

# UN CHEZ SOI D'ABORD

## Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif

Mai 2016

Aurélie Tinland, Vincent Girard, Sandrine Loubière, Pascal Auquier

Unité de Recherche UPRES EA 3279

## Contexte et mise en œuvre du projet de Recherche

---

Remis en janvier 2010, un rapport national sur la santé des personnes sans chez soi soulignait que la plupart des dispositifs proposés pour sortir du sans-abrisme reposent sur une approche de type "traitement d'abord" et exigent l'abstinence addictive (alcool, drogues), excluant de fait de nombreuses personnes parmi les plus malades et les plus marginalisées (Girard, Estecahandy, Chauvin 2010)<sup>1</sup>. Suivant une recommandation forte du rapport, les ministères de la santé et du logement ont lancé conjointement, dans la même année, une expérimentation de type "« *Un chez soi d'abord* »" (Tinland et al. 2013)<sup>2</sup>. Le postulat sous-jacente à cette approche est que les personnes vivant depuis longtemps dans la rue et ayant une pathologie psychiatrique dite sévère (schizophrénie ou trouble bipolaire) peuvent :

- accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire, sans obligation initiale de suivre un traitement ni d'être dans une démarche d'abstinence quant aux consommations de substances psychoactives ;
- se maintenir dans leur logement à la condition d'être accompagnées selon des modalités spécifiques par une équipe médico-sociale.

Il a été décidé d'évaluer cette innovation sociale en utilisant un design à fort niveau de preuve, à savoir une étude randomisée, comparative, multicentrique (4 sites : Marseille, Lille, Paris, Toulouse), et prospective, incluant une évaluation quantitative et qualitative. Plus de 700 personnes ont intégré l'étude. La moitié d'entre elles appartiennent au groupe dit "témoin" ; l'autre moitié au groupe dit « expérimental » Un chez Soi (UCS). Le groupe témoin est suivi selon les offres habituelles (OH) des services existants en matière d'hébergement et de logement, de santé, d'action sociale. Le groupe expérimental bénéficie toujours des services habituels mais il est logé à brefs délais dans le cadre d'une sous-location et accompagné par une équipe mobile pluridisciplinaire composée de travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, travailleurs pairs et psychologues, travaillant selon un modèle d'intervention mixte combinant deux approches peu connues en France, une approche dite « *assertive community treatment* » qui propose un suivi intensif dans la communauté, et une approche dite « *recovery oriented* » (ou rétablissement) qui se focalise sur les compétences des personnes et priorise les interventions selon le choix des personnes.

Cette expérimentation a une triple ambition: (1) assurer un accompagnement spécifique à des personnes ayant des besoins singuliers en valorisant leurs compétences ; (2) faciliter l'articulation entre le sanitaire et le social ; (3) évaluer l'efficacité du dispositif en termes de qualité de vie, de rétablissement et de recours aux soins. L'évaluation intègre un volet économique mesurant le coût de recours aux différents services (sanitaires, sociaux, judiciaires) entre les deux groupes. Outre l'évaluation quantitative, l'expérimentation inclut une étude de nature qualitative qui s'intéresse aux pratiques professionnelles développées par les équipes d'accompagnement, aux trajectoires individuelles des personnes participant à l'étude, ainsi qu'aux facteurs institutionnels et politiques d'implantation du Programme *Un Chez Soi d'abord*.

Le volet interventionnel est financé par l'Etat et piloté par le Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL) des personnes sans-abri ou mal logées, en lien avec la Direction Générale de la Santé. Localement, dans les 4 sites d'expérimentation, les porteurs de l'expérimentation sont en charge du volet opérationnel.

Suite à la demande de la DIHAL, il a été convenu avec l'équipe de recherche (UPRES EA3279 –AMU) de disposer de résultats sur les critères de jugement principaux et sur les coûts au terme des deux ans du programme dans le premier semestre de l'année 2016. Pour pouvoir y répondre, l'équipe de recherche a procédé à une extraction des données dès le mois de février. Cette extraction implique que n'ont pu être pris en compte dans l'analyse que les participants au programme ayant réalisé leurs deux ans de suivi à la date de l'extraction.

Ce rapport intermédiaire du volet quantitatif de l'expérimentation se compose de trois parties : 1- Rappels méthodologiques ; 2 - Résultats sur les critères principaux et secondaires ; 3 - Résultats de l'analyse des coûts entre les deux groupes.

1 Girard V, Estecahandy P, et Chauvin P *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport au Ministre. 2010.

2 Tinland A, Fortanier C, Girard V, et al. 2013. *Evaluation of the Housing First Program in Patients with Severe Mental Disorders in France: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial*. *Trials* 14: 309.

## Partie 1 : Méthodologie de la Recherche

### 1. Les Objectifs

L'objectif principal est de déterminer l'efficacité de l'intervention en comparaison avec les offres sanitaires et sociales habituelles sur le **recours aux services médicaux** à deux ans et plus précisément sur le nombre de recours à l'hôpital, le nombre de jours hospitalisés et le nombre de passages aux urgences.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur un ensemble de critères relatifs à la santé mentale, la santé physique, les conduites addictives, la qualité de vie, le rétablissement, et le maintien dans le logement. L'objectif spécifique du volet médico-économique dans ce rapport est de comparer les coûts potentiellement évités par l'intervention au coût du programme

### 2. Le déploiement du programme

Au total 703 participants ont été inclus dans l'étude entre Aout 2011 et Avril 2014 : 200 à Marseille et Toulouse, 185 à Lille et 120 à Paris, dont au total **353 dans le groupe expérimental (UCS)** et **350 dans le groupe témoin (OH)**.

Pour être en mesure de fournir des résultats intermédiaires robustes en Mai de cette année, **une extraction de la base en Février 2016 a été faite** et les résultats que nous présentons dans ce rapport portent sur cette base, soit :

- 403 (77%) participants avec le M24 effectué
- 126 (23%) participants perdus de vue à M24
- 97 participants dont l'échéance du M24 n'était pas arrivée
- 32 participants sortis d'étude

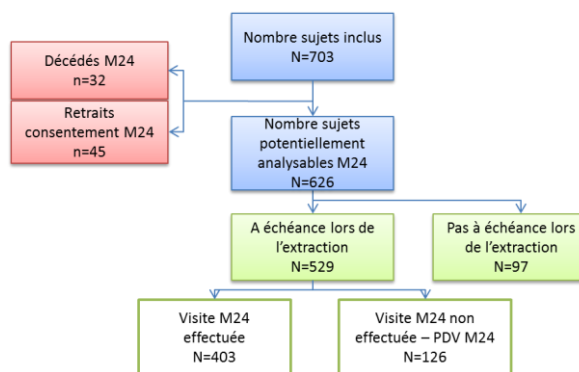


Figure 1-2 : Organigramme du flux de l'étude « Un Chez Soi d'Abord »

### 3. Les données collectées

Les données ont été collectées tous les 6 mois, via des questionnaires hétéro-administrés jusqu'aux 2 ans de suivi. Les CRFs qui ont été construits pour ce projet de recherche comportent plus de 13 modules couvrant un ensemble de thématiques (sanitaire, social et justice) et reposant sur des instruments de mesure validés. Les domaines couverts par les questionnaires sont : les caractéristiques socio-démo, l'accès aux minima sociaux, la situation professionnelle, la gravité clinique à l'inclusion, les comportements addictifs, la qualité de vie, les symptômes psychiatriques, l'observance au traitement, la mortalité, le support social, le recours au système de soins, à la justice et aux structures sociales, et pour ce dernier un calendrier rétrospectif sur les différents lieux d'hébergement fréquentés au cours des 6 derniers mois a été utilisé.

### 4. Les participants

Les participants sont majoritairement des hommes (83%), d'âge moyen de 38.7 ans, de nationalité française (86%), célibataires (78%), ayant un niveau d'études inférieur au bac (73%) et sans emploi (94%). Un **peu moins de 70% des participants ont été diagnostiqués schizophrènes**. La période moyenne de vie à la rue était de 4,5 années. Plus de 30% ont connu la vie à la rue avant l'âge de 20 ans. Tous ont des troubles d'addictions plus ou moins sévères, avec 39% présentant une dépendance à l'alcool et 45% une dépendance aux substances non alcooliques. En dehors de la rue, la plupart des participants fréquentaient les hébergements d'urgence (14% de leur temps sur les 6 derniers mois), les foyers d'insertion (13%), ou ont fait

des séjours à l'hôpital (11%), voire en prison (8%).

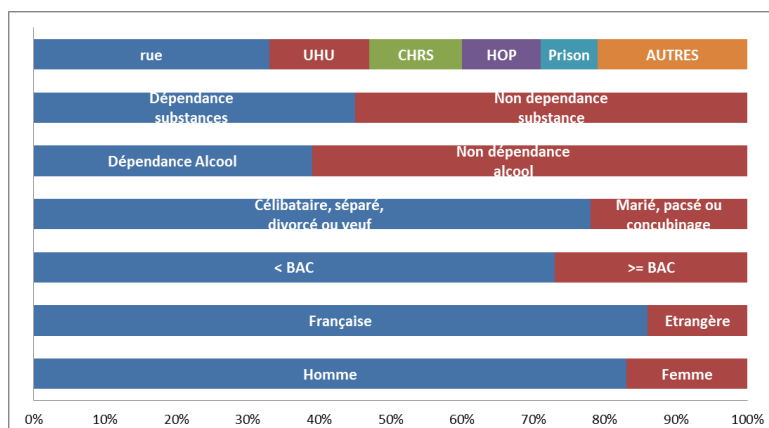


Figure 1-4 : Caractéristiques des participants à l'inclusion

La comparaison des deux groupes sur l'ensemble de ces caractéristiques à l'inclusion ne montre aucune différence significative, les deux groupes sont donc comparables, montrant la robustesse de la randomisation.

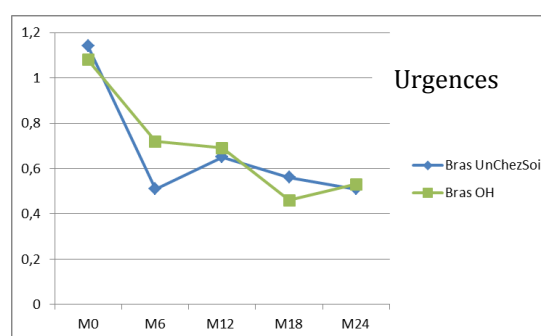
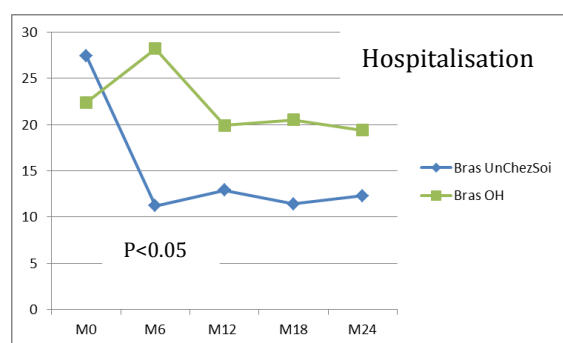
## Partie 2 : Résultats sur les critères de jugements principaux et secondaires

### 1. Recours aux hospitalisations et urgences

Nous constatons une baisse significative du recours aux hospitalisations et aux urgences dans les deux groupes, illustrée par les graphiques ci-dessous (2-1 a et b). A l'inclusion, les participants ont un fort recours à l'hospitalisation, avec un nombre moyen de 25 jours passés à l'hôpital au cours des 6 derniers mois. Nous observons une baisse importante au cours du suivi dans le groupe expérimental. A M24, les participants du groupe expérimental passent 12,3 jours en moyenne à l'hôpital sur une période de 6 mois. Dans le groupe témoin, la baisse est également notable entre M0 et M24, sauf à M6 avec une augmentation du nombre de jours passés à l'hôpital (en moyenne 28,2 jours dans le groupe OH vs. 11.2 dans le groupe UCS ;  $p=0,006$ ).

**Si on analyse les recours sur la globalité du suivi, en moyenne les participants du groupe UCS recourent significativement moins à l'hospitalisation que leurs homologues du groupe témoin (37 jours vs. 103 jours ;  $p<0,0001$ ). C'est plus spécifiquement sur les hospitalisations en psychiatrie que la différence est significative (24 jours vs. 79 jours ;  $p<0,0001$ ).**

La cinétique de l'évolution du recours aux urgences est identique à celle décrite ci-avant sans différence significative entre les deux groupes au cours des différents suivis.



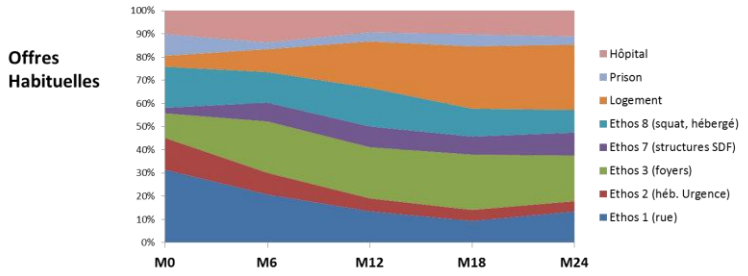
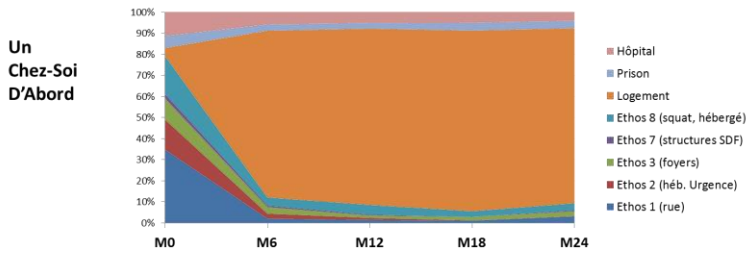
Figures 2-1 a, 2-1 b : Nombre de jours hospitalisés et nombre de passages aux urgences

### 2. Le logement et autres types d'hébergement

L'accès au logement personnel est à la fois plus rapide et plus important dans le groupe UCS par rapport au groupe OH. Une différence apparaît dès M6, statistiquement significative (126 nuits passées en logement personnel, vs 15 nuits), qui se maintient à tous les temps jusqu'à M24. Cette occupation du logement permet une réduction importante des nuits passées à l'hôpital, ou dans d'autres structures. Globalement, la situation s'améliore aussi dans le groupe témoin avec une baisse progressive du temps passé à la rue ou en hébergement d'urgence, au détriment des CHRS ou autres structures spécialisées SDF (LHSS ou résidences accueil). Le temps passé à l'hôpital ou

chez des proches reste globalement identique dans le groupe OH.

Figure 2-2 : Fréquentation des lieux d'hébergement sur les deux ans de suivi



### 3. Impact sur critères secondaires de jugement

#### ▪ Rétablissement

Le rétablissement, défini comme manière de trouver du sens et de vivre une vie satisfaisante en dépit des contraintes de la maladie, est un critère majeur de l'appréciation de la prise charge du patient schizophrène. Il a été évalué au moyen de l'échelle RAS. Aucune différence n'existait entre les groupes à l'inclusion. Une augmentation de ce critère est constatée dès le suivi à M6 (+ 3 points), créant un écart significatif entre les groupes en faveur du groupe expérimental. Jusqu'au deux ans de suivi, les résultats de rétablissement demeurent supérieurs dans le groupe UCS comparé au groupe témoin, sans que cette différence soit statistiquement significative.

En procédant à une analyse en sous-groupe, on constate que les trajectoires de rétablissement semblent différentes entre schizophrènes et bipolaires. Dans l'échantillon des schizophrènes, l'évolution vers le rétablissement suit une pente constante, et malgré l'amélioration du groupe témoin, les personnes suivies dans le groupe UCS montrent des scores de rétablissement statistiquement supérieurs au groupe témoin, dès les 6 premiers mois (66.5 vs 60.7 ;  $p = 0,002$ ) y compris à M24 (71 vs. 66,8 ;  $p < 0,035$ ). Dans le cas des bipolaires, aucune différence significative n'existe entre les deux groupes, et les résultats semblent évoluer de manière plus complexe, selon les suivis.

#### ▪ Symptômes

Sur le plan de la symptomatologie, l'analyse en sous-groupes montre aussi des résultats intéressants sur le rôle de l'intervention dans l'amélioration des symptômes rapportés sur les deux ans du suivi. Le score MCSI (Modified Colorado Symptom Index) mesure la présence et la fréquence des symptômes de maladie psychique rapportés au cours du dernier mois, un score élevé indiquant un niveau élevé de symptômes.

Dans la population des schizophrènes, la réduction des symptômes est statistiquement plus importante dans le groupe UCS par rapport au groupe OH, et ce dès le premier suivi à M6.

Dans le groupe des bipolaires, les écarts sont faibles, et aucune différence significative n'est observée entre les participants atteints de troubles bipolaires au sein de l'expérimentation et ceux au sein du groupe OH.

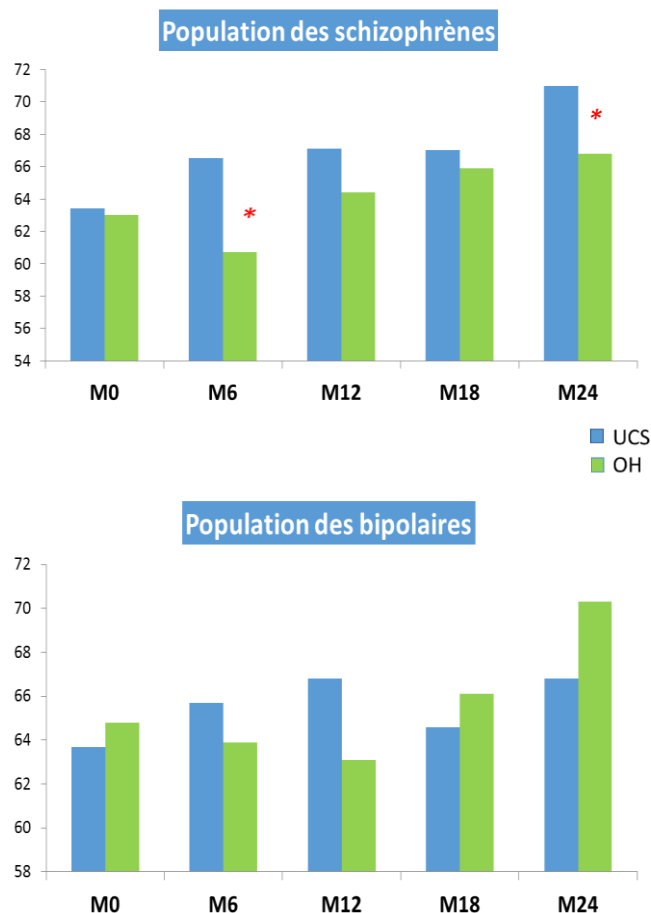
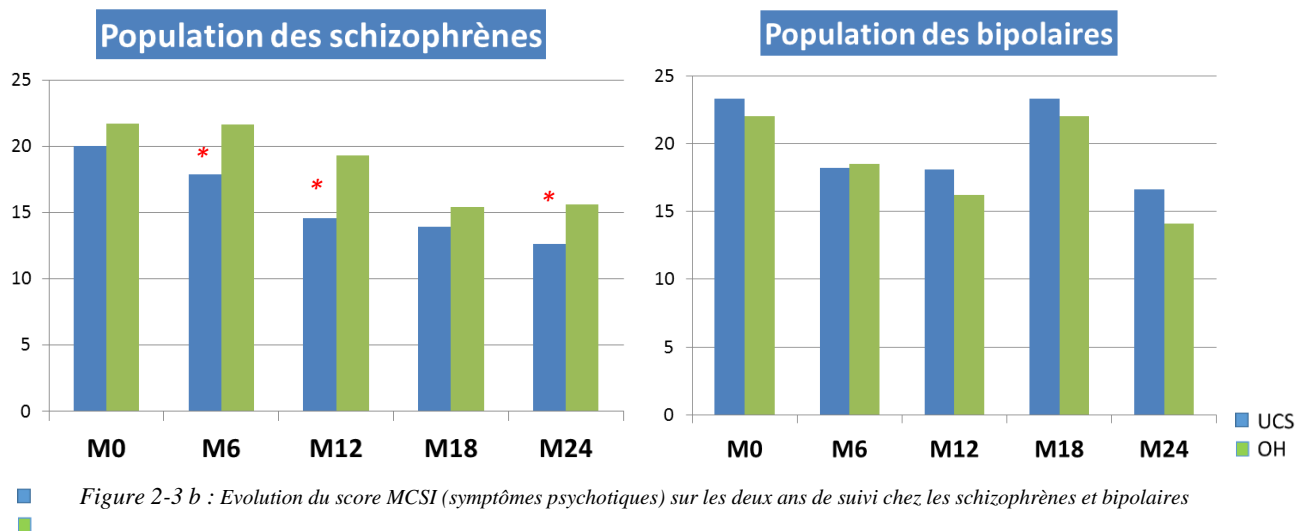


Figure 2-3 a : Evolution du score de rétablissement sur les deux ans de suivi chez les schizophrènes et bipolaires



- Qualité de vie

L'échelle spécifique utilisée pour évaluer la qualité de vie est la S-QOL, instrument qui évalue la qualité de vie à travers 8 sous-échelles: bien-être psychologique, estime de soi, relations familiales, relations avec les amis, résilience, bien-être physique, autonomie, et vie sentimentale.

L'amélioration de la qualité de vie est statistiquement significative dès le suivi à M6 (55,3 vs 49,3 ; p=0,006) dans le groupe des schizophrènes pris en charge par l'expérimentation UCS par rapport aux schizophrènes pris en charge par les offres habituelles OH. Ce résultat se confirme à M24 (56,9 vs 51,5 ; p=0,019).

Dans le groupe des bipolaires, l'écart est faible entre ceux suivis par l'expérimentation et ceux suivis par les offres habituelles. Aucune différence entre UCS et OH n'est significative sur les différents suivis.

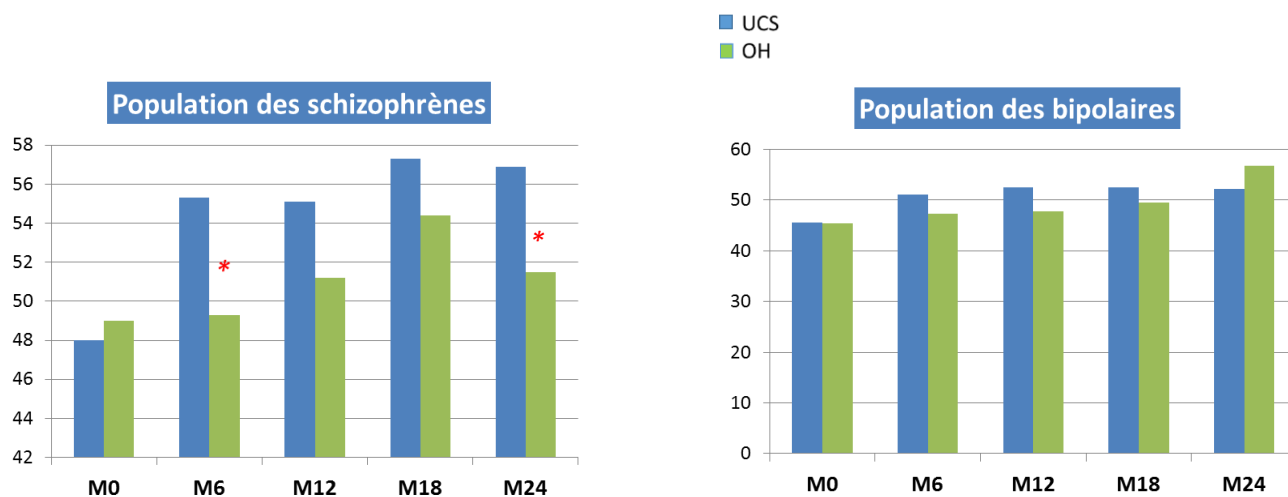


Figure 2-3 c : Evolution du score S-QOL (qualité de vie) sur les deux ans de suivi chez les schizophrènes et bipolaires

### Partie 3 : Utilisation des services et analyse des coûts

#### 1. Utilisation des services et accès au marché du travail

- Services de Santé

Concernant le système de soins, en plus du recours à l'hospitalisation et aux urgences vu au chapitre précédent, nous avons comparé le recours aux consultations médicales en cabinet de ville ou au sein de structures médico-

sociales (CMP, PASS, centre soins dentaires). Ces consultations externes ont augmenté entre l'inclusion et M24 dans les deux groupes. **Les participants du groupe UCS recourent moins souvent aux consultations externes**, sans que cette différence soit significative aux différents suivis (Fig. 3-1 a).

#### ▪ Services d'hébergement

Nous avons comparé les divers types d'hébergement auxquels ont eu recours les participants de l'étude. **Les individus du groupe UCS occupent de façon stable leur logement (plus de 150 jours sur 180 jours à M24), et ne séjournent qu'à titre exceptionnel (quelques jours dans les six derniers mois) dans les structures d'hébergement d'urgences** (tels que les CHR, UHU, ou ADOMA). Les différences de recours entre les deux groupes sont statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ). Ce résultat est important pour l'analyse des coûts (Fig. 3-1 b).

#### ▪ Services judiciaires

Si à l'inclusion les participants ont de fréquents recours au système judiciaire (39% rapportant des contacts avec la police, 21% au moins une arrestation au cours des 6 mois précédents l'inclusion et 11,5% ont fait un ou des séjours en prison sur les 6 mois précédents), au cours du suivi, **les contacts avec le système judiciaire sont en nette baisse dans les deux groupes**, sans toutefois que l'on puisse observer de différence significative entre UCS et OH (Fig. 3-1 c).

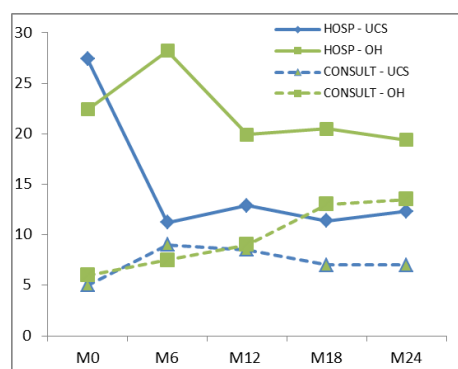


Figure 3-1 a : Recours aux Services santé par suivi

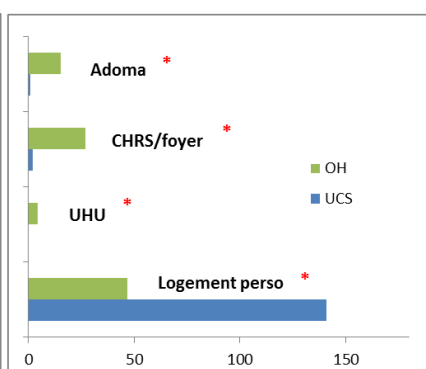


Figure 3-1 b : Recours aux Services hébergement en % à M24

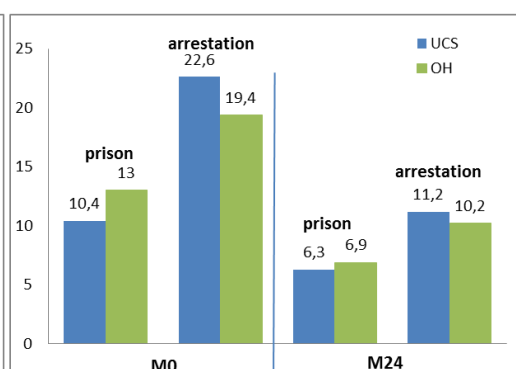


Figure 3-1 c : Recours aux services judiciaires

#### ▪ Structures médico-sociales

Dans les deux groupes, les recours aux diverses structures médico-sociales (aides et banques alimentaires, associations d'entraide et d'écoute, structures bas-seuils, le 115, services d'accueil et orientation) ont baissé sur les deux ans de suivi. A M24, on observe les différences significatives suivantes entre les deux bras : grâce au logement (et donc à une adresse), les participants du groupe expérimental reçoivent davantage de colis alimentaires ; à l'inverse, ils recourent moins au 115 ou à une équipe mobile précarité que les participants du groupe témoin. **Au cours des deux ans de suivi, les effets de l'intervention sur l'ensemble des structures médico-sociales semblent se compenser entre eux.**

#### ▪ Accès marché du travail

L'impact de l'intervention *Un Chez Soi d'Abord* sur la reprise d'une activité professionnelle n'a pu être observé sur les deux ans de suivi. A M24, **moins de 4% des participants dans les deux groupes avaient une activité professionnelle rémunérée** (au cours des 6 mois précédents le suivi à M24).

#### ▪ Aides sociales

Nous avons comparé entre les deux groupes l'accès à des aides sociales après deux ans de suivi. **Plus des ¾ des participants déclarent percevoir l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et la moitié bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**, sans différence entre les deux groupes. Le RSA (Revenu de Solidarité Active) est perçu par un peu moins de 25% des participants dans les deux groupes. Enfin,



moins de 5% déclarent percevoir une allocation chômage, une allocation familiale ou une pension d'invalidité.

L'intervention a un effet direct important sur la réduction de la fréquentation des structures d'hébergement, ainsi que sur le système de soins. L'intervention a une influence également sur les autres types de services (judiciaires et sociaux) mais dans une moindre mesure. Elle n'a eu en revanche très peu d'effet sur la perception d'aides sociales.

## 2. Analyse des coûts

### Evolution des coûts sur les deux ans de suivi

La figure 3-2 a montre en parallèle l'évolution des principaux postes de coûts au cours des deux ans de suivi.

Si les coûts liés au système judiciaire évoluent peu sur cette période et de façon similaire entre les deux groupes, en revanche, on observe une nette diminution des coûts liés au système de soins à M6 dans le groupe UCS, suivi d'un lissage entre M12 et M24. La baisse des coûts entre l'inclusion et M24 est notable (-57%) dans le groupe UCS. Dans le groupe OH, la baisse est continue mais moins marquée sur les deux ans de suivi (-18%).

A tous les suivis, l'écart se creuse dans les coûts de recours aux services d'hébergement entre les deux groupes ; les coûts diminuent dans le groupe expérimental alors qu'ils sont en augmentation dans le groupe témoin.

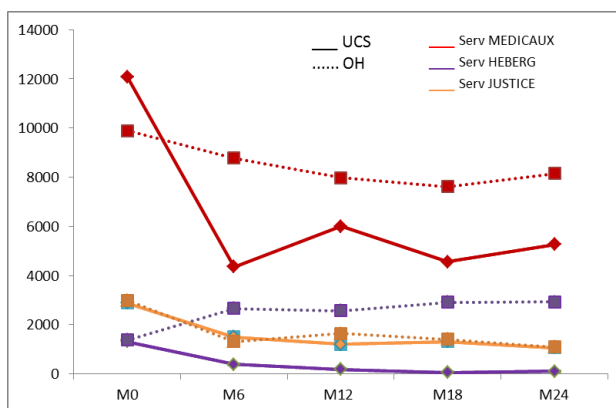


Figure 3-2 a : Evolution des coûts sur les 2 ans de suivi

### Comparaison du coût global entre les deux groupes

L'intervention *Un Chez Soi d'Abord* coûte en moyenne 14 000 euros par participant par an. Ce coût annuel englobe les salaires des intervenants, des coordinateurs de sites, les dépenses en loyers, les frais annexes de la sous-location. Le coût global annuel dans le groupe UCS inclut le coût du programme et la somme des coûts des services fréquentés sur les deux ans du programme (services sanitaires, hébergement, judiciaires, et sociales)<sup>1</sup>. Dans le groupe témoin, ce coût global annuel inclut uniquement la somme des coûts des services utilisés (auquel a été ajouté l'intermédiation locative – IML pour les personnes accédant à un logement).

On observe que les coûts globaux ont diminué dans les deux groupes (figure 3-2a). De même que les participants du groupe témoin ont vu leur situation évoluer positivement sur les critères de jugement cliniques, les coûts ont suivi la même tendance à la baisse sur les deux ans de suivi.

L'intervention UCS a permis aux participants de réduire les coûts annuels de recours aux différents services de manière significative au regard des coûts de recours aux différents services dans le groupe témoin (11 000 euros versus 28 500 euros ;  $p < 0,0001$ ).

Cette différence annuelle de 17 500 euros entre les deux groupes (coûts évités de recours aux services dans le groupe expérimental) vient compenser la totalité du coût annuel du programme *Un Chez Soi d'Abord*.

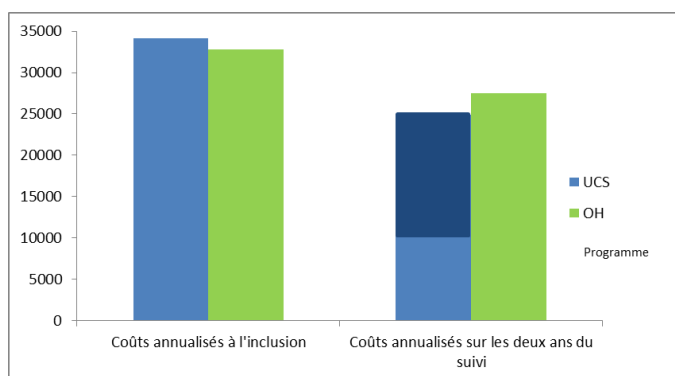


Figure 3-2 b : Coûts annualisés à l'inclusion et à M24 entre les deux groupes

1 Les aides sociales perçues n'ont pas été incluses car non significativement différentes entre les deux groupes

- **Comparaison des coûts évités par service**

Deux services participent pleinement à la réduction des coûts dans le groupe UCS : le recours aux hospitalisations psychiatriques et les structures d'hébergement social comme rapporté à la *figure 3-2 c* illustrant le poids des différents services dans la compensation des coûts du programme.

**La plus grande compensation des coûts du programme provient de la diminution du recours aux hospitalisations psychiatriques (représentant 70% des coûts évités).**

Les « économies » réalisées par un moindre recours aux structures d'hébergement permettent de compenser 30% du coût annuel du programme.

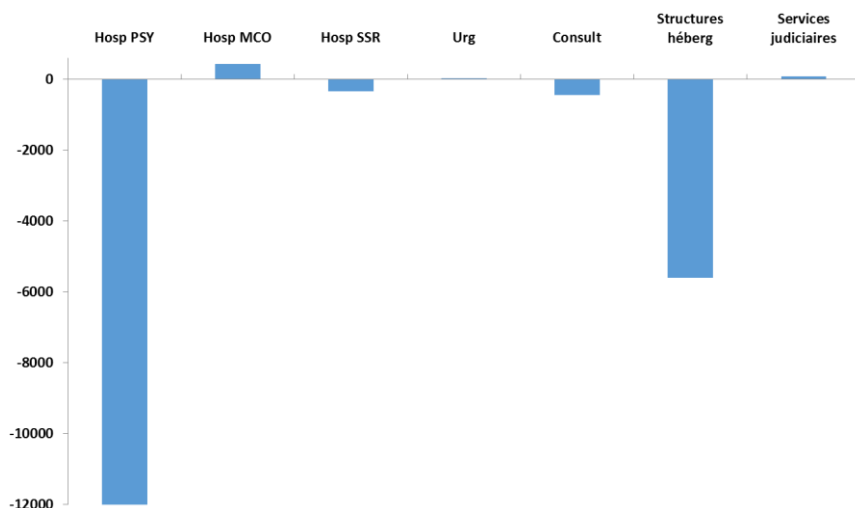


Figure 3-2 c : Coûts moyens annuels « évités » ou augmentés par l'intervention Un Chez Soi d'Abord

*Analyses en sous population : schizophrènes/bipolaires*

Nous avons évalué les coûts évités dans la population des schizophrènes et des bipolaires, séparément. Les résultats sont similaires dans chaque population entre les deux groupes UCS et OH : **chez les schizophrènes comme chez les bipolaires, les participants du groupe expérimental recourent significativement moins aux hospitalisations et aux structures d'hébergement que leurs homologues du groupe témoin** ; les coûts moyens annualisés évités de recours aux services dans le groupe UCS compensent la totalité du coût annuel du programme.

- **Analyse de sensibilité**

L'analyse de sensibilité univariée dont les résultats sont présentés dans la *figure 3-2 d* montre le rôle de chaque facteur de coût sur la compensation ou l'augmentation des coûts moyens annualisés.

**Le facteur qui impacte le plus la différence de coûts moyens annualisés entre les deux groupes est le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation en hôpital psychiatrique.** Avec un coût unitaire d'une journée en hôpital psychiatrique à 1300€ (coût réel dans certains établissements publics), alors la différence de coûts annuels serait multipliée par un facteur 2.5 (coûts évités moyens annuels grâce à l'intervention = 40 000€). **La variation du coût unitaire d'une journée en CHRS (entre 15 € et 60 €) impacte également la différence de coûts globaux entre les deux bras mais dans une moindre mesure (16 500 à 21 000€).**

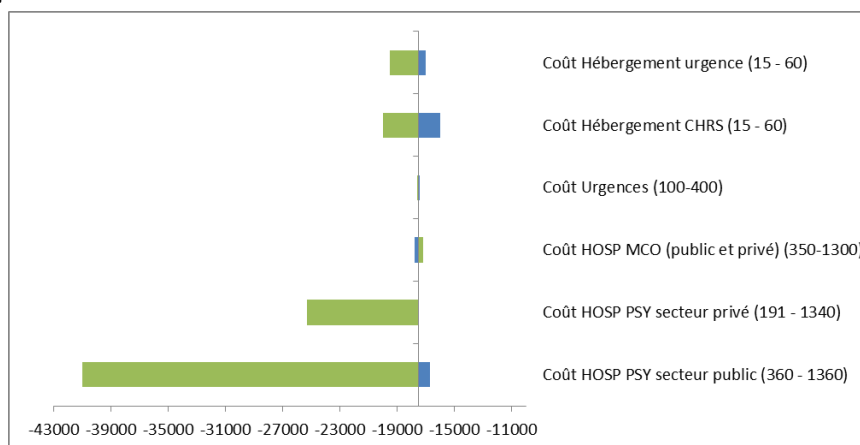


Figure 3-2 d : Diagramme de Tornado – Analyse de sensibilité sur les paramètres de coûts

## Conclusion

L'analyse des données provisoire des personnes suivis à 2 ans (77% de la population ) semble montrer que le programme *Un Chez Soi d'Abord* aurait une réelle efficacité à un moindre coût sur un suivi à deux ans se traduisant par :

- la stabilité dans le logement pour la population en itinérance et présentant des troubles mentaux sévères ; ce résultat est se maintient au cours des deux ans de suivi.
- l'amélioration de l'état de santé des personnes logées par le programme (moins d'hospitalisations, diminution des symptômes et amélioration du niveau de rétablissement plus particulièrement chez les schizophrènes).
- une réduction significative des recours au système de soins et aux structures dédiées aux SDF, notamment en lien direct avec l'hébergement.

La totalité du coût du programme *Un Chez Soi d'Abord* est compensée par les économies réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social.

Cette intervention montrerait un réel bénéfice pour les personnes logées et suivies par le programme *Un Chez Soi d'Abord*, mais également pour la société civile avec un retour sur investissement maîtrisé.

***Ces résultats intermédiaires devront être consolidés dans les prochains mois par l'analyse des données complètes sur l'ensemble des participants inclus dans le programme et ayant atteint pour tous les 2 ans de suivi. De même, ces résultats en termes de bénéfices et de coûts compensés du programme devront être complétés par une analyse d'impact budgétaire afin de modéliser au-delà des 2 ans du programme, la diffusion du programme à la population cible et son impact sur les finances publiques. L'ensemble de ces résultats seront disponibles à l'automne 2017***

## Annexes

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques Socio-démo	Tous les participants (N=703)	
	N valide	n(%) ou M(±SD)
Bras : Offres habituelles	703	350 (49,8%)
Age	703	38,7 (± 9,9)
Sexe : masculin	703	582 (82,8%)
Nationalité Française	670	575 (85,8%)
Ville	703	
	Marseille	199 (28,3%)
	Paris	119 (16,9%)
	Toulouse	200 (28,4%)
	Lille	185 (26,3%)
Niveau d'étude : >=Niveau BAC	671	181 (27%)
Impression Clinique Globale (ICG)		4,6 (±1,2)
Diagnostic : Schizophrénie	703	487 (69,3%)
Condition de vie : en itinérance absolue	701	463 (65,9%)
Score MCSI	658	21,3 (± 11,5)
AUDIT : Une dépendance à l'alcool	697	274 (39%)
Score RAS	662	63,5 (± 15,7)
Score S_QOL	577	47,4 (± 17,5)
Score Physique SF36	612	50,8 (± 10,6)
Score Psychique SF36	612	34,7 (± 9,7)
Avoir été hospitalisé six mois avant l'inclusion	671	408 (58%)
Nb jours hospitalisés	671	24,9 (39,2)
Avoir été aux urgences 6 mois avant	666	345(49,1%)
Nb passages aux urgences	652	1(1)