

# Appel à Projets

## Logement d'abord et santé

### DRDJSCS – ARS PACA

*Projets expérimentaux Logement d'abord dans la région  
PACA*



## **APPEL A CANDIDATURES POUR LA SELECTION DE PROJETS EXPERIMENTAUX LOGEMENT D'ABORD « HOUSING FIRST »**

Le présent appel à projets, piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), vise à lancer des projets expérimentaux « logement d'abord », dans des territoires de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il concerne de petites unités et cible des problématiques particulières. L'appel à projets s'inspire des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » menés en France depuis 2011.

### **Présentation et contexte**

La DRDJSCS et l'ARS PACA souhaitent soutenir, à titre expérimental, pour une durée de deux ans (2018 et 2019), des projets fondés sur le principe du « logement d'abord » en s'appuyant sur un partenariat entre les secteurs du logement, du sanitaire et du social. Toutefois, les modèles d'expérimentations proposés dans cet appel à projets ont pour objectif d'élargir le modèle du « un chez-soi d'abord /Housing first» déjà en phase d'essaimage (aujourd'hui l'essaimage du modèle d'accès direct au logement pour des personnes avec des besoins élevés<sup>1</sup> et en situation de handicap psychique/vivant avec un trouble psychiatrique sévère se fait sur un nombre de personnes accompagnées élevé fixé à l'avance = 100).

### **Contexte**

Depuis 2011, dans le cadre de la politique « Logement d'abord » portée par l'Etat qui a pour objet de faciliter l'accès au logement des personnes sans abri, sans passer par les étapes habituelles de l'hébergement social, des expérimentations « Un chez-soi d'abord » ont été menées sur 4 sites en France.

Évalué et formalisé suite au décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », le dispositif est étendu à d'autres sites en France depuis le début de l'année 2018.

Ces dispositifs répondent aux besoins des métropoles. Il existe des zones, moins peuplées, où les offres de services sont moins fournies (service de santé, médico-sociales et sociales) et où la précarité par rapport au logement prend des formes différentes.

---

<sup>1</sup> La notion de besoins élevés se traduit en terme d'intervention par un accompagnement intensif. Les besoins élevés ont été mesurés entre autre dans le programme « un chez soi d'abord » via une échelle d'intégration dans la communauté (MCAS). Pour plus d'information voir l'annexe

Par ailleurs, la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap de 2016<sup>2</sup> renforce et précise la volonté de l'Etat à développer des nouveaux types d'accompagnement vers et dans le chez-soi/aux domiciles des personnes.

Le décret du 27 juillet 2017 définissant le plan territorial de santé mentale<sup>3</sup> insiste sur la nécessité d'intervenir dans la ville et au domicile des personnes en favorisant au maximum la vie en dehors des institutions.

Au niveau international, les recommandations des Nations Unies<sup>4</sup> et de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) vont dans le même sens et insistent sur la nécessité de transformer les lieux de vie collectifs institutionnels en habitat inclusif, respectant la volonté des personnes à vivre en autonomie le plus possible et le plus longtemps possible.

Enfin, l'instruction du 4 juin 2018<sup>5</sup>, relative à la mise en œuvre du plan de relance de l'intermédiation locative, s'inscrit également dans ce cadre du plan Logement d'abord et développe les modalités de mobilisation du parc privé à des fins sociales.

La DRDJSCS et l'ARS PACA souhaitent donc s'associer afin de développer, dans la région PACA, de nouveaux modèles d'accompagnement vers et dans le logement. L'innovation pourra se faire à trois niveaux :

- La taille des équipes (3 à 4 ETP environ pour 30 à 60 personnes selon suivi intensif ou modéré),
- Le modèle d'intervention : deux modèles seront possibles (suivi intensif versus suivi modéré),
- Le type de public accueilli (possibilité de cibler un public jeune : moins de 25 ans ou un public avec une maladie somatique chronique).

Il y aura donc 6 types de publics.

1. personnes sans chez-soi<sup>6</sup> de longue durée en situation de handicap psychique et/ou vivant un trouble psychiatrique, avec des *besoins modérés (modèle case management)*,
2. personnes sans chez-soi de longue durée en situation de handicap psychique et/ou vivant un trouble psychiatrique sévère avec *des besoins intensifs (modèle assertive community treatment) (cf. annexe 1 : besoins modérés et élevés)*,

---

<sup>2</sup> [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/demarche\\_nationale\\_en\\_faveur\\_de\\_lhabitat\\_inclusif\\_pour\\_les\\_personnes\\_en\\_situation\\_de\\_handicap.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/demarche_nationale_en_faveur_de_lhabitat_inclusif_pour_les_personnes_en_situation_de_handicap.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>

<sup>4</sup> <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

<sup>5</sup> [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir\\_43646.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43646.pdf)

<sup>6</sup> Personne *sans chez soi* : personne à la rue ou qui risque de l'être (prise en charge inadéquate)

3. personnes sans chez-soi de moins de 18-25 ans en situation de handicap psychique et/ou vivant avec un trouble psychiatrique sévère avec des *besoins modérés (modèle case management)*,
4. personnes sans chez-soi de moins de 18-25 ans en situation de handicap psychique et/ou vivant avec un trouble psychiatrique sévère avec *des besoins intensifs (modèle assertive community treatment)*,
5. personnes sans chez-soi vivant avec une maladie chronique somatique, avec des *besoins intensifs* (modèle assertive community treatment à adapter au modèle des maladies chroniques somatiques),
6. personnes sans chez-soi vivant avec une maladie chronique somatique avec des *besoins modérés*.

### Principes directeurs

Pour répondre aux besoins des publics ciblés, plusieurs principes doivent être recherchés :

- Accès direct au logement depuis la rue (intermédiation locative : sous-location avec bail glissant à privilégier), tout en respectant les choix de la personne et sa temporalité,
- Accompagnement par une équipe pluridisciplinaire médicale et sociale orientée vers une pratique dite de rétablissement (cf. annexe 2) et fidèle à la philosophie d'intervention du «Un chez-soi d'abord ».

### **1- Périmètre de l'appel à projets**

Les modèles d'expérimentations du « Logement d'abord » doivent se conformer aux fondements suivants :

- Une équipe pluridisciplinaire médico-sociale, orientée rétablissement, doit accompagner les personnes dans le logement en mobilisant les actions suivantes : recherche de logements, aide à la mise en place des démarches administratives, échange et écoute des besoins des personnes accompagnées, visite à domicile aux personnes relogées.
- C'est la personne accompagnée qui choisit le logement et elle peut donc refuser autant de propositions qu'elle le souhaite.
- L'intermédiation locative doit être privilégiée pour rechercher un logement : logement seul, colocation, sous-location avec bail glissant.
- La décision d'accueillir la personne accompagnée doit être basée sur la volonté de la personne, qui doit remplir les critères décidés et validés collégalement en amont du projet, par les responsables de l'appel à projets, réunis sous l'égide du SIAO.

- Les zones rurales ou périphéries « hors métropole » doivent être privilégiées.

Les spécificités de chaque expérimentation doivent être les suivantes :

- 1 à 2 expérimentations destinées à :
  - ➔ Typologie public/territoire : des personnes à la rue en situation de handicap psychique, avec des besoins dits « élevés » ou « modérés », en zone urbaine hors métropole et/ou semi-rural (ex : Briançon, Salon-de-Provence, autres...).

Cadre : Le projet d'expérimentation doit bénéficier d'un conventionnement avec un hôpital psychiatrique et d'une équipe d'accompagnement resserrée orientée « rétablissement » (environ 3 types de professionnels), composée d'au moins :

- un travailleur social
  - une personne en charge de la recherche de logements et de l'intermédiation locative
  - un médiateur/trice de santé pair (1 ETP)
- 1 à 2 expérimentations destinées à :
    - ➔ Typologie public/territoire : un public jeune (-25 ans), en situation de handicap psychique, avec des besoins dits « élevés » ou « modérés », en zone urbaine hors métropole et/ou semi-rural (ex: Briançon, Salon-de-Provence, autres...). Un lien avec l'Aide Sociale à l'Enfance ainsi qu'un partenariat avec le secteur de l'insertion professionnelle seront particulièrement attendus pour faciliter l'accès rapide à la formation et/ou l'emploi.
  - 1 à 2 expérimentations destinées à :
    - ➔ Typologie public/territoire : un public vivant avec une maladie chronique somatique, avec des besoins dits « élevés » ou « modérés » en zone urbaine hors métropole et/ou semi-rural (ex: Briançon, Salon-de-Provence, autres...).

La capacité de chaque expérimentation sera de 30 à 60 logements maximum par expérimentation.

Toute question ou précision complémentaire relative au périmètre de l'appel à projets pourra être sollicitée par les candidats, par messagerie aux adresses suivantes :

[ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr](mailto:ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr)  
[drdjcs-paca-ahial@jcs.gouv.fr](mailto:drdjcs-paca-ahial@jcs.gouv.fr)

## **2- Critères de sélection et modalités d'évaluation des projets**

Les projets locaux présentés dans le cadre de la réponse à l'appel à projets devront illustrer la compréhension de l'ensemble des enjeux et des critères exposés ci-dessus.

Une attention particulière sera accordée à :

- La justification et la description de la situation du territoire,
- Les propositions et la compréhension du projet,
- L'étendue et la solidité du réseau partenarial associé à la réponse avec au moins une structure médico-sociale.

## **3- Composition du dossier**

Le dossier du candidat devra apporter des informations et références sur les éléments suivants :

- Son projet d'établissement ou associatif,
- Les précédentes réalisations du promoteur,
- Son organisation,
- Sa situation financière (bilan et compte de résultat),
- Son activité dans le domaine social ou médico-social et la situation financière de cette activité,
- La capacité à mettre en œuvre le projet proposé en soumettant notamment un calendrier prévisionnel du projet,
- Les partenariats en cours,
- L'agrément IML,
- L'évaluation et les éléments de diagnostic sur les publics cibles et le territoire du projet.

Les candidatures devront être transmises par messagerie aux adresses suivantes :

<p style="text-align: center;"><a href="mailto:ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr">ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr</a> <a href="mailto:drdjscs-paca-ahial@jscs.gouv.fr">drdjscs-paca-ahial@jscs.gouv.fr</a></p>
--

## **4- Calendrier prévisionnel**

Le présent appel à projets est ouvert du 3 septembre au 15 octobre 2018.

La date limite de remise du dossier de candidature complet est fixée au **lundi 15 octobre 2018**.

La DRDJSCS et l'ARS PACA examineront les dossiers reçus pour une décision attendue en novembre et une ouverture des services **au 1<sup>er</sup> décembre 2018**.

L'ouverture des établissements et leur financement seront garantis pendant l'année 2019.

Une convention entre la DRDJSCS PACA, l'ARS PACA et les porteurs retenus sera établie.

## **5- Financement**

La DRDJSCS financera 3 500 à 7 000 € par logement. Le compte-rendu des activités et le détail des coûts seront exigés conformément à l'instruction du 4 juin 2018<sup>7</sup> relative à la mise en œuvre du plan de relance de l'intermédiation locative (voir annexe 4 de l'instruction, relative à la maquette financière qui permet notamment de donner des bases indicatives et des plafonds pour les coûts relatifs à l'accompagnement des ménages, la prospection/captation ou encore la gestion locative adaptée).

L'ARS financera 3 500 à 7 000 € par logement selon la nature du suivi (intensif ou modéré).

Les projets seront donc d'un budget de 420 000 euros par an et cibleront 30 (suivi intensif) ou 60 personnes (suivi modéré). Les modalités interventionnelles et l'organisation du travail entre le suivi modéré et le suivi intensif étant différent, les équipes ne pourront proposer de faire « un peu des deux ».

**Les financements n'étant pas pérenne, une stratégie de redéploiement des moyens des CHRS/unités d'hospitalisations vers cette activité ambulatoire sera à prévoir et à contractualiser dans les CPOM avec effets dès la fin de la troisième année.**

Des cofinancements (ex : collectivités locales) doivent être recherchés.

---

<sup>7</sup> [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir\\_43646.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43646.pdf)

## **Annexe 1 : besoins élevés et modérés**

La catégorisation dite « besoin élevé » versus « besoin modéré » est utilisée au Québec pour orienter vers deux types d'accompagnements distincts :

- le case management ou suivi d'intensité modéré (en savoir plus, cf. lien : <http://www.douglas.qc.ca/section/soutien-d-intensite-variable-siv-350>),
- le suivi intensif (en savoir plus, cf. lien : <http://www.douglas.qc.ca/section/suivi-intensif-si-349>).

Ces deux modalités d'accompagnement sont bien décrites par le centre national d'excellence en santé mentale du Québec.

Le modèle de suivi intensif a été mis en place dans le cadre du programme « un chez soi d'abord » décrit dans le cahier des charges de 2017<sup>8</sup> et encadré par une circulaire de 2016<sup>9</sup>.

Les critères généralement admis pour savoir si une personne a des besoins élevés sont les suivants :

- Trouble psychiatrique sévère (trouble bipolaire, trouble schizophrénique ou schizo-affectif, dépression sévère),
- Problèmes d'addictions graves associés (double diagnostic),
- Hospitalisations répétées dans les deux dernières années (au moins 3 mois par an),
- Incarcération et ou arrestations dans les deux dernières années,
- Inclusion dans la communauté faible.

Les personnes avec des besoins modérés peuvent être définies par défaut : ce sont celles qui ne rentrent pas dans ces critères.

---

<sup>8</sup> [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/07/cahier\\_des\\_charges\\_national\\_dispositif\\_act\\_un\\_chez-soi\\_dabord.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/07/cahier_des_charges_national_dispositif_act_un_chez-soi_dabord.pdf)

<sup>9</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/2016-1940/jo/texte>

## **Annexe 2 : définition du concept du rétablissement et des « soins orientés autour du rétablissement »**

### ***Contexte***

Des personnes ayant expérimenté la maladie mentale sévère, souvent la schizophrénie, ont témoigné à la première personne de leur parcours de lutte contre la maladie, mais aussi et surtout contre la stigmatisation, l'exclusion et la violence sous toutes ses formes.

Ce processus singulier, unique, pour retrouver un sens à sa vie, une place dans la société, les usagers l'ont appelé *recovery* (*rétablissement*). Si, plusieurs chercheurs et cliniciens ont évoqué la possibilité de guérison dans la psychose depuis plus de 200 ans, c'est avec la première étude longitudinale multicentrique (10 pays) sur la schizophrénie, pilotée par l'OMS au début des années 70, que des données probantes ont permis de mieux mesurer l'importance du phénomène. Aujourd'hui cette cohorte multicentrique et d'autres études longitudinales plus récentes permettent de remettre en cause la notion d'incurabilité de la schizophrénie, montrant des taux de rétablissement, selon des critères cliniques, d'environ 30 % durant les 2 à 5 premières années de la maladie. Ces résultats sont sensiblement les mêmes au Nigeria, en Inde, en Colombie et dans les pays riches.

Depuis la fin des années 80 des chercheurs en sciences humaines et sociales s'attachent à décrire ces processus, notamment à travers des histoires de vie, et d'en révéler les éléments communs. Des échelles sont construites pour essayer de mesurer le phénomène de rétablissement.

Depuis le début des années 90, des propositions concrètes sont faites pour intégrer ces différentes informations dans le système de soins psychiatriques, largement perfectibles.

### **Définition du concept**

Le processus de rétablissement est un phénomène individuel singulier, parfois chaotique, fait de rechutes. L'épidémiologie décrit deux moments différents : environ 30 % des personnes se rétablissent dans les 5 premières années, et 30 autres % se rétablissent également, plus ou moins totalement, après 25 ans de maladie. 30 à 40 % continuent à être malades, voire voient leur état s'aggraver. Le rétablissement est un phénomène collectif car il implique que les personnes puissent trouver un entourage favorisant : des relations affectives des amis/une famille, un/des rôles sociaux gratifiants/utiles dans des groupes/collectifs. Parce que les personnes souffrant de schizophrénie vivent une double peine, celle de la maladie (ses symptômes) et ses conséquences sociales (violence, stigmatisation, exclusion, isolement), le processus de rétablissement est bien plus que la maîtrise des symptômes, c'est aussi et d'abord retrouver une estime de soi, des rôles valorisant et un bien-être.

### **Les soins orientés autour du rétablissement**

Depuis les années 90, quelques chercheurs tentent d'appliquer ces différentes découvertes afin de repenser le système de soins psychiatriques, par ailleurs vivement critiqué par des associations d'usagers et de parents d'usagers. Les soins orientés autour du rétablissement, proche de la réhabilitation psychosociale, s'en distinguent par la centralité donnée au savoir

non institué, issu de l'expérience des personnes. L'utilisation qui est faite des compétences des personnes comme base de travail amène les équipes à engager des professionnels ayant l'expérience de la maladie et en rétablissement. Un nouveau métier émerge : les travailleurs pairs dit aussi médiateurs. Ce sont des personnes dont l'expérience de la maladie et de ses conséquences, couplée à celle du rétablissement, est utilisée avec des résultats significatifs à court terme, mais pas à long terme, pour l'éducation thérapeutique. L'autre différence centrale du rétablissement avec la réhabilitation psychosociale est la focalisation faite au social par rapport au psychologique, via le travail d'inclusion dans la cité. Les professionnels se doivent de fonctionner comme des guides et rendre accessibles les ressources disponibles dans la cité, et lever les barrières au rétablissement. Un certain nombre de pratiques (avec des données de preuves de leur efficacité variable) est considéré comme orienté autour du rétablissement. En voici certaines existantes sur le territoire français :

- Le programme « Un chez-soi d'abord »,
- Le programme IPS (working first),
- Le programme WRAP: Wellness and recovery Action Plan,
- Les directives anticipées en psychiatrie,
- Les lieux de répit/crise de type soteria,
- L'éducation thérapeutique par les pairs,
- L'accompagnement par des travailleurs pairs de personnes difficiles à atteindre/éloignées du système de soins/exclues.

D'autres programmes plus généralistes et anciens se conformes aux valeurs et objectifs du paradigme du rétablissement comme l'Assertive Community Treatment (ex : la version PACT du Montana, EU).