

Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord »

Profils et trajectoires de consommation

Maitena Milhet,
Caroline Protais,
Cristina Díaz-Gómez

« Un chez soi d'abord » est un programme développé à destination de publics en situation de précarité par rapport au logement, souffrant de troubles psychiques sévères, tels la schizophrénie ou les troubles bipolaires, usagers ou non de substances psychoactives. Il s'agit d'une transposition française du dispositif américain *Housing First* initié à New York dans les années 1990 (voir encadré en haut de page, p. 6). Le programme, qui propose au bénéficiaire un logement en tant que locataire, accompagné d'un suivi régulier par une équipe pluridisciplinaire, constitue un modèle innovant, renversant en plusieurs points l'approche développée dans les services traditionnels de la santé et de l'aide sociale.

« Un chez soi d'abord » repose en effet sur le postulat que le rétablissement de la personne dans ses droits les plus élémentaires, en particulier le droit au logement, est au cœur d'une dynamique d'autonomisation psychologique et sociale, favorisant la qualité de vie, l'amélioration de la santé et la réinsertion. Inspiré de la philosophie du rétablissement (*Recovery*)¹, « Un chez soi d'abord » valorise en premier lieu, non pas l'expertise ni l'autorité médicale, mais les ressources que les personnes sont en capacité de mettre au service d'un mieux-être (voir encadré en bas de page, p. 6). Enfin, au cloisonnement de l'offre habituelle entre les services d'addictologie, de psychiatrie, d'action sociale et d'accès au logement, le dispositif oppose une approche intégrée, appuyée sur l'intervention d'une équipe multidisciplinaire directement auprès des bénéficiaires. Prenant en considération la personne dans sa globalité, « Un chez soi d'abord » n'impose ni l'abandon, ni la réduction des consommations de produits pour faire partie du programme. Si l'équipe intervient « dans un objectif général de promotion de la santé physique et mentale » [1], l'accompagnement consiste avant tout à « mettre en mouvement les personnes à partir de leurs choix et à respecter leur rythme » [2], y compris concernant les usages de produits.

Compte tenu de ces caractéristiques novatrices, les pouvoirs publics ont expérimenté « Un chez soi d'abord » dans quatre villes (Lille, Marseille, Paris, Toulouse) de 2011 à 2016. Au terme de cette phase expérimentale, le déploie-

Les problématiques liées aux usages de substances vues à travers une recherche quantitative et qualitative



ment du programme sur le territoire a été décidé, ambitionnant l'ouverture de 20 sites offrant 2 000 places d'ici à 2023 [1].

Mieux connaître les questions relatives aux consommations de produits demeure toutefois décisif. Les bénéficiaires témoignent en effet d'usages importants et les professionnels se disent quotidiennement confrontés au phénomène. De plus, la littérature internationale examinant l'impact des addictions dans le programme révèle des biais méthodologiques qui limitent l'interprétation des résultats [3-5].

Dans ce contexte, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec l'équipe du professeur Auquier (EA3279 – Santé publique et maladies chroniques, université Aix-Marseille) et le CREAI-Midi-Pyrénées (Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) a conduit en 2018 la recherche Addictions dans le programme « Un chez soi d'abord » (APROCHES) visant à explorer les problématiques liées aux usages de substances des personnes ciblées par le programme mis en œuvre en France [6].

Cette recherche s'attache à caractériser la population des consommateurs à risque d'une part et à éclairer les effets du dispositif sur les usages de produits en

1. Développé outre-Atlantique dans les années 1970 par des associations d'anciens patients de la psychiatrie, ce courant de pensée se construit contre une conception de la maladie mentale qui serait incurable et une stigmatisation sociale importante des personnes atteintes de troubles mentaux.

les reliant à l'expérience et aux trajectoires de vie des personnes d'autre part. Pour ce faire, deux investigations de méthodologies distinctes ont été mises en œuvre.

Un volet quantitatif a exploré le profil de ces publics d'usagers à risque lors de leur inclusion dans l'étude. Les analyses descriptives réalisées ont visé tout particulièrement à mettre en perspective les caractéristiques des personnes diagnostiquées à risque d'abus ou de dépendance aux substances, souffrant de troubles mentaux et sans domicile ou qui se trouvent mal logées, comparées à celles des autres personnes visées par le programme. Parallèlement, un volet qualitatif, sous la forme d'entretiens individuels approfondis auprès de bénéficiaires ayant ou ayant eu des usages importants de produits à différentes périodes de leur vie permet de comprendre la place des consommations dans les trajectoires de vie et la dynamique des changements survenus depuis l'entrée dans le programme (voir encadré méthodologique, p. 7).

Ce numéro de *Tendances* présente les principaux résultats de ces deux volets de la recherche, en décrivant le public puis en insistant sur les parcours des usagers interrogés et l'évolution de leurs consommations une fois qu'ils participent au programme.

■ Les consommateurs à risque parmi les publics ciblés par le programme

Les consommateurs de substances psychoactives ne sont pas spécifiquement visés par le programme mais ces usages sont présents dans la vie d'une large majorité des personnes interrogées (voir encadré méthodologique). En appliquant les critères de dépistage du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)² [7] sur les troubles liés à l'usage de produits, près de quatre personnes sur cinq (78 %) ont ainsi été repérées comme étant à risque d'abus ou de dépendance aux produits. Ces personnes sont moins marquées par les diagnostics d'abus aux substances que par les dépendances : plus d'un tiers d'entre elles (39 %) se révèlent alcool-dépendantes et près de la moitié présentent des troubles addictifs liés à une ou plusieurs drogues illicites ou médicaments psychotropes (46 %). Au cours des 12 derniers mois, l'alcool est la substance la plus consommée (66 %), même si son usage exclusif ne concerne qu'une minorité d'usagers (17 %). Parmi les produits illicites et les médicaments psychotropes, le cannabis est largement présent (60 %), suivi par les stimulants (cocaïne et amphétaminiques, 33 %) et les opiacés (18 %). Les benzodiazépines (9 %) et les hallucinogènes (7 %) sont plus rarement à l'origine d'usages à risque.

La polyconsommation concerne la moitié des personnes interrogées (49 %). L'usage exclusif de drogues illicites ou de médicaments psychotropes ne ressort que de façon plutôt minoritaire (34 %).

■ Les spécificités des usagers à risque repérés

Les usagers à risque repérés sont majoritairement des hommes (84 %), âgés de 38 ans en moyenne (voir tableau p. 3). De nationalité française pour la plupart (85 %), ils sont célibataires dans près de 8 cas sur 10 (78 %) et leur niveau scolaire est inférieur au bac pour les trois quarts d'entre eux. Leurs ressources mensuelles moyennes s'élèvent à 650 euros, provenant essentiellement des minimas sociaux et de la mendicité. Leur parcours se révèle fortement marqué par la violence, plus d'un tiers d'entre eux déclarant avoir été victimes de vol, un quart indiquant avoir subi des brutalités physiques au cours des six derniers mois.

Une série de caractéristiques³ sociodémographiques et comportementales distinguent les usagers à risque des autres personnes visées par le programme (voir tableau). Alors que le sexe n'apparaît pas comme un marqueur des usages à risque, les consommateurs problématiques se révèlent plus jeunes que les autres personnes évaluées et se sont trouvés dans la rue à un âge plus précoce (24 ans *vs* 29 ans en moyenne). Ils ne se distinguent pas des autres personnes par leur état civil, leur nationalité, leur pays de naissance ni leur situation administrative.

Concernant leur vie sociale, les usagers à risque déclarent plus souvent être entourés d'amis (57 % *vs* 47 %). Si rien ne les différencie s'agissant de la vie en couple, de la famille ou de la participation citoyenne, les usagers à risque sont plus nombreux à ne pas déclarer de pratique religieuse (65 % *vs* 53 %).

Le niveau d'études ou la situation professionnelle au cours de la vie ou durant les six derniers mois sont similaires pour les usagers à risque et les autres personnes évaluées. En revanche, le recours au dispositif de soins au cours du dernier semestre constitue une source de différenciation. En dépit de passages plus fréquents dans les services d'urgence (1,2 passage *vs* 0,78), les consommateurs à risque sont moins souvent hospitalisés (57 % *vs* 72 %) et, quand ils le sont, leurs séjours sont plus courts (22 jours au total en moyenne contre 38 jours).

Bien que les usagers à risque souffrent plus souvent de certains troubles psychiatriques comparés aux autres bénéficiaires, leur recours à des consultations spécialisées en psychiatrie est plus faible

(7 jours au total en moyenne *vs* 9 jours) ainsi que la durée totale de leurs séjours hospitaliers en psychiatrie (17 jours en moyenne contre 33 jours). À leur plus grande vulnérabilité sur le plan de la santé mentale s'ajoute un sentiment de détresse émotionnelle plus marqué que chez les non-usagers à risque (un score de 22 *vs* 11 sur l'échelle MCSI⁴).

Concernant leur qualité de vie⁵, les usagers à risque témoignent plus que les autres personnes d'un sentiment de bien-être limité notamment par leur état de santé physique. Par ailleurs, ils se déclarent plus souvent victimes de violences au cours des six derniers mois – vols (37 % *vs* 28 %) et coups (25 % *vs* 16 %) – mais également à l'origine de diverses formes d'agressivité – menaces ou coups (9 % *vs* 2 %). S'agissant des problèmes judiciaires, les usagers se révèlent davantage impliqués dans une diversité d'interactions avec les forces de l'ordre (arrestations, gardes à vue...).

■ Les facteurs de risque liés aux conduites addictives

Toutes choses égales par ailleurs⁶, plusieurs éléments de vulnérabilité apparaissent comme des facteurs de risque⁷ associés aux conduites addictives (voir encadré méthodologique, p. 7). L'histoire du sans-abrisme d'abord : la probabilité d'être usager à risque est ainsi inversement liée à l'âge auquel la personne s'est trouvée à la rue (OR brut de 0,95 ; OR ajusté de 0,94) ; 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 (OR brut de 1 ; OR ajusté de 1,07). Cette probabilité est également multipliée par 3 chez les personnes souffrant de troubles de personnalité antisociale⁸ (OR brut de 3,99 ; OR ajusté de 3,61).

Le risque pour les usagers problématiques de se trouver impliqués dans une interaction avec les forces de l'ordre est supérieur à celui de non-usagers.

2. Le MINI est un outil de diagnostic appuyé sur la classification du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

3. Résultats en analyse bivariée (voir tableau).

4. Conformément au Modified Colorado Symptom Index (MCSI).

5. Selon l'échelle du Short Form (36) Health Survey (SF36).

6. Cette rubrique présente les résultats en analyse multivariée (biais de confusion contrôlés, voir encadré méthodologique).

7. Un facteur de risque ne témoigne pas forcément d'un lien de causalité.

8. 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, sociopathie ou personnalité dyssociale.

Tableau. Profils des usagers à risque

Caractéristiques des participants	Usagers à risque selon le MINI (n = 527)	Non-usagers à risque selon le MINI (n = 152)	p
	%	%	
Caractéristiques sociodémographiques			
Âge (moyenne et écart type)	38, ± 9,64	41, ± 10,64	*
Sexe (masculin)	83,5	78,3	ns
Nationalité (française)	85,0	83,6	ns
Situation familiale (célibataire)	77,6	73,7	ns
Niveau scolaire (bac ou plus)	25,8	29,6	ns
Ayant des amis	56,7	47,4	*
Ayant une pratique religieuse	32,3	46,1	*
Ayant une activité rémunérée*	6,1	4,6	ns
Revenu total mensuel (euros) (moyenne et écart type)	648, ± 408	560, ± 373	*
Âge sans abri pour 1 ^{re} fois (moyenne et écart type)	23,8, ± 10,2	29,12, ± 12,62	*
Troubles du DSM-IV 			
Syndrome psychotique actuel	59,6	61,2	ns
Épisode maniaque passé	20	13	*
Épisode dépressif majeur actuel	58,8	44,7	*
Dysthymie actuelle	2,5	7,9	*
Risque suicidaire actuel	66,6	50,7	*
Anxiété généralisée actuelle	41,7	29,6	*
Trouble de la personnalité antisociale (vie entière)	24,1	7,9	*
Bien-être perçu			
Détresse émotionnelle (score sur MCS1) (moyenne et écart type)	22,1, ± 11,5	19,0, ± 11,4	*
Qualité de vie (score sur SF-36) (moyenne et écart type)	54,0, ± 21,1	56,6, ± 21,0	ns
Recours aux dispositifs médicaux			
Visites aux urgences* (nb total de passages) (moyenne et écart type)	1,2, ± 0,02	0,8, ± 0,01	*
Durée d'hospitalisation* (nb total de jours) (moyenne et écart type)	22,0, ± 35,9	38,3, ± 48,1	*
Interactions avec les forces de l'ordre			
Avoir eu affaire à la police*	41,0	26,3	*
Arrestation suivie d'une garde à vue* (nb) (moyenne et écart type)	0,4, ± 1,1	0,1, ± 0,4	*
Violences			
Victime d'un vol ou d'une tentative de vol*	37,2	27,6	*
Victime de gifles, de coups ou autres brutalités physiques*	25,0	16,4	*
Ayant volé ou tenté de voler quelqu'un*	9,3	2,0	*
Ayant donné des gifles ou des coups à quelqu'un*	9,9	2,0	*

Source : Essai d'intervention randomisée du programme « Un chez soi d'abord » (Laboratoire universitaire EA 3279 « Santé publique et maladies chroniques », université Aix-Marseille, APHM), traitements secondaires réalisés par l'OFDT.

Légende :

* : test du chi-2 significatif au seuil 0,05.

: diagnostic selon le MINI

* : évaluation au cours des six derniers mois

Lecture :

Les usagers à risque sont plus souvent plus jeunes que les autres personnes de l'étude (38 ans contre 41 ans, en moyenne).

Les usagers à risque sont plus nombreux à avoir des amis comparés aux non-consommateurs à risque (57 % contre 47 %).

La probabilité d'être consommateur à risque est 3 fois plus importante chez les personnes qui font l'objet d'une arrestation policière (OR de 2,15 ; OR ajusté de 3,6).

Le dernier facteur de vulnérabilité associé aux consommations concerne le recours différencié aux dispositifs d'accueil et de soins selon que l'on est usager à risque ou pas. En effet, la probabilité d'être consommateur à risque est multipliée par 2 pour les personnes fréquentant les services d'urgences (OR brut de 1,2 ; OR ajusté de 2,17), mais elle est divisée par 2 pour les répondants ayant séjourné dans un hôpital public (OR brut de 0,8 ; OR ajusté de 0,5). La plus grande fréquentation des services d'urgence accompagnée d'une moindre consommation de soins de plus longue durée témoigne probablement d'un rapport aux soins spécifique et/ou de besoins auxquels le dispositif de droit commun peine à répondre.

■ Les trajectoires d'usage en amont du programme

En regard de cette approche quantitative qui éclaire la situation des personnes à l'entrée dans le programme, une série d'entretiens individuels a été menée auprès des individus engagés dans le dispositif. L'analyse qualitative de ces entretiens permet de resituer les usages dans la trajectoire de vie de personnes ayant ou ayant eu des consommations importantes au cours de leur existence et leur devenir au sein du programme.

Initiations précoces et banalisées dans l'environnement

Pour la grande majorité des répondants, les premières consommations de produits ont eu lieu entre 9 et 16 ans. Les personnes les associent pour partie à l'influence de l'environnement, celui des pairs ou de la famille. Yann⁹, par exemple, a débuté une consommation quotidienne d'alcool à 9 ans, de cannabis à 11 ans et d'héroïne en injection à 13 ans. Contrairement à la plupart des répondants, il évoque une « vie heureuse quand il était petit ». Essayant de comprendre la précocité de son entrée en consommation, il met en avant la banalisation de l'usage de drogues entre préadolescents, la mauvaise influence des « plus grands » et la facilité d'accès aux produits, ses parents semblant avoir peu réagi à sa consommation.

Les premières prises de produits se déroulent parfois dans le cadre familial. Akim et Christophe racontent avoir fumé leur premier joint à 11 ans au contact de leurs parents, une pratique inscrite dans une culture kabyle aux dires du premier ou bien liée à un milieu hippie selon le second :

C'est mon père qui me l'a donné. Il m'a dit : « Tu es un homme. » Je suis berbère, j'ai oublié de te le dire : hospitalité. (Akim, 56 ans)

J'ai été dans un milieu baba cool, donc l'herbe il y en avait à foison, c'était bénin pour moi... avec des potes, on fumait les fonds de pétards des parents. (Christophe, 27 ans)

Pour leur part, Magalie et Gérard évoquent une initiation à l'alcool dans un contexte de fêtes de famille où la présence de boissons était massive et normalisée.

L'alcool très jeune, je finissais les verres de tout le monde, j'avais à peine 5 ans... Ça a commencé comme ça, mes parents ne m'ont pas interdit quoi que ce soit et au contraire, ils m'aidaient bien, vu que je suis de parents alcooliques. Mère et père alcooliques. (Magalie, 45 ans)

J'ai commencé à boire à l'âge de 9 ans. Chez nous, dans le Nord, pour Noël, pour les anniversaires, on buvait un verre de liqueur. Et moi, j'allais à la cave couper du bois et j'aimais bien la liqueur et il y avait plein de bouteilles. Ma grand-mère, elle les faisait elle-même, donc je les buvais. (Gérard, 47 ans)

L'âge adulte : des consommations ancrées dans un contexte de souffrances

Des polyconsommations souvent intenses de produits se maintiennent à l'âge adulte. Du point de vue des personnes interrogées, outre les plaisirs qu'ils procurent, les produits ont constitué, voire demeurent, des ressources permettant de résister à des vécus douloureux et d'affronter une expérience de relégation sociale (à la rue, en hôpital psychiatrique et parfois en prison). Pour certains, les consommations deviennent un mode de vie à part entière.

Supporter la douleur

Confirmant les enseignements de nombreuses enquêtes sur le sans-abrisme [8-11], toutes les personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont rapporté des drames familiaux ayant jalonné leur parcours : décès d'un parent, abandon, accident ou maladie incurable d'un proche, suicide dans la fratrie, violences conjugales... Face à ces épreuves, les effets des produits ont pris place pour contrebalancer la douleur, favorisant la mise à distance des émotions et des pensées négatives. Ayant grandi dans une famille de dix enfants, Salah relate ainsi la violence physique de son père à l'égard de sa mère et de lui-même. L'héroïne est entrée dans sa vie dans ce contexte : « J'ai pas trouvé d'autre solution... c'était trop lourd à porter, je voulais fuir et m'anesthésier. Et je vais vous dire, franchement, ça m'aidait, oui, au début

ça m'aidait à tenir le coup... ça m'aidait vraiment à anesthésier les douleurs que j'avais dans mon cœur, dans ma tête. Je savais pas comment les extérioriser, alors je me droguais. » (Salah, 46 ans)

Charly, lui, a de son côté commencé à boire à l'âge de 10 ans à cause du décès de ses parents : « Il fallait que j'oublie ce que j'ai vu », dit-il. Devenu adulte, il a continué à boire, non pas par goût pour la boisson mais pour « faire son deuil » : « Il y en a qui se droguent, qui se piquent parce que c'est trop dur à supporter. Moi, c'était l'alcool. C'était trop dur à supporter, je buvais. » (Charly, 38 ans)

Victime d'agressions sexuelles, Christophe interprète ses consommations débutées à la préadolescence comme une échappatoire :

[Consommer] je le vivais obligatoirement bien dans le sens où j'ai toujours eu des emmerdes quand j'étais petit et qui ont jamais été réparées et que jamais personne s'en est occupé et même les flics ils m'ont dit : on peut rien faire, par rapport à des actes de pédophilie, la main dans la culotte, montrer la bite, des trucs comme ça... Et ça, ça m'a touché et résultat, j'ai trouvé qu'une échappatoire, c'était la défonce. Dans ma vie, c'était quasi-sûr que ça allait tourner comme ça... (Christophe, 27 ans)

Les expériences de relégation sociale, en foyer de l'enfance, en hôpital psychiatrique, en prison ou à la rue, peuvent également constituer des moments difficiles, venant renforcer un sentiment global de dévalorisation de soi, susceptible d'alimenter les consommations.

On passe du foyer familial à une maison avec 60 jeunes. Ça court dans tous les sens... J'étais terrorisé les premières années. Je pense que c'est aussi à cause de ça que je me suis orienté vers la drogue. (Kévin, 26 ans)

La peur et la promiscuité relevées par Kévin à propos des foyers sont aussi évoquées concernant la prison, les produits jouant là aussi un rôle d'apaisement du point de vue de la personne. Ils aident à supporter les conditions générales de vie en détention, les « mauvaises nouvelles » comme l'issue défavorable d'un procès, le fait de se voir refuser un permis de visite ou une permission de sortie. L'usage de produits peut permettre de « se calmer » ou « d'oublier ».

L'absence de logement et la vie à la rue sont pareillement décrits par nombre d'interviewés comme particulièrement difficiles, les personnes s'inscrivant alors dans un mode de vie où la « survie » (Pichon, 2007) physique et psychique

9. Les prénoms de toutes les personnes citées ont été modifiés.

devient centrale. C'est notamment ce que souligne René, lorsqu'il explique que, dans la rue, l'alcool lui permettait de « se réchauffer un peu le corps ». (René, 54 ans)

Des consommations « auto-thérapeutiques »

Du point de vue des répondants, les produits peuvent avoir une fonction thérapeutique, soulageant les troubles psychiques qu'ils éprouvent.

Le cannabis c'est mon traitement de substitution. (...) Le cannabis pour moi, c'est pas un outil de défonce, c'est médical. Parce que le Tercian, tous les médicaments qu'on m'a proposés, ou j'étais un légume avec, ou ça faisait un effet contraire. Alors que le cannabis, je fume mon pétard, je suis en paix avec moi-même. (Kévin, 26 ans)

Les drogues prennent ici la valeur de médicaments. Elles tempèrent la relation aux autres. Les répondants relient l'usage de drogues non seulement à l'accès à un mieux-être, mais aussi à un sentiment de « normalité ». Abdel en témoigne : s'il évoque les sensations de plaisir procurées par les produits, il souligne également le fait qu'ils lui permettent d'affronter le quotidien et de se défaire d'un sentiment de persécution.

Quand je suis à jeun, j'arrive pas à affronter la vie, j'arrive pas... Quand je bois je fais plein de choses, je bouge je suis bien. Quand je bois pas je suis malheureux. Je suis constamment enfermé dans la maison. Ni la nuit, ni le jour je sors. Quand je bois, ça me permet de sortir... Je vais voir des amis à moi, mais à jeun c'est impossible. En fait, je me sens traqué dans la rue, j'ai l'impression que tout le monde me regarde. Mais en fait c'est faux, c'est moi qui me fais mes délires. Et quand je bois non, tout le monde peut me regarder. (Abdel, 50 ans)

Finalement, avec les drogues, les usagers interrogés expriment se sentir bien, mieux, capables, normaux.

Quand la drogue envahit le mode de vie

Dans certaines trajectoires, le mode de vie des personnes a pu être massivement organisé autour de la recherche, de la consommation et/ou de la vente de drogues [11, 12]. Elles décrivent des expériences de souffrance et de manque physique donnant lieu à une forme d'écrasement personnel.

Je rentrais plus des fois pendant une semaine, je me retrouvais à Amsterdam dans des caniveaux en train de piquer du nez avec des prostituées, des toxicomanes de tous pays... J'étais dans la déchéance totale, une épave... J'en avais tous les jours, j'en avais à profusion, et plus j'en avais, plus je consommais, et plus je consommais, plus ma tombe s'élargissait de jour en jour... (Salah, 46 ans)

Certains interviewés éprouvent une perte de repères temporels et parfois de contrôle de soi qui peut conduire à un sentiment de déshumanisation. « T'es dehors, de toute façon, t'es dans la rue, donc il y a pas d'heure. Et là, je buvais, oui, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps », explique Charly, 38 ans. Pour certains, ces expériences de vie, entièrement structurées autour des produits, sont également susceptibles de renforcer la précarité ou l'enracinement dans une carrière délinquante. C'est notamment le cas de Yann, sur les routes pendant plusieurs années pour alimenter un trafic de stupéfiants et répondre à ses besoins de consommation : « J'ai fait 92 voyages en un an, j'ai eu 10 ou 15 chauffeurs différents. Tous les deux jours, j'allais en Hollande. » (Yann, 37 ans)

Pour autant, la cristallisation du mode de vie autour des consommations constitue une étape, parfois répétée, mais inscrite dans un parcours dynamique qui compte aussi des séquences d'abstinence ou de diminution de l'usage. Dans l'expérience de certains répondants, l'incarcération a ainsi donné lieu à un « sevrage bloc », c'est-à-dire sans pharmacothérapie ni accompagnement. Les périodes d'activité professionnelle ont aussi pu être associées à un arrêt des consommations.

■ L'évolution des consommations dans le programme : des situations contrastées

En dépit de pauses ou de modulations dans leurs consommations, la majorité des personnes rencontrées étaient toujours usagères de produits à leur entrée dans le programme. Au jour de l'entretien, une partie d'entre elles valorise les effets positifs du programme sur leurs consommations, estimant que le dispositif les accompagne vers une réduction, ou bien offre des conditions d'usage plus sécurisé. À l'opposé, des répondants rapportent des consommations inchangées, dont ils ne se plaignent pas forcément.

Un accompagnement qui favorise l'arrêt ou la diminution des usages

Parmi les répondants, ceux qui sont tout à fait abstinentes sont très peu nombreux. Seul Icham usager d'alcool, de cocaïne et de cannabis, rapporte avoir cessé toute consommation un an après son entrée dans le programme. Il associe cet arrêt à la dynamique relationnelle instaurée avec l'équipe. En plus de sa bienveillance, la confiance et le respect ressentis ont servi de « déclic », venant renforcer son assurance et son sentiment d'autonomie. Le lien affectif noué avec l'équipe, « c'est comme une famille », a constitué le vecteur de cette transformation.

Des répondants plus nombreux disent s'inscrire dans une dynamique de diminution de leurs consommations qu'ils relient eux aussi directement à leur entrée dans le programme. C'est le cas de Malika, 52 ans, rencontrée dans l'unité d'addictologie au sein de laquelle elle réalisait un sevrage de cocaïne :

Il ne me reste plus que ça à arrêter (la cocaïne) ... depuis que je suis à « Un chez soi d'abord », j'ai arrêté beaucoup de produits. Là je consomme que de la cocaïne. Les autres produits, ou je les ai arrêtés avant, ou je les ai arrêtés pendant, mais je n'en ai plus l'utilité, j'en n'ai plus envie. (Malika, 52 ans)

Le sentiment de se sentir accompagnée lui procure une envie de prendre soin d'elle : « ça me motive et m'aide à faire de bonnes choses. »

Poly-usagère de drogues depuis l'adolescence, Farida suit désormais un traitement de substitution et, hormis l'alcool et le tabac, a abandonné toute autre consommation de substances psychoactives. Elle relie cette évolution à la protection que lui apporte son logement personnel.

Enquêtrice : *Qu'est-ce qui a fait qu'un jour vous avez arrêté les autres produits que l'alcool ?*

Farida : *J'étais plus en sécurité, je me sentais mieux dans ma peau.*

– *Ça, c'est arrivé quand ?*

– *Quand je pouvais fermer ma porte... si vous comprenez ce que je veux dire... la sécurité. (Farida, 52 ans)*

Un lieu de vie qui permet de réduire les risques et les dommages liés à la consommation

D'autres participants soulignent un changement notable depuis leur entrée dans le programme. Yann décrit avec précision les facteurs de risque infectieux et bactériens auxquels il est aujourd'hui en mesure de se soustraire :

Dans la rue, on prend le risque de faire une poussière¹⁰ parce que tu es près des poubelles. Dans la rue, on fait moins attention aux poussières, t'as les keufs, tu peux tomber sur des gens qui aiment pas ça, qui vont t'agresser, tu sais jamais sur qui tu peux tomber... Chez toi t'es mieux, t'es en sécurité, t'es chez toi, tu fais ce que tu veux, t'as pas à faire attention, t'as personne qui te regarde, tu peux préparer sans te casser les couilles. (Yann, 37 ans)

Si certains expliquent que le « chez soi » « facilite les consommations », ils ne pointent pas pour autant leur augmentation. Yann

¹⁰ Dans le jargon des usagers, « faire une poussière » désigne un malaise d'intensité variable (parfois de fortes poussées de fièvre sur plusieurs jours) lié à une infection causée par l'injection de germes ou bactéries.

estime que ses usages ont baissé tout en s'inscrivant dans un cadre de vie plus sécurisé. Comparé aux contextes de rue, le domicile privé permet ainsi des conditions de consommations favorables à la réduction des risques et des dommages.

Des consommations inchangées

Pour une partie des répondants, l'expérience du « chez soi » ne s'est pas accompagnée d'une modification des usages de produits au jour de l'entretien. Roland, par exemple, boit une bouteille de vin par jour, plutôt le midi en accompagnement de son repas, une quantité d'alcool qui n'a pas évolué : « Ça fait pas mal d'années... je buvais aussi dans le métro. » (Roland, 65 ans)

Pour lui comme pour d'autres, les usages de substances initiés en amont du programme sont ancrés dans ses habitudes de vie, sans qu'il s'en plaigne. Pourtant, à l'opposé de ces consommations vécues positivement, une partie des répondants regrette une absence de changement notable. Rachid par exemple, souhaite déménager afin de se tenir à distance d'un environnement d'usagers et de revendeurs qui fait obstacle à son envie de réduire ses consommations. Il compte pour cela sur l'aide de l'équipe.

D'autres soulignent que le dispositif a peu ou pas de prise sur un sentiment d'isolement ou la permanence de pensées douloureuses : pour les supporter l'individu maintient son recours aux produits. Désiré, par exemple, a déjà réalisé plusieurs sevrages et s'est rendu en post-cures, particulièrement motivé par le fait d'être entouré et occupé. Sorti de ce cadre « sécurisant », il retourne acheter de l'alcool pour tromper la solitude.

(À propos des post-cures) « On se sent bien, on se sent en sécurité, puis il y a des activités aussi qui sont intéressantes, tu fais des choses. Je sais pas, je pourrais pas l'expliquer, ça. En plus, il y a du monde, tu vois des gens. Et là, quand tu rentres chez toi, tu te retrouves tout seul face à toi-même avec personne à qui parler. Donc, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, pour vaincre la solitude c'est boire un peu, me saouler un petit peu et puis que j'aie dormi après. » (Désiré, 60 ans)

■ Conclusion

Afin de documenter les problématiques liées aux addictions dans le cadre du programme « Un chez soi d'abord », l'étude APROCHES a proposé d'explorer les profils des usagers à risque inscrits dans le dispositif et d'analyser la place des drogues dans leur trajectoire de vie. Les analyses quantitatives menées à l'inclusion dans l'étude ont

Les expériences internationales

Le programme « Un chez soi d'abord » s'inspire de l'approche *Housing First*, fondée sur l'idée qu'une personne en situation d'itinérance absolue doit d'abord être logée pour ensuite s'occuper de ses autres besoins [15]. Il s'oppose à l'approche *Treatment First* qui considère la prise en charge des troubles mentaux et l'abstinence comme préalables à l'obtention d'un domicile. Le premier dispositif du genre, *Pathways to Housing First*, a été expérimenté dans les années 1990 à New York. Depuis, des déclinaisons du programme ont vu le jour sur l'ensemble du territoire nord-américain. Il a été introduit au Canada à partir de 2009, puis dans de nombreux pays comme l'Australie, la Finlande, la Belgique. L'obtention d'un logement s'accompagne d'interventions de nature et d'intensité variées. Dans certains modèles, les équipes sont mobiles, proposant des services au locataire en se déplaçant chez lui. Dans d'autres, elles sont fixes, intervenant sur place dans des logements collectifs spécialement dédiés aux bénéficiaires du programme [16].

Principales modalités d'intervention du programme « Un chez soi d'abord »

Le dispositif propose un logement, en tant que locataires, à des personnes présentant des troubles schizophréniques ou bipolaires (selon le DSM-IV) en situation d'itinérance absolue ou d'habitat précaire. Des partenariats sont établis avec des bailleurs sociaux à cet effet. La taille de l'équipe varie selon le site, entre 10 et 20 intervenants d'horizons et d'expériences professionnelles différentes. Outre son directeur, l'équipe doit en effet réunir *a minima* les compétences suivantes : cadre coordinateur, infirmier, intervenant compétent en addictologie, médecin généraliste, médecin psychiatre, médiateur santé-pair, travailleur social, personne en charge de la recherche de logements et de l'intermédiation locative.

À l'entrée dans le programme, au moins un logement correspondant aux vœux de la personne doit lui être présenté, suivi d'un autre logement si le premier ne convient pas. Dans la réalité, les propositions de logement sont restreintes à ceux dont les loyers sont faibles et les personnes souhaitant quitter la précarité font rarement preuve d'exigences spécifiques [17].

L'équipe doit s'assurer de la bonne installation dans les lieux et accompagne le locataire pour l'achat d'un mobilier de base (lit, table, canapé...) choisi par la personne. En début d'accompagnement, le programme est le locataire officiel (le bénéficiaire étant sous-locataire) pour ne pas entraver l'accès au logement de personnes aux faibles ressources, bien souvent dans l'impossibilité de proposer des garants. En travaillant l'autonomisation financière des personnes sur le long cours, les équipes visent toutefois le glissement du bail au nom du bénéficiaire [18].

Les sites sont appelés à suivre une centaine de personnes essentiellement à partir de visites à domicile et d'accompagnement dans la ville. La fréquence des visites est établie selon le choix du bénéficiaire, généralement à raison d'une fois par semaine, en dehors des situations d'urgence lors desquelles les intervenants peuvent être mobilisés plus fréquemment. Une permanence téléphonique est également assurée en rotation. Les visites se font en binôme tournant, en vue de préserver un principe d'interchangeabilité des intervenants (ou multi-référence) dans un bloc de tâches communes. Les finalités de la visite à domicile sont diverses. Elles débutent par un état des lieux des besoins de la personne et s'adaptent en fonction de cette évaluation. Elles peuvent constituer un moment où la personne exprime une souffrance ou une difficulté en particulier, tout autant qu'être consacrées à la réparation d'un appareil électro-ménager. En fonction des désirs des locataires, il n'est pas rare que les visites deviennent un moment convivial, autour de la préparation et de la dégustation d'un repas par exemple, ou simplement du visionnage d'une émission télévisée. Certaines équipes proposent également des « temps collectifs » avec d'autres bénéficiaires, organisant une rencontre au restaurant, une sortie au musée ou un atelier d'écriture, par exemple.

Pour un exposé complet des conditions d'organisation et de fonctionnement du programme, voir notamment le cahier des charges national [1] ainsi que [19, 20].

fait apparaître quelques marqueurs de fragilité associés aux conduites addictives, tels que la précocité du sans-abrisme, une détresse émotionnelle aiguë, la présence de troubles de la personnalité antisociale, des interactions plus fréquentes avec les forces de l'ordre et un recours différencié aux dispositifs d'urgence ou de soins. Ces constats prennent une épaisseur particulière lorsqu'ils sont rapprochés des parcours biographiques des bénéficiaires ayant ou ayant eu des consommations massives dans le cours de leur existence. Les trajectoires de vie sont ainsi marquées par un cumul d'épreuves personnelles et sociales majeures auxquelles l'usage de drogues a pu apporter une réponse aggravant ou apaisant la situation des personnes. Si le volet quantitatif de l'étude ne décèle

pas de lien statistique de causalité entre les facteurs de vulnérabilité identifiés et les usages à risque, les données qualitatives permettent de mieux comprendre la complexité des mécanismes sous-jacents qui participent à l'usage de produits. La place des drogues dans les parcours de vie des personnes interrogées invite ainsi à une réflexion plus générale sur les conditions nécessaires à une évolution des consommations.

Abandonner un mode de vie et des relations

Au regard de l'expérience décrite par les personnes avant leur entrée dans le programme, un des premiers enseignements est que tout changement s'inscrit nécessairement dans un processus, d'autant plus long (ou

complexe) que les consommations ont été intégrées au parcours de vie depuis l'enfance. Les produits ont été pendant des années indissociables de l'organisation de la journée et d'une partie des relations dans lesquelles l'individu s'est durablement impliqué. Toute modification des consommations engage dès lors un changement de mode de vie et la sortie d'un système de relations sociales et affectives [12, 13]. Il s'agit de bouleversements majeurs dont la temporalité, l'ampleur ou la désirabilité du point de vue des personnes ne peuvent être prédéterminées.

De ce point de vue, la philosophie du dispositif « Un chez soi d'abord » et sa mise en œuvre par les équipes se révèlent en cohérence avec la dynamique de changement telle qu'elle

Méthodologie

Volet quantitatif

Le profil des usagers à risque d'abus ou de dépendance aux substances a été analysé à partir des données collectées dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée auprès de personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère conduite par le laboratoire universitaire EA 3279 Santé publique et maladies chroniques de l'université Aix-Marseille [21, 22]. La population de l'étude est constituée de personnes répondant aux critères suivants : être âgée de plus de 18 ans, en situation régulière et permettant l'accès au logement social, en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire, présentant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire selon la classification DSM-IV, être affiliée à la Sécurité sociale, respecter la clause d'ambivalence et accepter de participer à l'étude. Le recrutement a été réalisé par les équipes des services de santé et d'aide auprès de la population de l'étude. Après vérification des critères d'éligibilité, 703 personnes ont été randomisées : un premier groupe étant bénéficiaire du programme « Un chez soi d'abord », le groupe contrôle ayant recours seulement à l'offre de services habituelle. Les analyses ont porté sur un effectif de 679 participants, une fois

soustraites les personnes n'ayant pas donné leur consentement et celles pour lesquelles les évaluations étaient manquantes ou incomplètes. Les critères de dépendance et d'abus ont été vérifiés à l'inclusion sur la base du MINI (version française 5.0.0).

La qualité de vie des personnes a été caractérisée au travers de quatre échelles différentes : la SF36 (*The Short Form* [36] *Health Survey*) sur la santé physique, émotionnelle et sociale, la S-QoL (*Scale Quality of Life*), qui explore le bien-être, l'estime de soi et les relations sociales, la MCSI (*Colorado Symptom Index Modifié*) évaluant l'état de détresse émotionnelle des personnes et le RAS (*Recovery Assessment Scale*) autour des questions d'espoir, des buts personnels et de la motivation. Le plan d'analyse a été conduit par l'OFDT et a reposé sur des régressions logistiques, en analyse bivariée puis multivariée ajustée sur une sélection des variables indicatrices du cahier de recueil de données de la recherche « Un chez soi d'abord » (variables sociodémographiques, troubles diagnostiqués, bien-être, sans-abrisme, recours aux soins, violence et interaction avec les forces de l'ordre) [21]. Les associations ont été testées à l'aide du test paramétrique du chi-2 pour des observations indépendantes au seuil de significativité de 5 %.

Volet qualitatif

L'enquête qualitative repose sur 23 entretiens individuels de personnes incluses dans le programme, ayant (ou ayant présenté) des consommations importantes de produits. Les répondants ont été rencontrés par l'intermédiaire de l'équipe assurant une présentation préalable de l'étude. Cette présélection des interviewés par les encadrants, a permis de limiter les refus et les difficultés d'accès à ce type de public, bien connu des sociologues de la santé mentale [23, 24]. Les interviews ont été conduites à Lille, Marseille, Paris et Toulouse au domicile des personnes pour la plupart (17), dans une unité de soins (2), dans les locaux du programme (2) ou dans un café (2). La forte proportion de personnes interrogées chez elles a permis, dans la plupart des cas, la mise en place d'un climat de confiance réelle, ayant limité les interruptions d'entretien (une seule est survenue au cours de l'enquête) et optimisé le temps passé avec les répondants (d'une durée moyenne de 1h30), parfois au grand étonnement des équipes encadrantes. La perspective adoptée dans cette enquête se veut compréhensive. Elle s'inspire de la méthode du « récit de vie », visant à mettre en évidence les différentes étapes biographiques d'une personne, son engagement dans différentes séquences, leur enchaînement au sein du

parcours et le vécu qui leur est associé. Révélant les ressorts des usages de produits tout au long de la vie, elle ouvre ainsi une réflexion sur les principaux leviers activés par « Un chez soi d'abord ». L'hypothèse est que le programme, visant à transformer profondément le quotidien des personnes, est susceptible d'engendrer une nouvelle séquence de vie dans laquelle les consommations de produits sont abordées différemment.

Les personnes volontaires ont été interrogées sur la place des usages de produits dans leur trajectoire de vie en amont et en aval du programme. Les entretiens ont exploré tout particulièrement leur expérience de la précarité par rapport au logement, ainsi qu'à la psychiatrie et à la prison le cas échéant. Dans un second temps, elles ont été invitées à évoquer leur vécu du programme « Un chez soi d'abord », leur manière d'investir (ou non) le logement attribué ainsi que les relations avec l'équipe. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des intéressés puis intégralement retranscrits. Les techniques d'approche des personnes (rencontrées une première fois avec l'équipe au cours d'une visite à domicile), ont permis l'observation directe de cinq réunions d'équipe et d'une quinzaine de visites à domicile.

se pose pour les personnes. L'abandon de l'usage de drogues n'est un prérequis ni pour entrer dans le programme, ni pour être accompagné sur la durée y compris en l'absence de changement. De plus, en mettant l'accent sur un accompagnement de la personne dans la réorganisation concrète de son quotidien, le programme pose les bases du changement. En particulier, aider la personne à s'installer dans son appartement puis dans les gestes du quotidien (réparation de la plaque de cuisson, changement de la boîte aux lettres...) et la soutenir concrètement pour éloigner d'anciennes relations liées à l'usage de drogues (proposer un déménagement dans un autre quartier) contribuent au basculement vers de nouvelles habitudes de vie favorables à l'abandon des consommations.

Reconstruire l'image de soi : une priorité

Si tout changement des consommations est indissociable d'une réorganisation du mode de vie et des relations, il est également connecté à des évolutions dans le domaine de l'intime. Pendant de

nombreuses années, les produits ont aidé les personnes à faire face à une expérience répétée du malheur [6] 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.

De même, en permettant l'accès à un logement personnel, le programme « Un chez soi d'abord » concourt à la restauration de l'image de soi. Disposer d'un domicile privé soustrait l'individu à l'obligation de suivre des règles de vie édictées par les institutions dans lesquelles il a pu séjourner (foyer, hôpital, prison) ou bien aux contraintes imposées pour une survie

à la rue. En lui permettant d'investir un « espace à soi », le programme restitue ainsi sa dignité à l'individu et répond à une condition essentielle pour reconstruire son intimité [14]. Parallèlement, la philosophie du rétablissement au cœur du programme ainsi que la bienveillance des intervenants dont les répondants témoignent véhiculent une reconnaissance de l'individu en sa qualité de personne singulière, digne d'attention et dotée d'aptitudes au changement. Par là, le programme pose de nouveau les bases du changement.

Au regard des résultats de la recherche présentés dans ce numéro de *Tendances*, il apparaît que l'évolution des consommations des bénéficiaires du dispositif « Un chez soi d'abord » n'est pas du seul ressort de l'addictologie. L'approche globale du programme a de toute évidence sa place dans la gamme des réponses sanitaires proposées. Il permet d'améliorer non seulement la situation des personnes en grande précarité mais aussi leurs problématiques addictives en prenant en compte les dynamiques générales dans lesquelles les bénéficiaires sont inscrits.

références bibliographiques

1. DIHAL, Dispositif ACT « Un Chez-soi d'abord ». *Cahier des charges national*. La Défense, DIHAL, 2017, 27 p.
2. Estecahandy P., Revue P., Sénat M.-L., Billard J., Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez soi d'abord ». *Empan*, n° 98, 2015, p. 76-81.
3. Clark C., Rich A.R., Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services*, Vol. 54, n° 1, 2003, p. 78-83.
4. Martinez T.E., Burt M.R., Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatric Services*, Vol. 57, n° 7, 2006, p. 992-999.
5. 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*, Vol. 47, n° 2, 2011, p. 227-232.
6. Protais C., Milhet M., Diaz Gómez C., APROCHES: Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord ». Paris, OFDT, à paraître.
7. Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora L.I., Lépine J.P., Sheehan D., Janavs J., Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M., M.I.N.I. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. French Version 5.0.0 - DSM-IV. 1998, 52 p.
8. Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I., Pavageau C., Ras I., Sokolowski E., Testut N., Modes et étapes de la réinsertion sociale des sans-abri : L'anthropologie de la consommation comme analyseur des trajectoires de vie des « SDF ». Programme PUCA « Les SDF, représentations, trajectoires et politiques publiques ». Contrat PUCA/La Poste. Paris, *Argonautes*, 2000, 296 p.
9. Declercq P., Les naufragés. Avec les clochards de Paris. Paris, Plon, coll. *Terre Humaine*, 2001, 457 p.
10. Insee, Enquête auprès des sans-domicile. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/serie/s1002> [accédé le 02/08/2019].
11. Fernandez F., *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale*. Bruxelles, Larcier, coll. Crimen, 2010, 374 p.
12. Milhet M., L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ? Thèse de sociologie, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen. 2003, 456 p.
13. Pichon P., *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, *Aux Lieux d'être*, 2007, 304 p.
14. Goffman E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Les Éditions de Minuit, coll. *Le sens commun*, 1968, 452 p.
15. Tsemberis S., *Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual*. Center City, MN, Hazelden, 2010.
16. Beaudoin I., Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues, Santé et Société*, Vol. 14, n° 2, 2016, p. 1-27.
17. Vives L., Le logement, allié de la mise en oeuvre du programme « Un chez soi d'abord » ? *Les Cahiers de Rhizome*, n° 71 (Habiter, co-habiter), 2019, p. 92-100.
18. Fijalkow Y., *Sociologie du logement*. Paris, La Découverte, coll. *Repères Sociologie*, 2016.
19. Vidon G., Antoine J.-M., De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique*, Vol. 89, n° 3, 2013, p. 233-240.
20. Lacoste M., Péquart C., « Housing First » : nouvelles réponses pour les usagers souffrant de troubles psychiques. *Swaps*, n° 71, 2013, p. 22-25.
21. Auquier P., Girard V., Falissard B., Birmes P., Combes B., Roelandt J.-L., Le Cardinal P., Debieve J., Bossetti T., Laval C., Fortanier C., Mantovani J., Lançon C., Naudin J., Apostolidis T., *Essai d'intervention randomisé évaluant l'efficacité de deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère*. Programme « un chez soi d'abord ». *Projet de recherche*. 2011, 62 p.
22. Tinland A., Fortanier C., Girard V., Laval C., Videau B., Rhenner P., Greacen T., Falissard B., Apostolidis T., Lançon C., Boyer L., Auquier P., Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, Vol. 14, 2013, p. 309.
23. Lovell A.M., 'The city is my mother': Narratives of schizophrenia and homelessness. *American Anthropologist*, Vol. 99, n° 2, 1997, p. 355-368.
24. Velprey L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin, 2008, 332 p.

tendances

Directeur de la publication - Julien Morel d'Arleux

Comité de rédaction

Christian Ben Lakhdar, Bruno Falissard, Virginie Gautron, Emmanuelle Godeau, Aurélie Mayet, Frank Zobel

Rédacteur en chef - Julie-Émilie Adès

Infographiste - Frédérique Million

Documentation - Isabelle Michot

Remerciements

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la MILDECA, de l'université Paris 13 dans le cadre de l'appel à projets général 2016 - volet Prévention, de l'IRReSP et de ses partenaires (CNAMTS, DGS, INSERM, MILDECA, RSI, Santé publique France).

Les auteurs remercient vivement les personnes interrogées pour leur participation, les équipes de Lille, Marseille, Paris et Toulouse pour leur accueil ainsi que Lamia Missaoui (OFDT), Aurélie Tinland (APHM) et Agnès Cadet-Tairou (OFDT) pour leurs contributions, Éric Janssen (OFDT) et Olivier Le Nézet (OFDT) pour leurs précieux conseils, Ivana Obradovic (OFDT) pour sa relecture.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

69 rue de Varenne
CS 70780 - 75700 Paris Cedex 07

Tél. : 01 41 62 77 16
e-mail : ofdt@ofdt.fr



www.ofdt.fr