

« Procurer aux personnes SDF un logement, pas un hébergement »

**Entretien avec
Pascale Estecahandy,**
praticien hospitalier,
coordinatrice nationale du volet
opérationnel du programme
expérimental national « Un chez soi
d'abord ».

La Santé en action : En quoi consiste le projet « Un chez soi d'abord », inspiré d'expériences étrangères du type « Housing First » ?

Pascale Estecahandy : Ce projet s'adresse à des personnes sans abri, présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent doublés d'addictions, pour lesquelles les réponses classiques apportées par les institutions ne fonctionnent pas. Ce public tourne en boucle dans les structures sanitaires et sociales, voire la rue ou la prison, sans amélioration de son insertion ou de son état de santé. Au contraire, ces prises en charge coûteuses aboutissent souvent à des ruptures de soin, au point que certaines personnes vont décéder prématurément (de trente à trente-cinq ans plus tôt que la population générale). « Un chez soi d'abord » part du principe que, pour aller mieux, il faut *a minima* un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité, c'est-à-dire un véritable logement et pas seulement un hébergement. Nous proposons

de changer de paradigme. Dans les dispositifs habituels, le sevrage ou le suivi d'un traitement sont des préalables à un accès progressif au logement. Dans notre projet, les personnes sans abri accèdent à un logement de leur choix, permanent et diffus dans la cité, sans exigence quant à leur sobriété ou leur consommation de substances, moyennant un accompagnement soutenu à leur domicile par une équipe pluridisciplinaire, médico-sociale. Les seules conditions sont d'accepter au moins une fois par semaine la visite de l'équipe et de participer, dès que la personne a des ressources, au paiement du résiduel de loyer.

S. A. : Comment cet accompagnement fonctionne-t-il concrètement ?

P. E. : La personne est placée au cœur de sa prise en charge et prend part à toutes les étapes de son accompagnement. Cette méthodologie du « rétablissement » a été développée dans les pays anglo-saxons et repose sur l'idée que l'usager est expert de sa propre santé. Les personnes sans logis sont des citoyens à part entière, qui ont des compétences à faire valoir pour développer leur autonomie. Nous nous appuyons sur leurs compétences psychosociales ; le processus de soin et d'insertion est construit avec eux, en partant de leurs propres choix.

Pour réussir, il faut une collaboration entre l'équipe et la personne, ce qui nécessite que cette dernière y trouve du sens et soit en mesure de s'impliquer. L'originalité de cette démarche est qu'elle supprime les frontières entre l'action sociale, la psychiatrie, l'addictologie et l'accès au logement. L'équipe pluridisciplinaire rassemble psychiatre, médecin généraliste et addictologue,

infirmier, travailleurs sociaux, ainsi que des médiateurs qui sont des pairs, parce qu'ils ont eux-mêmes connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. Au moins une fois par semaine, des binômes issus de l'équipe rendent visite aux locataires pour les accompagner dans leurs démarches et maintenir le dialogue.

S. A. : Quel est le bilan de cette expérimentation ?

P. E. : Ce programme, mis en œuvre par l'État et piloté par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri et mal logées (Dihal), est lié à une recherche épidémiologique randomisée et à une étude qualitative coordonnée par le laboratoire de santé publique du professeur Auquier, université Aix-Marseille. Il concerne au total 700 personnes, dont 20 % de femmes, sur quatre sites : Paris, Lille, Marseille et Toulouse. Leur âge moyen est 38 ans et elles ont été en moyenne huit ans sans domicile et quatre ans à la rue.

Outre les troubles psychiatriques, 85 % connaissent des addictions à l'alcool ou aux psychotropes et 50 % souffrent de pathologies associées. Sur ces 700 personnes, 350 ont intégré Un chez soi d'abord et les autres bénéficient de la prise en charge médicale et sociale classique. Ceci permet de procéder à une évaluation de l'impact du logement et de l'accompagnement intensif sur le bien-être, la santé mentale et la réinsertion sociale en comparant les résultats des deux groupes sur un certain nombre d'indicateurs recueillis par une équipe de chercheurs qui a visité tous les six mois, pendant vingt-quatre mois, l'ensemble des participants.

« L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE
RASSEMBLE PSYCHIATRE, MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ET ADDICTOLOGUE,
INFIRMIER, TRAVAILLEURS SOCIAUX,
AINSI QUE DES MÉDIATEURS PAIRS :
DES PERSONNES QUI ONT CONNU
LA MALADIE MENTALE, L'ADDICTION
OU LA RUE. »



Les premiers résultats sont positifs. Au bout de cette période, 80 % des personnes accompagnées sont toujours dans le logement, ce qui correspond aux évaluations des dispositifs similaires existant dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Après douze mois, sur le plan qualitatif, nous constatons une amélioration de la qualité de vie et une baisse des symptômes. Nous notons une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation, par rapport à la cohorte suivie par le dispositif classique.

Globalement, les personnes ayant un logement s'engagent dans un parcours de soin et d'insertion. À titre d'exemple, 30 % ont été accompagnées vers la formation professionnelle et l'emploi, certaines ont renoué avec une vie sociale, en retrouvant de la famille, en revoyant leurs enfants, en étant en contact avec des amis. Ne plus être à la rue leur permet de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.

S. A. : Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

P. E. : Cette méthodologie venue du monde anglo-saxon nécessite un changement de pratiques, pour les

L'ESSENTIEL

- **Le programme « Un chez soi d'abord » ambitionne de supprimer les frontières entre travail social, psychiatrie, addictologie et accès au logement.**
- **Les travailleurs sociaux sont un maillon incontournable, comme les autres professionnels, pour permettre aux personnes sans-abri d'accéder à un logement et de s'y stabiliser.**
- **Ne plus être à la rue permet aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.**

professionnels impliqués, qui n'est pas toujours simple. Des formations spécifiques et des échanges de pratiques ont été proposés en complément des formations initiales des professionnels. Par ailleurs, le principe du décloisonnement sur chacun des territoires n'est pas aisé à mettre en œuvre : le montage avec les différentes structures (hôpital, associations sociale et médico-sociale et gestionnaire de logement) s'avère complexe ; la collaboration demande une mise à plat pour une compréhension mutuelle du travail d'accompagnement de chacun.

L'autre contrainte tient à la difficulté de trouver des logements, particulièrement à Paris. L'expérimentation a surtout été menée dans le parc privé en province, mais le parc public devra être sollicité. De plus, en cas de troubles de voisinage ou si le premier logement ne convient pas, il faut une grande réactivité des équipes pour faire médiation ou trouver un autre appartement, afin de ne pas laisser les troubles s'envenimer, ce qui irait à l'encontre de notre but. Ainsi, 40 % des personnes impliquées dans le programme ont pu être relogées.

Ces personnes sans logis, qui souffrent déjà d'une double peine – la gestion de leur maladie et le regard que la société porte sur eux –, ne doivent pas être stigmatisées davantage. Nous estimons que l'accès au logement social, aux loyers plus abordables, est l'une des clés de la pérennisation du projet.

S. A. : Quel sera le devenir de ce programme expérimental ?

P. E. : Lors de la réunion interministérielle du 18 juin 2015, les résultats probants constatés après douze mois de mise en œuvre ont été présentés et les autorités en ont pris acte positivement. Le principe de prolonger l'expérimentation dans sa forme actuelle, en 2016, a été acté. Ce temps peut paraître long, mais il n'est pas inhabituel pour une expérimentation sociale. Cette année sera mise à profit pour travailler sur les éléments juridiques et financiers permettant de pérenniser le dispositif à partir de 2017. Sous réserve de résultats complets probants à vingt-quatre mois, la généralisation de Un chez soi d'abord pourrait alors être envisagée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.