RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

AVIS D'APPEL A PROJETS

POUR LA CREATION D'APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (ACT)

VISANT LE DISPOSITIF UN CHEZ-SOI D'ABORD

DANS LE DEPARTEMENT DU PUY-DE-DÔME

N°2021-063 – ACT « Un chez-soi d'abord »

Appel à projets pour la création de places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) :

- **55 places en année pleine pour 1 site dans le département du Puy-de-Dôme**

Clôture de l'appel à projets : le mardi 19 octobre 2021 à 12h

N.B. : Jusqu'à 12h en cas de dépôt sur place / En cas d'envoi postal : la date de réception fait foi et non le cachet de la poste.

1. Autorité compétente pour délivrer l'autorisation

Monsieur le Directeur Général
Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS)
CS 93383
69418 LYON Cedex 03

Conformément aux dispositions de l'article L313-3 b) du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

2. Service en charge du suivi de l'appel à projet

Direction de la Stratégie et des parcours et Direction de la Santé Publique (DSP).

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

3. Contenu du projet et objectif poursuivi

L'appel à projets vise à autoriser la création de 55 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), sur le site retenu avec une montée en charge sur 3 années successives.

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 a été pérennisée par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 ayant créé un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Le déploiement du dispositif est encadré par un cahier des charges national figurant **en annexe 1.**

Le Premier ministre a annoncé en juillet 2016 la pérennisation des quatre sites expérimentaux et le déploiement du dispositif sur 16 nouveaux sites à 100 places entre 2018 et 2022 au rythme de 4 sites chaque année.

Une seconde phase, dans laquelle s'inscrit le présent appel à projets, portant sur un modèle à 55 places a été validée par le comité de suivi national du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 7 février 2020.

Chaque site aura une montée en charge sur trois années consécutives.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, il est prévu pour 2021 une enveloppe dédiée à ce nouveau site « un chez-soi d'abord » de 96 250 €.

A noter que le dispositif « Un chez-soi d'abord » financé par l'ONDAM spécifique pour le volet accompagnement médico-social bénéficie d'un cofinancement par le programme 177 pour le volet logement.

4. Cadre juridique de l'appel à projets

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a rénové la procédure d'autorisation de création, d'extension et de transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en introduisant une procédure d'appels à projets.

Le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation modifié par le décret n°2016-801 du 15 juin 2016 ainsi que la circulaire N°DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014, précisent les dispositions réglementaires applicables à cette procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

Le décret n° 2016- 1940 du 28 décembre 2016 crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné qui entre dans la catégorie des services médicaux sociaux au sens du 9° de l'article L.312-12 du CASF.

L'appel à projet s'inscrit ainsi dans le cadre des articles L313-1 et suivants et R313-1 et suivants ainsi que l'article D313-2 du code de l'action sociale et des familles et s'adresse aux établissements et services relevant du 9° de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En conséquence, l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, compétente en vertu de l'article L313-3 b du CASF pour délivrer l'autorisation, ouvre un appel à projets pour la création de 55 places d'Appartements de coordination thérapeutique (ACT), pour le département du Puy-de-Dôme.

5. Les annexes

5-1 Cahier des charges (Annexe 1)

Le projet devra être conforme aux termes du cahier des charges national de l'appel à projet : annexe 1 du présent avis.

Le cahier des charges est publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région.
Il est également déposé et pourra être téléchargé sur le site Internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

5-2 Critères de sélection (Annexe 2)

5-3 Déclaration d'intention de dépôt d'un dossier dans le cadre de l'appel à projet (Annexe 3)

Pour toute question
Adresse courriel : ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr en indiquant en objet la mention « Un chez-soi d'abord ».

6. Modalités d'instruction des projets

6-1 Nomination des instructeurs

Des instructeurs seront désignés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, conformément à l'article R313-5 du code de l'action sociale et des familles.
Ils seront chargés selon l'article R313-5-1 du code de l'action sociale et des familles de :

. S'assurer de la régularité administrative des candidatures, le cas échéant en demandant aux candidats de compléter les informations fournies en application du 1° de l'article R313-4-3.
. Vérifier le caractère complet des projets et leur adéquation avec les critères décrits par le cahier des charges.
. D'établir un compte rendu d'instruction motivé sur chacun des projets et ils peuvent en proposer le classement selon les critères prévus par l'avis d'appel à projet.

6-2 Etude des dossiers

Dossiers faisant l'objet d'un refus préalable

En application de l'article R313-6 du code de l'action sociale et des familles, les candidats dont les projets feront l'objet d'une décision de refus préalable pour l'un des trois motifs réglementaires recevront un courrier de notification signé du président de la Commission de sélection d'appel à projets dans un délai de huit jours suivant la réunion de la Commission.

Les trois motifs réglementaires sont les suivants :

. Déposés au-delà du délai mentionné dans l'avis d'appel à projet ;
. Dont les conditions de régularité administrative mentionnées au 1° de l'article R313-4-3 ne sont pas satisfaites ;
. Manifestement étrangers à l'objet de l'appel à projet.

Dossiers incomplets

Les dossiers reçus incomplets sur le plan administratif feront l'objet d'une demande de mise en conformité sous un délai de quatre jours, pour répondre au rétro planning.

Dossiers complets

Les dossiers reçus complets à la date de clôture, et ceux qui auront été complétés après cette date dans les délais autorisés ci-dessus, seront examinés sur la base des critères prédéfinis (Annexe 2 du présent avis d'appel à projets) publiés en amont sur le site Internet de l'ARS.

6-3 Avis de la commission de sélection d'appel à projets

La commission de sélection, dont la composition est fixée par un arrêté du Directeur Général de l'ARS, se prononcera sur l'ensemble des dossiers qui auront été déclarés recevables.
Son avis sera rendu sous la forme d'un rapport de présentation du déroulement de la procédure ainsi que d'un éventuel classement qui sera publié selon les mêmes modalités que l'avis d'appel à projets.

6-4 Décision d'autorisation

Conformément à l'article R313-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes prendra la décision d'autorisation sur la base du choix établi par la commission de sélection dans un délai de six mois à compter de la date limite de dépôt des projets mentionnée dans l'avis d'appel à projet.

La décision d'autorisation revient au Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

La décision d'autorisation sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes et sera notifiée à l'ensemble des candidats.

Elle sera également déposée sur le site de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, avec le rapport de présentation du déroulement de la commission signé par son Président.

En application de l'article L313-1 du CASF, ces places d'ACT seront autorisées pour une durée de quinze ans. Le renouvellement de cette autorisation sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L312-8 du CASF dans les conditions prévues à l'article L313-5 du même code.

7. Date limite de dépôt des dossiers de candidature

Dès la publication du présent avis, les candidats sont tenus de faire part de leur intention de dépôt de candidature par messagerie à l'adresse suivante : ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr en précisant leurs coordonnées postales, téléphoniques et électroniques à l'aide du document ci-joint **(Annexe 3).** Cette procédure permettra à l'ARS de porter à la connaissance de l'ensemble des promoteurs toute précision à caractère général estimée importante.

Des précisions complémentaires pourront être sollicitées sur l'avis d'appel à projets ou sur le cahier des charges jusqu'au **vendredi 8 octobre 2021**, par messagerie à l'adresse suivante : ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr en mentionnant dans l'objet du courriel, la référence de l'appel à projets : APPEL A PROJETS n°2021-063 –ACT–"UN CHEZ-SOI D'ABORD"
Une réponse sera apportée dans un délai maximum de huit jours.

Les dossiers devront être reçus ou déposés à l'ARS au plus tard **le mardi 19 octobre 2021 à 12 heures** (la date de réception faisant foi et non le cachet de la poste).

8. Calendrier

. Date de publication : **lundi 26 juillet 2021**
. Date limite de réception des dossiers de candidature : **mardi 19 octobre 2021 à 12h**
. Date limite pour demande de compléments d'informations : **vendredi 8 octobre 2021**
. Date prévisionnelle de la réunion du comité de sélection : **mardi 9 novembre 2021**
. Date prévisionnelle de notification aux candidats non retenus : **Huit jours suivant la réunion de la Commission.**

9. Modalités d'envoi ou de dépôt et composition des dossiers

9-1 Conditions de remise à l'ARS des dossiers

Les dossiers devront être envoyés en une seule fois, en langue française.

Le dossier sera constitué de :
- trois exemplaires en version « papier » ;
- une version dématérialisée (dossier gravé sur un cédérom, clé USB ou tout autre support).

Les exemplaires papiers devront être déposés dans une **enveloppe cachetée**, portant la mention suivante :

« APPEL A PROJETS n°2021-063–ACT – Un chez-soi d'abord Documents confidentiels – Commission d'ouverture des plis ».

Ils devront contenir deux sous-enveloppes :

- L'une concernant la déclaration de candidature comportant les coordonnées du candidat et portant la mention :
  "APPEL A PROJETS n°2021-063- ACT–"Un chez-soi d'abord"- CANDIDATURE"

- L'autre concernant les éléments de réponse de l'appel à projets et portant la mention :
  "APPEL A PROJETS n°2021-639 - ACT "Un chez-soi d'abord" - PROJET"

Les dossiers devront être paginés et reliés.

Le dossier sera adressé par voie postale **par courrier recommandé avec demande d'avis de réception** à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur Général
Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
Direction de la stratégie et des parcours
CS 93383
69418 LYON Cedex 03

ou

pourra être déposé dans les mêmes délais et contre récépissé
du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 16 h
à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes – 241 rue Garibaldi – Lyon 3ème
L'entrée du bâtiment se situe au niveau du 54 rue du Pensionnat
3ème étage - Bureau n°340
Tél. : 04 72 34 41 96

9-2 Composition des dossiers

Le dossier de réponse devra comprendre les pièces suivantes, conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (Art. R313-4-3) :

1/ Concernant ***la candidature***

a) Les documents permettant d'identifier le candidat, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé.

b) Une déclaration sur l'honneur du candidat, certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du code de l'action sociale et des familles.

c) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L313-16, L331-5, L471-3, L472-10, L474-2 ou L474-5 du CASF.

d) Une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu réglementairement en vertu du code de commerce.

e) Les éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité.

2/ Concernant ***le projet***

a) Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges.

b) Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire :

- Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement comprenant :

  - Un avant-projet du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L311-8 du CASF.
  - L'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L311-3 à L311-8 ainsi que les solutions envisagées en application de l'article L311-9 pour garantir le droit à une vie familiale des personnes accueillies ou accompagnées. Le projet devra impérativement comprendre à ce titre en annexe les documents suivants : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement.
  - La méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation.
  - Les modalités de coopération envisagées en application de l'article L312-7 : le promoteur devra préciser les modalités d'articulation de son projet avec son environnement et les différents partenaires sur l'ensemble du département, permettant ainsi d'assurer la cohérence du parcours.

- Un dossier relatif aux personnels comprenant une répartition prévisionnelle des effectifs en ETP par type de qualification.

- Un dossier relatif aux conditions de logement ainsi qu'à l'implantation prévisionnelle et la nature des logements envisagés.

  En tant que de besoin, un dossier relatif aux exigences architecturales comportant :
  - une note sur le projet architectural décrivant avec précision l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accueilli ou accompagné ;
  - en cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet obligatoirement réalisés par un architecte.

- Un dossier financier (conforme au cadre réglementaire)

  - Le plan de financement de l'opération pour laquelle l'autorisation est sollicitée.
  - Le budget prévisionnel en année pleine de la structure ACT ainsi qu'un budget prévisionnel pour la 1ère année de fonctionnement, conformément au cadre réglementaire.
  - Les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire (bilan, compte de résultat et annexe).
  - Les investissements envisagés, le programme d'investissement prévisionnel correspondant précisant la nature des opérations, leurs coûts, leur mode de financement et leur planning de réalisation, le cas échéant.
  - Le projet devant être adossé à un établissement existant, le bilan comptable de cet établissement.
  - Le bilan financier de l'établissement ou du service.
  - Les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement du plan de financement (tableau des surcoûts).

  Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et aux incidences du plan de financement sur le budget d'exploitation sont fixés par arrêté du ministre des solidarités et de la santé.

c) Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées et le descriptif du montage juridique prévu.

10. Publication et modalités de consultation du présent avis

Le présent avis d'appel à projets et ses annexes seront publiés au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Il sera déposé sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes le jour de sa publication.

Cette date de publication vaudra ouverture de l'appel à projets.

Fait à Lyon, le 23 juillet 2021

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

Annexe 1

Dispositif ACT
« Un Chez-soi d'abord »

Cahier des charges national

Juillet 2019

Table des matières

1. Préambule 4
2. Objectif du cahier des charges 5
3. Définition 6
4. Objectifs 6
5. Vocabulaire et approches 7
6. Principes d'action 8
7. Personnes accueillies 9
8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif 10
   8.1. Territoire d'intervention retenu 10
   8.2. Pilotage et gestion 11
      8.2.1. Accompagnement national et territorial 11
      8.2.2. Gestion du dispositif 12
      8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire 13
   8.3. Modalités d'orientation des publics 14
      8.3.1. Structures 14
      8.3.2. Circuit d'orientation 14
   8.4. Admission dans le dispositif 15
   8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif 15
      8.5.1. Volet logement 15
      8.5.2. Volet accompagnement 16
   8.6. Projet d'établissement 16
   8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies 17
   8.8. Partenariats 17
   8.9. Ressources humaines 18
      8.9.1. Montée en charge du dispositif 19
      8.9.2. Volet administration 19
   8.10. Formation 20
   8.11. Budget 20
   8.12. Suivi et évaluation 21
   8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018 22
   8.14. Situation particulière de la Corse 23
9. Missions et activités du dispositif 23
   9.1. Organisation 23
   9.2. Modalités générales d'accompagnement 23

9.3. Accueil individualisé 24
9.4. Pôle d'activité logement 25
9.5. Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social 26
9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne 26
9.5.2. Accompagnement à la santé 26
9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle 27
9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation, ... 28
9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir 28
9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif 28

Ce cahier des charges a été réalisé en deux temps

- Une première phase validée par le comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 20 juin 2017 qui porte sur un modèle à 100 places.

- Une seconde phase validée par le comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 7/02/2020 qui porte sur un modèle à 55 places. Les modifications apportées sont soulignées pour simplifier la lecture.

Il a été réalisé par la DIHAL en collaboration avec les administrations centrales concernées, DGCS, DGS, DGOS, DHUP, DSS, la CNAMTS, l'Anesm et l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité de pilotage engagés dans la phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 et les membres du comité de pilotage sur l'essaimage en grande ville, ville moyenne et territoires ruraux en 2019. Il s'appuie sur les résultats de la recherche conduite par le Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279.

1. Préambule

Le rapport de 2009 « *La santé des personnes sans chez-soi* » établit un état des lieux des principaux problèmes sanitaires rencontrés par les personnes durablement sans-abri et met en avant que le fait d'être « sans chez-soi » constitue un facteur de mortalité et de morbidité accru dans le champ des pathologies mentales et somatiques.

Les réponses mises en œuvre jusque-là dans le cadre des politiques publiques d'assistance et d'inclusion sociale ne permettent pas de répondre totalement à ce défi. D'une part, les dispositifs médico-sociaux (destinés aux personnes en situation d'exclusion et présentant un trouble psychique) définis dans le cadre de la *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, nécessitent au préalable une orientation par la *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH) et un engagement dans une démarche de soins ; les publics durablement à la rue en sont le plus souvent exclus. D'autre part, les prises en charge classiquement proposées dans le cadre de l'urgence sociale (prises en charge dites « en escalier ») demandent comme préalable à tout accès au logement autonome que les personnes puissent faire la preuve qu'elles sont en "capacité d'être logées", le logement autonome étant le plus souvent conditionné au fait d'accepter un traitement médical et d'être abstinent aux substances psychoactives. Comme le constatait la Cour des comptes en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri, ce sont « *les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (*qui*) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive* »[1]. Il y a donc une conjonction de deux effets négatifs : un faible rétablissement des personnes et une forte consommation de services peu efficace compte tenu notamment de leur discontinuité.

Face à ce constat, l'Etat a engagé une expérimentation intitulée « Un Chez-soi d'abord » d'avril 2011 à décembre 2016 qui vise à changer radicalement la modalité d'accompagnement. En effet, il propose un accès direct dans un logement ordinaire depuis la rue moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile, pour des personnes souffrant de pathologies mentales sévères et échappant aux dispositifs classiques. Une recherche évaluative randomisée indépendante a été menée. Elle a montré que le programme « Un Chez-soi d'abord » a une réelle efficacité à un moindre coût sur un suivi à deux ans se traduisant par un accès rapide et un maintien dans le logement pour 85% des personnes suivies, une amélioration globale de la qualité de vie (plus marquée pour les personnes souffrant de schizophrénie), une réduction significative des recours au système de soins (diminution de 50% des durées d'hospitalisation pour les personnes suivies en comparaison avec le groupe dit « témoin ») et aux structures dédiées aux personnes sans-abri (structures de l'urgence sociale). La totalité du coût du programme « Un Chez-soi d'abord » est compensée par les économies potentiellement réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social. Cette intervention présente donc un retour sur investissement maitrisé.

[1]http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf

Un comité d'évaluation réuni le mardi 5 juillet 2016 a considéré que le programme « Un Chez-soi d'abord » répond à un besoin réel conforme aux orientations générales des politiques publiques en faveur des publics ciblés et, qu'au vu des résultats de la recherche évaluative, il apporte une plus-value en comparaison avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. Il a donc préconisé « *la pérennisation des sites expérimentaux et le déploiement maîtrisé du programme sur le territoire, en s'appuyant sur une évaluation pertinente des besoins sur les sites ciblés tout en maintenant lors du déploiement un accompagnement évaluatif rigoureux* ». Les délibérations et préconisations ci-dessus ont recueilli l'approbation unanime de tous les membres du comité.

Le programme « Un Chez-soi d'abord » a par ailleurs été inscrit dans la "Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abris ou mal logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion. C'est un axe du « Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 ».

Le programme « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit :

- dans le projet territorial de santé mentale tel que mentionné à *l'Art. L. 3221-2.* – I de la Loi de modernisation du système de santé. Celui-ci visant notamment, comme prévu à l'alinéa 14 de *l'article. L. 3221-2.* du code de santé publique, à la mise en place d'« *un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (…) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* »,
- dans les programmes régionaux de santé (PRS),
- dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). Cette instance qui a un copilotage Etat / Conseil départemental sera particulièrement mobilisée lors du déploiement du dispositif sur les territoires semi-ruraux.
- dans un contexte budgétaire qui tend à la meilleure performance de la dépense publique.

2. Objectif du cahier des charges

Le présent cahier des charges national définit les conditions d'organisation et de fonctionnement applicables aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ; ceux-ci sont en outre soumis à l'ensemble des dispositions générales du CASF relatives aux services sociaux et médico-sociaux dont celles relatives aux obligations d'évaluation définies à l'article L. 312-8 : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées (…) par l'Anesm. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. »

Un guide[2] d'implantation et de mise en œuvre s'appuyant sur les enseignements de la phase expérimentale accompagne le présent cahier des charges.

3. Définition

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné - qui entre dans la catégorie des services médico-sociaux au sens du 9° de l'article L. 312-1 du CASF - qui « assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ».

Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir,
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficients, leur autonomie et leur intégration sociale[3]. »

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu dans la cité, qui est réévalué au moins une fois par an.

4. Objectifs

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » vise au rétablissement des personnes accueillies.

Son objectif est double, d'une part le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. D'autre part, la promotion de la santé mentale positive s'appuyant sur le renforcement des compétences personnelles, l'estime de soi, le développement de rôles et d'activités enrichissantes favorisant son inclusion sociale. Le soutien visera à la fois la personne elle-même et la mise en place de conditions favorables à son rétablissement dans son environnement de vie.

Le dispositif s'articule notamment avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif.

---

[2] Le guide compète le cahier des charges en proposant des illustrations détaillées des modalités d'organisation et des pratiques professionnelles issues de l'expérience des quatre sites expérimentaux.

[3] Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un dispositif « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné

5. Vocabulaire et approches

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'appuie sur les approches suivantes :

- Le « *Housing First »*[4] qui défend l'efficacité de l'accès à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles et intensifs, s'appuyant sur le respect du choix de la personne[5] et postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue du modèle dit « *modèle en escalier* » qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Ce modèle s'adresse à des personnes vivant avec une ou des pathologies mentales sévères. Il se distingue par un second postulat qui spécifie que les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être abstinentes ou sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi.

- Le « *rétablissement »*[6] est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc… et [qui] remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une maladie chronique voir incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes »*[7]. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « *survivants de la psychiatrie* ». Les revendications portaient déjà bien plus sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement que biologique. Au même moment, une étude clinique longitudinale internationale menée par l'OMS sur la schizophrénie met en évidence qu'environ 30% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie se rétablissent complètement, et 30% se rétablissent en partie[8]. Elle a amené, dans certains pays, à une véritable transformation de l'offre de soins, avec un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale centrées de manière explicite sur le « rétablissement » (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle- Zélande).

  Offrir des « *soins orientés rétablissement* » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir parmi la gamme de services offerts ceux qui sont le plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes, d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Les « *soins*

[4]Inventé par Sam Tsemberis aux Etats-Unis dans les années 1990 et modélisé sous le nom de « pathways to housing first »
[5]In TSEMBERIS, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.
[6]Pour plus d'information se référer à : Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 359-64.
[7]William Anthony (1993) psycom "santé mentale de A à Z"
[8]Davidson L, Rakfedt J, Strauss J. The roots of the recovery movment in psychiatry. Wiley-Blackwell, editor; 2010.

orientés rétablissement » s'appuient enfin sur une pluralité d'outil d'accompagnement (WRAP[9], remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, …).

- La « *réduction des risques* et des dommages»[10] (RDR) s'adresse avant tout aux consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. Elle vise à encourager l'usager à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

6. Principes d'action

Huit principes clés structurent le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Ils sont issus du modèle anglo-saxon et ont fait l'objet d'une validation lors de l'expérimentation française conduite de 2011 à 2016 ainsi que d'un consensus européen[11] [12] :

- (1) Le **logement est un droit fondamental**[13],
- (2) Le dispositif propose à la personne un **accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité** - **sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives**,
- (3) La personne a le **choix de l'agenda et de la temporalité des services** d'accompagnement (notion d'*autodétermination*), dans la limite du respect de l'engagement minimum d'une visite hebdomadaire par l'équipe d'accompagnement,
- (4) Le programme s'engage vis-à-vis de la personne à **l'accompagner autant que de besoin** dans le cadre d'un accès aux droits et à des soins efficients et à la citoyenneté via une **insertion dans le milieu ordinaire,**

[9] Wellness *Recovery* Action Plan – Ellen Copeland
[10] Mildecca http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques
[11] Housing first guide Europe. Voir : https://housingfirstguide.eu/
[12] Peer-review les 16 et 17 mars 2016. Voir http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2338&furtherNews=yes
[13] Consacré en France par l'existence d'un droit au logement opposable (Loi DALO)

- (5) **La séparation des services de logement et de traitement**[14] ; l'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel de la personne ET le logement n'est pas conditionné à l'observance d'un suivi thérapeutique,
- (6) Les services de soutien individualisé sont **« *orientés rétablissement* »**,
- (7) Le dispositif développe une **approche de réduction des risques et des dommages**,
- (8) L'accompagnement s'effectue dans le cadre d'un **engagement intensif** et d'une inconditionnalité de l'accompagnement.

7. Personnes accueillies

Le dispositif s'adresse exclusivement aux personnes sans-abri, majeures sans limite d'âge, susceptibles de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en vertu de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour accéder à un logement locatif social, elles doivent satisfaire aux conditions prévues au 1° de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

Elles doivent être en situation régulière sur le territoire au moment de leur intégration dans le dispositif.

Les personnes devront impérativement répondre aux critères cumulatifs suivant :

- (1) Etre sans-abri ou sans-logement[15] au moment de l'intégration dans le dispositif,
- (2) Présenter une pathologie mentale sévère[16],
- (3) Présenter des besoins élevés[17],
- (4) Etre en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées.

Focus sur le critère (1) dans le cas du modèle à 55 places :

Le dispositif vise avant tout des personnes échappant à l'offre habituelle et tout devra être mis en œuvre pour « capter » ce public particulièrement vulnérable sans-abri ou sans-logement. C'est pour cela que le recrutement par des équipes allant vers les publics à la rue (maraude, accueil de jour, etc…) est privilégié. Toutefois, hors des grandes agglomérations, deux situations peuvent être envisagées plus fréquemment :

- Une orientation depuis un CHRS ou un logement accompagné lorsque cette solution a été proposée « faute de mieux » sur un territoire où la diversité de l'offre sociale et médico-sociale est réduite.

[14] Le traitement est compris comme l'observance d'un suivi thérapeutique en lien avec la pathologie
[15] Il est fait référence à la grille ETHOS 1 – 2 – 3 – 4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire seront examinées au cas par cas par la commission d'admission cité au chapitre 9-e
[16] Pathologie relevant du groupe diagnostic **« troubles psychotiques »**
[17] Référence grille MCAS : Multnomah Community Ability Scale

- Une orientation en sortie d'hospitalisation psychiatrique pour des personnes faisant des séjours itératifs en institution hospitalière.

Quelques précautions sur ce dernier point. L'orientation par l'hôpital vers le dispositif est possible si (1) la proposition d'accompagnement en ambulatoire est adaptée, (2) la personne répond aux critères de diagnostic et (3) a une « absence de solution personnelle de logement » pouvant ainsi relever des dispositifs financés par l'Etat dans le cadre du Programme 177. Le dispositif ne peut répondre pour les personnes pour qui le problème de sortie de l'institution n'est pas lié à une « absence de solution personnelle de logement » mais lié à une « absence de solution résidentielle adaptée » (FAM, MAS ou autre dispositif relevant de la prise en charge ambulatoire du handicap psychique). Il s'agit de cibler les personnes relevant des financements de l'Etat dans le cadre de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI).

8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

8.1. Territoire d'intervention retenu

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2.- I de la loi de modernisation du système de santé. Ce projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale[18]. De plus il s'inscrit dans les PRS dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). En amont du lancement de la procédure les services de l'ARS et de l'Etat devront conjointement faciliter localement la concertation large des acteurs afin de déterminer les besoins et cibler le territoire d'intervention.

Celui-ci fera l'objet d'un zonage précis, notamment pour les dispositifs hors grandes métropoles, qui sera notifié dans l'appel à projet. Il découle comme d'une concertation large des acteurs et repose sur l'évaluation des besoins de prise en charge de la population cible, de l'offre sur les volets santé (dont santé mentale) médico-social, social et logement et devra tenir compte des obligations du modèle quant à l'intensivité du suivi.

La dimension « évaluation de l'offre » est particulièrement importante sur les villes moyennes ou zones semi-rurales en raison des difficultés d'accès à certains services (désertification médicale, inégalité territoriale d'implantation de services d'alternatives à l'hospitalisation, etc…) ou d'absence de tension sur l'accès au parc de logement public.

L'organisme gestionnaire veillera quant à lui à ce que les appartements soient situés dans les lieux qui permettent la mise en œuvre d'un suivi intensif pour l'ensemble des personnes accueillies tout en garantissant un choix de logement suffisant pour chacune d'entre elles.

[18] Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (Art. R. 3224-3) indique que le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des QPV. En outre, l'instruction DGOS-DGCS-DGS du 5 juin 2018 relative aux PTSM précise que le projet territorial se décline autant que de besoin au sein des contrats de ville.

Dans les territoires concernés, le dispositif « Un chez soi d'abord » porte une attention particulière aux enjeux territoriaux de mixité sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)[19]. Ainsi, hors choix explicite de la personne de résider dans un territoire QPV ou présence avérée dans ce dernier de ressources indispensables à l'accompagnent de la personne, les équipes du Pôle d'activité logement veilleront à prioriser un ciblage territorial des logements hors QPV[20].

La capacité d'accompagnement du dispositif est d'au moins 55 personnes - et non sécable en sous-unités exception faite pour la Corse - sur la zone d'intervention retenue. Des extensions en zone enclavée pourront être envisagées tout en maintenant l'unité de fonctionnement.

8.2. Pilotage et gestion

L'expérimentation a permis de retenir les points suivants comme essentiels au maintien de l'efficacité du dispositif :

- (1) La pluridisciplinarité (sanitaire, social, médico-social et logement) à tous les niveaux de gouvernance : national, territorial, organisme gestionnaire et professionnels du dispositif,
- (2) Une inscription dans une dynamique partenariale à l'échelle du territoire concerné,
- (3) La participation des personnes accueillies selon des modalités définies par la Loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale **et l'**article L. 115-2-1 du CASF.

8.2.1. Accompagnement national et territorial

Un conseiller technique national sera chargé :

- D'assurer la diffusion des enseignements de l'expérimentation sur les nouveaux sites,
- D'accompagner l'ensemble des organismes gestionnaires en particulier sur les questions de l'évaluation interne et des pratiques professionnelles,
- De rendre compte du bilan de l'ensemble des dispositifs (issu des données anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, adressées annuellement par les organismes gestionnaires), dans le cadre d'un comité de suivi national annuel rassemblant l'ensemble des acteurs concernés[21].

[19] Dans les QPV, la part des personnes sous le seuil de pauvreté s'élève à 44,0 %, soit un taux trois fois plus élevé qu'en France métropolitaine (14,9 %) (Rapport ONPV 2018 – seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 015 € mensuels en 2015). La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 ainsi que la feuille de route politique de la ville 2018-2022 visent un renforcement de la mixité sociale dans les 1 514 QPV, et avec déploiement d'une politique de renouvellement urbain dans 480 « quartiers d'intérêt national ou régional du NPNRU »

[20] Elles pourront utilement s'appuyer sur le logiciel SIG Ville qui détermine le périmètre des QPV et des « QPV d'intérêt national ou régional du NPNRU » https://sig.ville.gouv.fr/

[21] Le comité sera composé de représentants des structures suivantes œuvrant dans le champ concerné : Administrations centrales, CNAMTS, gestionnaire du dispositif des différents sites, fédérations nationales, personnes qualifiées, IRESP et équipes de recherche, Anesm, CNSA, (liste non exhaustive)

Sur le plan local et sur la même durée que l'accompagnement national, un comité de suivi local animé par l'ARS, en lien avec le conseiller technique national, sera chargé de diffuser les résultats des évaluations annuelles et les pratiques pertinentes et de faciliter les collaborations sur le territoire. Les représentants de l'Etat et notamment les DDCS(PP) les D(R)DJSCS et la DRIHL, les collectivités locales, les représentants des personnes accueillies dans le dispositif, des bailleurs sociaux et représentants de bailleurs privés, le CRPA, des représentants des usagers en santé mentale, des associations du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) dont le SIAO, des représentants de têtes de réseau associatives du champ concerné, des acteurs sanitaires et médico-sociaux, et différents partenaires du territoire (liste non exhaustive) en particulier les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou les coordinations d'acteurs œuvrant dans ce champ partout où elles existent, seront membres de cette instance. Les organismes d'assurance maladie seront tenus informés des travaux du comité de suivi local. Pour les territoires concernés, les agents dédiés à la politique de la ville en DDCS-PP et en Préfecture seront associés aux concertations territoriales dans la phase de lancement du dispositif ainsi qu'aux comités de suivi locaux. Les chargés de projet Politique de la ville des collectivités ainsi que les coordinations « Atelier santé ville » pourront également être associés.

Le bilan annuel visera sur chacun des territoires et au niveau national à alimenter les diagnostics partagés dans le champ de la santé mentale, de l'addictologie, de l'hébergement et du logement. Il contribuera à enrichir les réflexions menées par les pouvoirs publics et les acteurs des champs concernés sur leurs pratiques respectives.

8.2.2. Gestion du dispositif

L'organisme gestionnaire d'un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord », régi par l'article D. 312-154-2, est un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Il ne peut avoir d'autre objet pendant les trois années suivant sa création, et doit comporter au moins un organisme relevant de chacune des catégories mentionnées aux a) à c) ci-après :

« a) un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité,

« b) une personne morale agréée, d'une part, au titre des activités d'ingénierie sociale, financière et technique mentionnées au b) et au d) du 2° de l'article R. 365-1 du code de la construction et de l'habitat et, d'autre part, au titre des activités de location en vue de la sous-location prévues au a) du 3° du même article, ou une personne morale dispensée de ces agréments,

« c) un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.

L'organisme gestionnaire conclut, à moins qu'ils ne figurent parmi ses membres, une convention de coopération avec :

« d) un établissement de santé assurant des soins somatiques et disposant d'une permanence d'accès aux soins de santé,

« e) un organisme dont l'un des objets est la lutte contre les exclusions, l'insertion ou le logement des personnes défavorisées,

« f) un organisme représentant des usagers en santé mentale,

« g) un organisme représentant des personnes dépourvues de logement.

L'organisme gestionnaire sera autorisé pour une capacité d'au moins 55 places qui ne sont pas sécables sur le territoire exception faite de la Corse. Deux modèles sont proposés

- Les grandes métropoles pourront déployer un modèle à 100 places
- Les autres territoires pourront déployer un modèle à 55 places avec si nécessaire, des extensions par rapport au territoire d'intervention permettant de couvrir des zones isolées ou enclavées (zone rurale, côtière ou de montagne etc…).

Il est recommandé de privilégier dans la constitution du groupement trois organismes différents même si un des organismes gère déjà en son sein plusieurs des compétences mentionnées aux points a) b) et c).

8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire

Afin de viser au décloisonnement sur le territoire des différents secteurs de la santé, de l'addictologie, du logement et de l'action sociale, la convention constitutive du GCSMS devra proposer une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres.

La gouvernance visera :

- La fluidité dans les circuits de décision afin de permettre une réactivité dans la gestion du service,
- L'horizontalité dans les processus de décision valorisant les démarches collaboratives avec l'ensemble des parties prenantes dont les membres des équipes et les personnes accueillies.

Une mutualisation des compétences et des moyens sera recherchée, afin de favoriser la transmission des pratiques innovantes mises en œuvre au sein du dispositif « Un Chez-soi d'abord » vers les autres services des structures membres du GCSMS.

Le gestionnaire du dispositif devra :

- Proposer un organigramme clair, facilitant pour les personnes accueillies, leur utilisation des services d'accompagnement et si elles le souhaitent, leur investissement dans les instances décisionnelles du groupement,
- Participer sur le territoire à la diffusion des pratiques innovantes en lien avec les personnes accueillies. Il veillera à faire appliquer les textes de référence en matière de rétribution des personnes lorsqu'elles interviendront (formation, colloque, hors de la fonction de représentation, …).

8.3. Modalités d'orientation des publics

Une information sur les modalités d'orientation vers le dispositif (circuit, critères, public) sera apportée par le gestionnaire, aux structures pouvant rencontrer le public concerné.

8.3.1. Structures

Les personnes pourront être orientées par des structures déterminées *à priori* et dites « équipes d'orientation ».

Ces structures sont, comme notifié au l'article D. 312-154-1. du CASF :

- Soit une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou une permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisée en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique,

- Soit un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique,

- Soit un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue ou une structure participant au dispositif de veille sociale[22] prévu à l'article L. 345-2 du CASF, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.

8.3.2. Circuit d'orientation

Sur le territoire, les équipes qui répondent aux critères ci-dessus et qui sont volontaires seront désignées comme « équipes d'orientation » par le gestionnaire après information à l'ARS et à la DDCS(PP), D(R)DJSCS ou DRIHL.

Le gestionnaire sera en charge de former au moins un référent[23] au sein de chaque équipe d'orientation pour assurer l'orientation vers le dispositif « Un Chez-soi d'abord » des personnes qui répondent aux critères notifiés à D. 312-154-1. du CASF.

Le dossier de demande d'intégration dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » sera envoyé à la structure gestionnaire. Un certificat médical attestant le diagnostic psychiatrique sera adressé à un médecin désigné par la structure gestionnaire[24].

Une commission d'orientation sera constituée. Elle sera composée[25] d'un représentant de chacune des structures adhérentes et conventionnées avec le GCSMS, un représentant de chaque équipe d'orientation et un représentant

[22] Dont les structures d'accueil de jour

[23] Des questionnaires permettant de déterminer l'éligibilité pour intégrer le dispositif seront adressés aux équipes d'orientation, ainsi que l'ensemble des documents à remettre aux personnes pour les informer de l'objectif du dispositif et ses modalités d'accueil, d'accompagnement et d'accès au logement.

[24] Ce médecin ne devra pas exercer pas au sein du dispositif pour éviter les effets de sélection à priori

[25] L'équipe pluridisciplinaire ne sera en aucun cas membre de la commission d'orientation

du SIAO. Elle examinera mensuellement lors de la période de montée en charge puis trimestriellement une fois cette période passée, la validité des dossiers de demande d'intégration.

Le gestionnaire informera la commission du nombre de places disponibles. Pour cela, il s'appuiera sur deux éléments :

- Le nombre de places d'accompagnement effectivement disponibles, pour une capacité allant de 90 à 105 places
- La capacité de captation de logement sur le territoire lui permettant de proposer aux futurs entrants, un logement au plus tard dans les 8 semaines suivant leur intégration dans le dispositif.

L'orientation se fera selon l'ordre chronologique de réception de la demande et en fonction du nombre de places disponibles. Le refus d'une demande sera motivé par la commission à la personne et à l'équipe d'orientation. Si la situation de la personne le justifie, sa demande sera présentée lors de la commission suivante.

8.4. Admission dans le dispositif

La décision d'accueillir la personne déclarée admissible par la commission est confirmée par le directeur de l'organisme gestionnaire. La personne accueillie et son représentant légal, si celle-ci bénéficie d'une mesure de protection juridique, conclut alors :

- Un contrat de prise en charge comportant les mentions prévues au VI de l'article D. 311 du CASF avec l'organisme gestionnaire. Ce contrat est conclu et prend effet, par dérogation au III du même article, au plus tard à la date d'effet du contrat de location ou de sous-location du logement.
- Un contrat de location ou de sous location de son logement avec l'organisme agréé au titre des activités de location, sous-location et membre du GCSMS, ou directement le cas échéant avec le bailleur.

8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif

8.5.1. Volet logement

Un contrat de location ou sous location est signé. Sa durée dépendra de la nature du bailleur (parc public ou privé). En cas de contrat de sous-location, le gestionnaire locatif visera à proposer un glissement du bail ou un logement en bail direct.

Les situations pouvant amener à la rupture du bail (par exemple le non-paiement réitéré de loyer, la dégradation des logements ou les troubles du voisinage, …) feront l'objet d'une attention particulière par le gestionnaire du dispositif qui devra décrire les solutions adaptées prévues pour chaque situation, en particulier les mesures de prévention des expulsions ou de relogement. Le service de gestion locative sera en charge d'informer le locataire des procédures réglementaires concernant les situations décrites ci-dessus

En cas de nécessité de relogement des personnes accueillies, le gestionnaire locatif se rapprochera du Préfet afin que ces personnes puissent être reconnues comme prioritaires[26] au titre du PDALHPD, et prises en charge, le cas échéant, dans le cadre de la convention intercommunale d'attribution, qui définit pour chaque bailleur social un engagement annuel quantifié d'attribution de logements aux personnes connaissant des difficultés économiques et sociales.

8.5.2. Volet accompagnement

Celui-ci repose sur le contrat de prise en charge qui sera réévalué au moins une fois par an.

La sortie de l'accompagnement est un processus qui se fera en concertation étroite entre la personne accueillie et le gestionnaire. Les critères suivants devront être examinés :

- Le reste à vivre (ratio loyer + charges/ressources) suffisant,
- Les possibilités de glissement du bail de sous-location ou l'accès à un logement en bail direct,
- L'effectivité d'un réseau d'accompagnement dans le droit commun pour répondre aux besoins d'accompagnement sanitaire, sociaux, culturels et à la citoyenneté (dont l'insertion professionnelle),
- L'effectivité d'un réseau d'entraide formel ou informel - hors du réseau des professionnels médico-sociaux- (Groupe d'entraide mutuel (GEM), groupe d'auto-support, réseau familial ou amical, …),
- Le souhait pour la personne de sortir du dispositif et/ou l'intégration dans son récit de cette possibilité,
- Une orientation adaptée choisie par/avec la personne si le logement proposé ne lui convient pas ou plus (maison relais, EHPAD, foyer logement…),
- L'absence de tout contact avec le gestionnaire, supérieure à six mois.

En cas de rupture volontaire de l'accompagnement par la personne (de manière explicite ou par la cessation de tout contact) ou de sa prise en charge par un autre établissement ou service sanitaire ou médico-social, elle conserve pendant six mois le droit d'être réintégrée à sa demande, sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge.

Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10% de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur général de l'Agence régionale de santé.

8.6. Projet d'établissement

Le gestionnaire du dispositif établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens mis en œuvre à l'exercice de ses missions. Il prévoit également les

[26] Au titre de l'Art L 441-1 de la Loi du 27 Janvier 2017

modalités d'établissement d'un programme annuel[27] de formation mis en œuvre à la création du dispositif ainsi que d'un plan de suivi et d'évaluation annuel.

Le gestionnaire du dispositif proposera un système d'information permettant aux équipes de mettre en place les modalités de fonctionnement décrites dans le chapitre 9 du présent cahier des charges (aller vers, travail en binôme, multi-référencement, etc…) et garantissant aux personnes accompagnées le respect du secret des informations les concernant. Tous ces éléments devront être en adéquation avec le modèle qui a fait l'objet de l'expérimentation, tout en y intégrant les spécificités liées aux partenariats et au territoire.

L'expérimentation ayant montré que certaines situations qualifiées de « complexes » peuvent amener à des ruptures d'accompagnement venant soit de l'équipe pluridisciplinaire soit de la personne elle-même (situation de violence par exemple), le projet d'établissement devra proposer des modalités de fonctionnement permettant de les recenser et d'apporter des solutions pour leur prévention et/ou leur résolution, voir acter de ruptures définitives d'accompagnement si la situation l'exige.

8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux que doivent garantir les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires, entre autre :

- Le livret d'accueil (article L. 311 4 du CASF) auquel sont annexés : la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF),
- Le document individuel de prise en charge ou de contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF),
- Les modalités de participation des personnes accueillies (article L. 311-6 du CASF).

La personne pourra par ailleurs, à tout moment, saisir la personne qualifiée, instituée par l'article L. 311-5 du CASF.

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 seront à préciser par la structure gestionnaire en tenant compte des spécificités du dispositif, tel que le contrat individuel de prise en charge[28] en lieu et place du contrat de séjour.

8.8. Partenariats

Les appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionnent en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale et de logement ainsi que les GEM, les collectifs d'usagers et les conseils locaux de santé mentale existant sur le territoire. Le développement du partenariat doit être proactif et le projet d'établissement doit prévoir les modalités d'organisation du partenariat. La liste des partenaires sera mise en annexe de ce projet et pourra être modifiée dans la durée.

[27] Complémentaire au plan annuel de formation qui relève des obligations légales de l'employeur

[28] Il ne sera pas signé de contrat de séjour car les personnes ne sont pas sur une modalité de « séjour » mais elles sont à leur domicile ; le document individuel de prise en charge sera signé par les deux parties et sera donc dénommé « contrat »

Le gestionnaire développera notamment des liens avec :

- Les acteurs de la veille sociale et du secteur AHI (SIAO, structures de l'hébergement, équipes mobiles, etc…),
- Les structures de prise en charge de droit commun (structures de soins somatiques, psychiatrique dont structures de réadaptation psychosociale, en addictologie, services pénitencier d'insertion et de probation (SPIP) et service médical pénitencier régional (SMPR), services de suite et réadaptation (SSR) les services sociaux municipaux et départementaux et les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services liés à l'emploi et la formation…),
- Les structures de logement (logement accompagné, bailleurs sociaux, …),
- Les collectifs d'usagers de la santé mentale ou de personnes accompagnées (GEM, groupes d'auto-support, comité régional des personnes accueillis (CRPA), …),
- Les conseils locaux de santé mentale,
- Les services de protection pour majeurs,
- Les organismes de l'accès aux droits et aux prestations (CPAM, CAF, …),
- Tout autre partenaire institutionnel, ou associatif opportun pour l'accompagnement de la personne.

8.9. Ressources humaines

Les missions des appartements mentionnés à l'article D. 312-154-3 du CASF sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comportant, outre son directeur, au moins :

« - un cadre coordinateur d'équipe disposant des qualifications prévues à l'article D.312-176-7 du CASF ou à l'article D. 312-176-8 du CASF,

« - un infirmier,

« - un intervenant compétent en addictologie,

« - un médecin généraliste, qui, sauf si la personne accompagnée en dispose autrement, est réputé désigné par elle comme son médecin traitant pour l'application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale,

« - un médecin psychiatre qui a pour responsabilité la coordination médicale,

« - un médiateur de santé-pair dont l'expérience de recours aux soins en santé mentale en tant qu'utilisateur est complétée soit par une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation, soit par une validation des acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du même code en vue de l'accès à une telle certification, sous réserve d'un engagement à obtenir celle-ci dans un délai de cinq ans à compter du recrutement, soit, sous réserve de l'avis favorable du médecin psychiatre de l'équipe, par toute autre formation en santé mentale,

« - une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative rémunérée par l'organisme mentionné au b) du I de l'article D. 312-154-2 du CASF,

« - un travailleur social,

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'organisme gestionnaire, d'un de ses membres, ou d'un des organismes avec lesquels il a conclu une convention de coopération, ou encore exercer à titre libéral dans le cadre d'une convention conclue avec lui.

Il est possible d'intégrer dans l'équipe d'autres professions issues du secteur social ou médico-social, notamment des psychologues ou des conseiller (ère) s d'insertion professionnelle.

8.9.1. Montée en charge du dispositif

Elle se fera sur trois ans, avec en année N la réponse à l'AAP et le début de l'activité, puis en année N+1 50% des personnes accueillies et 100% en année N+2

L'année N+1, le gestionnaire devra proposer pour le modèle à 100 places un effectif d'au moins 7 équivalents temps plein (ETP) et pour le modèle à 55 places un effectif d'au moins 5 ETP permettant d'assurer l'ensemble des missions tout en respectant la pluridisciplinarité et la couverture h24 et 7 jours sur 7, notamment par une astreinte ou une permanence téléphonique.

Sur le volet logement, le gestionnaire devra proposer sur les deux premières années une organisation permettant la captation rapide sur le territoire des logements, dont la moitié sur la première année avec au moins un ETP sur la gestion locative adaptée, ainsi qu'une organisation permettant une réactivité dans la maintenance des logements.

L'année N+2, l'effectif complet sera atteint et la structure gestionnaire devra :

- Respecter le modèle de suivi intensif qui prévoit au moins 11 ETP sur le modèle à 100 places et au moins 6 ETP sur le modèle à 55 places pour le suivi en lien direct avec les personnes accueillies, hors poste de coordination,
- Mettre en place une organisation permettant la captation, le suivi des impayés, de la vacance et des réparations,
- Proposer un organigramme et une répartition des personnels par type et catégorie professionnelle. Concernant les travailleurs sociaux et infirmiers, il sera privilégié des postes à temps plein. Concernant les médiateurs de santé pair ils seront au moins deux au sein de l'équipe.

8.9.2. Volet administration

Le volet administration aura en charge :

- La gestion des ressources humaines,
- Le secrétariat,
- La gestion de la comptabilité et du budget,
- La direction du dispositif.

Les postes administratifs seront répartis de façon paritaire sur les deux dotations budgétaires. Cela représente entre 1,5 et 2 ETP, qui pourront être utilisés à l'embauche directe, ou au paiement d'une mise à disposition ou d'un service externalisé.

8.10. Formation

Le gestionnaire devra proposer un programme de formation annualisé comportant les éléments suivants :

- Une formation initiale, sous la coordination de la DIHAL, de l'ensemble des membres des équipes et des directions de l'ensemble des membres du groupement aux principes du dispositif décrit au § 5 du présent document et aux problématiques spécifiques du public accueilli et à l'évaluation,
- Un programme de formation continue établi à partir des évaluations régulières des besoins en formation, permettant aux équipes d'assurer un accompagnement de qualité et respectant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- Une formation à destination des personnels délivrés dans les 6 mois de leur embauche,
- Des temps de travail d'équipe et de réflexion sur les pratiques (staff-day, temps de supervision, analyse de pratique, échange entre pairs, focus groupe…),
- Des rencontres inter-sites,
- Le dispositif sera aussi un lieu de formation de professionnels ou futurs professionnels et accueillera des stagiaires en travail social, infirmier, interne en médecine et psychiatrie. Il développera des liens avec l'université et les écoles de formation des champs concernés,
- Des modules de formation pourront être communs aux professionnels des équipes et aux personnes accueillies. Ils porteront en particulier sur les thèmes suivants : la iatrogénie des traitements en particulier des psychotropes, la santé des personnes à la rue, les complications des addictions, etc…, le repérage de l'ensemble des structures médicales, sociales et médicosociales existant sur le territoire et sur leurs missions afin de viser à une utilisation rationnelle des services.

8.11. Budget

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

L'enveloppe ONDAM PDS couvre :

- Le budget des personnels affectés à l'accompagnement médical et médico-social
- Les frais engagés pour l'accompagnement,

- Exceptionnellement, les dépenses des locataires concernant les besoins de base ou les frais de petits soins[29] (hors hospitalisation ou consultation) le temps de l'ouverture des droits et de l'accès à des ressources.

L'enveloppe relevant du programme 177 «prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables» couvre :

- Le budget des personnels affectés au volet logement et à l'accompagnement à l'habitat,
- L'ensemble des frais pris en charge dans le cadre de l'IML :
    - Des réparations et la remise en état des appartements lors de déménagements et réaménagements
    - De la vacance de logement, nécessaire au respect du décret et du cahier des charges
    - Des impayés de loyer
    - Du forfait pour l'aménagement d'un logement.
    - Et exceptionnellement dans le cadre de la sous-location, du paiement des fluides
- Les compléments de loyer pour les personnes dont le résiduel de loyer dépasse 30% de leurs ressources.

Les frais couverts par les deux dotations selon des clés de répartition sont :

- La formation,
- Les locaux dédiés au fonctionnement du dispositif,
- Les frais de fonctionnement du groupement,
- Le personnel administratif et de coordination,
- Les véhicules : location et fonctionnement,
- Les frais de déplacement y compris pour les personnes accueillies.

Les recettes dont peut bénéficier le dispositif proviennent :

- De la dotation globale de financement,
- De co-financements éventuels.

L'ensemble des prestations sociales et de santé, effectuées dans le cadre de prestations extérieures feront l'objet de prise en charge de droit commun.

A noter qu'aucun forfait journalier ne sera demandé aux personnes accueillies.

8.12. Suivi et évaluation

Une évaluation nationale de la montée en charge du dispositif sur les cinq années à venir sera mise en œuvre dans le cadre d'un protocole national validé par le comité de suivi national.
Le gestionnaire sera en charge de proposer à l'ARS un plan de suivi et d'évaluation :

[29] Cela peut recouvrir les spécialités pharmaceutiques non remboursées par l'assurance maladie.

- Répondant au protocole d'évaluation national, qui permettra de vérifier l'effectivité du dispositif, de repérer les personnes pour lesquelles le modèle n'est pas adapté, de viser à l'amélioration continue de la qualité des services, de communiquer sur la pertinence et la performance du dispositif.

Le plan annuel de suivi et d'évaluation du dispositif devra durant la phase de montée en charge et plus avant :

- S'appuyer sur les éléments relatifs aux évaluations internes et externes conformément aux dispositions des articles L. 312 -8 et D. 312-98 à 205 du CASF, dès que celles-ci seront disponibles,
- Prendre en compte les éléments renseignés dans le rapport d'activité et le compte administratif envoyé chaque année à l'ARS conformément à l'article R. 314-50 du CASF avant le 30 avril. Il décrira l'activité et le fonctionnement du dispositif pour l'année concernée,
- Prendre en comptes les éléments[30] adressés chaque année à la DDCS ou la DDCSPP ou la DDD de la DRDJCS
- Fournir des informations anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, dont la liste est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'action sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du logement et qui devront être adressés au plus tard le 30 juin de chaque année,
- Présenter des informations relatives à la satisfaction des personnes accueillies,
- S'assurer du respect du cahier des charges et plus globalement de la fidélité au modèle en référence au guide d'implantation et de mise en œuvre.

8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018

En amont du lancement de la procédure les services de l'ARS et de l'Etat devront conjointement faciliter localement la concertation large des acteurs afin de déterminer les besoins et cibler le territoire d'intervention.

Les besoins annuels sont remontés lors des dialogues de gestion entre les ARS et le niveau central. Chaque dispositif créé aura une montée en charge sur trois ans.

Le Directeur général de l'ARS lance un appel à projet régional ou ciblé sur un territoire particulier au regard des besoins évalués.

La sélection des projets respecte les étapes réglementaires de la procédure d'appel à projet du secteur médico-social.

La Dihal est présente aux commissions régionales de sélection des appels à projet du secteur médico-social avec avis consultatif.

[30] le dossier CERFA n° 12156*05 de demande de subvention pour l'année N
le dossier CERFA n°15059*01 de compte rendu financier de la subvention perçue l'année N-1
le rapport d'activité de l'action

8.14. Situation particulière de la Corse

Il est reconnu la spécificité du territoire de la Corse quant à la géographie, la démographie et l'offre sanitaire et sociale.

Le modèle à 55 places pourra être déployé sur l'ensemble du territoire Corse avec une exception quant à la notion de dispositif « non sécable en sous-unités sur un territoire » ; Ainsi deux zones territoriales distinctes avec des extensions sur des bassins de population enclavés pourront être proposés tout en maintenant une gouvernance (un seul GCSMS) et un management unique du dispositif (un directeur et un coordinateur) et des regroupements réguliers sur la semaine de l'ensemble de l'équipe avec pour le reste du temps l'utilisation de moyens de communication par visioconférence ou autre selon les besoins.

9. Missions et activités du dispositif

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionne sans interruption H24 et 7 jours sur 7, notamment par la mise en place d'une astreinte ou d'une permanence téléphonique à destination des personnes accueillies.

9.1. Organisation

Le gestionnaire du dispositif devra mettre en place deux pôles d'activité :

- Un pôle d'activité logement qui assurera des missions de captation, de gestion locative et d'accompagnement au logement,
- Un pôle d'activité accompagnement médical et médico-social qui assurera des missions d'accompagnement aux droits, aux soins, à l'habitat et à la citoyenneté.

9.2. Modalités générales d'accompagnement

L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire qui propose un accompagnement intensif avec au moins une visite par semaine au domicile ou dans tout lieu choisi par la personne dans le cadre de services orientés rétablissement et offrant un large panel de prestations.

L'intensivité se traduit par le rythme des rencontres et par un soutien continu et bienveillant. L'accompagnement est ainsi maintenu quel que soit le parcours résidentiel de la personne, y compris lors des hospitalisations ou incarcération, afin de réduire les ruptures et d'inscrire le dispositif dans une logique de parcours de santé et de vie en lien avec l'ensemble des aidants désignés par la personne et s'appuyant autant que de besoin sur les services proposés dans le milieu ordinaire pour favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

L'ensemble des axes d'accompagnement concourent au processus de rétablissement. Les professionnels doivent être particulièrement attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes. Il s'agit de travailler avec elles sur leurs capacités d'agir sur le monde tel qu'il est.

Le processus de rétablissement est éminemment individuel mais il s'agira d'identifier au cas par cas les éléments de risque qui le freinent et les supports de protection qui le favorisent.

Sera proposé un accompagnement :

- Individualisé réalisé dans le milieu de vie de la personne par des professionnels travaillant préférentiellement en multi-référence et en binôme,
- S'appuyant sur les choix des personnes et permettant le principe de réversibilité selon la méthode de l'essai/erreur,
- Qui propose une réactivité dans les interventions proposées et visant à synchroniser les attentes individuelles des personnes et les possibilités de réponse institutionnelle,
- Par une équipe pluridisciplinaire ayant un management collaboratif horizontal et qui intervient comme catalyseur des forces et potentiels de la personne et veille à la parfaite compréhension des informations apportées aux personnes accueillies,
- Qui garantit le respect du droit à une vie privée et familiale des personnes accueillies.

Les personnes doivent pouvoir participer de manière proactive, si elles le souhaitent, à toutes les instances de décision et de concertation qui les concernent.

Un « *plan individualisé de rétablissement*[31] » sera élaboré avec chaque personne. Ce plan co-construit avec elle définit ses objectifs en termes de soins et d'inclusion sociale[32] , ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ce plan devra s'appuyer sur l'ensemble des forces et des compétences de la personne, les enseignements de la phase d'expérimentation et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm concernant « les attentes de la personne et le projet individualisé ».

9.3. Accueil individualisé

Celui-ci visera dès l'entrée de la personne dans le dispositif :

- A l'informer de l'ensemble des prestations et des modalités de fonctionnement de celui-ci. A cet effet, l'ensemble des documents garantissant la mise en œuvre de ses droits à la participation individuelle devront lui être remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement et document individuel de

[31] Il s'agit du plan personnalisé qui est ici dénommé plan individualisé de rétablissement
[32] Il portera notamment sur la vie citoyenne, le logement et l'accès à l'emploi ou l'activité et les loisirs,

prise en charge). Il lui sera laissé le choix du lieu et du rythme des premières rencontres et de la possibilité de venir avec une personne de son choix,

- A identifier ses compétences, forces et potentialités et ses souhaits et attentes vis-à-vis du dispositif,
- A faire avec elle une première évaluation de ses droits selon les trois axes que sont l'information, l'exercice du droit et le recours aux droits, tout en respectant sa volonté de faire valoir ou non ce droit,
- A proposer une évaluation de ses besoins concernant l'accompagnement.

9.4. Pôle d'activité logement

Celui-ci, sous la responsabilité du gestionnaire locatif, proposera un accès dans un logement et mettra en œuvre des mesures visant à la prévention des ruptures et au maintien dans le logement en partenariat étroit avec les autres acteurs de l'habitat sur le territoire.

Pour l'entrée de la personne dans le logement, le pôle d'activité logement devra :

- Déterminer avec elle ses choix de logement en diffus dans la cité,
- Proposer au moins un logement correspondant à ses choix[33] dans les 8 semaines suivant son intégration. Si celui-ci ne convient pas, un autre logement devra être proposé,
- Souscrire un bail de location ou sous location qui sera signé entre la personne et le gestionnaire locatif (dispositif d'intermédiation locative), ou le cas échéant directement avec le bailleur,
- S'assurer de la bonne installation de la personne dans son logement : premier ameublement fourni selon les choix de la personne, accès aux fluides, etc…,
- S'assurer que le résiduel de loyer dû par la personne ne dépasse pas 30% de ses ressources,
- Ouvrir les droits à l'allocation personnalisée au logement.

Dans la suite de l'emménagement le pôle d'activité logement en lien avec l'équipe pluridisciplinaire devra :

- Assurer la gestion locative (et en particulier les modalités de paiement des loyers adaptées à la situation du locataire) et les liens avec le propriétaire,
- Assurer une prévention et gestion des risques locatifs (impayés de loyer, troubles du voisinage, dégradation ou non entretien…),
- Proposer un relogement si nécessaire (changement de situation, problème de voisinage, autre…) selon le respect du choix de la personne,
- Garantir les droits de la personne locataire auprès du propriétaire,

[33] Suivant les territoires et les possibilités de captation, un logement est proposé au choix du futur locataire dans un panel d'au moins trois logements déjà captés par le gestionnaire ou les logements sont recherchés au fur et à mesure en fonction des choix du locataire.

- Accompagner vers le glissement de bail, dans le cas d'un contrat de sous location ou vers un bail direct sur un autre appartement si le glissement de bail ne s'avère pas possible.

Il ne devra pas y avoir dans un immeuble plus de 20% des appartements dédiés aux locataires du dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

9.5. Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social

9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne

L'équipe pluridisciplinaire travaillera en lien étroit avec le pôle d'activité logement pour co-construire avec la personne son projet logement.

L'accompagnement dans ce cadre porte sur :

- L'aménagement et l'appropriation de son logement,
- L'entretien,
- Le maintien dans le logement,
- La médiation avec l'environnement.

Il consistera en un apport d'information, un accompagnement direct qui sera évalué au cas par cas, et enfin un renforcement des compétences individuelles (respect de la dignité, réappropriation du quotidien et lutte contre la stigmatisation).

Un focus sur les points suivants sera proposé :

- Connaître l'ensemble des ressources disponibles du quartier tant pour les besoins de base que pour la vie culturelle et citoyenne,
- Connaître les rôles et missions des différents acteurs sociaux et sanitaires du droit commun et les savoir les identifier sur le territoire,
- Identifier les associations d'entre-aide et leurs activités,

Les professionnels devront :

- Evaluer la nécessité d'accompagnement de la personne dans les démarches, l'accès aux ressources financières, la gestion budgétaire et le renouvellement des droits,
- Evaluer ses besoins de déplacement pour l'accès aux différents services.

9.5.2. Accompagnement à la santé

Sur le volet de la santé, l'équipe intervient dans un objectif général de promotion de la santé physique et mentale. Pour cela, elle peut mobiliser les différentes dimensions qui vont du « prendre soin » au « soin » lui-même. Elle

accompagne la personne à l'accès aux soins et vise à leur continuité tant sur le volet somatique que psychique, à la prévention, au dépistage et à la réduction des risques et des dommages. Une attention particulière sera portée à la question de la souffrance psychique.

L'équipe travaille en pluridisciplinarité et chaque professionnel participe à l'amélioration du bien-être de la personne. Les soins devront participer à l'objectif global du rétablissement, plaçant la personne comme actrice et experte de son propre parcours de santé.

La question du respect de la dignité de la personne, des limites de chaque professionnel face aux situations critiques, des refus de soin et d'absence de demande de soin seront envisagés dans des espaces de réflexion réguliers.

L'accompagnement par les médiateurs de santé pair sera valorisé ainsi que l'échange entre pairs y compris hors du dispositif (GEM par exemple).

Sur les dimensions du bien-être et de la prise en compte de la souffrance psychique, l'équipe sera particulièrement vigilante aux situations de changement (déménagements, emploi, situation familiale ou amicale, …).

Il s'agit in fine de permettre à la personne d'utiliser les structures du droit commun disponibles sur le territoire (CMP, consultations libérales, centre de réhabilitation etc…). L'accompagnement par les professionnels du dispositif se fera en substitution ou en complémentarité avec le droit commun en tenant compte du choix de la personne, de l'évaluation de ses besoins d'accompagnement et de son état de santé. Ces deux modalités ne sont pas opposables et il existe un gradient entre les deux selon les moments du parcours de la personne. Il sera nécessaire avec l'accord et la participation de la personne de maintenir une coopération entre les différents acteurs participant à son parcours de santé.

L'accompagnement à la santé porte sur :

- Le soin et l'accompagnement aux soins : Les prestations apportées recouvrent le diagnostic, les prescriptions, la délivrance de traitement, les gestes infirmiers, l'accompagnement vers les consultations du droit commun, le suivi et la coordination des soins. Une évaluation médicale sera proposée mais en aucun cas imposée dans les premiers mois où la personne intègre le dispositif. Le médecin généraliste présent au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut être, si nécessaire, médecin traitant de la personne.
- L'éducation à la santé, l'information, la prévention et le dépistage : cela concerne l'ensemble des champs avec en particulier un focus sur les traitements psychotropes et leurs effets secondaires, le suivi des pathologies chroniques, la réduction des risques et des dommages, les vaccinations et le dépistage proposé en population générale ou selon les besoins spécifiques.

9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle

L'équipe veillera à repérer les situations d'isolement, à les évaluer et à analyser leurs causes avec la personne. Il sera proposé si nécessaire un soutien pour développer ou maintenir des relations sociales épanouissantes, y compris dans le cadre de temps collectifs internes au dispositif ou sur d'autres lieux du droit commun (maison de quartier,

GEM, etc…) afin de soutenir par ces rencontres le vivre ensemble. L'équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne repèrera les personnes ressources et les aidants familiaux ou amicaux.

Une attention particulière sera portée au repérage des situations de vulnérabilité ou de violences subies ou agies par la personne et de non-respect de ses droits fondamentaux mais aussi de ses devoirs.

9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation

Pour soutenir les projets d'insertion professionnelle, un recueil des besoins en formation et d'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé sera systématiquement proposé ainsi qu'un accompagnement si nécessaire, en tenant compte du parcours antérieur de chaque personne, de ses expériences professionnelles et compétences acquises.

9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir

Il s'agit pour les équipes de susciter le désir et d'encourager la personne à aller vers des activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale.

L'équipe sera force de proposition sur un large choix d'activités disponibles dans la cité. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles et d'accompagner la personne à renouer avec des éléments de plaisir et d'espoir d'une vie satisfaisante selon ses propres critères.

9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif

Comme indiqué dans le chapitre 8.5 du présent cahier des charges, la sortie du dispositif repose sur l'examen avec la personne d'un certain nombre de critères. Il n'y a pas de durée prévisionnelle à l'accompagnement mais sa pertinence devra être réévaluée au moins une fois par an avec la personne. Lors de la sortie, l'équipe informera les acteurs participant à l'accompagnement sauf si la personne s'y oppose.

•

• •

ANNEXE 2

Critères de sélection de l'appel à projets N°–2021-063 – ACT UN CHEZ-SOI D'ABORD

Création d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) "UN CHEZ-SOI D'ABORD" dans le département du Puy de Dôme

---

Rappel des exigences minimales posées par le cahier des charges :

Structure
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Nombre de places
55 places en année pleine avec une montée en charge progressive sur 3 années

Localisation et zone d'intervention
Département du Puy-de-Dôme

Public accueilli
Personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères

Ouverture et fonctionnement
Ouverture effective dans les 6 mois suivant la notification d'attribution.
Fonctionnement 7 jours sur 7 et 24 h sur 24.
Service adossé à un établissement médico-social ou social existant.

Budget
Budget contenu dans la limite de 96 250 euros en 2021 tel qu'indiqué dans l'avis d'appel à projets, avec une montée en charge progressive pour atteindre 55 places en année pleine.
Deux budgets devront être présentés : 1 pour l'année N de mise en place du dispositif et de montée en charge progressive et 1 pour une année pleine avec un plafond à 385 000 € sous réserve de disponibilité de la dotation correspondante.

Critères de sélection des projets

1) Critères d'éligibilité

Le critère de complétude du dossier
L'ensemble des documents susmentionnés doit être impérativement joint au dossier de candidature. En cas d'absence d'un ou de plusieurs documents, le dossier ne sera pas instruit techniquement et ne sera pas présenté pour avis à la commission de sélection d'appels à projets.

Les critères de conformité
Il s'agit de critères minimum sur lesquels l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes n'accepte pas de variantes :
. le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux et budget propre aux ACT) ;
. le territoire d'exercice ;
. le respect des enveloppes financières indiquées.

Si les critères d'éligibilité sont remplis, la proposition sera évaluée sur le fond.
S'ils ne sont pas remplis, la proposition sera automatiquement rejetée.

2) Critères d'évaluation du projet

Chaque projet fera l'objet d'une évaluation quantitative par l'attribution d'une note qui permettra de déterminer le niveau de fidélité au modèle et au cahier des charges du dossier proposé. Si besoin, des recommandations seront proposées par la commission pour améliorer le score. Un éventuel classement pourra être donné.

1ère partie : Appréciation de la qualité du projet – Coefficient de pondération à 50 %

. Lisibilité et concision du projet

. Descriptif du public et modalités de son recrutement sur le territoire

. Localisation géographique prévisionnelle du local ACT et des logements, conditions d'installation et d'accessibilité

. Descriptif des locaux

. Fonctionnement de la structure et organisation de l'accompagnement individuel et de l'accès et maintien dans les logements :

- Organisation de l'accès et maintien dans le logement, (modalités d'admission, modalités de sorties, taux d'occupation, modalités de prévention et de traitement des situations de crise et d'urgence…)
- Respect du choix de la personne
- Projet d'accompagnement : modalités d'accompagnement selon les principes du modèle (rétablissement en santé mentale et réduction des risques), modalités d'un accompagnement individualisé, palette de services proposés (dont accès aux droits, à la santé et aux soins, aide à l'insertion sociale, accès à l'emploi ou à la formation, animation sociale…), dispositif d'astreinte et de lien avec les services d'urgence sur le territoire. Modalités d'admission et de fin de l'accompagnement, amplitude d'ouverture, (degré de précision ; niveau de pertinence ; capacité d'adaptation)
- Mise en œuvre de la coordination médico-psycho-sociale et de la coordination des soins
- Mise en œuvre des droits des personnes accueillies (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de prise en charge, avant-projet d'établissement, participation des personnes accueillies)
- Prévention et traitement de la maltraitance / promotion de la bientraitance
- Projet individualisé de rétablissement (degré de précision ; niveau de pertinence ; capacité d'adaptation)
- Prise en compte de l'environnement de la personne : participation et soutien de la famille et de l'entourage et des acteurs du suivi antérieur dans l'accompagnement mis en place, respect du choix de la personne accueillie sur cet item (degré de précision ; niveau de pertinence ; capacité d'adaptation)

. Coordination / collaboration formalisée et partenariats :
- Diversité des partenaires
- Modalités opérationnelles de mise en œuvre du partenariat
- Degré de formalisation des différents partenariats (protocole d'accord, conventions, conventions avec les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux)
- Capacité à travailler en réseau avec les structures sanitaires, sociales et médico-social, de l'accès à l'emploi, aux loisirs, etc…en amont, en aval et en cours de la prise en charge
- Nombre et types de partenariats développés en amont et en aval de la prise en charge
- Effectivité du partenariat

. Equipe médicale, sociale et de l'hébergement :
- Composition de l'équipe médicale, sociale et du logement
- Nombre d'ETP avec un focus sur les médiateurs de santé pairs (nombre et formation, antériorité de leur implication dans le projet)
- Organisation selon les obligations de suivi intensif et du travail en binôme
- Pluridisciplinarité

- Coordination
- Rôle de chacun des professionnels
- Adéquation du ratio et des compétences avec le projet global
- Méthodes et organisation de travail proposées
- Plan de recrutement
- Organisation du soutien des pratiques de l'équipe
- Organigramme
- Planning hebdomadaire type
- Convention collective applicable
- Prestataires extérieurs

. Qualification et formation du personnel
- Plan de formation
- Qualification du personnel
- Expérience dans la prise en charge du public cible
- Analyse de la pratique et supervision

. Modalités et outils de recueil et de traitement des données d'évaluation et de suivi (dont d'activité) en tenant compte de la nécessité d'outils nomades.

2ème partie : Appréciation de l'efficience médico-économique du projet – Coefficient de pondération à 20 %

- Sincérité et soutenabilité du budget proposé en exploitation et en investissement.
- Respect et optimisation de l'enveloppe budgétaire disponible.
- Efficience globale du projet (mutualisation avec les moyens de la structure existante, économies d'échelle, cohérence du budget prévisionnel relatif aux dépenses de personnel…).

3ème partie : Appréciation de la capacité à faire du promoteur – Coefficient de pondération à 20 %

- Expérience dans la prise en charge du public cible.
- Expérience dans la gestion d'un établissement médico-social.
- Expérience dans la mise en œuvre de projets d'innovation sociale ou médico-sociale
- Projet co-construit avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire.
- Connaissance du territoire et des principaux acteurs.
- Faisabilité du calendrier du projet.
- Délai de mise en œuvre du projet.

4ème partie : Appréciation de la pertinence des critères d'évaluation - Coefficient de pondération à 10 %

- Prise en compte des critères de suivi et d'évaluation selon le plan proposé par le niveau national
- Calendrier d'évaluation.
- Modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et calendrier d'évaluation (interne et externe)
- Modalités de recueil des critères d'évaluation proposés

Annexe 3

DECLARATION D'INTENTION DE DEPOT D'UN DOSSIER DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJETS N°–2021-063- ACT UN CHEZ-SOI D'ABORD

Création d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) "UN CHEZ-SOI D'ABORD" dans le département du Puy-de-Dôme

---

A retourner par messagerie à l'adresse suivante :
ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr

Nom de l'organisme candidat :

Statut (association, fondation, société…) :

Date de création :

Personne chargée du dossier :

Adresse postale :

Adresse(s) électronique(s) :

Coordonnées téléphoniques :

N° fax :

Fait à , le

Signature