

Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement

Pascale Estecahandy,
médecin, coordinatrice
nationale du dispositif
Un chez soi d'abord,
Délégation interministérielle
à l'hébergement et à l'accès
au logement (Dihal).

Lancé en 2011 par l'État, le programme Un chez-soi d'abord est novateur à plusieurs titres. D'une part, il vise à expérimenter une nouvelle modalité de prise en charge des personnes sans-abri en s'appuyant sur des stratégies jusque-là minoritaires dans le champ de l'action sociale et sanitaire française, et d'autre part, il a pour ambition de permettre ensuite son déploiement en apportant aux décideurs publics la preuve de son efficacité. Une recherche randomisée [1] comparant le programme à l'offre habituelle sera donc lancée en même temps que le volet opérationnel et s'intéressera notamment au rapport coût-efficacité de chaque stratégie. De plus, si le programme ciblait les personnes qui présentent des troubles psychiatriques sévères échappant aux prises en charge classiquement proposées, il avait également l'ambition de répondre plus largement à l'ensemble des personnes sans domicile, le postulat étant que si le dispositif fonctionne pour les plus vulnérables, il fonctionnera pour tous. Neuf ans plus tard, peut-on dire qu'il a répondu aux objectifs ? Notre analyse s'appuiera sur l'évaluation du programme, conduite par une équipe de recherche indépendante¹ ; sur l'activité des équipes² ; et enfin sur les évolutions récentes [2] des politiques publiques de lutte contre le « sans-abrisme ».

Une expérimentation fondée sur des données probantes

Le programme Un chez-soi d'abord propose aux personnes sans-abri présentant un trouble psychique sévère un logement sans condition de traitement ni d'arrêt de leur consommation de substances psychoactives, moyennant un accompagnement

pluridisciplinaire au domicile. Il postule par ailleurs que les personnes – y compris celles qui sont durablement sans-abri – ont des compétences pour accéder dans le logement et s'y maintenir [3].

Communément appelé *housing first* (« un logement d'abord »), ce modèle a émergé aux États-Unis dans les

OBJECTIF : 2 000 PERSONNES SANS ABRI LOGÉES ET ACCOMPAGNÉES EN 2023

Le déploiement est prévu sur quatre ans avec un objectif de création de 20 sites (pour accompagner 100 personnes chacun) d'ici à 2023 – soit 2 000 places au total – dans les principales métropoles françaises, dont :

- Bordeaux, Dijon, Lyon et Grenoble en 2018 ;
- Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg en 2019 [16].

En 2020 seront proposés, sous réserve d'autorisation par les agences régionales de santé (ARS) concernées :

- deux sites en Île-de-France ;
- un site à l'île de la Réunion ;
- le doublement du site de Marseille.

Des réflexions sont encore en cours pour les quatre futurs sites de 2021, notamment en région Bretagne, et également concernant un doublement du site de Paris *intra-muros*. Le financement¹ est assuré par l'assurance maladie pour le volet Accompagnement et par l'État pour le volet Logement. Ces deux sources de financement scellent une corresponsabilité multipartite entre assurance maladie, agence régionale de santé, État local et État central. Le modèle a été adapté dans sa capacité à 55 personnes² pour veiller à un égal accès de tous à cette politique publique et pour répondre aux

besoins des villes moyennes et des zones rurales non prises en compte dans la première phase de déploiement. Sont d'ores et déjà prévues en 2020 les ouvertures des sites de Besançon et d'un site en Corse.

Enfin, une expérimentation de deux dispositifs pour les jeunes de 18 à 25 ans vient d'être lancée sur trois ans à Lille et à Toulouse. Elle vise à déterminer la pertinence d'un accompagnement spécifique pour les jeunes adultes sans chez-soi, présentant une ou des pathologies mentales sévères, tel qu'il est actuellement déployé à l'international [17 ; 18].

1. Extrait du cahier des charges : « Le financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ONDAM-PDS) et de crédits provenant du programme 177 "prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables" (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML). »

2. Le cahier des charges national portant ces modifications a été validé par le comité de suivi du 7 février 2020. Il sera annexé à l'instruction ministérielle relative à la campagne budgétaire pour l'année 2020 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

années 1980, comme une solution autre que la prise en charge par palier ou *treatment first* (« un traitement d'abord ») [4], où la personne doit faire la preuve qu'elle est « prête à habiter » et notamment montrer qu'elle suit son traitement, qu'elle est stable sur le plan psychiatrique et abstinent de toute consommation addictive – ceci lui permettant de franchir différentes étapes en hébergement menant finalement à un logement indépendant. Il sera popularisé dans les années 1990 par Sam Tsemberis [5] et l'organisme *Pathways to Housing* [6] de New York. De nombreuses études ont comparé les deux approches et elles ont conclu à l'intérêt supérieur de la stratégie *housing first*, à la fois concernant le maintien dans le logement et l'engagement libre des personnes dans une prise en charge médico-sociale [6 ; 7 ; 8 ; 9]. Il existe un consensus scientifique sur le fait que cette approche permet de mettre fin à la situation sans abri d'au moins huit personnes sur dix et que les services classiques apparaissaient peu rentables économiquement [10 ; 11].

En pratique

L'expérimentation s'est déroulée à Lille, Marseille, Toulouse et Paris entre 2011 et 2016. Sur chacun des sites, un établissement de santé mentale, une association ayant une compétence en addictologie et une structure habilitée à la gestion locative adaptée collaborent pour la gestion du programme ; ils créent 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 captent les logements en s'appuyant sur le dispositif d'intermédiation locative (IML) proposant un bail de sous-location à la personne, l'État apportant notamment aux propriétaires la garantie du paiement des loyers et la remise en état du logement si nécessaire. Chaque équipe accompagne 100 personnes⁵. Dans un bref délai suivant leur intégration dans le programme, celles-ci se voient proposer un logement respectant leur choix de localisation dans la cité. Plus besoin de passer par l'hébergement, car l'accès au logement se fera directement depuis la rue. Le programme

peut assurer le financement du loyer en amont de l'ouverture des droits si l'ensemble des démarches ne sont pas finalisées à l'entrée dans le logement. L'accompagnement est intensif avec un ratio d'un professionnel pour dix usagers et assure au moins une visite hebdomadaire au domicile et une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le professionnel s'adapte à chacun selon ses besoins et assure le suivi de l'ensemble des domaines de la vie (santé, habitat, emploi, vie sociale et culturelle, citoyenneté...). Accompagnement et logement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre, ce qui vise à limiter les ruptures.

Les huit principes du modèle Un chez-soi d'abord

Le dispositif s'appuie sur les huit principes-socles du modèle new-yorkais [4 ; 11 ; 12], dont la pertinence dans le contexte européen a été validée par un groupe d'experts⁴. Ces principes sont :

- le logement comme droit fondamental ;
- l'accès rapide à un logement ordinaire répondant au choix de la personne ;
- le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement ;
- un accompagnement qui se poursuit autant que de besoin ;
- une séparation des services de logement et de traitement ;
- des services de soutien individualisés orientés vers le rétablissement ;
- une approche de réduction des risques et des dommages ;
- un engagement intensif et non coercitif.

Le pilotage national de l'expérimentation est confié à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) en lien avec les administrations centrales concernées ; le financement est assuré par l'État sur le volet Logement et par l'assurance maladie sur le volet Accompagnement ; la Direction générale de la santé assure le suivi et le financement du volet Recherche.

Les résultats

Sur les quatre sites expérimentaux, 703 personnes ont intégré la recherche à des fins d'évaluation du programme ; parmi elles, 353 personnes ont bénéficié de la stratégie Un chez-soi d'abord et

L'ESSENTIEL

► **Le dispositif Un chez soi d'abord consiste à procurer un logement dans des délais très courts aux personnes qui vivent dans la rue, certaines depuis plus de dix ans. Il incarne un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile, où l'hébergement n'est plus un passage obligé, mais où toute personne doit se voir proposer un logement, sans autres critères que ceux du droit commun. L'objectif à court terme (2023) est de procurer un logement à 2 000 sans-abri dans des grandes villes comme Bordeaux, Dijon, Lyon, Grenoble, Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg. Ce dispositif scientifiquement évalué a démontré son efficacité, qui a permis son déploiement. Un chez-soi d'abord n'est évidemment pas une solution unique, c'est un maillon d'une offre multiple qui prend appui sur les forces des personnes et facilite leur inclusion sociale et la déstigmatisation de la maladie mentale.**

350 ont constitué le groupe-témoin suivi par l'offre habituelle. Âgées de 38 ans en moyenne, 82 % d'entre elles sont des hommes et ils ont passé en moyenne huit ans de leur vie sans domicile personnel et quatre ans et demi sans abri. Tous présentent un trouble psychiatrique sévère (70 % : schizophrénie ; 30 % : bipolarité) et 80 % ont une comorbidité addictive [13]. Les participants ont été logés en 28 jours en moyenne et 85 % d'entre eux sont toujours en logement au bout des deux ans. L'essentiel des logements ont été captés dans le parc privé.

La comparaison du groupe suivi par le programme au groupe-témoin montre une amélioration de leur qualité de vie et de leur rétablissement – particulièrement pour les personnes ayant eu un diagnostic de schizophrénie – et une réduction des recours inadaptés au système de soins et aux structures de la veille sociale, ceci à un moindre coût pour la puissance publique. Sur le volet sanitaire, l'accompagnement permet une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation pour les personnes accompagnées en comparaison à celles suivies par l'offre habituelle.

Le coût annuel par personne, évalué à 14 000 €, est totalement compensé par les économies potentielles réalisées sur la réduction de l'utilisation des dispositifs de soins et de l'urgence sociale ; et le programme génère en outre des économies nettes de 6 000 € par an et par personne [13]. Enfin, 72 % des personnes sont « satisfaites » à « très satisfaites » du programme et plus de 60 % jugent que la qualité du service est bonne. Elles seraient 88 % à souhaiter revenir dans le programme si elles en avaient besoin. Le niveau de satisfaction moyen est de 7,5 sur une échelle de 1 à 10⁵.

Le déploiement du dispositif inscrit au Code de l'action sociale et des familles

Ces résultats positifs vont amener à la pérennisation du programme via le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique *Un chez-soi d'abord*, qui l'inscrit dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1, § 9, du Code de l'action sociale et des familles. Ce décret reconnaît le logement comme déterminant structurel de la santé et inscrit l'accompagnement dans

une logique de parcours *a priori* sans poser de limite de temps à la prise en charge. Il valide l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles ; il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale.

Bilan des premières années du déploiement

Un bilan de l'activité des sites est présenté annuellement au comité de suivi national. Sur les deux premières années, les résultats sont positifs⁶ avec une intégration de 99 % de l'effectif attendu (soit 566 personnes en 2019). Le taux de maintien dans le logement est de 87 % sur l'année 2019, et l'accès au logement est effectif en moins de huit semaines (28 % : parc social ; 72 % : parc privé). Sur le plan qualitatif, la mise en œuvre d'un dispositif favorise un décloisonnement global des acteurs du logement, de la santé et du social sur le territoire au-delà même du dispositif ; mais si l'accès au logement est rapide, la personne est sous-locataire. L'accès à un bail direct qui lui permettra d'être totalement autonome est problématique, car les propriétaires

appréhendent de transformer le bail. Pour autant, des conventions avec les bailleurs sociaux ont été signées sur plusieurs sites afin de favoriser les coopérations. Enfin, il est important et urgent de diffuser largement 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 [14].

Une mise en œuvre sur 24 territoires

Le dispositif a aussi apporté des arguments pour répondre plus largement à la question des publics sans domicile, avec le lancement du Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, en septembre 2017. C'est un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile, où l'hébergement n'est plus un passage obligé, mais où toute personne doit se voir proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Ce plan prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives ; il vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile. Le modèle de l'accompagnement du dispositif *Un chez-soi d'abord* ne pourra être transposé à l'identique, mais il se fera grâce à un travail d'appropriation et d'adaptation au contexte local. Aussi, un appel à manifestation d'intérêt a été lancé pour la mise en œuvre accélérée du plan sur 24 territoires⁷. Au-delà des outils eux-mêmes, cela demande un profond changement visant à une approche managériale plus transversale des organisations et laissant à la personne elle-même les clés de son accompagnement ; il s'agit de dépasser les notions de participation pour impliquer les personnes au sein même des décisions qui les concernent.

Remettre en question les représentations stigmatisantes

Le dispositif *Un chez-soi d'abord* entend favoriser l'insertion sociale et citoyenne des personnes accompagnées ; en cela, il vise à faire

FOCUS SUR LES PRATIQUES

La construction collective d'une culture commune autour des principes fondamentaux du dispositif passe par la formation, la coordination intersites, le transfert de savoirs ; et aussi par un partage, collectivement assumé, des risques face aux situations problématiques ou complexes. La transversalité et la pluridisciplinarité sont essentielles à l'action, d'où l'obligation d'une gestion par un consortium d'acteurs réunis en groupement et qui portent la responsabilité partagée du dispositif et des deux financements.

Les cinq piliers structurants du rétablissement que sont l'Espoir, le Soutien, le Plaidoyer, l'*Empowerment* et la Responsabilité (Esper) sont mobilisés et interagissent tout au long de l'accompagnement [19 ; 20]. Au-delà du principe, l'équipe va utiliser les outils du rétablissement : certains, spécifiques et plutôt réservés à la santé mentale (plan de rétablissement, plan de bien-être ou de crise, ou directives anticipées) ; d'autres, non spécifiques, comme les visites au domicile, la multiréférence ou le binôme. Le modèle de pilotage est la coordination. Une dynamique d'appropriation et d'acculturation originale du modèle initial au contexte français est concrétisée

par la place faite aux compétences personnelles et aux savoirs expérientiels des locataires et des professionnels. Enfin, l'intégration de médiateurs de santé pairs au sein même des équipes d'accompagnement est un des outils pour faire vivre le rétablissement.

L'accompagnement vers le rétablissement s'appuie sur le logement, et c'est à partir du logement que les équipes vont intervenir. L'accès au logement, s'il peut passer par une phase initiale de lune de miel, a aussi son cortège de difficultés pour les nouveaux locataires. Les professionnels sont là pour soutenir un parcours personnel de transformation et d'acceptation de soi vers une vie satisfaisante et pour permettre aux participants du programme d'expérimenter des choix tout en bénéficiant d'un accompagnement qui balise les étapes décisives de ce cheminement. L'accès au logement constitue l'étape inaugurale de l'accompagnement. Progressivement, le logement prend place dans la vie des personnes, modifie leur horizon, les invitant à se libérer des contraintes de la survie précaire pour en découvrir d'autres, liées à ce nouveau statut de locataire [19].

reconnaître leurs capacités et leurs compétences et à travailler sur les représentations ordinaires stigmatisantes pour permettre leur inclusion sociale. Il s'agit de faire basculer dans le champ du débat public les questions historiquement conçues comme l'affaire de professionnels spécialisés des secteurs sanitaire et social [15]. Pour autant, les locataires restent pour la quasi-totalité d'entre eux sous le seuil de pauvreté et certains ont des difficultés à affronter les contraintes d'une citoyenneté ordinaire, en particulier l'accès à l'emploi ou les questions de solitude. Le dispositif Un chez-soi d'abord n'est évidemment pas une solution unique : il ne peut trouver sa place que dans une offre multiple. Celle-ci participe à promouvoir une nouvelle vision qui, en s'appuyant sur les forces des personnes, facilite leur inclusion sociale et la déstigmatisation de la maladie mentale. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- Tinland A., Girard V., Loubière S., Auquier P. *Un chez-soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitative*. Marseille : unité de recherche UPRES, 2016.
- Goering P., Veldhuizen S., Nelson G. B., Stefancic A., Tsemberis S., Adair C. E., et al. Further validation of the Pathways Housing First fidelity scale. *Psychiatric Services*, janvier 2016, vol. 67, n° 1 : p. 111-114. En ligne : https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201400359?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed.
- Apprendre le rétablissement. *Rhizome*, mars-avril 2017, n° 65-66. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3.htm>

1. Pr P. Auquier, *Évaluation des systèmes de soins et santé perçue*, EA 3279. Laboratoire de santé publique, centre hospitalier universitaire (CHU) de Marseille, - hôpital de La Timone.
2. Comités de suivi annuel du dispositif Un chez-soi d'abord, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal).
3. Sauf à Paris où le nombre est fixé à 60 personnes au regard des difficultés de captation des logements dans le temps imparti à la recherche.
4. *Housing first Europe guide*. En ligne : <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/>
5. Ces données sont extraites de l'étude *Retab* non encore disponible, qui porte sur 30 % de l'effectif, et elles ont été présentées au comité d'évaluation qui s'est réuni en juillet 2016. (Source : Dihal.)
6. Comité de suivi du dispositif Un chez-soi d'abord du 7 février 2020.
7. Voir la liste des territoires sur le site de la Dihal. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/carte_lda_0.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] 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*, septembre 2013, vol. 14, p. 309. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850649/>
- [2] Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). *Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme. 2018-2022*. Dihal, Ministère de la Cohésion des territoires, 2017 : 4 p. En ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_lda_4p_vf.pdf
- [3] Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. *La santé des personnes sans chez-soi : plaider et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. [Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports]. Paris : La Documentation française, 2010 : 231 p. En ligne : https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/452211/file-name/Sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf
- [4] Carling P. J. *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. Guilford Press, 1995 : 348 (p. 11).
- [5] Tsemberis S. From street to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychiatry*, 1999, n° 27 : p. 225-241. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/28SICI%291520-6629%28199903%2927%3A2%3C225%3A%3AAID-JCOP9%3E3.0.CO%3B2-Y>
- [6] Padgett D. K., Stanhope V., Henwood B. F., Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness. Comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Mental Health Journal*, avril 2011, vol. 47, n° 2 : p. 227-232. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916946/>
- [7] Henwood B. F., Stanhope V., Padgett D. K. The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health*, mars 2011, vol. 38, n° 2 : p. 77-85. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571623/>
- [8] Kyle T., Dunn J. R. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Social Care Community*, 2008, vol. 16, n° 1 : p. 1-15. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181811>
- [9] Hwang S. W., Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, octobre 2014, vol. 384, n° 9953 : p. 1541-1547. doi : 10.1016/S0140-6736(14)61133-8. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390579>

- [10] Plead N., Bretherton J. The case for housing first in the European Union. A critical evaluation of concerns about effectiveness. *European Journal of Homelessness*, 2013, vol. 7, n° 2 : p. 21-41. En ligne : https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2013/np_and_jb.pdf
- [11] Hwang S. W., Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, octobre 2014, vol. 384, n° 9953 : p. 1541-1547. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390579>
- [12] Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n° 4 : p. 651-656. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448313/pdf/0940651.pdf>
- [13] Gilmer T. P., Stefancic A., Ettner S.L., Manning W. G., Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, juin 2010, vol. 67, n° 6 : p. 645-652. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530014>
- [14] Karabanow J., Naylor T. Pathways towards stability. Young people's transitions off the streets. In Gaetz S., O'Grady B., Buccieri K., Karabanow J., Marsolais A. (Éds.). *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice*. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press, 2013 : p. 53-74.
- [15] Bosetti T. Clinique et rétablissement ou clinique du rétablissement ? *Vie sociale*, 2018, vol. 3, n° 23-24 : p. 221-232. En ligne : https://www.cairn-int.info/article-E_VSOC_183_0221--clinical-work-and-recovery-or-recovery.htm
- [16] Special Edition on a multi-country study of the fidelity of housing first programmes. *European Journal of Homelessness*, vol 12, n° 3. En ligne : <https://www.feantsa.org/en/european-journal-of-homelessness/2018/09/03/european-journal-of-homelessness-volume-12-issue-3-2018?bcParent=27>
- [17] Estecahandy P., Bosetti T., Girard V. La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme «Un chez-soi d'abord». *Adsp*, juin 2018, n° 103 : p. 37-39. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=160>
- [18] Kozloff N., Adair C. E., Lazzare L. I. P., Poremski D., Cheung A. H., Sandu R. et al. Housing first for homeless youth with mental illness. *Pediatrics*, octobre 2016, vol. 138, n° 4. En ligne : <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/4/e20161514.full.pdf>
- [19] Laval C., Estecahandy P. Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*, 2019, vol. 1, n° 71 : p. 101-110. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-101.htm>
- [20] Estecahandy P., Revue P., Sénat M., Billard J. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, 2015, vol. 98, n° 2 : p. 76-81. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-76.htm>

Un chez soi d'abord
Accompagner les personnes sans abri vers un logement