

Cahier des charges d'une expérimentation

Un chez-soi d'abord jeunes

Table des matières

I.	Préambule	2
II.	Objectifs de l'expérimentation.....	3
III.	Les publics visés.....	3
IV.	Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation	4
1)	Le pilotage de l'expérimentation	4
2)	Les porteurs du projet	4
3)	Les sites d'implantation.....	5
4)	Les modalités d'inclusion des publics.....	5
5)	La durée de la prise en charge.....	6
6)	Les conditions d'arrêt de l'expérimentation	6
V.	Nature de la prise en charge assurée	6
1)	L'accès à des ressources ou subsides	6
2)	Le logement	7
3)	Prise en charge médicale.....	7
4)	Accompagnement médico-social	8
a.	L'accompagnement vers l'emploi et la formation	8
b.	L'accompagnement à la gestion du logement	8
c.	L'accompagnement au bien-être	8
d.	L'inclusion sociale.....	9
VI.	Personnels de l'équipe dédiée	9
VII.	Financement du dispositif	10
VIII.	Evaluation de l'expérimentation	10
IX.	Modalités de sélection des projets	10
X.	Annexe 1 : Dispositif d'évaluation.....	12
5)	Préambule	12
6)	Justification et objectifs de l'évaluation.....	12
7)	Le suivi de l'évaluation	12

I. Préambule

Le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » est une innovation sociale performante inspirée des modèles Nord-américains de type « Housing first » qui répond à la question des publics sans domicile présentant des troubles psychiques sévères et pour qui l'absence de « chez-soi » constitue un facteur de mortalité et de morbidité accru dans le champ des pathologies mentales et somatiques. Il vise à changer radicalement la prise en charge en proposant un accès direct au logement depuis la rue sans condition de traitement ou d'arrêt des substances psychoactives moyennant un accompagnement intensif et pluridisciplinaire au domicile de la personne.

Il a fait l'objet d'une expérimentation conduite par l'Etat entre 2011 et 2016 dont l'évaluation randomisée par une équipe de recherche indépendante a démontré la réelle efficacité en termes de stabilité dans le logement (85% des personnes toujours en logement à 24 mois), d'amélioration de la qualité de vie et de la santé et de réduction des recours inadaptés au système de soins et aux structures de la veille sociale, ceci à un moindre coût pour la puissance publique. Sur le volet sanitaire, l'accompagnement permet une diminution de 50% des durées d'hospitalisation pour les personnes accompagnées en comparaison à celles suivies par l'offre habituelle. Initialement lancée sur 4 métropoles (Lille, Marseille, Paris et Toulouse), l'expérimentation a été pérennisée fin 2016 par décret¹ et inscrite au titre des établissements sociaux et médico-sociaux au sein du code de l'action sociale et des familles (CASF) ; elle est en cours de déploiement au sein des principales métropoles au rythme de 4 sites annuels avec un objectif de 20 sites d'ici 2023. Au niveau national, le dispositif s'inscrit dans le « Plan quinquennal pour le logement d'abord » et la « Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté » et sur les territoires dans le programme régional de santé (PRS), le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) et le projet territorial de santé mentale (PTSM).

Un certain nombre² de jeunes adultes (18/25 ans) sont intégrés dans les dispositifs « housing first » avec un taux de maintien dans le logement aussi élevé que pour les adultes plus âgés mais des résultats sur la qualité de vie, la santé ou l'insertion sociale moins convaincants dans l'étude canadienne At Home/Chez-soi³. Il semble que pour les jeunes, un accompagnement plus soutenu et spécifique soit nécessaire, cet âge de la vie étant très particulier sur le plan du développement cognitif et émotionnel. De plus, l'adolescence est la période où les premiers symptômes de pathologies psychiatriques apparaissent, potentialisés ou déclenchés par la consommation de produits psychotropes. Les jeunes les plus fragiles du fait de psycho traumatismes dans l'enfance, de conditions de vie dégradées ou d'une absence de soutien par des adultes vont souvent faire l'expérience de la rue. Selon l'INSEE, un quart des personnes sans domicile ont connu une mesure de placement au sein des services de l'aide sociale à l'enfance lorsqu'ils étaient mineurs. Sur les 703 personnes intégrées dans l'expérimentation « Un chez-soi d'abord », l'âge médian du premier passage à la rue est de 21,5 ans et un quart de la file active a eu un premier passage à la rue avant 18 ans. Rester à la rue de façon prolongée nuit à la stabilité future dans le logement mais aussi au bien-être et même si les jeunes parviennent à quitter la rue, beaucoup d'entre eux continuent à lutter contre les traumatismes et les problèmes de santé mentale, d'accoutumance aux drogues et de

¹ Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »

² Ils représentent 11% des personnes intégrées dans l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » portant sur 703 participants et 7% dans l'étude canadienne At home/chez-soi portant sur 2148 participants.

³ Kozloff, N., Adair, C. E., Lazgare, L. I. P., Poremanski, D., Cheung, A. H., Sandu, R., & Stergiopoulos, V. (2016). «Housing first» for homeless youth with mental illness. *Pediatrics*.

pauvreté extrême⁴. Sans les soutiens appropriés, nombre de jeunes sans-abri d'aujourd'hui deviennent les sans-abris de demain. Les expériences de la maladie mentale et de la rue vont se cumuler avec une perte de chance tant sur l'accès aux études et à la formation que sur la difficulté à nouer des relations sociales stables et soutenantes. A l'âge adulte, les personnes qu'ils seront devront affronter des difficultés multiples liées tant à la maladie qu'au manque de qualification ou de diplômes (trois quarts des personnes dans l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » avaient soit arrêté leurs études au niveau collège, soit avaient un niveau CAP), à l'isolement (moins d'un quart d'entre eux disent pouvoir compter sur la famille ou des amis contre en moyenne 85% en population générale) ou à la pauvreté (66% des personnes intégrées étaient sans activité professionnelle et 31% soit au chômage, soit bénéficiaires d'un minima social type RSA ou AAH).

Forts de ces constats, des programmes « Housing First For Youth » (HF4Y) se sont développés à l'international (Canada, Ecosse et Irlande) ciblant les jeunes sans domicile les plus à risque entre 13 et 24 ans. Il s'agit de répondre « *aux besoins des adolescents et des jeunes adultes en développement en leur fournissant un accès immédiat à un logement sûr, abordable et approprié, ainsi qu'aux soutiens nécessaires et adaptés à leur âge, axés sur la santé, le bien-être, la préparation à la vie active, l'éducation, l'emploi, et l'inclusion sociale. L'objectif de HF4Y n'est pas simplement de fournir une stabilité de logement, mais de soutenir les jeunes en tant que jeunes et de faciliter une transition en bonne santé vers l'âge adulte* ».

Ces dispositifs ont donc un double objectif, d'une part proposer une réponse immédiate et adaptée pour des jeunes sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères et d'autre part prévenir les effets délétères d'un passage à la rue prolongé et d'un retard de prise en charge sanitaire en leur proposant un accompagnement permettant d'acquérir les outils nécessaires à un parcours de santé et à une insertion sociale, professionnelle et citoyenne de qualité.

II. Objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation engagée au bénéfice de jeunes adultes entre 18 et 25 ans sans domicile et présentant des troubles psychiques sévères consiste :

- À définir les conditions d'accompagnement permettant leur accès et maintien dans le logement, leur accès à des droits (couverture sociale, ressources, prestations) et à des soins efficaces adaptés à leur situation, à l'emploi ou la formation et à l'insertion sociale et citoyenne ;
- À déterminer les spécificités de l'accompagnement de ces jeunes, permettant de leur apporter des outils pour favoriser la transition vers l'âge adulte en réduisant les risques de récurrence des situations de sans-abrisme et de rupture de soins et en développant leurs compétences de vie ;
- À faire évoluer les organisations en charge des adolescents et des jeunes adultes ainsi que les attitudes et pratiques des professionnels sanitaires et sociaux pour accueillir, orienter et prendre en charge les publics concernés par l'expérimentation en particulier en évitant les ruptures au passage à l'âge adulte dans le champ de la psychiatrie et de l'aide sociale à l'enfance.

III. Les publics visés

L'expérimentation s'adresse aux personnes sans chez-soi majeures entre 18 et 25 ans en situation régulière (application de l'arrêté du 15 mars 2010 pris pour l'application de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation), qu'elles soient de sexe masculin ou féminin, dont la situation administrative permet l'accès au logement social, qui sont atteintes d'une ou plusieurs pathologies

⁴ Karabanow, J., & Naylor, T. (2013). Pathways Towards Stability: Young people's transitions off the streets. In S. Gaetz, B. O'Grady, K. Bucciari, J. Karabanow & A. Marsolais (Eds.), Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice, (pp. 53-74). Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press

mentales sévères (Voir chapitre IV- 4) et qui ont des besoins complexes⁵ nécessitant une prise en charge médicale et un accompagnement social adaptés.

L'accueil de personnes avec enfants est exclu.

La file active prévisionnelle annuelle est de 50 personnes soit 100 personnes sur les deux sites.

IV. Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation

1) Le pilotage de l'expérimentation

Le suivi de la mise en œuvre de l'expérimentation est assuré au niveau **national** dans le cadre d'un comité de suivi piloté par le Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, et composé du délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, de représentants de la Délégation interministérielle pour la prévention et la lutte contre la pauvreté, de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, des administrations centrales concernées, du secteur associatif de la lutte contre l'exclusion, de la jeunesse, du secteur de la psychiatrie dont la pédopsychiatrie, des collectivités territoriales et des CCAS/CIAS, de la Caisse nationale d'allocations familiales et de l'assurance maladie, de bailleurs sociaux et du logement accompagné, de personnalités qualifiées, des gestionnaires du dispositif, de représentants de l'équipe d'évaluation ainsi que des représentants des usagers.

Un comité de pilotage **local**, animé par le Préfet du département en lien avec le Comité national, est mis en place sur chaque site. Ce comité renseignera les indicateurs de suivi prévus au chapitre VII et pourra proposer d'éventuels recueils complémentaires.

Il pourra associer en fonction des configurations locales, les partenaires suivants : l'Agence régionale de santé, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la Direction régionale de l'équipement de l'agriculture et du logement (DREAL), la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), la Direction départementale des territoires et de la mer (DDTM), de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), le Haut-commissaire à la lutte contre la pauvreté, le coordonnateur du Conseil local de santé mentale (CLSM) s'il a été désigné, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le gestionnaire du dispositif, des représentants des collectivités territoriales concernées notamment les coordonnateurs du plan logement d'abord si les territoires retenus sont territoires de mise en œuvre accélérée et du CCAS/CIAS, des représentants du monde associatif dans le champ sanitaire et social, de la psychiatrie et pédopsychiatrie, de la jeunesse et de la justice, de la prévention spécialisée, des points d'accueil et d'écoute, des maisons des adolescents concernées, du rectorat, de l'IREPS, des bailleurs et du logement accompagné ainsi que des représentants des usagers.

2) Les porteurs du projet

Le porteur de projet doit être un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) et doit comporter au moins un organisme relevant de chacune des catégories mentionnées ci-dessous :

- Un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité et un secteur de pédopsychiatrie,

⁵ Sont définis comme ayant des besoins complexes les personnes qui ont des hospitalisations en psychiatrie plus de 2 mois par an durant les 2 dernières années fréquentes et ou de longue durée, et/ou une comorbidité addictive sévère, et/ou sont fréquemment sans domicile fixe ou incarcérées.

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

Le porteur doit par ailleurs avoir acquis une expertise concernant les points suivant :

- L'accès au logement en diffus dans la cité directement depuis la rue pour des publics présentant des troubles psychiques sévères
- Le suivi intensif dans la communauté par une équipe dédiée
- Le rétablissement en santé mentale et la réduction des risques et des dommages.

La prise en charge des personnes intégrées dans l'expérimentation est assurée par une équipe dédiée (décrite paragraphe VI) qui bénéficie du concours d'une pluralité d'acteurs des différents champs d'intervention impliqués notamment dans le secteur de l'aide sociale à l'enfance et de la jeunesse lié par convention.

Le conseiller technique national accompagnant les dispositifs ACT « Un chez-soi d'abord » garantit au niveau national la cohérence inter-sites de l'expérimentation et veille au respect du développement et au maintien des pratiques professionnelles en adéquation avec les objectifs du programme.

3) Les sites d'implantation

L'expérimentation est mise en œuvre sur 2 sites avec un démarrage concomitant. Les sites retenus sont impérativement des sites urbains et doivent avoir déjà une acculturation aux principes du « Un chez-soi d'abord » pour fluidifier la mise en œuvre de l'expérimentation.

L'étendue du territoire devra permettre une intervention effective en optimisant les moyens des équipes et facilitant la coopération et les partenariats, ainsi que le recrutement d'un nombre suffisant de bénéficiaires et de logements.

4) Les modalités d'inclusion des publics

Les critères de constitution de la cohorte de personnes incluses dans l'expérimentation sont :

- Etre âgé de 18 à 25 ans
- Etre en situation régulière sur le territoire
- Souffrir d'un ou plusieurs troubles psychiques sévères (critère validé par une échelle explorant de façon standardisée les principaux troubles de l'Axe I du DSM IV et la structure d'orientation)
- Etre sans domicile (sans-abri, hébergement d'urgence, sortie d'incarcération ou d'hospitalisation ou d'autres institutions sans solution de logement)
- Avoir des besoins complexes.⁶

Les propositions d'inclusion de personnes susceptibles de participer à l'expérimentation peuvent émaner des équipes de l'aide sociale à l'enfance, des équipes mobiles psychiatrie précarité, des équipes mobiles sociales, des équipes de soins en psychiatrie dont celles intervenant en milieu carcéral, ou des intervenants sanitaires et sociaux du territoire rencontrant ces publics dont des clubs de prévention, des missions locales ou tout autre structure intervenant sur ce champ.

Une commission *ad hoc* regroupant le directeur de la structure gestionnaire du dispositif, des équipes participant à l'orientation et le SIAO vérifie l'éligibilité et valide l'inclusion.

⁶ Ibid

Lors de l'admission de la personne dans le dispositif expérimental, un document personnalisé de prise en charge est établi et signé par les différentes parties (usager, directeur). Ce document précise les droits et les devoirs de la personne et de l'équipe, et les objectifs de sa prise en charge.

5) La durée de la prise en charge

Le maintien dans le logement et la prise en charge sanitaire et sociale proposée seront de quatre ans (2019/2022). La personne peut sortir de l'expérimentation quand elle le souhaite.

Le logement occupé par la personne, relevant du dispositif de l'intermédiation locative est conservé au bénéfice de la personne en cas d'interruption de courte durée (hospitalisation).

En cas d'interruption prolongée (par exemple, hospitalisation de plus longue durée, incarcération), la situation est revue.

Si la personne est perdue de vue, l'équipe met en place les procédures pour la recherche.

Le règlement de fonctionnement précisera la conduite à tenir en cas de transgressions graves et répétées ou si la personne refuse la prise en charge ou ne respecte pas les engagements mentionnés dans ce document.

A la fin de l'expérimentation, chaque situation particulière fera l'objet d'une évaluation et de mesures adaptées (maintien dans le logement, orientation vers le droit commun pour le suivi sanitaire et social).

6) Les conditions d'arrêt de l'expérimentation

Il pourra être mis fin à l'expérimentation sur un site sur avis du Comité de pilotage national dans les cas suivants :

- Montée en charge insuffisante, inférieure à la moitié de la valeur cible soit 25 personnes en fin 2020 ;
- Difficultés majeures de fonctionnement de l'équipe (turn-over important, vacances de postes prolongées et importantes) ;
- Désengagement d'un partenaire incontournable ;
- Problèmes graves et répétés, dont les troubles à l'ordre public.

V. Nature de la prise en charge assurée

Le dispositif pour les jeunes doit offrir une gamme de supports plus large que celle généralement associée aux dispositifs ciblant les adultes plus âgés. Il permet de répondre aux besoins des jeunes adultes qui doivent être accompagnés tout au long de la transition vers l'autonomie et le bien-être. Cela a des implications sur la gamme de supports qui doivent porter sur le logement, la santé et le bien-être, l'accès à des ressources et à une formation, l'inclusion sociale, le développement des compétences de vie et tout support complémentaire nécessaire à cette phase de transition vers l'autonomie. Le rythme des visites de l'équipe est d'au moins une rencontre hebdomadaire mais peut être plus intensif suivant les situations.

1) L'accès à des ressources ou subsides

Le gestionnaire du dispositif doit proposer aux personnes intégrées l'accès à un minimum de ressources du droit commun leur permettant de vivre en autonomie et dignité dans un logement. A cet effet, il doit tisser des partenariats avec les institutions *ad hoc* notamment les collectivités territoriales qui mènent des politiques en faveur de la jeunesse (conseil régional, conseil départemental, EPCI, communes). L'accompagnement permettra par ailleurs de sécuriser les ressources notamment par un accès à l'emploi ou à la formation professionnelle.

2) Le logement

Le logement proposé par le gestionnaire dans le cadre du dispositif d'intermédiation locative doit répondre aux choix de la personne participant à l'expérimentation. Il est proposé dès l'intégration et c'est à partir du logement que le suivi se met en place. Privilégiant la vie autonome, ce sera de préférence un logement individuel dans le diffus. S'il est situé dans le parc privé, il sera dans un premier temps loué par l'organisme agréé, au titre de l'intermédiation locative et de la gestion locative sociale, qui sera chargé de le meubler et de l'équiper avant de le sous-louer à l'intéressé. La captation pourra se faire aussi dans le parc social ; dans ce cas le bail direct ou le glissement de bail rapide sont privilégiés. Au cours de la période de l'expérimentation limitée à quatre ans, si la situation le permet la personne deviendra titulaire du bail. Dans le cas contraire, l'organisme agréé pour l'intermédiation locative titulaire du bail continuera à sous-louer le logement à l'intéressé.

Dans le cas où le logement autonome diffus n'est ni souhaité ni adapté à la personne, d'autres solutions plus adaptées à son âge et à son développement devront être proposées soit sous forme de colocation, foyer logement ou autre, mais ces propositions devront toujours respecter les points suivants :

- Le jeune a de réelles options et prend une décision éclairée quant au choix de son logement ;
- Les principes du dispositif sont respectés quelle que soit la modalité de logement ;
- Le maintien dans le logement si la situation du jeune le permet est garanti à la fin de l'expérimentation quelle que soit la modalité de logement.

Enfin le type de logement choisi par un jeune à un moment donné ne sera peut-être pas permanent car à cette période de la vie particulièrement, il est important d'avoir la possibilité de changer d'idée et d'essayer quelque chose de différent si le choix initial ne convient pas ; le gestionnaire doit mettre en place une organisation permettant cela.

Une sensibilisation du voisinage sur le programme est assurée par l'équipe dédiée à travers un travail communautaire de quartier à l'aide de tous moyens appropriés.

3) Prise en charge médicale

La prise en charge médicale des personnes incluses dans le dispositif donne lieu à l'intervention coordonnée d'une équipe dédiée et d'un ensemble de professionnels de santé partenaires, issus du dispositif de santé de droit commun qui peuvent être liés à l'équipe dédiée par conventions.

La coordination des soins est sous la responsabilité d'un médecin coordinateur qui intervient dans la phase initiale et tout au long de l'accompagnement afin d'évaluer les besoins, et de mettre en place l'accompagnement adapté. Il établit les liens nécessaires avec les professionnels des structures partenaires qui ont vocation à prendre en charge ces patients dans les conditions du droit commun.

L'équipe dédiée s'assure, tout au long de l'accompagnement de l'accès aux droits, prévient les ruptures et veille à la continuité du parcours de soins.

Elle propose un accompagnement orienté rétablissement en santé mentale et une stratégie de réduction des risques et des dommages. Pour cela elle s'appuie sur une organisation et des outils *ad hoc* et l'ensemble des ressources du territoire visant cet objectif tels que les centres de réhabilitation psychosociale, les maisons des adolescents ou les structures spécialisées en addictologie.

Les frais afférents aux médicaments nécessaires aux soins des personnes en attente de l'ouverture des droits sociaux sont pris en charge sur le budget du dispositif.

Une permanence téléphonique est proposée en dehors des heures d'ouverture du service permettant aux jeunes de joindre un professionnel de l'équipe H24 et 7/7jours. En cas de nécessité ils auront recours aux numéros d'urgence. Le centre 15 du département sera tenu informé de l'expérimentation. L'équipe dédiée devra organiser un système d'information permettant le suivi de la prise en charge.

4) Accompagnement médico-social

L'accompagnement médico-social des personnes a pour objet dans un premier temps d'ouvrir des droits et de régulariser des situations administratives puis d'accompagner au quotidien la personne dans son parcours de rétablissement et d'insertion sociale.

L'ouverture et le maintien des droits réalisés par l'équipe seront soutenus et complétés par les professionnels partenaires du droit commun notamment les missions locales, les comités locaux pour le logement autonome des jeunes, les acteurs de la prévention spécialisée, les médiateurs des quartiers prioritaires de la ville, les maisons de l'adolescence et les travailleurs sociaux de l'action sociale du département.

a. L'accompagnement vers l'emploi et la formation

Cet axe sera systématiquement proposé avec une large gamme de choix et pour cela, l'équipe s'appuiera sur l'ensemble des opérateurs du territoire, en particulier sur le dispositif Tapaj, les adhérents au réseau CEMEA (réseau des jeunes en errance) mais aussi sur les services locaux pour l'emploi (Pôle emploi, PLIE, Maison de l'emploi, services communaux ou EPCI), les missions locales, les services d'accès à l'emploi pour les personnes ayant un handicap et les services des conseils régionaux pour la formation et l'apprentissage.

L'accès à l'éducation, notamment la reprise d'un cursus scolaire ou de formation professionnelle avec une recherche active de formations adaptées et un soutien lors des études, doit être proposé. Il en va de même de l'accès aux nouvelles techniques de l'information et de l'aide à l'orientation scolaire et professionnelle.

b. L'accompagnement à la gestion du logement

Le soutien et l'accompagnement pour l'accès et le maintien dans le logement comprennent l'ouverture des droits et l'accès aux aides au logement. Le maintien dans le logement couvrira notamment l'aide à la gestion du budget, du compte bancaire, aux achats alimentaires et à la préparation des repas, aux achats divers répondant aux besoins quotidiens, à l'entretien du logement (ménage, menus travaux) à la gestion de la location (loyer, assurance, électricité...), à la gestion du temps (prise de rendez-vous, déplacement) mais aussi le développement de bonnes relations avec les propriétaires et les voisins ou avec des amis ou la famille ; une attention particulière sera portée à la prévention des phénomènes de squat. Le soutien sera intensif particulièrement en cas de difficultés avec des stratégies de gestion de crise et des procédures simplifiées de relogement. Un tutorat et un soutien individuel axés sur l'amélioration de l'estime de soi et des aptitudes à la vie quotidienne devront être mis en place en cas de besoin.

c. L'accompagnement au bien-être

L'accompagnement orienté rétablissement vise à améliorer le bien-être et la qualité de vie et à atténuer les effets des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Une attention particulière sera portée au développement des compétences psycho-sociales⁷ (compétences cognitives, émotionnelles et sociales) et à la lutte contre la stigmatisation liée à la maladie mentale⁸.

⁷ En lien avec les travaux de l'unité santé mentale de Santé publique France

⁸ En lien avec les travaux nationaux de lutte contre la stigmatisation menés dans le cadre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie

Les principaux domaines qui seront investigués par l'équipe en s'appuyant sur des interventions ou programmes validés⁹ sont :

- L'accès aux soins de santé sur l'ensemble de ses axes : curatif, préventif et promotion de la santé notamment santé mentale ;
- La prise en charge des psycho traumatismes qui sont courants chez les jeunes en situation de grande vulnérabilité ;
- La réduction des risques et des dommages notamment concernant les situations de consommation de produits psychotropes dans le logement ;
- Le renforcement de la sécurité personnelle vis-à-vis des phénomènes d'exploitation criminelle ou sexuelle ;
- L'aide à la restauration des liens avec la famille et le soutien dans la mise en place d'une socialisation respectueuse de l'autre ;
- La sécurité alimentaire et financière ;
- La prévention et la promotion de la santé sexuelle ;
- La défense des droits mais aussi le soutien lorsque les personnes ont affaire avec la justice ;
- L'aide à la parentalité¹⁰ ;
- L'aide au repérage dans le système d'aide sociale et de santé.

d. L'inclusion sociale

Un axe particulier visant l'inclusion sociale sera proposé avec un accompagnement des personnes pour qu'elles puissent :

- Développer et renforcer des relations positives avec leurs pairs, adultes, employeurs, collègues et propriétaires, etc. ;
- Améliorer leurs soutiens familiaux et naturels ;
- Favoriser l'engagement et l'intégration dans la communauté via du bénévolat ou l'engagement dans le quartier, portant sur le développement d'activités artistiques, sportives, culturelles, de loisirs, etc. afin d'acquérir des compétences, de développer des relations et des aptitudes sociales positives.

VI. Personnels de l'équipe dédiée

L'équipe dédiée est placée sous la responsabilité d'un coordinateur d'équipe et doit réunir des compétences nécessaires à l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes accueillies. Cette équipe est constituée :

- De personnels sanitaires : médecin psychiatre et généraliste, d'infirmier(e), de psychologue ;
- De travailleur(se) social(e) ;
- De médiateur de santé-pair ;
- D'une personne en charge de la captation et de la gestion locative.

Elle doit avoir en son sein des professionnels compétents en addictologie et en réduction des risques et des dommages, en accès à l'emploi et à la formation professionnelle.

Une majorité des professionnels doit avoir l'expérience de l'accompagnement des publics jeunes et en particulier des spécificités liées au développement cognitif et psychologique dans cet âge de la vie mais aussi une expérience du travail auprès de publics en difficulté et devra bénéficier d'une formation initiale et continue adaptée.

⁹ Voir notamment Santé publique France/programme santé mentale : base de données accessible à partir du lien suivant <http://santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/Methodes-et-criteres-de-selection>

¹⁰ Voir interventions validées de soutien à la parentalité type programme PSFP : « Programme de soutien à la famille et à la parentalité » - Santé publique France

L'équipe propose une organisation permettant le suivi intensif dans la communauté. La composition de l'équipe est adaptée à la montée en charge du dispositif.

VII. Financement du dispositif

Le financement relève de l'ONDAM médico-social et de crédits du Programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » mobilisés dans le cadre du dispositif de l'intermédiation locative (cf. circulaire du 5 mars 2009 annexe VI).

Dans ce cadre expérimental, l'enveloppe ONDAM médico-sociale hors-CNSA couvre le budget de l'équipe pluridisciplinaire médico-sociale, hors le poste de capteur de logement et de gestion locative (assuré par l'Etat) : les personnels médical et paramédical, une part du fonctionnement, les déplacements, la formation, le petit matériel et dépenses pharmaceutiques.

Le dispositif doit bénéficier de financements complémentaires alloués notamment par les collectivités territoriales concernées pour couvrir les subsides alloués aux personnes intégrées.

La montée en charge du dispositif vise 50 personnes intégrées d'ici fin 2020. Le ratio personnel / personne accompagnée est d'au moins 1/6.

Le financement de l'évaluation sera assuré par un budget national dédié.

VIII. Evaluation de l'expérimentation

Un suivi de la montée en charge de l'expérimentation sera réalisé au niveau national et nécessitera, pour les équipes retenues, de renseigner trimestriellement les indicateurs suivants :

- Nombre de prises en charge en cours et turn-over ;
- Nombre d'interventions réalisées auprès des personnes.

L'évaluation des résultats de l'expérimentation donnera lieu quant à elle à une action spécifique, menée par un prestataire externe au gestionnaire du dispositif dont le cahier des charges figure en annexe 1.

Cette évaluation comprendra obligatoirement les volets suivants :

- Analyse des besoins spécifiques pour les jeunes adultes ;
- Analyse des résultats en terme de maintien dans le logement, de rétablissement et de qualité de vie, d'accès aux services de soins et d'accès à l'emploi et à la formation ;
- Analyse des effets sur l'environnement ;
- Pratiques des professionnels ;
- Satisfaction des bénéficiaires.

Des professionnels de l'équipe dédiée participent à l'évaluation en assurant en plus de leur activité d'accompagnement auprès des personnes prise en charge le recueil des données à l'entrée et tous les 3 mois sur une période de 2 ans pour chaque personne intégrée. Cette activité fera l'objet d'un financement dédié par l'Agence régionale de santé ; elle débutera dès le démarrage de l'action en 2019 et fera l'objet d'un suivi spécifique. Un support informatique *ad hoc* identique pour les deux sites sera proposé par le comité de pilotage national.

Les échelles proposées pour le recueil des données seront adaptées à partir de celles utilisées dans le cadre de la recherche « Un chez-soi d'abord » 2011/2016.

IX. Modalités de sélection des projets

Les projets qui seront retenus pour participer à l'expérimentation, et qui par conséquent seront financés au niveau national, devront répondre aux objectifs du présent cahier des charges et présenter des garanties suffisantes en termes de compétences et de gestion pour mener à bien ce

projet. Ils devront être susceptibles de démarrer conformément au calendrier prévu pour l'expérimentation au plus tard dernier trimestre 2019 et répondre à l'objectif associé d'évaluation du dispositif.

X. Annexe 1 : Dispositif d'évaluation

5) Préambule

Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord jeunes » fait l'objet d'un cahier des charges qui définit ses objectifs, les publics visés, les conditions de mise en œuvre, la nature des prises en charge assurées, la composition de l'équipe pluridisciplinaire, le financement et les modalités de sélection des projets. Ce programme est développé sur 2 sites et sur une durée de 4 ans (2019/2022). Les objectifs et les modalités de mise en œuvre de l'évaluation de cette expérimentation devra être conduite par un prestataire externe à l'opérateur.

Le programme expérimental bénéficiera de l'appui méthodologique et de l'ingénierie du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » y compris sur le volet recherche et des expérimentations internationales faisant l'objet d'un guide publié par le « *Housing first hub* européen ». Un transfert de compétences et des formations sont prévus pour faciliter l'acculturation des équipes.

6) Justification et objectifs de l'évaluation

Des programmes « Un chez-soi d'abord jeunes » ont été déployés à l'international partant du constat que l'accompagnement des jeunes adultes est spécifique et que les programmes classiques « Un chez-soi d'abord » ouverts à toute personne majeure ne répondent pas aux problématiques de cette tranche d'âge avec suffisamment d'acuité. Il s'agit de déterminer si dans le contexte français cette dissociation entre des programmes généralistes et spécifiques à cette tranche d'âge est nécessaire et, si c'est le cas, quelles en seraient les conditions d'organisation et de financement.

Ce programme expérimental pose comme hypothèses :

1. Qu'il existe une spécificité de l'accompagnement des jeunes adultes « sans chez-soi » présentant une ou des pathologies mentales sévères pour un retour à l'autonomie et à la citoyenneté.
2. Que la mise en œuvre du dispositif permet un décroisement global à l'échelle du territoire concerné entre les dispositifs qui accompagnent ces publics lors du passage à l'âge adulte.

L'évaluation devra documenter :

1. Les profils et trajectoires des jeunes intégrés dans le dispositif ;
2. La spécificité des pratiques professionnelles au sein des équipes dédiées ;
3. L'impact du programme sur l'environnement en particulier sur des dispositifs de prise en charge des jeunes dont l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie.

Il sera notamment demandé des focus sur l'accès et le maintien des soins en psychiatrie pour ces jeunes adultes car on sait que classiquement il existe un retard dans l'accès aux services de santé lors des premières manifestations symptomatiques, sur l'accès à l'emploi ou à la formation professionnelle et sur le développement de liens de sociabilité. Le passage de relais d'accompagnement entre les dispositifs pour mineurs et ceux pour adultes tant sur le volet de la santé mentale que de l'aide sociale seront particulièrement étudiés.

7) Le suivi de l'évaluation

L'évaluation fera l'objet d'un protocole national déployé sur les 2 sites expérimentaux. Une procédure de marché public sera lancée au niveau national pour sélectionner le prestataire.

Le suivi et pilotage de l'évaluation seront confiés au comité de pilotage national qui devra associer une ou des personnalités qualifiées dans le domaine de la recherche et/ou de l'évaluation des politiques publiques.