurant aux art. 8.3 et 8.3.2 du cahier des charges du déploiement du programme. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>

La place des médiateurs santé pair

Chaque équipe Un chez-soi d'abord comporte au moins un médiateur santé pair. Prévue par le cahier des charges national, cette participation d'une personne ayant l'expérience de ces situations d'errance et de problèmes de psychiatrie dans les équipes vise à inclure des savoirs expérientiels dans l'accompagnement, en proximité avec les locataires. Le médiateur santé pair travaille à partir de la mobilisation de son expérience vécue, et la met au service des bénéficiaires. Ainsi, l'une des travailleuses paires d'Un Chez-soi d'abord à Paris expliquait comment ce positionnement en « multi-référence » - soit avec la possibilité pour chacun des bénéficiaires de solliciter le professionnel de son choix en fonction des besoins - permet de mettre son expérience au même plan que les savoirs professionnels : « *Chaque professionnel est à sa place. Par exemple, je ne suis pas experte pour faire un dossier APL, c'est le rôle de l'assistante sociale. Par contre moi, je connais la peur qu'ont les personnes d'être hospitalisées, placées en institution, d'être sur-médicamentées. Je connais les dispositifs, les effets, les conséquences et les réticences des personnes. Je le sais parce que j'ai eu les mêmes. Je peux en parler aux locataires. J'en parle aussi à l'équipe et on apprend, on s'enrichit les uns les autres. Chacun avec sa spécificité.* »²⁴

4. La place de l'addictologie dans le programme Un chez soi d'abord

Si la conduite addictive n'est pas un critère de recrutement du programme, la plupart de ses bénéficiaires présentent des polyconsommations mêlant souvent produits licites et illicites. Les intervenants du programme se disent impactés au quotidien par les usages et/ou effets de consommation des publics qu'ils accompagnent. L'OFDT a ainsi construit une étude - baptisée APROCHES - des consommations des publics inclus dans le programme. L'observatoire fait état de ces résultats dans le numéro 134 de sa revue Tendances, paru en septembre 2019²⁵.

Vulnérabilité et place de la réduction des risques

Les publics bénéficiaires du programme présentant des conduites addictives se déclarent plus souvent en moins bonne santé, avec une qualité de vie dégradée vis-à-vis des publics ne consommant pas. Chez ces publics accompagnés, plusieurs facteurs de vulnérabilité spécifiques aux usages se dégagent :

« Plus le parcours d'errance débute jeune, plus les personnes sont susceptibles de présenter une consommation à risque. Sur le plan psychologique et psychique en particulier, les éléments recueillis témoignent d'autres marqueurs de fragilité chez les usagers. On observe ainsi que la probabilité d'être usager à risque augmente de 7 % chez les personnes qui présentent un niveau de détresse émotionnelle élevé. [...] Cette probabilité est également multipliée par 3 chez les personnes souffrant de troubles de personnalité antisociale²⁶ »²⁷

24-Développer Le Travail Pair Dans Le Champ De La Veille Sociale, De L'hébergement Et Du Logement. DIHAL, Fédération des acteurs de la Solidarité, Décembre 2018.

25-Maitena Milhet, Caroline Protais, Cristina Diaz-Gómez, Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord », Tendances n°134, OFDT, Paris, Septembre 2019. Toutes les données concernant les consommations et interventions sont issues de ce numéro.

26-« Telle que définie selon les critères du DSM-IV, la caractéristique essentielle du trouble de personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui. Ce trouble est aussi parfois nommé psychopathie, sociopathe ou personnalité dyssociale. »

27-Tendances n°134, OFDT, Paris, Septembre 2019. Op.cit.

Ainsi, il y a un enjeu à accompagner les conséquences de ces consommations afin qu'elles n'impactent pas, ou moins, leur quotidien. Cela suppose une certaine connaissance des risques et moyens de les réduire. Par ailleurs, la philosophie de la réduction des risques, fondée sur la reconnaissance de la capacité à agir des personnes, le non-jugement vis-à-vis des consommations et le fait de ne pas conditionner l'accompagnement à leur arrêt se conjuguent particulièrement bien aux autres approches qui fondent la démarche du Chez Soi d'Abord, et en particulier aux principes du Rétablissement.

Sécurisation des consommations et qualité de vie

D'après l'étude de l'OFDT, le programme Un Chez Soi d'Abord permet non seulement à une partie des locataires de réduire ses consommations de produits psychoactifs, mais aussi en cas de maintien des consommations de sécuriser ces pratiques.

L'accompagnement a permis à une majorité de consommateurs de tranquilliser leurs consommations, évitant le contexte anxiogène des usages aux vues et sus des autres (crainte de la police, de la présence d'autres personnes...) et des mauvaises conditions sanitaires de l'usage de rue (risques accrus d'injection de germes ou bactéries, menant à des abcès par exemple).

Par ailleurs, l'objectif de l'accompagnement n'est pas le changement de pratiques en tant que tel, mais bien l'amélioration de la qualité de vie. Ainsi, pour des publics dont les usages sont très largement ancrés dans un quotidien long et ritualisé et qui jouent souvent un rôle d'automédication, l'arrêt des consommations peut parfois ne pas être la solution envisagée. Par contre, la régulation et le retour à un contexte plus serein de consommation permettent une amélioration notable de la qualité de vie.

Le rétablissement et l'approche par les forces

Si ce programme ne pose ni comme prérequis un travail sur les consommations, ni comme objectif du soin leur réduction, il pose néanmoins les bases de nouvelles habitudes de vie, dans lesquelles les consommations de produits psychoactifs n'auront plus la même place. En effet, tout changement lié aux usages ou non pour ces publics particulièrement vulnérables doit pouvoir se faire au long cours, et selon la dynamique de chacun. Temporalité, objectifs et outils thérapeutiques ne peuvent être prédéterminés.

Par contre, deux facteurs ressortent comme particulièrement vecteur d'appui :

- **Le retour au logement**

Le fait de changer de cadre de vie, d'accéder à un appartement de droit commun loué pour soi, aménagé et organisé pour soi et par soi, fait évoluer les rituels du quotidien, crée d'autres conditions de vie et d'autres préoccupations. Ce retour à un cadre de vie plus ordinaire peut bouleverser les habitudes, et suppose avant tout une présence et un accompagnement singulier dans la réappropriation de gestes et d'occupations quotidiens. Ces changements posent les bases d'une réorganisation de la place des consommations au sein du logement : plus sécurisées, acceptées puisqu'ayant lieu dans le logement privé, elles se font parfois moins urgentes et moins problématiques et peuvent être parfois plus facile de parlées avec un intervenant.

- **Le retour à une image positive de soi**

La construction d'un accompagnement individuel et l'exercice du droit à disposer d'un logement privé ont un impact considérable sur le bien-être mais également sur l'image que l'on a de soi. Le fait que cet accompagnement s'adapte aux temporalités, besoins et désirs de chaque personne accueillie changent drastiquement le ressenti des bénéficiaires par rapport aux institutions dont ils ont eu connaissance par le passé. C'est ce dont ils font part tant dans les entretiens menés pendant l'évaluation, que dans les témoignages diffusés par la DIHAL ou dans l'étude de l'OFDT. Cette approche inconditionnelle fondée sur le rétablissement a une plus-value directe sur les usages :

« Pendant de nombreuses années, les produits ont aidé les personnes à faire face à une expérience répétée du malheur et à tenir à distance un sentiment de honte lié aux conditions d'existence précaires et aux stigmates du « clochard », du « malade mental », du « taulard », du « toxico ». Dès lors, modifier le recours aux produits ne procède pas uniquement ou pas prioritairement d'un accompagnement strictement addictologique. Les changements dans les consommations s'inscrivent dans un processus plus large de reconstruction identitaire. Au vu de l'analyse des entretiens, l'approche intégrée du dispositif se révèle de ce point de vue particulièrement féconde, remplaçant les usages dans une expérience de vie plus globale. »²⁸

Bibliographie

Pour en savoir plus sur le déploiement prévu du programme : <https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, in Présentation générale du programme Un Chez Soi d'Abord, DIHAL, février 2018. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>

Référence CNESM Centre national d'excellence en santé mentale <http://www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298>

La DIHAL propose un PowerPoint de présentation du dispositif sur son site internet : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/06/05_2018_presentation_ppt_generale_ucscdb.pdf

Sur les résultats de l'évaluation et les addictions :

Résultats de la phase expérimentale 2011/2016, Laboratoire de santé publique EA 3279 et DIHAL, in Présentation générale du programme Un Chez Soi d'Abord, DIHAL, février 2018. <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal> Maitena Milhet, Caroline Protais, Cristina Diaz-Gómez, Les addictions dans le programme « Un chez soi d'Abord », Tendances n°134, OFDT, Paris, Septembre 2019. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmz9.pdf>

Sur la pairaidance :

DIHAL, Fédération des acteurs de la Solidarités, Développer Le Travail Pair Dans Le Champ De La Veille Sociale, De l'hébergement Et Du Logement, Décembre 2018, Paris.

La revue Les cris des saltimbanques éditée par l'association Habitat Alternatif Social : <http://www.has.asso.fr/details-les+cris+des+saltimbanques-35.html>

Sur la toile :

Vidéos organisées en 4 saisons, visibles sur la chaîne YouTube® et sur le site du Ministère Territoires et Collectivités. <https://www.youtube.com/watch?v=mP7hcfxsQI4&list=PLIJkGYCu4EHAGTwIS-dPF69IS6nWAXpLn>

Contacts et acteurs ressources :

DIHAL - Arche Sud - 92 055 La Défense
cedex - 01 40 81 33 60
contact.dihal@diha1.gouv.fr - diha1.gouv.fr

Fédération des Acteurs de la Solidarité - 76
rue du Faubourg Saint Denis - 01 48 01 82 00
contact@federationsolidarite.org -
www.federationsolidarite.org

Les administrations centrales investies dans Un Chez Soi d'Abord

- La DIHAL
- La Direction Générale de la Santé
- La Direction Générale de l'offre de soins
- La Direction Générale de la sécurité sociale
- La Direction Générale de la cohésion sociale
- La Direction Générale de l'urbanisme et des paysages
- Les Préfectures et Agences régionales de santé concernées par le territoire d'implantation du programme

Les GCSMS porteurs :

Toulouse

Le Centre Hospitalier Gérard Marchand
L'association régionale Clémence Isaure
Le PACT 31

Marseille

L'association Habitat Alternatif Social
L'assistance Publique Hôpitaux de Marseille
Le PACT 13

Lille

L'EPSM Lille métropole,
L'EPSM Agglomération Lilloise,
Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille,
L'association ABEJ et Solidarité L'association
CèdrAgir

Paris

Association Aurore
EPS Maison Blanche
Association Oppélia Charonne
CCAS Ville de Paris
Oeuvre Falret
Association des Cités du Secours Catholique

Lyon

La fondation ARHM
L'association LAHSO
L'association Le Mas
L'association Oppélia - ARIA.

Dijon Métropole

Le Centre Hospitalier La Chartreuse
L'association ADEFO
L'Association du Renouveau
L'association SDAT

Bassin grenoblois

Le CCAS de Grenoble
Le Centre Hospitalier Alpes-Isère de Saint
Égrève,
Le Relais Ozanam,
L'Oiseau Bleu,
L'association Oppélia - Tempo

Montpellier

Association L'Avitarelle
CHU de Montpellier

Nice

Association hospitalière Sainte Marie
Association Isatis
Fondation de Nice

Nantes

Association Les Apsyades
Association L'Etape
Association Les Eaux Vives
CH Daumezon
CHU de Nantes

Strasbourg

Association ALT
Association ARSEA-GALA
CH d'Erstein

Bordeaux

CH Charles Perrens
Association CEID
Association CAIO
Association ARI
Association LA CASE