



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°R76-2025-221

PUBLIÉ LE 17 JUILLET 2025

# Sommaire

## Agence Régionale de Santé Occitanie / Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

R76-2025-07-09-00033 - Arrêté N°2025-4420 UAD Montredon des Corbières portant fixation des dotations objectifs de santé publique et missions spécifiques 2025 de la DAF MCO, du Forfait Global unique de soins et d'entretien de l'autonomie, des dotations relatives au financement des structures des urgences autorisées, des forfaits relatifs à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, de la dotation à l'amélioration de la qualité, des forfaits annuels, des dotations relatives au financement de la psychiatrie, et de celles relatives au financement des soins médicaux et de réadaptation 2025 (5 pages) Page 4

### ARS OCCITANIE /

R76-2025-06-25-00007 - Arrêté ARSOC n° 2025-3557 portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société PHARMA DOM sise 1 bis chemin des Silos 31100 Toulouse. (2 pages) Page 10

R76-2025-06-26-00006 - Arrêté ARSOC n° 2025-3593 portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société VITALAIRE sise 1 chemin des Silos 31100 Toulouse. (2 pages) Page 13

R76-2025-07-16-00001 - Arrêté n° 2025-4449 du 16 juillet 2025 modifiant l'arrêté N° 2022-4452 du 22 septembre 2022 Relatif au projet expérimental art.51 « HOME - habitat communautaire soutenu » (101 pages) Page 16

### DRAAF Occitanie / Service régional de l'agriculture et de l'agroalimentaire

R76-2025-07-08-00006 - Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures à David DEILHOU enregistré sous le n°655524, autorisé d'une superficie de 28,7237 ha (4 pages) Page 118

R76-2025-07-08-00005 - Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures à l'EARL FERME DU BON LAIT sous le n°656530, autorisé d'une superficie de 31,2254 ha (4 pages) Page 123

R76-2025-07-08-00007 - Arrêté portant autorisation partielle d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures à LARRANG Julien enregistré sous le n°655508, autorisée d'une superficie de 1,0178 hectares et refus hectares (5 pages) Page 128

R76-2025-07-08-00008 - Arrêté portant autorisation partielle  
d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures au  
GAEC DES ROUGETS enregistré sous le n°1225322, autorisée d'une  
superficie de 2,39 hectares et refus 1,14 hectares (4 pages)

Page 134

**DREAL Occitanie / Secrétariat général**

R76-2025-07-15-00002 - DREAL OCCITANIE -arrêté NBI signé (4 pages)

Page 139

# Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2025-07-09-00033

Arrêté N°2025-4420 UAD Montredon des Corbières portant fixation des dotations objectifs de santé publique et missions spécifiques 2025 de la DAF MCO, du Forfait Global unique de soins et d'entretien de l'autonomie, des dotations relatives au financement des structures des urgences autorisées, des forfaits relatifs à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, de la dotation à l'amélioration de la qualité, des forfaits annuels, des dotations relatives au financement de la psychiatrie, et de celles relatives au financement des soins médicaux et de réadaptation 2025



**Arrêté n° 2025-4420 portant fixation des dotations objectifs de santé publique et missions spécifiques, de la DAF MCO, du Forfait Global unique de soins et d'entretien de l'autonomie, des dotations relatives au financement des structures des urgences autorisées, des forfaits relatifs à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, de la dotation à l'amélioration de la qualité, des forfaits annuels, des dotations relatives au financement de la psychiatrie, et de celles relatives au financement des soins médicaux et de réadaptation 2025**

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

**Bénéficiaire :**

AIDER SANTE UAD MONTREDON  
CORBIERES  
1 R DU PR CHRISTIAN CABROL

11100 MONTREDON DES CORBIERES  
FINESS ET - 110004413

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ;

Vu le décret n° 2022-1775 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, notamment son article 2 ;

Vu le décret n°2022-597 du 21 avril 2022 relatif au financement des activités de soins médicaux et de réadaptation, notamment son article 4 ;

Vu le Décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 décembre 2023 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins médicaux et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-1 du même code, notamment son article 11 et son annexe V. ;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2023 fixant les modalités transitoires pour le financement des activités de soins médicaux et de réadaptation à partir du 1er juillet 2023 et modifiant l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2025 fixant pour l'année 2025 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2025 fixant pour l'année 2025 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent

aux activités de soins médicaux de réadaptation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2025 fixant pour l'année 2025 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2025 fixant pour l'année 2025 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 juin 2025 fixant la liste des actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des activités, missions et actions mentionnées aux articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale et la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8 du même code ;

Vu l'arrêté fixant pour l'année 2025, les dotations régionales mentionnées aux 1°, 3°, 5°, 6°, 8° de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 162-22-8-2, R. 162-32-2, R. 162-33-17, R. 162-34-4 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code ;

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ;

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

Vu la décision ARS Occitanie n°2025-2854 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

**Considérant** l'avis des membres du Comité Consultatif Allocation de Ressources section Urgences rendu le 6 mai 2025,

**Considérant** l'avis des membres du Comité Consultatif Allocation de Ressources section Psychiatrie rendu le 3 juin 2025,

**Considérant** l'avis des membres du Comité Consultatif Allocation de Ressources section Soins Médicaux et de Réadaptation rendu le 13 juin 2025,

ARRETE

## **Article 1<sup>er</sup>**

### **I. Dotations relatives à des missions spécifiques au titre des activités MCO**

Le montant des dotations visant à financer les missions spécifiques propres à certains établissements et des actions et prises en charge mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale est fixé à 721 € au titre de l'année 2025 comme suit :

- Au titre du financement des missions spécifiques à certains établissements et des actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique : 721 €;
- Au titre des forfaits annuels mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 à L.162-22- 5-3 du code de la sécurité sociale et de la dotation relative au financement des structures des urgences autorisées mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale de la manière suivante :
  - Forfait annuel de coordination de prélèvements d'organes : 0 €;
  - Forfait annuel greffes : 0 €;
  - Forfait activités isolées : 0 €;
  - Forfait annuel maladie rénale chronique : 0 €.
- Le montant de la dotation populationnelle urgences : 0 €;

## II. Dotations relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique au titre des activités MCO

Le montant de la dotation de financement des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnée à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale est fixé à 17861 € au titre de l'année 2025 comme suit :

- Au titre du financement des objectifs de santé publique : **0 €** ;
  - Dont CAQES : **0 €**
- Au titre de la dotation complémentaire à la qualité de l'activité de soins de médecine d'urgence : **0 €** ;
- Au titre de la dotation financière à l'amélioration de la qualité mentionnée à l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale valorisant au titre de l'année 2025 la qualité et la sécurité des soins de MCO : 17861 €.

## III. Dotation annuelle de financement

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** au titre de l'année 2025.

## IV. Unités de soins de longue durée

## V. Dotations et forfaits relatifs au financement des activités de soins médicaux et réadaptation mentionnés à l'article R. 162-34-9 du code de la sécurité sociale

Le montant des dotations et forfaits mentionnés à l'article R. 162-34-9 est fixé, au titre de l'année 2025 comme suit :

- Dotation forfaitaire populationnelle et pédiatrique : **0 €** :
  - Dont dotation populationnelle : **0 €**;
  - Dont dotation pédiatrique : **0 €**;
  - Dont dotation de transition - Majoration ou minoration relative à la dotation forfaitaire : **0 €** ;
- Forfait relatif à l'utilisation des plateaux techniques spécialisés SMR: **0 €** ;
- Dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation SMR : **0 €** et réparti comme suit :
  - Missions d'intérêt général : **0 €** ;
  - Aide à la contractualisation : **0 €** ;
- **Dotation financière à l'amélioration de la qualité mentionnée à l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale valorisant au titre de l'année 2025 la qualité et la sécurité des soins de SMR : 0 €.**

## VI. Dotations relatives au financement des activités de psychiatrie mentionnées à l'article R.162-31-5 du code de la sécurité sociale

Le montant des dotations et forfaits mentionnés au I de l'article R. 162-31-5 est fixé, au titre de l'année 2025 comme suit :

- Dotation populationnelle PSY : **0 €**;
  - Dotation activités spécifiques PSY : **0 €** ;
  - Dotation pour la structuration de la recherche PSY : **0 €** ;
  - Dotation pour les nouvelles activités PSY : **0 €** ;
  - Dotation pour l'accompagnement à la transformation PSY : **0 €** ;
- Dotation financière à l'amélioration de la qualité mentionnée à l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale valorisant au titre de l'année 2025 la qualité et la sécurité des soins de PSY : **0 €**.

**VII. Dotation qualité du codage mentionnée au 2° du II de l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale.**

Le montant de la dotation qualité du codage est fixé, au titre de l'année 2025, comme suit :

- Montant de dotation qualité du codage annuel prévisionnel PSY au titre de l'année 2025 : **0 €** ;

**VIII. Dotation file-active mentionnée au 1° du II de l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale.**

Le montant de dotation file-active est fixé, au titre de l'année 2025 , comme suit :

- Montant de DFA annuel prévisionnel initial PSY au titre de l'année 2025 : **0 €** ;

Soit un total de 18582 €.

**Article 2 :**

À compter du 1er janvier 2026 dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2026, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour la dotation à l'amélioration de la qualité sur le champ MCO égal à un douzième du montant fixé pour 2025 : 17861€, soit un douzième correspondant à 1488 €

Base de calcul pour la dotation forfaitaire populationnelle et pédiatrique égale à un douzième du montant fixé pour 2025 : 0 €, soit un douzième correspondant à 0 €;

- Dont dotation populationnelle SMR : 0 €, soit un douzième correspondant à 0 €
- Dont dotation pédiatrique SMR : 0 €, soit un douzième correspondant à 0 €
- Dont dotation de transition SMR : 0 €, soit un douzième correspondant à 0 €

Soit un total de 1488 €.

**Article 3 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

**Article 4 :**

La personne désignée par Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargée de l'exécution du présent arrêté.

La caisse pivot de l'établissement est en charge du paiement des crédits mentionnés dans le présent arrêté.

Le 09/07/2025

Pour

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,  
et par délégation,

La Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Madame Julie SENGER

Pour le Directeur Général  
Et par délégation  
La Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie



Julie SENGER

# ARS OCCITANIE

R76-2025-06-25-00007

Arrêté ARSOC n° 2025-3557 portant  
modification de l'autorisation de dispensation à  
domicile d'oxygène à usage médical pour la  
société PHARMA DOM sise 1 bis chemin des Silos  
31100 Toulouse.

Arrêté ARSOC n° 2025-3557

Portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société PHARMA DOM sise 1 bis chemin des Silos – 31100 TOULOUSE

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Occitanie**

- Vu le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L 4211-5, L 5232-3 ;
- Vu le décret en date du 20 avril 2022 portant nomination de Monsieur Didier JAFFRE, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, à compter du 20 avril 2022 ;
- Vu l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux Bonnes Pratiques de Dispensation à Domicile de l'Oxygène à Usage Médical ;
- Vu la décision ARS Occitanie n°2025-2854 en date du 15 mai 2025 prise dans sa version actualisée portant délégation de signature du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Occitanie ;
- Vu l'arrêté du 28 janvier 2025, portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société PHARMA DOM dont le siège social est situé 10 avenue Aristide Briand 92220 BAGNEUX pour son site de rattachement sis 1 bis chemin des Silos 31100 TOULOUSE ;

Considérant la demande présentée en date du 30 avril 2025 par la société PHARMA DOM, dont le siège social est situé 10 avenue Aristide Briand – 92220 BAGNEUX, portant sur des modifications de zones de stockage et de retour de matériel, dans le cadre d'une redistribution de la surface des locaux entre les structures dispensatrices PHARMA DOM et VITALAIRE ;

Considérant l'avis du pharmacien inspecteur de l'agence régionale de santé, en date du 25 juin 2025 ;

Considérant que les conditions techniques de fonctionnement sont satisfaisantes et permettent d'autoriser l'activité demandée ;

**ARRETE**

**Article 1** La société PHARMA DOM, dont le siège social est situé 10 avenue Aristide Briand 92220 BAGNEUX, numéro FINESS de l'entité juridique : 92 004 065 6, est autorisée à dispenser à domicile de l'oxygène à usage médical depuis son site de rattachement implanté :

1 bis chemin des Silos – 31100 TOULOUSE.

Ce site de rattachement est inscrit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux sous le n° FINESS ET : 31 003 252 9.

L'aire géographique est celle définie dans la demande d'autorisation initiale permettant une intervention au domicile des patients, à partir du site de rattachement de TOULOUSE, dans un délai de trois heures de route maximum, en conditions usuelles de circulation.

Cette aire géographique comprend tout ou partie des départements suivants :  
Aveyron (12), Haute-Garonne (31), Gers (32), Tarn (81) et Tarn-et-Garonne (82).

- Article 2** L'arrêté du 28 janvier 2025 portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical à la société PHARMA DOM pour son site de rattachement sis 1 bis chemin des Silos 31100 TOULOUSE est abrogé.
- Article 3** Toute modification non substantielle des éléments figurant dans le dossier de demande d'autorisation doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé. Les autres modifications font l'objet d'une nouvelle demande d'autorisation auprès de l'Agence Régionale de Santé.
- Article 4** L'ensemble des opérations relatives à la dispensation de l'oxygène médical est effectué sous la responsabilité d'un pharmacien responsable inscrit au tableau de la section D de l'Ordre National des Pharmaciens pour cette activité.
- Article 5** Il appartiendra à l'établissement de déclarer annuellement le nombre de patients pris en charge en oxygénothérapie au 31 décembre de l'année N-1.
- Article 6** Les activités de ce site de rattachement doivent être réalisées en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène médical.  
Toute infraction à ces dispositions pourra entraîner la suspension ou la suppression de la présente autorisation.
- Article 7** La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou pour les tiers à compter de sa publication au recueil des actes administratifs des services de l'Etat.  
Le tribunal administratif peut-être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)
- Article 8** Le Directeur du Premier Recours est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

A Toulouse, le 25 juin 2025

Pour le Directeur Général et par délégation,  
Le Directeur adjoint du premier recours

  
Benoit RICAUT-LAROSE

# ARS OCCITANIE

R76-2025-06-26-00006

Arrêté ARSOC n° 2025-3593 portant  
modification de l'autorisation de dispensation à  
domicile d'oxygène à usage médical pour la  
société VITALAIRE sise 1 chemin des Silos 31100  
Toulouse.

Arrêté ARSOC n° 2025-3593

Portant modification de l'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société VITALAIRE sise 1 chemin des Silos – 31100 TOULOUSE

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Occitanie**

- Vu le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L 4211-5, L 5232-3 ;
- Vu le décret en date du 20 avril 2022 portant nomination de Monsieur Didier JAFFRE, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, à compter du 20 avril 2022 ;
- Vu l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux Bonnes Pratiques de Dispensation à Domicile de l'Oxygène à Usage Médical ;
- Vu la décision ARS Occitanie n°2025-2854 en date du 15 mai 2025 prise dans sa version actualisée portant délégation de signature du Directeur Général de l'agence régionale de santé d'Occitanie ;
- Vu l'arrêté du 09 août 2019, portant autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical pour la société VITALAIRE dont le siège social est situé 6 rue Cognacq Jay 75007 PARIS pour son site de rattachement sis 1 chemin des Silos 31100 TOULOUSE ;
- Considérant la demande, en date du 12 mars 2025, présentée par la société VITALAIRE sise route de Baziège, rue du Bolé – ZAC de la Bourgade 31670 LABEGE, en vue d'obtenir le transfert de l'autorisation de l'activité de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical du site de rattachement de LABEGE (31670) vers le site de rattachement sis 1 Chemin des Silos 31100 TOULOUSE. Cette demande a été enregistrée au vu de l'état complet du dossier en date du 19 mars 2025 ;
- Considérant que la demande susmentionnée a reçu un avis favorable du Conseil central de la section D de l'Ordre National des pharmaciens en date du 21 mai 2025 ;
- Considérant l'avis du pharmacien inspecteur de l'agence régionale de santé, en date du 25 juin 2025 ;
- Considérant que les conditions techniques de fonctionnement sont satisfaisantes et permettent d'autoriser l'activité demandée ;

**ARRETE**

**Article 1** La société VITALAIRE, dont le siège social est situé 6 rue Cognacq Jay 75007 PARIS, numéro FINESS de l'entité juridique : 75 005 841 4, est autorisée à dispenser à domicile de l'oxygène à usage médical depuis son site de rattachement implanté :

1 chemin des Silos – 31100 TOULOUSE.

Ce site de rattachement est inscrit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux sous le n° FINESS ET : 31 002 742 0.

L'aire géographique est celle définie dans la demande d'autorisation initiale permettant une intervention au domicile des patients, à partir du site de rattachement de TOULOUSE, dans un délai de trois heures de route maximum, en conditions usuelles de circulation.

Cette aire géographique comprend tout ou partie des départements suivants :

Région Occitanie : Ariège (09) ; Aude (11) ; Aveyron (12) ; Haute-Garonne (31) ; Gers (32) ; Lot (46) ; Hautes-Pyrénées (65) ; Tarn (81) ; Tarn-et-Garonne (82).

Région Nouvelle-Aquitaine : Lot-et-Garonne (47).

Le site de rattachement comporte les sites de stockages annexes sis :

- 7 rue Louis Vicat – ZI de Montplaisir – 81000 ALBI ;
- 220 rue Barthélémy Thimonnier – ZA de Malan 4 – parcelle 2013 lot 19 – 12510 OLEMPES.

**Article 2** L'arrêté du 09 août 2019 portant autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical à la société VITALAIRE pour son site de rattachement sis route de Baziège, rue du Bolé – ZAC de la Bourgade 31670 LABEGE est abrogé.

**Article 3** Toute modification non substantielle des éléments figurant dans le dossier de demande d'autorisation doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé. Les autres modifications font l'objet d'une nouvelle demande d'autorisation auprès de l'Agence Régionale de Santé.

**Article 4** L'ensemble des opérations relatives à la dispensation de l'oxygène médical est effectué sous la responsabilité d'un pharmacien responsable inscrit au tableau de la section D de l'Ordre National des Pharmaciens pour cette activité.

**Article 5** Il appartiendra à l'établissement de déclarer annuellement le nombre de patients pris en charge en oxygénothérapie au 31 décembre de l'année N-1.

**Article 6** Les activités de ce site de rattachement doivent être réalisées en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène médical.  
Toute infraction à ces dispositions pourra entraîner la suspension ou la suppression de la présente autorisation.

**Article 7** La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou pour les tiers à compter de sa publication au recueil des actes administratifs des services de l'Etat.  
Le tribunal administratif peut-être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Article 8** Le Directeur du Premier Recours est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

A Toulouse, le 26 juin 2025

Pour le Directeur Général et par délégation,  
Le Directeur adjoint du premier recours



Benoit RICAUT-LAROSE

# ARS OCCITANIE

R76-2025-07-16-00001

Arrêté n° 2025-4449 du 16 juillet 2025 modifiant  
l'arrêté N° 2022-4452 du 22 septembre 2022  
Relatif au projet expérimental art.51  
« HOME - habitat communautaire soutenu »

**Arrêté n° 2025-4449 modifiant l'arrêté N° 2022-4452 du 22 septembre 2022**

**Relatif au projet expérimental art.51  
« HOME - habitat communautaire soutenu »**

**Le Directeur Général de l'ARS Occitanie**

**Vu** le Code de la Sécurité Sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R-162-50-14 et suivants ;

**Vu** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

**Vu** l'arrêté n° 2022-4452 du 22 septembre 2022, relatif au projet régional HOME - habitat communautaire soutenu ;

**Vu** l'arrêté du 8 avril 2024 fixant pour l'année 2024 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, l'arrêté du 21 juin 2024 modifiant l'arrêté du 8 avril 2024 précité et l'arrêté du 29 novembre 2024 modifiant l'arrêté du 21 juin 2024 précité ;

**Vu** l'arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

**Vu** les délibérations du conseil d'administration de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie réuni le 16 décembre 2024 portant fixation du budget initial 2025 de l'agence (budget principal et budget annexe) du conseil d'administration de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie réuni le 30 juin 2025 portant sur la fixation du budget rectificatif n°1 de l'agence (budget principal et budget annexe) ;

**Vu** le décret en date du 20 avril 2022 portant nomination de M. Didier JAFFRE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Occitanie ;

**Vu** la décision ARS Occitanie N°2022-1843 du 20 avril 2022 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

**Vu** l'arrêté du 16 janvier 2025 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2025 ;

**Vu** le cahier des charges modifié du projet d'expérimentation « HOME - habitat communautaire soutenu »

**Vu** l'avis du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS) en date du 09 juillet 2025 ;

**Considérant** que l'objectif de l'expérimentation est d'améliorer la pertinence du parcours de soins sanitaire et social pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères en favorisant leur inclusion sociale et en diminuant leur recours à l'hospitalisation en psychiatrie.

Cette organisation innovante vise à éviter au maximum les hospitalisations même pour les patients les plus sévères, hospitalisations pouvant être à haut risque de désocialisation et de perte des habiletés sociales pour cette population très vulnérable.

**Considérant** que ce projet prévoyait l'autorisation d'une deuxième phase d'expérimentation conditionnée aux résultats de l'évaluation de la phase 1 ;

**Considérant** le cahier des charges annexé au présent arrêté ;

### **Arrêté :**

**L'Article 1<sup>er</sup>** est remplacé par :

Le projet comprend deux phases. Les résultats de l'évaluation de la phase 1 étant positifs, cet arrêté autorise la phase 2.

Le calendrier de la phase 1 a été raccourci de six mois. Le nouveau calendrier est le suivant :

La phase 1 prend fin le 26 septembre 2025 au lieu du 26 janvier 2026.

La phase 2 débutera le 27 septembre 2025 au lieu du 27 janvier 2026. Elle est prévue pour une durée complémentaire de deux ans et quatre mois, entre le 27 septembre 2025 et le 26 janvier 2028.

La durée totale de l'expérimentation est portée à 5 ans, celle-ci ayant débuté le 27 janvier 2023.

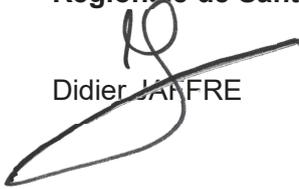
**Article 2** : Le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation « HOME - habitat communautaire soutenu » annexé au présent arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté du 22 septembre 2022 susvisé.

**Article 3** : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie,

**Article 4** : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans le délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via la plateforme télé recours citoyen accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**Montpellier, le 16 juillet 2025**

**Le Directeur Général de l'Agence  
Régionale de Santé Occitanie**

  
Didier JAFFRE

## PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

### HOME

#### Habitat cOMmunautaire soutEnu à Toulouse

Mise en place d'une équipe pluridisciplinaire de suivi intensif dans la communauté, associée si besoin à un accès facilité à un logement indépendant, comme alternative aux hospitalisations inadéquates en psychiatrie pour les personnes souffrant de maladie mentale sévère.

NOM DU(DES) PORTEUR(S)<sup>o</sup> et son statut juridique : **Centre Hospitalier Gérard Marchant, établissement public spécialisé en santé mentale.**

PERSONNE CONTACT :

Référent administratif : Aubry Lafon, directeur de l'activité, des finances et du système d'information [aubry.lafon@ch-marchant.fr](mailto:aubry.lafon@ch-marchant.fr)

Référent médical : Dr Billard, praticien hospitalier secteur 31G03 [julien.billard@ch-marchant.fr](mailto:julien.billard@ch-marchant.fr)

### MODIFICATIONS DU CAHIER DES CHARGES - PHASE 2



#### Note au lecteur :

**Les évolutions nécessaires au modèle pour la phase 2 de l'expérimentation sont décrites dans des encadrés orange et sont repérables en gras dans la table des matières.**

**En dehors de ces encadrés, le contenu est celui du cahier des charges initial autorisé par arrêté le 27 septembre 2022.**

**L'expérimentation HOME a été calibrée sur une durée maximale de cinq ans à partir de la 1<sup>ère</sup> inclusion de patient, scindée en trois phases :**

- Une période de préparation à l'inclusion de 4 mois, du 27 septembre 2022 au 26 janvier 2023. Cette période a servi au recrutement de l'équipe d'amorçage, à la formation ainsi qu'à la mise en place opérationnelle de l'organisation en vue des premières inclusions fin janvier 2023.
- Une première phase d'une durée initiale de 3 ans, du 27 janvier 2023 au 26 janvier 2026. Afin de caler les deux projets (SIIS Santé Mentale à Marseille et HOME à Toulouse) sur le même calendrier et proposer une republication synchrone des cahiers des charges pour la phase 2, le calendrier de SIIS est adopté. En conséquence, le calendrier de Home pour la phase 1 est restreint de 6 mois. La phase 2 débutera le 27 septembre 2025 au lieu du 27 janvier 2026. Cette première période a permis aux équipes de se mettre en place et de mettre en œuvre le modèle initial, soutenu par un modèle dynamique de financement complémentaire au droit commun avec une part de dotation fixe et une part croissante de financement variable selon le nombre de patients suivis.
- Une poursuite en phase 2, prévue pour une durée complémentaire de 2 ans et 4 mois, entre le 27 septembre 2025 et le 26 janvier 2028. Cette poursuite a été conditionnée aux résultats de l'évaluation intermédiaire et à la proposition d'un modèle économique robuste. Pour mémoire l'évaluation est commune aux deux projets HOME et SIIS Santé mentale lesquels gardent cependant leurs cahiers des charges respectifs. Les deux critères ci-dessus ayant été respectés, le présent cahier des charges présente les modalités opérationnelles de poursuite du projet expérimental HOME, selon un modèle optimisé sur le plan organisationnel et financier.

**Le présent cahier des charges reprend le cahier des charges initialement validé pour la phase 1. Il présente sous forme d'encadrés, les principaux constats, ainsi que les évolutions qui seraient**

**nécessaires au modèle pour la phase 2 de l'expérimentation. Pour faciliter la lecture, ces encadrés sont repérables en gras dans la table des matières.**

La démarche d'évaluation a été menée conjointement pour le projet HOME et le projet SIIS - Santé mentale, mis en œuvre par le groupe SOS Solidarités et la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat à Marseille, les deux expérimentations se basant sur le même modèle d'accompagnement dit « ACT » (Assertive Community Treatment) ou, en français, « SIM » (Suivi Intensif dans le Milieu). Ce modèle d'accompagnement a été développé dans les années 1990 aux Etats-Unis puis au Canada. Il a depuis été largement documenté au niveau international et ses effets sur la diminution du recours aux hospitalisations chez les personnes présentant des troubles psychiques les plus sévères, soit celles correspondant à nos critères d'inclusion, ne sont plus à prouver<sup>1</sup>. Il se base sur une approche intensive et multidisciplinaire et vise à proposer une offre de services intégrés, dispensés en grande majorité par les professionnels des équipes avec un soutien continu directement dans l'environnement de vie de la personne, favorisant ainsi son inclusion sociale et sa qualité de vie.

### **Principales évolutions en phase 2 sur le modèle organisationnel**

- **Le ratio d'accompagnement** : 1 ETP travaillé pour 7 personnes accompagnées. Conformément au modèle SIM/ACT, les temps de travail médicaux et administratifs ne sont pas pris en compte dans le calcul, ainsi que les absences (congrés divers et arrêts maladie, évalués à 20% du temps de travail total sur la phase 1) ;
- **La file active** : Passage de 100 usagers à **90 usagers en file active**, pour respecter modèle SIM/ACT ;
- **Le dimensionnement des équipes, en conséquence des 2 points précédents** : **16 ETP** (hors temps médical et administratif) pour 90 usagers soit **+ 2 ETP** ;
- **La composition des équipes** qui évolue : renfort d'autres compétences (ergothérapeute et médiateur santé pair) et plus de flexibilité dans les recrutements nécessaires afin de permettre de répondre aux besoins identifiés dans les files actives et aux réalités du marché du travail de chaque territoire, dans un contexte de fortes tensions dans les secteurs psychiatriques (notamment d'infirmiers) et médico-sociaux ;
- **La construction d'un parcours de formation spécifique aux équipes de type SIM** autour de 3 axes : une base de formation socle obligatoire pour tous les professionnels, complétée par des formations thématiques en fonction des professionnels et un accompagnement régulier à l'appropriation et au déploiement des approches nouvelles ;
- **La localisation de l'équipe** : en dehors de l'hôpital en adéquation avec le concept de désinstitutionnalisation, socle de cette expérimentation ;
- **Le modèle financier (convergence vers un modèle unique pour SIIS et HOME)** : incitatif en proposant une part variable selon la complexité du patient et un forfait lié à la volumétrie de la file active.

<sup>1</sup> Gelinas Daniel, « Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec », *Vie sociale*, 2010/1 (N° 1), p. 129-150. DOI : 10.3917/vsoc.101.0129. URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-129.htm>

### Principales évolutions en phase 2 sur le modèle financier

Composante	Description	Objectifs / Rationnels
<b>Dotation</b>	100 % des charges fixes + 90 % des charges de personnel pour la file active cible (90 patients)	Sécuriser financièrement les équipes aux charges fixes élevées ; garantir un dimensionnement adapté au suivi intensif et assurer une remontée de données fiable.
<b>Part variable complexité</b>	Jusqu'à 10 % des charges de personnel, déclenchée si $\geq 90$ patients inclus et calculée de façon proportionnelle à la part de patients dont le score EGF est strictement inférieur à 50, avec un maximum atteint à 90 % de patients complexes.	Encourager la prise en charge de patients complexes et la sortie de ceux dont l'état s'améliore ; garantir un accompagnement ajusté à la sévérité réelle.
<b>Forfait au-delà de la cible</b>	Forfait par patient au-delà de 90, basé sur le coût moyen pour 10 % de patients supplémentaires (ratio ETP 1:7,9)	Permettre un équilibre financier en cas de file active moins complexe ; arbitrer entre volume de patients et sévérité pour ajuster le financement.

Les évolutions organisationnelles (recrutements supplémentaires, formation continue, locaux adaptés, parc de véhicules, revalorisation salariale) et l'ajustement des charges au réel conduisent à une augmentation des prestations dérogatoires annuelles.

**Pour la phase 2, le besoin de financement** de l'expérimentation HOME sur 2 ans et 4 mois (du 27 septembre 2025 au 26 janvier 2028) est estimé à **4 408 132 € maximum** si tout ce qui est prévu dans le présent cahier de charges est réalisé.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des **financements dérogatoires** du droit commun pour un **montant maximum de 4 187 519 € financés par le FISS**,
- Des **crédits d'amorçage et d'ingénierie** pour un montant total de **220 613 €** versés sous forme de dotations par l'ARS pour les projets régionaux, **financés par le FIR**.

### Autres évolutions notables

L'utilisation de la grille Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) pour l'évaluation de la fidélité au modèle SIM/ACT.

### Résumé du projet :

Les maladies psychiatriques sévères (SMI) désignent une minorité (10 %) des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques (Schizophrénie, Trouble bipolaire et Trouble grave de la personnalité) qui présentent une invalidité majeure et persistante dans leur fonctionnement quotidien en lien avec leur trouble (symptômes délirants, négatifs et cognitifs résiduels). Sa prévalence est de 2 ‰ dans la population générale (Ruggeri, 2000). L'expérimentation HOME s'adresse à ces personnes notamment celles dont l'invalidité est évaluée, sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) comme  $< 50$ . Ces malades ont besoin d'un accompagnement sanitaire et social intensif pour vivre dans la communauté.

Les parcours de soin de ces personnes sont actuellement caractérisés par des ruptures multiples, l'absence de réponse satisfaisante à leur besoin d'accompagnement sanitaire et social et la forte utilisation des services d'hospitalisation de manière inefficace et prolongée.

Les longues hospitalisations en psychiatrie ne concernent qu'une faible part de la file active psychiatrique (1%) mais occupent une part importante des lits d'hospitalisation (25%) (Coldefy M. , 2014). 60 à 70 % de ces séjours sont considérés comme inadéquats c'est-à-dire non justifiés par une indication thérapeutique mais par le manque de solution d'aval (MNASM, 2011).

Ce qui entraîne pour le patient une désocialisation, une aggravation de la stigmatisation et une perte des habiletés sociales ; pour le système de soins un surcoût et une mauvaise utilisation des ressources hospitalières pour les soins aigus.

Par ailleurs la littérature scientifique montre qu'avec un accompagnement intensif structuré la majorité des personnes souffrant de maladie psychiatrique sévère peuvent vivre en sécurité dans un logement indépendant, ce qui correspond le plus souvent à leur souhait (Richter D., 2017).

Ce modèle de suivi intensif dans le milieu (SIM) ou Assertive Community Traitement (ACT) (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004) qui a montré avec un haut niveau de preuve sa capacité à diminuer le recours à l'hospitalisation et l'instabilité dans le logement (Dieterich, 2017), reste très peu diffusé en France. Il propose des services de traitement, de réhabilitation psychosociale et de soutien délivrés de manière intégrée, proactive et hautement individualisée par une équipe mobile. L'équipe, assure un fonctionnement 24 H / 24 et délivre la majorité de ses soins à l'extérieur (domicile, communauté...) avec une fréquence de 3 contacts par semaine en moyenne et jusqu'à 2 fois par jour en période de crise.

L'expérimentation HOME vise la création sur ce modèle d'une équipe de suivi intensif dans la communauté pouvant suivre 100 personnes en file active, sur l'agglomération toulousaine.

Afin que l'absence de domicile ne soit pas un obstacle à cette modalité de soins, en particulier pour les personnes en situation de longue hospitalisation, le dispositif HOME permettra si besoin un accès facilité à un logement indépendant par le biais d'un partenariat avec une association sociale de logement.

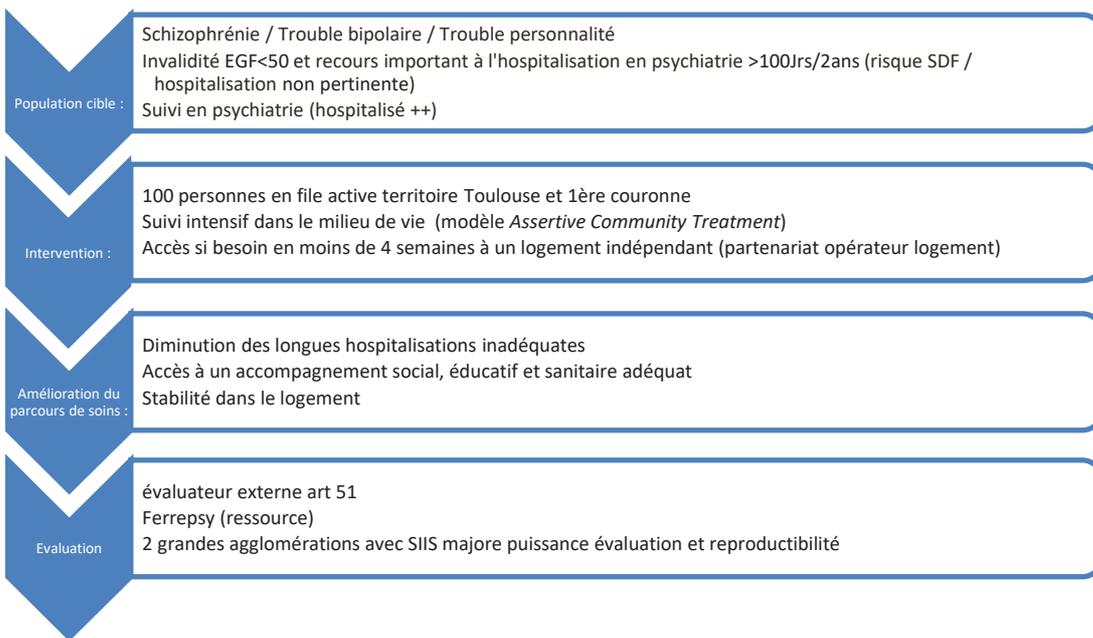
Ce projet s'inscrit dans les directives nationales et régionales (PRS, PTSM, Projet médical de la CPT Haute-Garonne et Tarn Ouest). Il propose une organisation innovante du suivi ambulatoire afin d'améliorer le parcours de soins et de favoriser l'inclusion sociale de cette population spécifique et complexe qui échappe à l'offre de soins existante. De plus la mise en place de l'expérimentation HOME vient en appui de l'expérimentation d'un dispositif de Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) à Marseille explorant elle aussi les bénéfices d'une organisation de soins suivant le modèle du suivi intensif dans la communauté. Une expérimentation de ces dispositifs innovants sur 2 grandes métropoles françaises en renforcera la puissance des résultats en particulier concernant la possibilité de diffusion nationale de ce modèle de soins innovant.

Le positionnement du dispositif HOME se fait sur :

- La sévérité de l'invalidité (EGF<50),
- Les situations de haut recours à l'hospitalisation psychiatrique, (>100jrs/2 ans)
- Un territoire d'intervention regroupant Toulouse et sa 1<sup>ère</sup> couronne, (inter secteurs)
- Un portage hospitalier,
- L'articulation fortement intégrée de service de domiciliation avec budget dédié (cohésion sociale BOP 177).

L'évaluation de l'expérimentation HOME, avec intervention d'un évaluateur externe dans le cadre de l'article 51, a été intégrée et anticipée dans la conception du projet. Le projet HOME fait l'objet d'un travail de conception et de partenariat depuis plusieurs années. De plus, il est porté par le Centre Hospitalier Gérard Marchant qui possède une expertise dans ce type d'expérimentation (Un Chez Soi d'Abord). Ces aspects rendent ce projet opérationnel à court terme.

**HOME éléments clés :**



CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
--	----------------

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

HOME CH G Marchant Phase 2 V6- 24062025

Local	X
Régional	
National	

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

## GLOSSAIRE

AAH: Allocation Adulte Handicapé  
ACT: Assertive Community Treatment  
ASDT : Admissions en Soins sans consentement à la Demande d'un Tiers  
ASDRE : Admissions en Soins sans consentement à la Demande du Représentant de l'État  
CDC : Cahier des charges  
CH GM : Centre Hospitalier Gérard Marchant  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CLSM : Comité Local de Santé Mental  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CPT : Communauté psychiatrique de territoire  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSTR : Centre Support de Toulouse en Réhabilitation psychosociale  
DDETS : Direction Départementale de l'Emploi du Travail et des Solidarité  
DIM : Département d'Information Médicale  
EDGAR : Entretien Démarche Groupe Accompagnement Réunion  
EGF : échelle d'évaluation globale du fonctionnement  
EMI : Équipe Mobile Inclusive  
FAM : Foyer D'Accueil Médicalisé  
HAD: Hospitalisation A Domicile  
ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio  
IML : Intermédiation Locative  
IPA : Infirmier en Pratiques Avancées  
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
MG : Médecin Généraliste  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRS : Projet Régional de Santé  
PTSM : Projet Territorial de Santé Mental  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SDF : Sans Domicile Fixe  
SIDIIS : Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale  
SIIS : Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale  
SIM : Suivi Intensif dans le Milieu (équivalent équipe ACT)  
SMI : Severe Mental Illness  
SNDS : Système National des Données de Santé  
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  
UFCV : Union Française des Centres de Vacances  
VAD : Visite A Domicile

## Table des matières

I	Description du porteur .....	10
II	Présentation des expérimentateurs et des partenaires.....	10
II.1	Expérimentateurs.....	10
II.2	Partenaires.....	11
III	Contexte et Constats .....	11
III.1	Le contexte : .....	11
III.1.a	National : .....	11
i.	La santé mentale en France : .....	11
ii.	Les longues hospitalisations .....	12
iii.	Expérimentation d'un dispositif de Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) à Marseille : .....	13
III.1.b	Local : .....	13
i.	La santé mentale en Haute-Garonne : .....	13
ii.	Les longues hospitalisations : .....	14
III.2	Les besoins de la population cible : .....	17
III.2.a	Les limites de la situation actuelle : .....	18
i.	En hospitalisation : .....	18
ii.	Logement Thérapeutique : .....	18
iii.	En logement indépendant : .....	20
III.2.b	Synthèse : .....	21
IV	Objectifs et effets attendus.....	23
IV.1	Objectifs stratégiques : .....	23
IV.2	Objectifs opérationnels.....	24
V	Description du projet .....	26
V.1	Objet de l'expérimentation.....	26
V.2	Population cible et effectifs .....	27
V.2.a	Critères d'inclusion (référentiel diagnostique DSM) .....	27
V.2.b	Critères de non inclusion .....	28
V.2.c	Effectifs .....	28
i.	Effectifs prévus : .....	28
V.2.d	<b>Phase 2 : File active : constats et propositions d'évolution</b> .....	29
ii.	Complexité de la population cible : .....	31
V.2.e	<b>Phase 2 : Territoire d'intervention et localisation équipe : constats et propositions d'évolution</b> .....	33
V.3	Parcours du patient / usager .....	34
V.3.a	La phase d'inclusion (1 mois).....	35
V.3.b	Le suivi intensif dans le milieu de vie (29 mois) .....	36
V.3.c	La phase de transition vers la sortie (6 mois) : .....	37

V.4	Organisation de la prise en charge / Intervention.....	39
V.4.a	Organisation du suivi : .....	39
i.	Organisation de l'équipe : .....	39
V.4.b	<b>Phase 2 : Organisation équipe</b> .....	39
ii.	Composition de l'équipe et montée en charge : .....	41
V.4.c	<b>Phase2 : Composition dimensionnement équipe, ratio d'accompagnement et file active : constats et propositions d'évolution</b> .....	43
V.4.d	Les interventions .....	46
V.4.e	<b>Phase 2 : Parcours : constats et propositions d'évolution</b> .....	50
V.4.f	<b>Phase 2 : Logement : constats et propositions d'évolution</b> .....	51
V.4.g	Estimation des besoins de suivi : .....	52
V.5	Formation, communication et information .....	52
V.5.a	<b>Phase 2 : Vers la construction d'un parcours de formation spécifique aux équipes de type SIM : constats et propositions d'évolution</b> .....	53
V.6	Terrain d'expérimentation.....	55
V.7	Durée de l'expérimentation.....	55
V.7.a	<b>Phase 2 : Modification calendrier</b> .....	56
	Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l'expérimentation :.....	57
V.8	PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE .....	57
V.9	<b>Phase 2 : Impact sur les durées d'hospitalisation</b> .....	59
VI	Les outils nécessaires pour l'expérimentation.....	60
VI.1	Les outils de la prise en charge patient .....	60
VI.1.a	Les outils non numériques.....	60
VI.1.b	<b>Phase 2 : Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) : constat et propositions d'évolution</b> .....	60
VI.1.c	Les outils numériques.....	64
VI.2	Le système d'information (SI) général de l'expérimentation .....	64
VI.3	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel.....	65
VII	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	65
VIII	Financement de l'expérimentation.....	65
VIII.1	Modalités de financement de la prise en charge proposée .....	65
VIII.1.a	Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires .....	66
VIII.1.b	Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) .....	67
VIII.1.c	Besoin total de financement (FIR+FISS) de la phase 1 .....	68
VIII.2	<b>Phase 2 : MODIFICATION DU MODELE ECONOMIQUE</b> .....	69
VIII.3	Autres sources de financement .....	76
VIII.4	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités.....	76
VIII.5	Construction du modèle au forfait et suivi d'activité .....	77
IX	Evaluation de l'expérimentation.....	78

	<b>Phase 2 : Evolution du protocole évaluatif .....</b>	<b>81</b>
X	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	84
X.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS).....	84
X.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP) .....	84
X.3	Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) .....	84
XI	Liens d'intérêts .....	84
XII	Elements bibliographiques .....	84
XIII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	86
XIV	Annexe 2 – Catégories d'expérimentations .....	89
XV	ANNEXE 4. VIGNETTES CLINIQUES : .....	91
XVI	ANNEXE 5 PHASE 2 : DEMANDES D'ADAPTATION DU RYTHME D'INCLUSION .....	96

## I DESCRIPTION DU PORTEUR

### Le Centre Hospitalier Gérard Marchant :

La structure porteuse du projet est le Centre Hospitalier Gérard Marchant. L'équipe de suivi intensif dans la communauté HOME créée par cette expérimentation sera rattachée au Centre Hospitalier Gérard Marchant qui assurera le pilotage de l'expérimentation et la coordination entre les différents partenaires.

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant assure le service public de santé mentale sur sept des huit secteurs de psychiatrie adultes de la Haute-Garonne. Il offre des services de premier recours sectorisés pour la psychiatrie adulte et propose également des dispositifs intersectoriels dédiés à des populations ou à des situations à risques spécifiques : adolescents, jeunes adultes et étudiants, sujet âgé, personnes handicapées, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, prise en charge de la crise. Il a développé les interventions dans le milieu de vie ordinaire (équipes mobiles, hospitalisation à domicile) ainsi que les services visant l'accompagnement vers le logement et le rétablissement. Ces dispositifs n'ont toutefois pas les moyens de proposer une offre d'intensité prolongée à domicile comme le propose HOME.

13530 patients ont été suivis par le Centre Hospitalier Gérard Marchant en 2019, dont la majorité (88 %) uniquement prise en charge en ambulatoire.

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant détient d'ores et déjà une expérience de copilotage avec un établissement médico-social spécialisé en addictologie et une association d'intermédiation locative du dispositif « un chez soi d'abord », ainsi que d'autres dispositifs dans le domaine du logement (groupe logement du CLSM, partenariat avec des bailleurs sociaux en faveur de la domiciliation).

## II PRESENTATION DES EXPERIMENTATEURS ET DES PARTENAIRES

### II.1 EXPERIMENTATEURS

L'expérimentation HOME s'effectuera sur le territoire de l'agglomération toulousaine dont les secteurs de psychiatrie publique dépendent du Centre Hospitalier Gérard Marchant et du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. Cette expérimentation est inscrite dans le projet médical partagé de la Communauté Psychiatrique de Territoire<sup>2</sup> et s'effectuera pour la partie opérationnelle en partenariat avec les services de santé psychiatrique et somatique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. La CPT, qui constitue un réseau partenarial spécialisé au sein du groupement hospitalier de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, permettant de mettre en place et d'assurer le suivi de projets complexes dans le domaine de la psychiatrie en mettant en relation les partenaires, contribuera à la réussite du modèle.

Capacités d'hospitalisation de la filière adulte psychiatrie générale et en milieu pénitentiaire :

	CH Gérard Marchant	CHU
Accueil urgences psychiatriques		17
Hospitalisation + de 24 H, Intra hospitalière	287	88
Dont unité sectorisée d'admission	140	22
Dont unité sectorisée de suite	95	
Dont unité intersectorielle d'admission	12	
Dont unité non sectorisée	40 (UHSA)	66
Hôpital de jour	119	25
Hospitalisation + de 24 H, Extra hospitalière	60	
Dont places de placement familial thérapeutique	13	

<sup>2</sup> La Communauté Psychiatrique de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest est composée du CH G Marchant, du CH de Lavaur, du CHU de Toulouse, du CH de Muret, de plusieurs établissements privés de santé participant au service public hospitalier : association Route Nouvelle (centre de postcure), association Après (centre de postcure), ARSEAA (pôle guidance infantile), établissement MGEN (hôpital de jour), association ASEI (Agir, Soigner, Éduquer, Insérer).

Dont places d'appartement thérapeutique	19	
Dont places en centre de post cure	28	
HAD	15	

## II.2 PARTENAIRES

1- Préfecture de la Haute-Garonne, direction de l'emploi, du travail et des solidarités :

Soutien institutionnel à l'expérimentation et financement de l'intervention de domiciliation par l'intermédiaire de mesure d'intermédiation locative (budget opérationnel de programme (BOP) 177 cohésion sociale).

2- Mairie de Toulouse :

Soutien institutionnel au projet et partenaire opérationnel pour favoriser l'inclusion sociale des usagers (Conseil Local Santé Mentale CLSM)

3- Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement :

Soutien institutionnel au projet et aide à la conception.

4- Opérateur logement : Union Cépière Robert Monnier (UCRM),

Aide à la conception du projet et partenariat avec l'équipe de suivi intensive pour permettre quand nécessaire un accès facilité et sans délai à un logement indépendant. Les opérateurs logements assureront dans ces situations la captation et la gestion locative des logements selon le modèle de l'intermédiation locative avec un budget spécifique (BOP 177).

5- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques :

Soutien et aide à la conception du projet.

6- Centre Support de Toulouse en Réhabilitation Psychosociale CSTR, CHU Toulouse :

Soutien, aide à la conception du projet et partenariat opérationnel

7- Association d'usagers en santé mentale « toutes voiles dehors » :

Soutien et aide à la conception du projet.

8- Fédération régionale pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale (FERREPSY) :

Soutien, aide à la conception du projet et ressource locale dans le processus d'évaluation de l'expérimentation.

En sus de ces partenaires un travail de réseau sera effectué lors de la mise en place de l'équipe de suivi intensif afin de faciliter l'accès aux structures de droits communs en fonction du projet d'accompagnement de la personne et de ses besoins identifiés. Il s'agit notamment des Groupe d'Entraide Mutuel (GEM), des Maisons des Solidarités, des maisons médicales, des CPTS, des structures sanitaires spécialisées hospitalières et ambulatoires, des CSAPA ...

## III CONTEXTE ET CONSTATS

### III.1 LE CONTEXTE :

#### III.1.a National :

##### i. La santé mentale en France :

Les maladies psychiatriques représentent la première cause d'invalidité en France, elles constituent le premier poste de dépense de l'assurance maladie avec 23 milliards d'euros annuels (Hammouche, Fiat,

& Wonner, 2019). Le coût total direct et indirect, des maladies mentales approche les 110 milliards d'euros.

Selon la cour des comptes (Cour des comptes, 2021):

- 340 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein en 2018 (soit un taux de 5,4/1 000) en nette augmentation par rapport à 1991 avec 250 000 personnes hospitalisées (soit un taux de 4,3/1 000).
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 55 jours et 1/3 des journées sont effectuées par des patients hospitalisés sur des longues durées (1 an ou plus).
- 2 millions de personnes ont reçu des soins ambulatoires dans les services publics

Malgré ce coût important l'état de santé de cette population reste insatisfaisant. La réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes, 13 ans chez les femmes et le taux de mortalité prématuré est quatre fois supérieur à la moyenne (Coldefy M. , 2018).

Un déséquilibre persiste dans l'offre de soins psychiatrique entre l'intra et l'extrahospitalier. L'hospitalisation en psychiatrie représente ainsi 80 % des dépenses de santé mentale (Verdoux, 2007). Un rapport parlementaire sur l'organisation de la santé mentale en France (Hammouche, Fiat, & Wonner, 2019) recommande un virage ambulatoire de la psychiatrie en redéployant 80 % du personnel de l'hôpital psychiatrique sur l'ambulatoire à l'horizon 2030. En 2017 seulement 43 % du personnel non médical exerçaient hors des unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie.

**Dans ce contexte la feuille de route santé mentale et psychiatrie pilotée par le ministère de la santé a été élaborée en juin 2018. Le projet Home s'inscrit dans plusieurs de ses recommandations, enrichies lors des assises de la santé mentale (27 et 28 septembre 2021).**

## Feuille de route santé mentale et psychiatrie

- **Action n° 9 : Développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient**
- **Action n°36 : Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné**

### ii. Les longues hospitalisations

En France, Les longues hospitalisations en psychiatrie ( $\geq 292$  jours/an) représentent 0,8 % des patients pris en charge en établissement de santé, mais elles occupent  $\frac{1}{4}$  des journées d'hospitalisation en psychiatrie et  $\frac{1}{4}$  des lits en psychiatrie (Coldefy M. , 2014). On retrouve dans 2/3 des cas un des diagnostics d'inclusion dans l'expérimentation HOME.

Parmi ces longues hospitalisations, les hospitalisations « inadéquates », c'est-à-dire non justifiées par une indication thérapeutique mais par un manque de solutions d'aval, concernent 60 à 70 % des séjours selon la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM, 2011).

Ces hospitalisations sont fréquemment associées à la perte du logement et aux difficultés de réinsertion en logement autonome (Chapireau, 2002).

iii. Expérimentation d'un dispositif de Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) à Marseille :

En se basant sur des constats similaires, une expérimentation article 51 a été autorisée à Marseille. Il s'agit d'une expérimentation d'un dispositif de Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) des personnes présentant des troubles psychiques sévères et fréquemment hospitalisées en psychiatrie sur deux territoires de la ville de Marseille.

Elle propose la mise en place de deux équipes mobiles pluridisciplinaires de suivi intensif sur une population cible équivalente et avec une file active de 80 patients par équipe. Ces équipes interviendront sur deux territoires de la ville de Marseille : le centre-ville et les quartiers sud et partageront le modèle de suivi intensif dans la communauté de l'expérimentation HOME.

Les expérimentations SIIS et HOME se recoupent en particulier au niveau du modèle d'organisation de soins et du financement forfaitaire innovant testés. Home propose plus spécifiquement un modèle dynamique avec une part croissante de financement variable selon le nombre de patients suivis et une part de dotation fixe. Ainsi la mise en place d'une expérimentation de ce modèle sur 2 territoires de 2 grandes agglomérations françaises en renforcera les conclusions en particulier sur la transférabilité de ces dispositifs à l'échelle nationale où les problématiques des soins ambulatoires aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères et d'utilisation inefficace des ressources d'hospitalisation en psychiatrie pour cette population sont partagées.

III.1.b Local :

i. La santé mentale en Haute-Garonne :

Le diagnostic du PTSM 31 note la forte croissance démographique de la Haute-Garonne (+ 10 % entre 2011 et 2019) avec une répartition se concentrant majoritairement sur la métropole toulousaine et son agglomération. Outre cette augmentation en effectifs, les études montrent une augmentation importante des besoins de santé dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi pour le seul département de la Haute-Garonne, en 2015, 24 940 personnes sont bénéficiaires de cette ALD dont 2 590 nouveaux cas sur l'année soit 10,3% des effectifs de l'année.

L'offre de soins en hospitalisation psychiatrique en Haute-Garonne se caractérise par une forte proportion de lits d'hospitalisations privés (3/4 des lits) et pour une population comparable, un très faible nombre de lits publics permettant la prise en charge des patients les plus complexes. Cela s'associe à une forte concentration des patients les plus lourds (maladie psychiatrique sévère, situations de précarité, hospitalisation sans consentement) sur les lits d'hospitalisations publics, ainsi la part des patients pris en charge en hospitalisation complète souffrant d'une psychose est de 64% au Centre Hospitalier Gérard Marchant et de 51.5% au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, soit le double de la moyenne nationale établie pour les établissements publics de santé. De plus, la part des hospitalisations sans consentement et singulièrement des hospitalisations à la demande du représentant de l'État est prépondérante au sein de l'établissement (plus haut taux de SDRE hospitalisés parmi les patients par rapport aux 30 établissements des 10 plus grandes aires urbaines françaises).

Cette situation est à l'origine sur ce territoire d'une forte tension sur les lits d'hospitalisation psychiatriques en aval avec une répercussion sur le fonctionnement des urgences psychiatriques et en amont.

**Inscription dans la politique régionale de santé :**

**Projet Territorial de Santé Mentale 31**

- **Priorité 2 : Parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture** ⇒ Promouvoir des parcours individualisés pertinents respectant le libre choix des patients
- Fiche action recommandant la création du dispositif HOME dans la Thématique 5 : construire un parcours de vie adapté à chaque individu au plus près de ses besoins  
Axe 19 : Accompagnement à l'emploi et au logement

**Projet Régional de Santé Occitanie juillet 2018**

- **Parcours prioritaire personnes en situation de handicap** : Priorité opérationnelle n°3 Favoriser l'inclusion des personnes en situations de handicap ⇒ Promouvoir l'habitat inclusif
- **Parcours prioritaire santé mentale** : Priorité opérationnelle n°2 : Renforcer l'action conjointe des professionnels ⇒ Prioriser le déploiement de dispositifs de réhabilitation psychosociale ayant fait leurs preuves  
Priorité opérationnelle n°3 : Favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en santé mentale

**CPT Haute Garonne et Tarn Ouest Plan stratégique de transformation de la psychiatrie publique en Haute-Garonne**

- **Priorité restructuration et réorganisation de l'offre de soins** ⇒ axe 3 création de dispositifs de réhabilitation innovants et/ou utilisant des modalités de soins spécialisés

ii. Les longues hospitalisations :

**Le critère de 100 jours d'hospitalisation sur 2 ans correspond au taux de haut recours à l'hospitalisation en psychiatrie** (Hardy-Baylé, 2015). Il s'agit du seuil au-dessus duquel le modèle ACT (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004) se montre le plus efficient (Dieterich, 2017). **En retenant ce seuil pour l'inclusion des patients, l'expérimentation HOME pourra intervenir pour favoriser la sortie des patients avec de longs séjours d'hospitalisation (≥ 292 jours / an) mais aussi prévenir ces longs séjours pour les personnes avec un séjour > 100 jours sur 2 ans et un score EGF < 50.**

L'utilisation inefficace de l'hospitalisation temps plein pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères se manifeste en Haute-Garonne de la même manière qu'au niveau national.

**Données sur la population cible (>100Jrs/2 ans) suivie par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant:**

Ces 2 établissements gèrent l'ensemble des lits d'hospitalisation publique en psychiatrie pour la Haute-Garonne.

- Données DIM Centre Hospitalier Gérard Marchant et Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (Hors critère échelle EGF) :

**Tableau I :** Patients avec diagnostic d'inclusion (code CIM X F2, F3 et F6) et hospitalisés > 100 jours sur 2 ans (entre 1<sup>er</sup> janvier 2018 et 31 décembre 2019) sur le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant

	File active	Durée Moyenne d'Hospitalisation (du 1/01/2018 au 31/12/2019 en jours)
Patients ayant 100 j ou plus d'hospitalisation sur 2 ans (entre janvier 2018 et décembre 2019)	537	292
<b>Dont</b> patients ayant 180 j ou plus d'hospitalisation sur 2 ans (entre janvier 2018 et décembre 2019)	305	414
<b>Dont</b> patients ayant 365 j ou plus d'hospitalisation sur 2 ans (entre janvier 2018 et décembre 2019)	146	584

**On voit que les effectifs hospitalisés sur le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant permettent largement le recrutement de 100 patients.** De plus la longue durée moyenne d'hospitalisation de cette population favorise l'efficacité de l'expérimentation HOME.

- Enquête flash été 2020 concernant les patients > 100jrs sur 2 ans et intégrant le critère EGF<50 pour estimer l'adressage à l'expérimentation HOME :

Entre Juillet et Août 2020, l'ensemble des psychiatres adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et du Centre Hospitalier Gérard Marchant ont été contactés par mail afin d'indiquer quels seraient les patients de leur file active répondant aux critères d'admission du dispositif HOME qu'ils orienteraient sur le dispositif HOME s'il existait. 14 psychiatres sur 75 y exerçant ont répondu.

**Tableau II :** Enquête HOME Juillet/août 2020

Nombre de patients adressables sur HOME	48
Durée moyenne d'hospitalisation entre 01/2018 et 31/08/2020	531 jours / patient
Durée moyenne d'hospitalisation par mois entre 01/2018 et 31/08/2020	16 jours / mois
Nombre de séjours entre 100 et 200 jours sur 2 ans (entre 1 et 2 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)	11 sur 48 soit 23 %
Nombre de séjour entre 200 et 400 jours sur 2 ans (entre 2 et 4 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)	16 sur 48 soit 33 %
Nombre de séjour de plus de 400 jours sur 2 ans (> 4 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)	21 sur 48 soit 44 %
Coût moyen de l'hospitalisation / an / patient	75 072 euros

Nombre de patients en soins sans consentement entre 01/2018 et 31/08/2020	39 sur 48 soit 80 % Dont 61 % SDT <sup>3</sup> Dont 30 % SDRE Dont 9 % SDIP
Nombre de patients en soins sans consentement au 31/08/2020	13 soit 27 % <sup>4</sup> Dont 4 soit 30% en SDT Dont 4 soit 30% en SDRE Dont 5 soit 40% en SDIP
Nombre de patient ayant besoin d'un accès au logement	42 soit 87,5 %
Nombre de patients encore hospitalisés le 31/08/2020 (fin étude) Les 18 restants pourraient être inclus depuis leur domicile	30 soit 62,5 %

Les résultats de cette enquête flash exploratoires sont convergents avec les données DIM du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et du Centre Hospitalier Gérard Marchant, en montrant qu'une proportion significative de la file active de ces établissements correspondrait aux critères d'inclusion du dispositif Home.

**FOCUS sur la part des très longs séjours psychiatriques (≥ 292 jours / an ) dans les services d'hospitalisation publique de Haute-Garonne:**

La population cible de l'expérimentation HOME (score EGF<50 et recours important à l'hospitalisation psychiatrique (>100 jours sur 2 ans)) présente un risque important de très longs séjours en psychiatrie. Ces séjours occupent en Haute Garonne comme au niveau national une part importante des lits d'hospitalisation en psychiatrie.

**Les données DIM Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et Centre Hospitalier Gérard Marchant (hors critères EGF)**

**Tableau III** : Patients pris en charge hospitalisés en temps plein au CHGM et au CHU, quel que soit le diagnostic principal

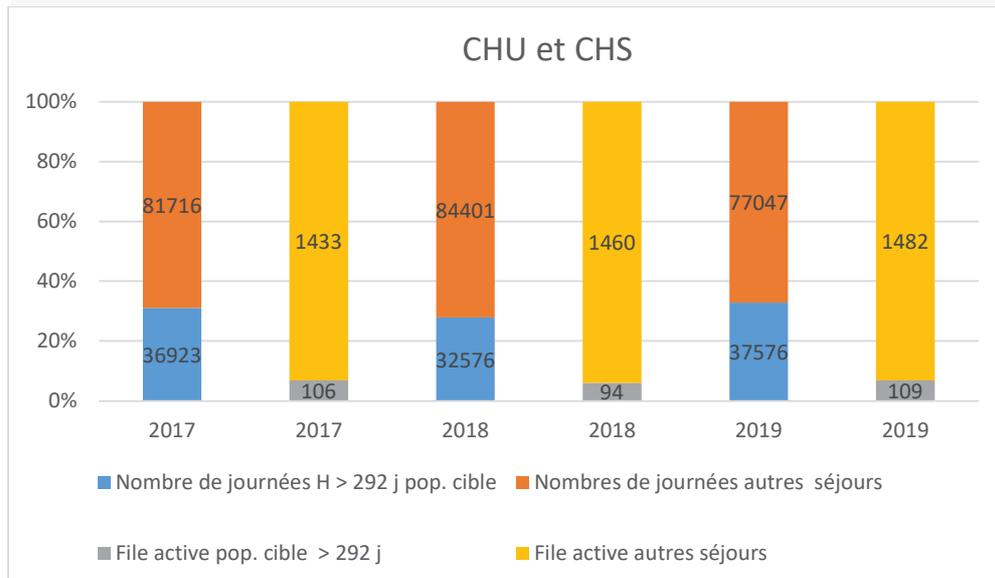
	2017	2018	2019
File active totale	1539	1554	1591
Nb total de journées d'hospitalisation	118639	116977	114623
File active dont les séjours ≥ 292j/an	112	101	112

**Tableau IV** : Patients hospitalisés à temps plein au CHGM ou au CHU avec un séjour ≥ 292 jours/an ET présentant un diagnostic d'inclusion à HOME (codes CIM X F2, F3 et F6)

	2017	2018	2019
File active dont les séjours ≥ 292j/an	106	94	109
Nb de journées d'hospitalisation dans l'année	36923	32576	37576
Nb de nouveaux patients avec séjour ≥ 292j/an (non hospitalisés l'année précédente)		8	13

<sup>3</sup> SDT : Soins sans consentement à la Demande d'un Tiers ; SDRE : Soins à la Demande du Représentant de l'État ; SDIP : Soins sur Décision d'Irresponsabilité Pénale

<sup>4</sup> Ces patients seront potentiellement adressés en programme de soins sans consentement ambulatoire sur le dispositif Home

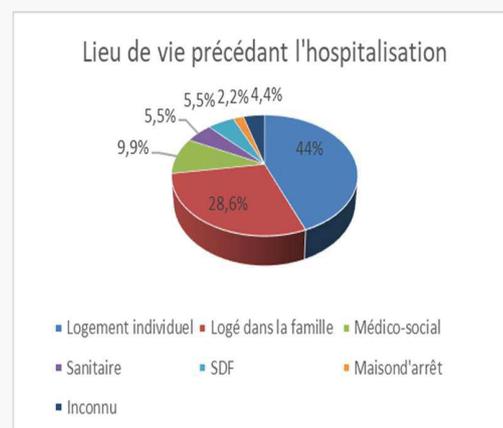
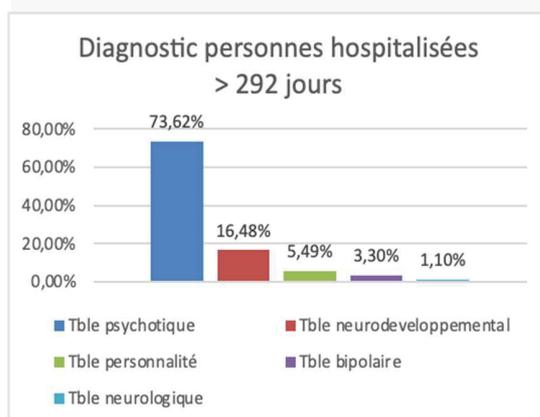


Les personnes atteintes de pathologie psychiatrique sévère hospitalisées au long cours représentent une faible part de la file active des hospitalisations (**7 % en 2019**) mais occupent une part importante des soins en hospitalisation psychiatrique (**33 % des journées réalisées en 2019**).

Étude sur les très longs séjours (>292 jours / an) Centre Hospitalier Universitaire et Centre Hospitalier Gérard Marchant de Février 2018 à Février 2019 :

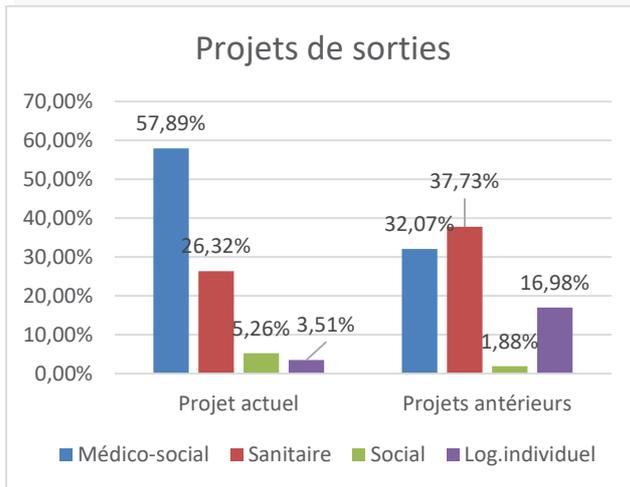
Une étude sur ces très longs séjours psychiatriques dans les hôpitaux de Toulouse (Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et Centre Hospitalier Gérard Marchant) a été réalisée en 2019 (Poey, 2019). Elle a recensé 91 patients hospitalisés au très long cours (≥ 292 jours continus ou non sur l'année) entre le 18 février 2018 et le 18 février 2019

Elle retrouve les caractéristiques suivantes pour ces 91 très longs séjours :



80 % des personnes ayant un très long séjour dans cette étude ont un profil correspondant aux critères d'inclusion du dispositif HOME.

Une majorité (70%) vivaient dans la communauté (logement indépendant ou dans la famille) avant l'hospitalisation et 5% étaient SDF.



Même si une majorité des personnes vivaient en logement indépendant avant leur long séjour (44 %), les projets de sortie se sont principalement orientés vers les structures médico-sociales (foyer, FAM) (58 %) et sanitaires (appartement thérapeutique et centre postcure) (26 %) et très faiblement vers un logement indépendant (3,5 %).

Les projets de logements individuels se font de plus en plus rarement au fur et à mesure du séjour (de 17 % à 3,5 %) tandis que les projets d'orientation dans le médico-social sont de plus en plus fréquents (de 32% à 58%)

Ces données vont dans le sens d'une faible orientation vers le logement et d'une orientation préférentielle vers le secteur médico-social des personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères, malgré la préférence de cette population pour vivre en logement indépendant. Une partie de ces orientations vers le secteur médico-social sont effectuées par défaut du fait du manque de dispositif assurant des soins ambulatoires suffisamment intensifs à cette population afin de leur permettre de vivre en logement.

57 séjours sur 91 sont considérés comme « inadéquats » soit **60 % des séjours ≥ 292 jours** (non justifiés par une indication thérapeutique mais par un manque de solutions d'aval).

**50 patients, soit 87 % des patients en longs séjours inadéquats, remplissent les critères d'admission au dispositif HOME et 17 patients seraient adressés sur le dispositif HOME (30%)** par leur psychiatre traitant si ce projet existait, pour cette part des patients avec très longs séjours.

⇒ **Ces données vont dans le sens d'un manque de soutien sanitaire et social dans la communauté responsable d'une partie de ces très longues hospitalisations et du fort impact de ces longues hospitalisations sur l'offre de soins psychiatrique en hospitalisation.**

### III. 2 LES BESOINS DE LA POPULATION CIBLE :

Les personnes souffrant de pathologie psychiatrique sévère présentent une invalidité majeure et persistante dans leur vie quotidienne (symptômes persistants, rechutes et difficultés d'engagement dans les soins). Cette population souhaite vivre en logement indépendant (Richter D. , 2017), mais nécessite pour s'y maintenir un accompagnement global, intensif et proactif.

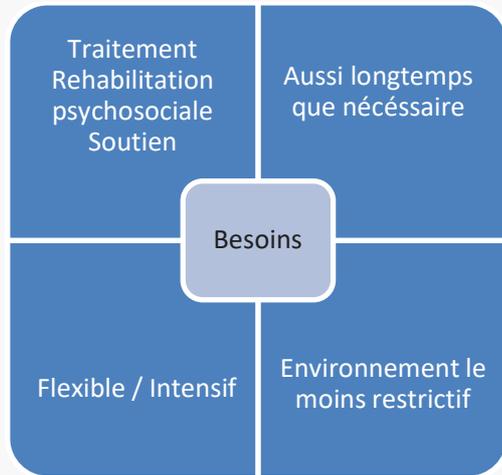


Figure 1 – L'accompagnement nécessaire

Cet accompagnement doit :

- Associer des services intégrés de traitement, de réhabilitation psychosociale et de soutien à la vie quotidienne
- Être flexible en fonction des besoins et objectifs du patient avec la possibilité d'intensification du suivi en période de crise
- Être disponible aussi longtemps que nécessaire.
- Être fourni dans l'environnement le moins restrictif possible.

En l'absence de cet accompagnement les risques sont l'instabilité du logement et les longues hospitalisations inadéquates en psychiatrie.

### III.2.a Les limites de la situation actuelle :

On constate de nombreux obstacles concernant l'accès à des soins adaptés de cette population :

- Liés aux caractéristiques de cette population : intensité des symptômes, comorbidités addictives, difficultés d'engagement dans les soins, liées à un défaut de perception des troubles et préférence pour une vie en logement autonome.
- Liés à l'organisation du système de soins : saturation des dispositifs (CMP et dispositif de logement thérapeutique), offre de soins sanitaires et médico-sociale insuffisante pour les personnes vivant en logement indépendant.
- Liés à la difficulté de mettre en place des soins coordonnés de traitement, réhabilitation et de soutien pour cette population. Du fait des difficultés d'engagement et des offres de soins sanitaire et médico-sociale cloisonnées.

Les différents soins accessibles actuellement en Haute-Garonne pour la population cible de l'expérimentation sont :

#### i. En hospitalisation :

<p><b>hospitalisation temps plein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 375 lits d'hospitalisation temps plein dans le public en Haute Garonne pour 1,39 millions d'habitants</li> <li>• 1/4 des lits sont occupés par des longues hospitalisation (≥ 292 jours)</li> <li>• <b>saturation avec difficultés à accueillir les patients en urgence</b></li> <li>• <b>Les longues hospitalisations entraînent une aggravation de la désinsertion, des habiletés sociales et de la stigmatisation</b></li> </ul>
<p><b>Unité de suite et de Rehabilitation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 66 lits répartis sur 3 unités non sectorisées</li> <li>• Pour les personnes nécessitant un environnement hospitalier pour leur soins de réhabilitation psychosociale</li> </ul>
<p><b>Limites</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fréquentes longues hospitalisations inadéquates c'est à dire non justifiées par une indication thérapeutique mais par un manque de solutions d'aval ⇒ saturation</b></li> <li>• <b>longues hospitalisations responsables d'une désocialisation, de stigmatisation et d'une détérioration des habiletés sociales</b></li> </ul>

#### ii. Logement Thérapeutique :

- Structures « résidentielles » associant hébergement et soutien sur site :

Ces structures correspondent au *Residential Continuum Model* décrit dans la littérature (Leff, 2009 ), elles ont comme caractéristiques communes :

- Service transitoire et préparatoire (1 à 2 ans),
- Vie en collectivité (résidence ou appartement partagé),
- Conditions pour l'admission : abstinence de toxique, participation à des activités, avoir un suivi psychiatrique

Ces dispositifs peuvent être qualifiés de *high demand high readiness* car ils sélectionnent les gens ayant besoin de soins intensifs et qui sont prêts à respecter les conditions d'admission.

### Centre postcure

- 28 places dans 2 résidences
- présence soignante sur site 24H/24 ⇒ accompagnement intensif

### Appartements thérapeutiques

- 19 places dans des appartements collectifs disséminés
- présence soignante sur site 24H/24 ⇒ accompagnement intensif

### Dispositifs associatifs

- Appartement santé mentale france 28 places / appartements communautaires Route Nouvelle 24 places / hospitalisation de nuit Centre Après 19 places
- pas de suivi intensif

### Limites

- **Difficulté d'accès (vie en collectivité, règlement, état suffisamment stabilisé)**
- **Saturation avec long délai d'accès**
- **réorientation fréquente vers d'autres dispositifs à la fin du suivi**
- **Prise en charge hors du milieu de vie nécessitant un transfert des acquis.**

- Structure de « logement accompagné », avec un logement individuel et un hébergement illimité dans le temps :

Depuis 2010, plusieurs dispositifs ont vu le jour se caractérisant par un éloignement du *Residential Continuum Model* notamment en proposant un logement individuel illimité dans le temps. Certaines de ces structures reprennent le modèle *Supported Housing* comme Un Chez Soi d'Abord (destiné aux personnes SDF).

### Un chez soi d'abord

- reprend le modèle *Supported Housing et suivi intensif dans la communauté*
- 150 places en logements indépendants disséminés dans la communauté
- accompagnement illimité dans le temps suivi intensif
- inclusion par le critère sans domicile fixe / pathologie psychiatrique sévère / haut niveau de besoins sanitaires et sociaux

### Unité de domiciliation

- appartements supervisés 10 places en logements individuels
- accompagnement illimité dans le temps pas de suivi intensif

### Résidence Accueil O Mon Pays

- 14 places en studios individuels groupés dans une résidence accueil règles de vie semi-collective
- accompagnement illimité dans le temps pas de suivi intensif

### Limites

- **Pas de suivi intensif en dehors d'Un Chez Soi d'Abord**
- **Le suivi psychiatrique n'est pas assuré par ces structures mais le plus souvent par CMP qui ne peut assurer un suivi intensif**

Concernant le dispositif Un Chez Soi d’Abord son fonctionnement s’inspire du même modèle que notre expérimentation, cependant :

Un Chez soi d’abord s’adresse exclusivement aux personnes SDF, or notre public n’est pas SDF mais le plus souvent hospitalisé au long cours. La prévention du sans abris et des hospitalisations au long cours font partie des objectifs du dispositif HOME.

HOME s’adresse à une population plus dépendante de l’hôpital que celle d’Un chez soi d’abord de ce fait le dispositif HOME, à la différence d’Un Chez Soi d’Abord, assurera suivi psychiatrique et délivrance, quand nécessaire, des traitements par les IDE de l’équipe. Avec un effectif infirmier majoré par rapport à celui d’Un Chez Soi d’Abord et un nombre moyen de contacts plus important (3/semaine vs 1/semaine).

- En milieu protégé :

<b>L'Accueil Familial Thérapeutique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 places d'hebergement dans une famille d'accueil</li> <li>• accompagnement illimité dans le temps pas de suivi intensif</li> </ul>
<b>structures médico-sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foyer occupationnel, Foyer d'Accueil Médicalisé et Maison d'Accueil Spécialisé</li> <li>• vie en collectivité et accompagnement illimité dans le temps</li> </ul>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement contraignant et non inclusif</li> <li>• Long délai d'accès</li> </ul>

- iii. En logement indépendant :

Pour les personnes qui vivent en logement indépendant les soins psychiatriques vont s’articuler autour du CMP. Les services de réhabilitation et de soutien à la vie quotidienne seront délivrés par d’autres services.

### CMP

- 8 secteurs et 15 CMP en Haute Garonne
- 1,390 millions d'habitants soit 173000 habitants / secteur et 92000 habitants / CMP
- un des départements avec la plus faible offre de soins ambulatoire de secteur
- Saturation avec délai moyen de rdv médical de 2 à 3 mois
- **File active , ratio soignants/patients et organisation ne permettent pas des soins intensifs au domicile et ne répondant pas aux besoins de suivi pluridisciplinaire de la population cible**

### Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

- 2 SAMSAH à spécificité psychiatrique (40 places chacun)
- aide à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par le biais d'un accompagnement médico-social dans le milieu de vie de la personne
- **Ne permet pas d'intervention intensive : pas de disponibilité 24H/24 pas d'intervention sanitaire de crise**

### Hospitalisation à Domicile PsyDom 31

- 30 places
- soins médicaux et paramédicaux au domicile
- **1 mois renouvelable 1 fois 1 à 2 contacts / jour 7 jours / 7**
- **prise en charge intensive au domicile limité à période aiguë et nécessitant un logement stable ne répondant pas au besoin de suivi intensif sur une période prolongée de la population cible**

## III.2.b Synthèse :

L'insuffisance des dispositifs de soutien intensif au domicile pour cette population entraîne des orientations par défaut :

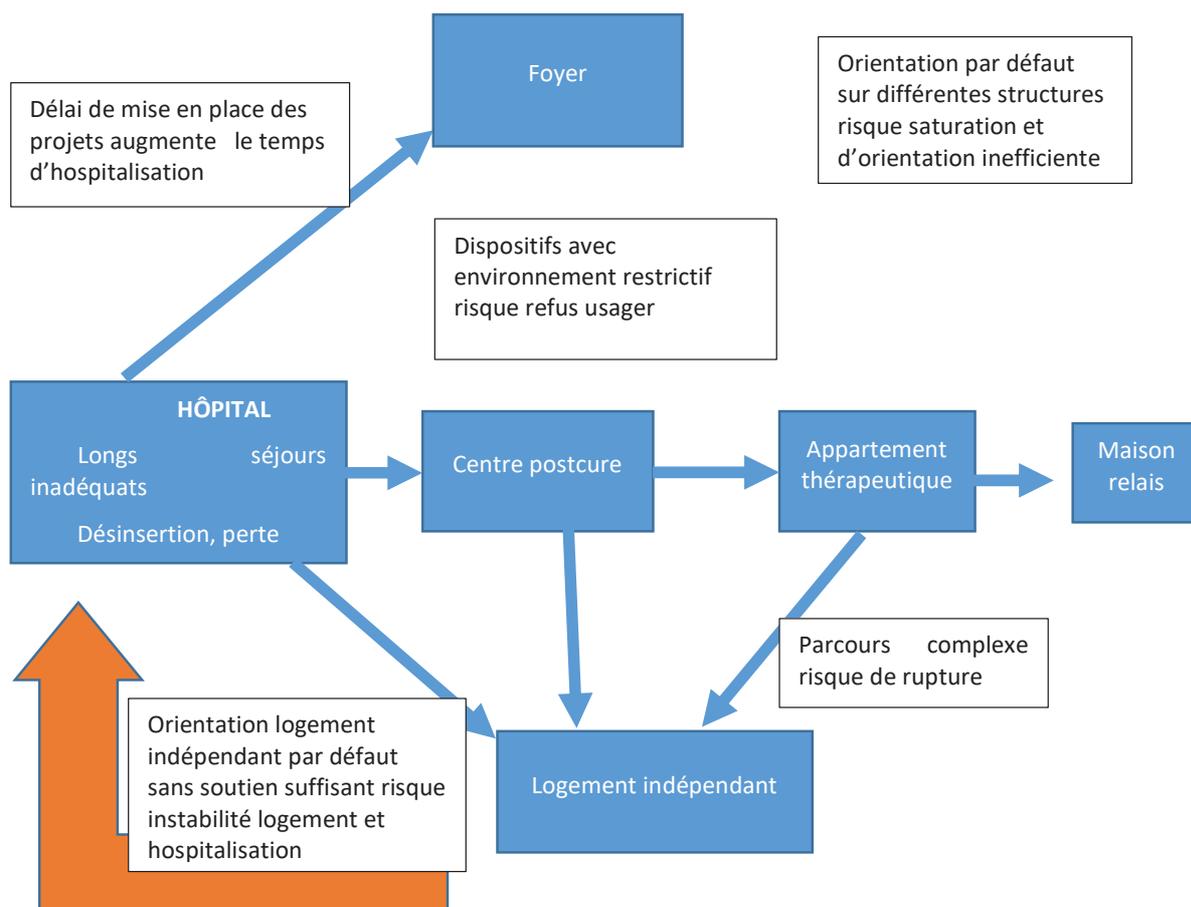
⇒ En logement indépendant sans soutien suffisant avec un risque de rupture, de perte du logement et de recours inadéquat à l'hospitalisation.

⇒ Sur des structures permettant un accompagnement intensif mais restrictives dans leurs conditions d'accès et limitées dans le temps (AT et CPC). Ces structures ne répondent pas à la volonté de l'utilisateur d'un logement indépendant et leur durée de prise en charge limitée correspond rarement aux besoins de cette population. Cela entraîne des parcours complexes avec des réorientations et majore le risque de rupture (par exemple CPC puis AT puis maison relais puis logement indépendant).

⇒ Vers des structures médicosociales assurant suivi et hébergement (foyer de vie, FAM) avec une saturation de ces dispositifs et la non-réponse aux préférences de l'utilisateur.

Or, le modèle du suivi intensif dans la communauté permet à la majorité des personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères de vivre en sécurité en logement indépendant en respectant leur volonté et à un coût acceptable pour la société.

Figure 1- Schéma parcours de soins actuel pour la population cible



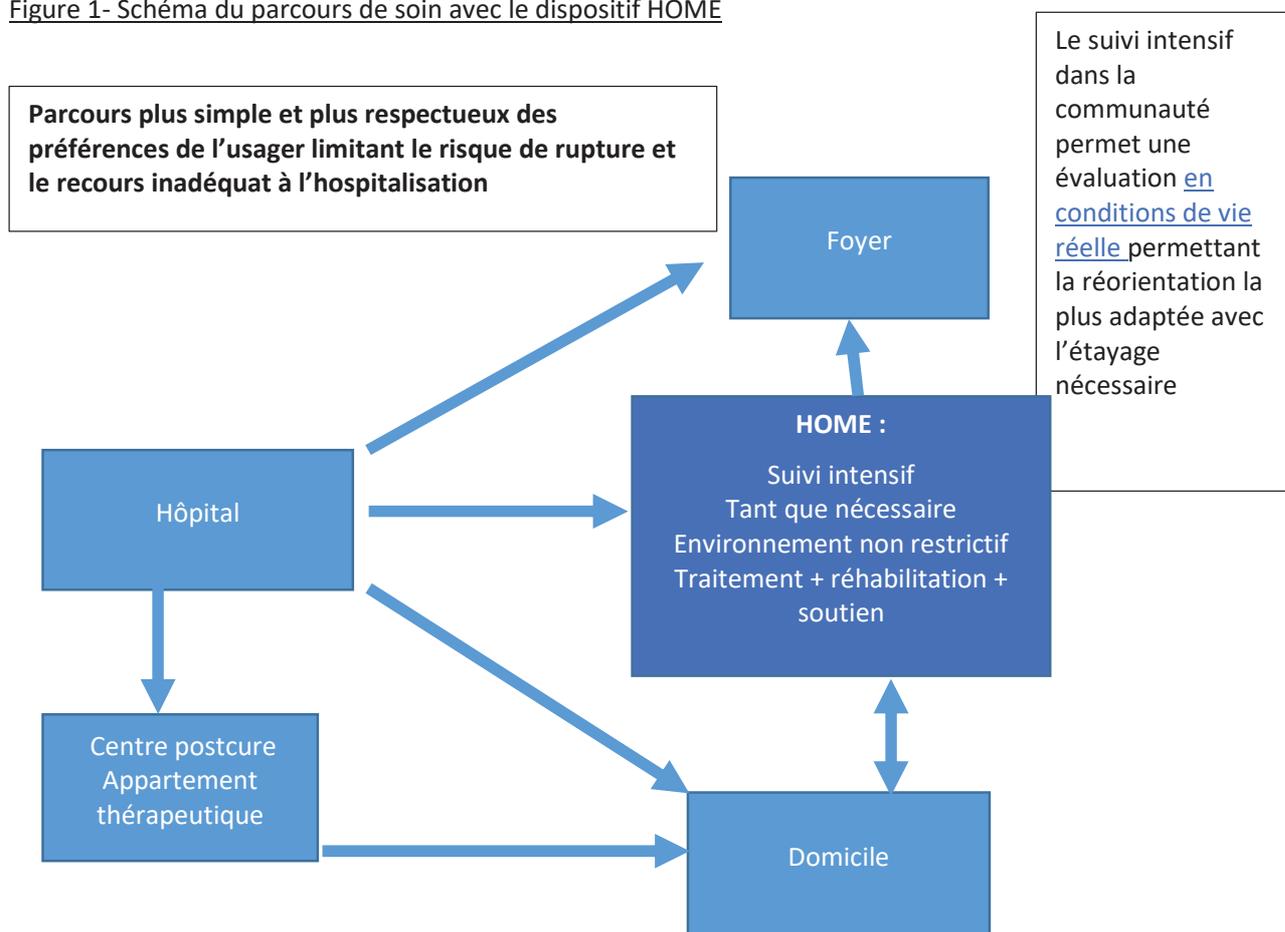
## IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

### IV.1 OBJECTIFS STRATEGIQUES :

**L'objectif du projet HOME est d'améliorer la pertinence du parcours de soins sanitaire et social pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères en favorisant leur inclusion sociale et en diminuant leur recours à l'hospitalisation en psychiatrie.**

Cette organisation innovante vise à éviter au maximum les hospitalisations même pour les patients les plus sévères, hospitalisations pouvant être à haut risque de désocialisation et de perte des habiletés sociales pour cette population très vulnérable.

Figure 1- Schéma du parcours de soin avec le dispositif HOME



Cet objectif général (OG) peut être décliné en 4 objectifs stratégiques (OS) :

- **OS1 : Favoriser la prise en charge de la population cible en milieu ordinaire**
- **OS2 : Favoriser pour la personne accompagnée la mise en œuvre de tous les aspects de son projet de vie**
- **OS3 : Améliorer la continuité des soins psychiatriques et l'accès aux soins somatiques ambulatoires pour la population cible en coordination avec les différents acteurs**
- **OS4 : Améliorer la pertinence du recours à l'hospitalisation et la pertinence du modèle de financement des soins pour la population cible**

#### IV.2 OBJECTIFS OPERATIONNELS

<b>HOME</b>			
<b><u>Expérimentation d'un dispositif de suivi intensif dans la communauté pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères.</u></b>			
<b>TABLEAU DE SUIVI OPERATIONNEL</b>			
<b>OG : Améliorer l'efficacité du parcours de soins sanitaire et social pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères en favorisant leur inclusion sociale et en diminuant leur recours à l'hospitalisation en psychiatrie.</b>			
<b>OS1 : Favoriser la prise en charge de la population cible en milieu ordinaire</b>			
Objectifs opérationnels (OO)	Modalités de mise en œuvre	Résultats attendus	Indicateurs proposés à titre indicatif
OO1.1 : Faciliter et accompagner les sorties pour les personnes avec un haut recours à l'hospitalisation psychiatrique (>100 jours / deux ans).	Mise en place d'un accompagnement intensif immédiat pendant le séjour à l'hôpital et accès facilité au logement afin de lever les obstacles à la sortie (accès au logement, continuité du suivi, mobilisation des partenaires etc...)	Mise en place d'un suivi intensif pluridisciplinaire de type ACT (Latimer, Gelin, & Thomson, 2004)  Réduction du nombre de journées d'hospitalisations en psychiatrie	File active Nb de nouveaux suivis Nb d'arrêt de suivi Durée moyenne de suivi Nb de contact / mois avec un membre de l'équipe de suivi et avec les différentes catégories professionnelles  Nb de séjours et Nb de journées d'hospitalisations en psychiatrie
OO1.2 : Apporter une réponse aux situations de crises privilégiant le maintien de la personne dans son lieu de vie et le respect du choix des personnes	Mise en place par l'équipe de suivi quand nécessaire d'une modalité « suivi en période de crise »  Aide à l'élaboration et à l'application du plan de prévention partagé  En cas d'hospitalisation nécessaire : aide à la mise en place et poursuite du	Intensification du suivi (jusqu'à 2 contacts / jours 7 jours /7) dans les épisodes de suivi de crise  Diminution des recours aux urgences psychiatriques et/ou aux hospitalisations psychiatriques	Nb d'épisodes de suivi « en période de crise »  Nb de contacts dans les épisodes de suivi en période de crise  Nb de passage et Nb de journées aux urgences

	suivi pour en diminuer la durée		
OS2 : Favoriser pour la personne accompagnée la mise en œuvre de tous les aspects de son projet de vie.			
OO2.1 : Favoriser l'accès et/ou le maintien dans le logement.	Favoriser si nécessaire l'accès sans délai à un logement indépendant  Assurer un accompagnement global et proactif au domicile correspondant au modèle ACT (en moyenne 3 contacts / semaine)	Toutes les personnes suivies :  ○ ont une solution d'habitat en adéquation avec leur projet de vie  ○ bénéficient d'un accompagnement adapté	Nb de personnes logées par le dispositif  Délai d'accès au logement  Nb de jours en logement indépendant
OO2.2 : Favoriser l'inclusion sociale, l'accès aux activités sociales et de loisirs.	Offrir un accompagnement orienté rétablissement à partir du projet de vie et des ressources de la personne  Partenariat avec ressources communautaires de droits communs ou psychiatriques	Amélioration de l'inclusion sociale et des relations avec l'entourage  Favoriser la satisfaction aux soins de l'utilisateur, sa qualité de vie et son rétablissement	Taux de participation à des activités sociales et professionnelles  Fréquence des contacts avec l'entourage  Satisfaction de l'utilisateur, niveau de rétablissement et de qualité de vie
OS3 : Améliorer la continuité des soins psychiatriques et l'accès aux soins somatiques ambulatoires pour la population cible en coordination avec les différents acteurs.			
OO3.1 : Améliorer la continuité des soins psychiatriques	Mise en place d'un suivi psychiatrique et infirmier par l'équipe d'accompagnement  En préparation de la sortie du dispositif, instauration d'une phase de transition progressive vers pour une prise en charge par les dispositifs de droit commun (CMP, psychiatres libéraux)	Toutes les personnes ont des contacts réguliers avec un psychiatre, un infirmier et/ou un psychologue  Améliorer la continuité du parcours et diminuer le nombre de rupture de suivi	Nb de contacts avec un psychiatre, un IDE ou un psychologue de l'équipe HOME  Nb de perdus de vue
OO3.2 : Accompagner et soutenir les suivis somatiques des personnes dans un parcours coordonné en lien avec la médecine de ville	Coordination des soins somatiques (planification, prise de contact, accompagnement...) et aide à la mise en place d'un suivi régulier par un	Toutes les personnes suivies dans le programme bénéficient d'un médecin généraliste référent et d'un suivi	Taux de médecin généraliste référent déclaré  Nb de consultations somatiques généralistes et spécialisées

	médecin généraliste référent	de leur soins somatiques	
OS4 : Améliorer l'organisation des soins en psychiatrie et la pertinence du modèle de financement des soins pour la population cible			
OO4.1 : Améliorer la fluidité du système de soins psychiatrique aux urgences et en hospitalisation	Diminuer pour la population le recours inadéquat aux urgences et à l'hospitalisation permettant une fluidification de l'amont.  Diffusion de ce modèle de suivi agissant en faveur du virage ambulatoire de la psychiatrie	Fluidification du système de soins psychiatrique intra hospitalier	Durée de séjours aux urgences en soins sans consentement  Nb de séjours d'hospitalisations publiques psychiatriques ≥ 292 jours/an
OO4.2 : Améliorer la pertinence du modèle de financement	Modéliser les parcours des personnes accompagnées.  Construction d'un modèle de financement forfaitaire cohérent avec le type d'accompagnement proposé.	Amélioration de la connaissance des besoins des personnes selon leur profil  Amélioration du modèle de financement	Qualification et quantification des besoins des personnes accompagnées  Analyse comparative des modèles de financement actuel / proposé

## V DESCRIPTION DU PROJET

### V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

Mise en place sur l'agglomération toulousaine d'une équipe de suivi intensif dans la communauté, associé si besoin à un accès facilité à un logement indépendant, pour 100 personnes en file active souffrant de maladies psychiatriques sévères avec un recours important à l'hospitalisation, afin d'améliorer le parcours de soins et de vie de ces personnes et constituer une alternative à leurs hospitalisations inadéquates en psychiatrie.

Ce projet est proposé en 2 phases : la première d'une durée de 3 ans et la 2<sup>ème</sup> optionnelle et conditionnée aux résultats de la première phase d'une durée de 2 ans.

## V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

### V.2.a Critères d'inclusion (référentiel diagnostique DSM)

Adultes avec une pathologie psychiatrique sévère et une invalidité importante et persistante (EGF <50) liée à leur trouble et avec un haut recours à l'hospitalisation en psychiatrie (>100Jrs/2 ans).

**Les critères d'inclusion** dans le dispositif sont :

- Diagnostic de **schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant persistant, trouble bipolaire et trouble de la personnalité**
- **Et être âgé de plus de 18 ans**
- **Et invalidité majeure et persistante** dans le fonctionnement quotidien liée aux troubles évaluée par les critères :
  - Score à l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) < 50
  - Et hospitalisé en psychiatrie plus de 100 jours sur les 2 dernières années
  - Et évolution des troubles depuis plus de 2 ans.
- L'inclusion dans le dispositif HOME des personnes remplissant les critères précédents et sous programme de soins ambulatoires sans consentement sera priorisée

Ces critères correspondent :

- Pour le diagnostic, la durée d'évolution des troubles et l'échelle EGF < 50 à la définition de la pathologie psychiatrique sévère (Ruggeri, 2000)
- Pour la durée d'hospitalisation > 100 jours sur les 2 précédentes années au seuil de haut recours à l'hôpital (Hardy-Baylé, 2015). Seuil pour lequel le modèle SIM/ACT se montre le plus efficient (Dieterich, 2017)

Toutes les personnes remplissant ces critères pourront être admises quel que soit le service adresseur (service d'hospitalisation, CMP, structure de logement thérapeutique, clinique psychiatrique et psychiatre libéral). L'admission des personnes hospitalisées et des situations les plus complexes sont au cœur du projet.

Afin d'illustrer les profils d'utilisateurs cibles de l'expérimentation HOME, nous présentons, en Annexe 4, 2 vignettes cliniques illustrant 2 profils d'utilisateurs :

- Le 1<sup>er</sup> profil correspond à une personne institutionnalisée au long cours (plus de 10 ans) dans des services d'admissions et d'unité de suite. Il souhaite vivre en logement indépendant mais ses symptômes ne permettent pas cette orientation sans un suivi intensif au domicile. Il échappe aux différents dispositifs existants et passe de longues années d'hospitalisation inadéquate, c'est-à-dire non justifiée par une indication thérapeutique mais par l'absence de solution d'aval.
- Le 2<sup>ème</sup> profil concerne une personne vivant en logement indépendant mais fragilisée par une symptomatologie résiduelle intense et invalidante. Un épisode de décompensation et une pathologie somatique déséquilibreront cet équilibre précaire et entraîneront de longs séjours d'hospitalisation potentiellement iatrogènes.

## V.2.b Critères de non inclusion

- L'invalidité est sous tendue principalement par un trouble autre que les pathologies cibles (addiction, déficience intellectuelle, trouble neurodégénératif)
- Refus du patient de participer à l'expérimentation
- Patient domicilié en dehors de la zone géographique d'intervention (cf. territoire d'expérimentation)

## V.2.c Effectifs

### i. Effectifs prévus :

Le dispositif HOME aura une capacité de suivi de **100 personnes** en file active **ce qui correspond aux besoins estimés du territoire de la CPT (voir paragraphe III.1.b) et permet de garantir un renouvellement suffisant sur la période de l'expérimentation.**

**La montée en charge des inclusions se fera de manière progressive pour atteindre un objectif cible de 100 personnes suivies par l'équipe HOME à l'issue de la 1<sup>ère</sup> année d'expérimentation.**

#### Année N :

Recrutement de 2 patients / semaine jusqu'à 100 patients

#### Année N+1 :

Les flux de sorties naturelles (déménagement, décès...) sont estimés à 10 % de l'effectif par an soit 10 entrées par an pour compenser.

Par ailleurs la durée moyenne de prise en charge est estimée à 3 ans pour au minimum 50% de la file active. On peut donc estimer au minimum le nombre de sorties et donc de nouvelles inclusions à 50 pour la 4<sup>ème</sup> année, il s'agit d'un seuil prudentiel au regard de la lourdeur des patients.

On peut estimer à 120 en cumul le nombre de personnes incluses pour la phase 1 (3 ans). Si la phase 2 est mise en œuvre à l'issue de la phase 1 cela portera à 185 minimum le nombre de personnes prises en charge dans l'expérimentation HOME sur 5 ans.

	PHASE 1 (socle)				PHASE 2 (conditionnelle)		
	N 1	N 2	N 3	Cumul phase 1 3 ans	N 4	N 5	
Estimation des effectifs prévisionnels	N 1	N 2	N 3	Cumul phase 1 3 ans	N 4	N 5	Cumul phases 1 et 2 5 ans
Nbre d'inclusions	100	10	10	<b>120</b>	50	15	<b>185</b>
<b>Nbre de PEC annuelles</b>	100	100	100	300	100	100	500
Sorties	0	10	10	<b>20</b>	50	15 <sup>5</sup>	85

Faisabilité du recrutement de 120 patients sur la phase 1 soit 185 en cumul des deux phases sur 5 ans :

<sup>5</sup> Flux de sortie majoré car les 3 ans de suivi ont eu lieu ; le flux naturel de 10 se cumule avec des patients qui pourraient avoir eu besoin d'une année supplémentaire de suivi

Les résultats des différentes études pilotes (cf. paragraphe III.1.b.ii) montrent que la file active de patients remplissant les critères d'inclusion et suivis sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant et le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse permettent d'atteindre les 185 inclusions en 5 ans.

- 537 patients avec les diagnostics cibles ont été hospitalisés plus de 100 jours sur 2 ans en 2019 sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant et le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.
- 48 patients présentant l'ensemble des critères d'inclusion seraient adressés sans délai sur l'expérimentation à l'été 2020 par leur psychiatre traitant du Centre Hospitalier Gérard Marchant et du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
- La période d'amorçage de 4 mois permettra de communiquer auprès de l'ensemble des adresseurs potentiels afin de favoriser le début des inclusions.

## V.2.d Phase 2 : File active : constats et propositions d'évolution

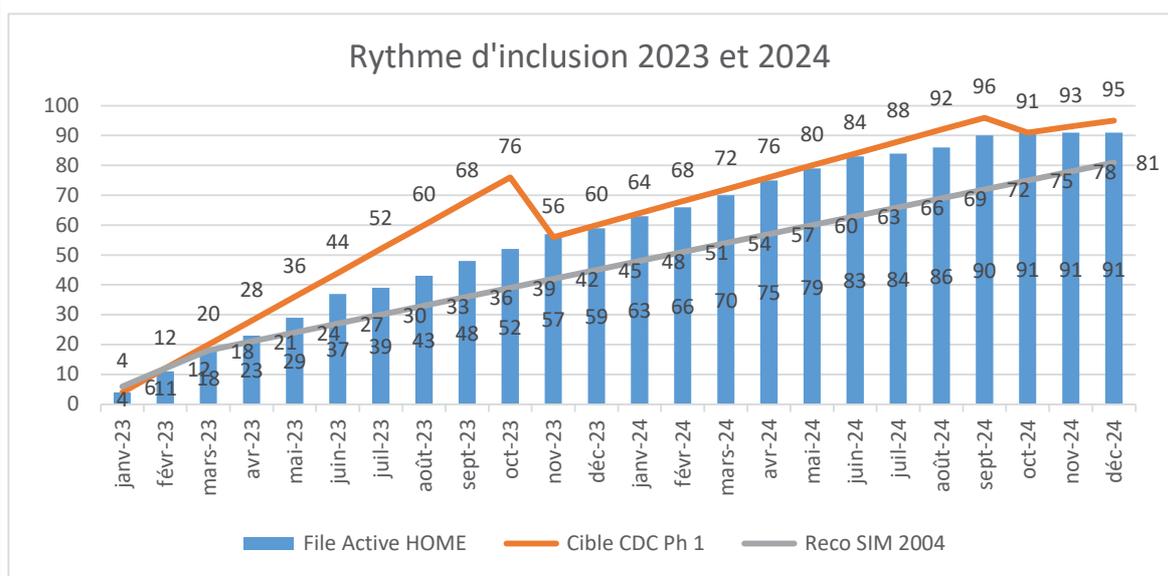
### PHASE 2 FILE ACTIVE

#### Constats Phase 1

La montée en charge a été progressive et plus longue que prévue comme le montre le graphique ci-dessous. La file active s'est stabilisée à 91 usagers en octobre 2024, soit 22 mois après le début des premières inclusions (95 usagers inclus cumulés / 4 sorties).

Ce rythme d'inclusion soutenu a nécessité des ajustements afin d'éviter de mettre l'équipe en difficultés. Deux demandes d'adaptation du rythme d'inclusion ont été réalisées : la première en octobre 2023 et la seconde en septembre 2024 (Cf. Annexe 5 Phase 2 : Demandes d'adaptation du rythme d'inclusion).

L'objectif d'inclusion de 100 usagers à l'issue de la première année d'expérimentation était très ambitieux, d'autant plus dans le cadre de la mise en place d'une équipe qui nécessite du temps pour s'approprier les concepts, les outils et l'organisation liés au modèle SIM/ACT. Le rythme d'inclusion était bien supérieur aux recommandations du modèle SIM/ACT (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004) : *« Les premiers deux ou trois mois, l'équipe ne devrait accepter que 4 à 6 clients<sup>6</sup> par mois, au maximum (2 à 3 pour une petite équipe rurale). Par la suite, le rythme devrait ralentir à 2 ou 3 nouveaux clients<sup>6</sup> par mois (1 ou 2 pour une petite équipe rurale) ».*



<sup>6</sup> Le terme client est employé dans les préconisations du modèle SIM/ACT pour désigner un patient ou un usager.

### Adressage

HOME n'a pas rencontré de difficulté à se voir adresser des usagers correspondants aux critères d'inclusions. L'adressage s'est fait de façon fluide de la part de toutes les structures prenant en charge les usagers (Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Cliniques et autres structures) ; la grande majorité étant adressée par les unités d'hospitalisations du Centre hospitalier Gérard Marchant.

La montée en charge pour atteindre les 90 usagers inclus dès septembre 2024 n'a pas été linéaire. Il existe des paliers par exemple à 30 usagers, puis à 60 usagers qui nécessitent une adaptation de l'équipe. Selon Olivier Jackson<sup>7</sup>, le palier au-delà des 90 usagers est le plus difficile à atteindre.

Aujourd'hui au Canada, il n'y a quasiment plus d'équipe accompagnant 100 usagers. La grande majorité des équipes implantées en zone urbaine ont une cible comprise entre 70 et 80 usagers.

A cela s'ajoute la grande étendue du territoire d'intervention de l'équipe HOME avec 666 901 habitants alors que les recommandations SIM/ACT (Latimer, Gelin, & Thomson, 2004) préconisent une équipe SIM en zone urbaine pour un bassin de population de 100 000 habitants. Ceci engendre des temps de trajets importants pour tous les professionnels de l'équipe et limite la capacité à réaliser des visites au domicile des usagers.

### Propositions d'évolution Phase 2

**Au regard de la complexité des usagers pris en charge (72% des usagers de la file active avec un score EGF à l'inclusion entre 20 et 40), de la grande étendue du territoire d'intervention et des attendus du modèle SIM/ACT, nous proposons une cible de 90 usagers en file active avec un remplacement des sortants pour maintenir la file active.**

**Ce point fait le lien avec la demande d'évolution concernant le dimensionnement des équipes et le ratio d'accompagnement (nombre de professionnels par rapport au nombre de personnes accompagnées) page 43.**

---

<sup>7</sup> Olivier Jackson est infirmier clinicien canadien, il a accompagné plus de cinquante équipes SIM/ACT et il connaît bien le système sanitaire et social français. Il a notamment participé à la formation des premières équipes du dispositif Un chez soi d'abord en France en 2011.

ii. Complexité de la population cible :

La population cible de l'expérimentation HOME se caractérise par une grande complexité en lien avec l'importance de l'invalidité liée aux symptômes résiduels, les difficultés de perception des troubles à l'origine de rupture de soins et de difficulté d'engagement auprès des services sanitaires et sociaux nécessaire.

Cette population se caractérise notamment par de très longues durées d'hospitalisation entraînées par l'intensité de leur trouble et responsable d'une désocialisation et d'une détérioration des habiletés sociales. De plus le recrutement de HOME sur un large bassin de population (666 901 habitants et 244,5 km<sup>2</sup>) entrainera un biais de sélection à l'origine d'un adressage préférentiel des patients les plus complexes.

**Complexité population cible :**

**Critères d'inclusions :**

- Score échelle EGF < 50 ⇒ Symptômes importants ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire.
- Possibilité d'inclure des patients en programme de soins ambulatoire sans consentement (à la demande d'un tiers et à la demande du préfet)
- Hospitalisé plus de 100 jours sur les 2 dernières années ⇒ critère de haut recours à l'hospitalisation (Hardy-Baylé, 2015)

**Caractéristiques population :**

D'après l'étude sur un échantillon de la population cible effectué en 2020 (cf. tableau II paragraphe III.1.b.ii) on peut estimer que la population incluse par le dispositif HOME sera constituée de :

- 62,5 % de personnes hospitalisées au moment de l'inclusion
- 87,5 % de personnes n'ayant pas de logement personnel au moment de l'inclusion
- Personnes avec de très longues durées d'hospitalisation :
  - 23 % entre 100 et 200 jours sur 2 ans (entre 1 et 2 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)
  - 33 % entre 200 et 400 jours sur 2 ans (entre 2 et 4 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)
  - 44 % ayant plus de 400 jours sur 2 ans (> 4 fois le taux de haut recours à l'hospitalisation)
- 27 % de personnes potentiellement en programme de soins ambulatoire sans consentement (modalité de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une prise en charge ambulatoire) dont 30 % en SDT, 30 % en SDRE et 40 % en SDIP

**Caractéristiques du territoire d'expérimentation :**

Grand territoire d'inclusion : 666 901 habitants et 244,5 km<sup>2</sup>

(Dispositifs SIIS : SIDIIS 213 080 habitants et 93 km<sup>2</sup> /EMI : 155 981 habitants et 110 km<sup>2</sup>)

Saturation hospitalisation publique et urgence psychiatrique

Part de patient souffrant de psychose et en soins sans consentement nettement supérieure à la moyenne nationale

## GAF Global Assessment of Functioning Scale ou

### Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement / EGF

- 100** Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités.
- 91** Absence de symptômes.
- 90** Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille). **81**
- 80** Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire). **71**
- 70** Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives. **61**
- 60** Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail). **51**
- 
- 50** Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi). **41**
- 40** Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école). **31**
- 30** Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis). **21**
- 20** Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme). **11**
- 10** Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort. **1**
- 0** Information inadéquate.

Inclusion HOME

## V.2.e Phase 2 : Territoire d'intervention et localisation équipe : constats et propositions d'évolution

### PHASE 2

#### TERRITOIRE D'INTERVENTION ET LOCALISATION EQUIPE

##### Constats Phase 1

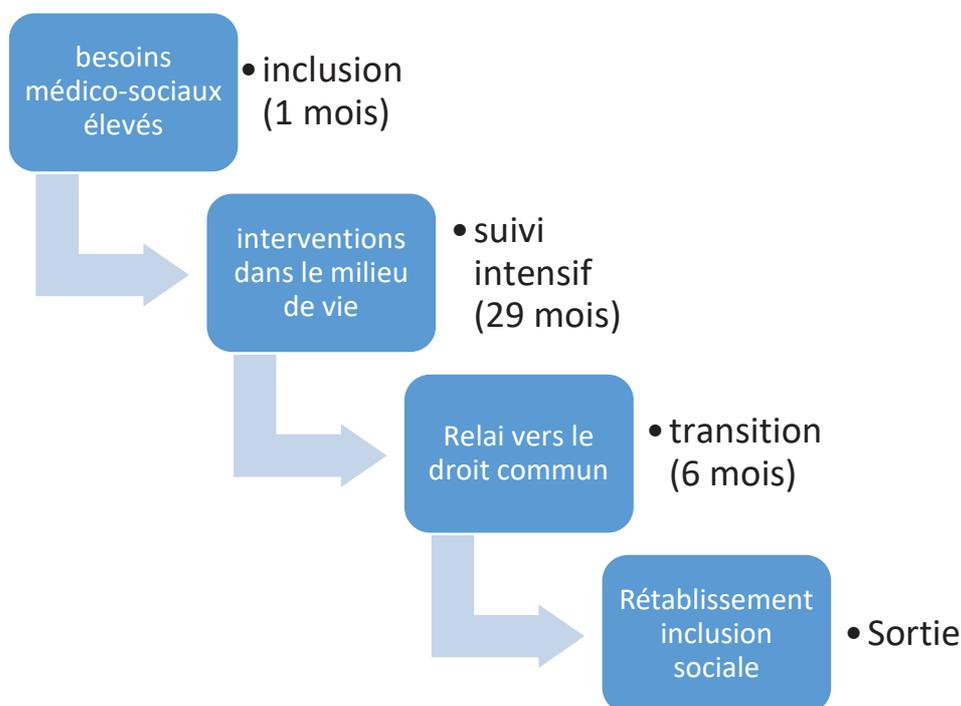
Depuis mai 2024, l'équipe est localisée à l'intérieur de l'Hôpital sur le site principal. Cette localisation n'est pas favorable en termes d'implantation, excentrée par rapport au territoire d'intervention très étendu. Cela a un impact sur les temps de trajets important pour que les professionnels puissent intervenir dans le milieu de vie des personnes accompagnées (logement, quartier, commerces...). La desserte en transport en commun n'est pas idéale : pas d'accès métro ou tramway. Elle ne favorise pas l'utilisation des transports en commun avec les usagers. Enfin, pour une équipe ayant pour but de faire sortir les usagers longuement hospitalisés (désinstitutionalisation), le fait que l'équipe ait ses locaux à l'intérieur de l'hôpital est contradictoire. Cela limite les possibilités de recevoir les usagers dans les locaux car certains d'entre eux ne souhaitent pas revenir à l'hôpital, cela leur rappelle les moments de décompensation.

##### Propositions d'évolution Phase 2

**Pour toutes ces raisons, l'équipe souhaiterait déménager au centre-ville pour respecter le modèle SIM/ACT, pour optimiser l'accompagnement des usagers et ainsi favoriser leur intégration dans la communauté.**

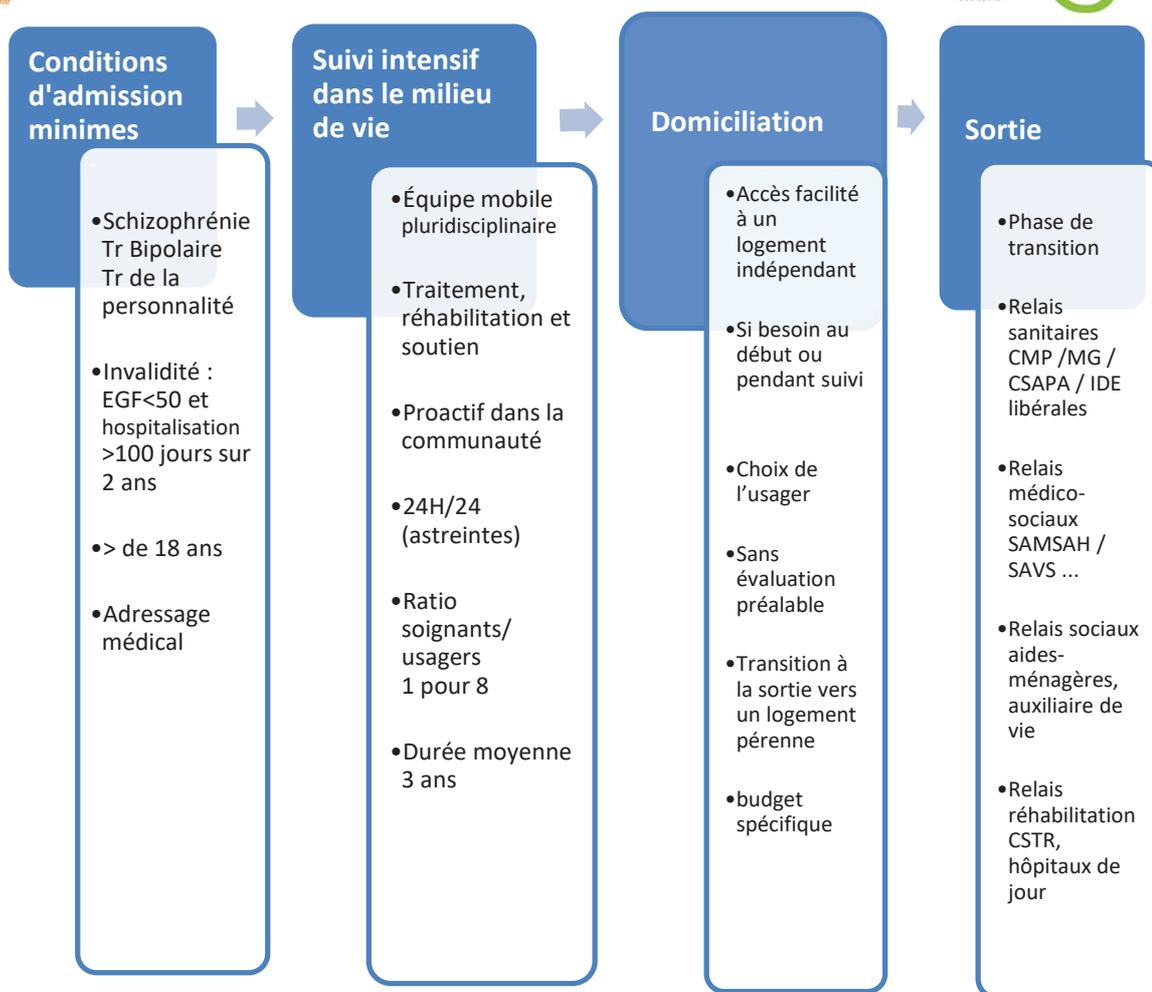
### V.3 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

La durée moyenne de l'accompagnement est estimée à 3 ans. Le suivi s'effectuera selon les phases suivantes :



La durée moyenne de l'accompagnement est estimée à 3 ans. Le suivi s'effectuera selon 3 phases :

- **La phase d'inclusion (1 mois) 4 contacts / semaine en moyenne**
- **Le suivi intensif dans le milieu de vie (29 mois) qui se décomposera en 2 volets :**
  - Le suivi intensif avec des actions intégrées de traitement, réhabilitation psychosociale et soutien. Ce suivi s'effectuera selon un plan d'intervention individualisé établi avec l'utilisateur et l'entourage de son choix, régulièrement actualisé, **3 contacts / semaine en moyenne**
  - **Le suivi en période de crise** (estimée à 1 mois / an) tout au long de sa prise en charge, la personne accompagnée bénéficiera d'un soutien et de soins renforcés lors des épisodes de crise en alternative à l'hospitalisation. **10 contacts / semaine en moyenne**
- **La phase de transition vers la sortie (6 mois) durant laquelle le suivi se fera de moins en moins intensif avec un relais progressif vers les dispositifs de droit commun (CMP, SAVS, SAMSAH ...) 2 contact/semaine en moyenne**



### V.3.a La phase d'inclusion (1 mois)

**Les conditions d'accès sont volontairement larges** et la démarche est proactive afin de favoriser l'engagement des usagers avec les situations les plus complexes. L'admission des personnes avec les plus longues durées d'hospitalisation et des personnes en programme de soins sera priorisée.

Procédure d'admission :

- Réception de la demande d'admission associée à un courrier médical du psychiatre traitant ou du médecin généraliste référent.
- Accompagnement pour reprendre le suivi auprès du médecin traitant ou le cas échéant identifier un médecin traitant.
- **L'admission sera validée après rencontre, effectuée dans un délai de 1 semaine**, avec le psychiatre ou le coordinateur et un membre de l'équipe de suivi afin de vérifier les critères d'inclusion et d'informer l'utilisateur sur le fonctionnement du dispositif HOME.
- Le suivi débute immédiatement après validation de l'admission **en particulier suivi au cours de l'hospitalisation le cas échéant. La sortie d'hospitalisation sera décidée par le psychiatre traitant du service d'hospitalisation.**
- Si besoin d'une domiciliation, accompagnement par l'équipe dédiée vers l'opérateur logement pour un accès facilité à un logement indépendant.

Du fait de sa complexité, la population cible est suivie principalement par les services de psychiatrie publics. Cependant les personnes suivies en libéral (hospitalisation privée et ambulatoire) pourront être incluses dans l'expérimentation dès lors qu'elles rempliront les critères d'inclusion. La procédure d'admission sera identique à celle décrite. En particulier la rencontre pour validation de l'admission et début du suivi lors de l'hospitalisation le cas échéant. Selon le souhait du patient et si son état clinique le permet la continuité des soins sera favorisée, en cas d'hospitalisation nécessaire lors du suivi, par le dispositif HOME. De même pour le relais de suivi ambulatoire psychiatrique à la fin de la prise en charge par le dispositif HOME.

### V.3.b Le suivi intensif dans le milieu de vie (29 mois)

Cette phase se décomposera en 2 volets :

- **Le suivi intensif** s'effectuera selon un plan d'intervention individualisé établi avec l'usager et l'entourage de son choix, régulièrement actualisé. Il sera basé sur le modèle SIM/ACT (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004) qui propose une structuration des services de traitement, de réhabilitation psychosociale et de soutien délivrés de manière intégrée, proactive et hautement individualisée par une même équipe. Cette équipe, avec un ratio de 1 soignant pour 8 usagers, assure un fonctionnement 24 H / 24 et délivre la majorité (80 %) de ses soins à l'extérieur (domicile, communauté ...) avec une fréquence de 3 contacts/semaine en moyenne. La flexibilité du suivi adapté aux besoins et aux souhaits de la personne permet à une même équipe de réaliser les soins de base et les soins urgents quand nécessaire. Cette continuité est recommandée pour éviter le risque de rupture de soins, de redondance de service et de surcoût (Hardy-Baylé, 2015). Enfin la pluridisciplinarité de l'équipe permet l'intégration et l'individualisation des services de traitement, de réhabilitation psychosociale et de soutien ce qui facilite leur mise en œuvre pour cette population complexe et difficile à engager dans les soins. En ce qui concerne les soins somatiques ceux-ci seront coordonnés par l'équipe en lien avec le médecin généraliste référent de l'usager. En fonction des situations l'équipe pourra accompagner l'usager vers les consultations ou examens somatiques nécessaires. En l'absence de médecin généraliste référent l'équipe accompagnera l'usager pour mettre en place ce suivi.
- **Le suivi intensif en période de crise** tout au long de sa prise en charge, la personne accompagnée bénéficiera d'un soutien et de soins renforcés lors des épisodes de crise en alternative à l'hospitalisation.
  - Intervention sans délai en journée à la demande de l'usager ou de son entourage ;
  - Réponse et orientation par téléphone la nuit ;
  - **Suivi par l'équipe jusqu'à 2 rencontres / jour** avec évaluations du psychiatre rapprochées, collaboration intensifiée avec le médecin traitant et l'entourage, soutien par les pair-aidants et les autres membres de l'équipe ;
  - Mise en application du plan de prévention partagé avec déploiement de l'aide médicale et non médicale souhaitée par la personne ;
  - Hospitalisations si nécessaire avec sorties précoces favorisées par le suivi intensif à domicile. L'équipe coordonne la mise en place de l'hospitalisation, afin d'éviter si possible un passage aux urgences.

○ **Domiciliation :**

En début ou en cours de suivi, pour les personnes présentant une situation d'instabilité dans le logement (perte du logement, dégradation, hébergement chez l'entourage ne souhaitant plus maintenir cette situation) **le dispositif HOME proposera un accès facilité à un logement indépendant disséminé dans la communauté.** Cet accès est possible par le biais d'un partenariat avec une association de logement social (cf. **acteurs du logement social – groupe logement du CLSM**).

**V.3.c La phase de transition vers la sortie (6 mois) :**

C'est une phase durant laquelle le suivi se fera de moins en moins intensif avec un relais progressif vers les dispositifs de droit commun (CMP, SAVS, SAMSAH...).

**Sortie du dispositif :**

Le processus de sortie sera favorisé par :

- **La mise en œuvre systématique d'une phase de transition vers la sortie**
- **Les interventions de suivi réalisées majoritairement dans le milieu de vie de l'utilisateur**
- **Des relais anticipés vers les dispositifs de droit commun**
- **Les interventions en faveur de l'inclusion sociale (entourage, loisirs, logement...)**

i. La phase de transition vers la sortie (6 mois) :

Cette phase de l'accompagnement sera mise en œuvre de manière systématique 6 mois avant la sortie. Soit dans la majorité des cas à l'issue des 30 premiers mois de suivi.

Cette phase de transition conduira à une diminution progressive de l'intensité du suivi et permettra de s'assurer de la mise en place des relais nécessaires à l'arrêt du suivi intensif. Elle permettra, en particulier, la mise en place des relais n'ayant pas été mis en œuvre au cours du suivi antérieur. Cette phase conduira notamment au relais du suivi psychiatrique vers les CMP.

Cette phase, en contractualisant avec l'utilisateur une date de sortie, favorisera sa mise en œuvre dans de bonnes conditions. De plus, la réactualisation trimestrielle des plans d'interventions individualisés permettra de réinterroger régulièrement l'indication du suivi intensif dans le milieu et de mettre en œuvre la phase de transition vers la sortie le cas échéant.

ii. Les interventions dans le milieu de vie :

**Plus de 80 % des contacts de l'équipe s'effectueront dans le milieu de vie de l'utilisateur : domicile, quartier, ville...**

Ces interventions notamment celles de réhabilitation psychosociale, de psychoéducation, de promotion du rétablissement et de l'empowerment œuvrent pour favoriser une plus grande autonomie de l'utilisateur et rendre possible l'arrêt du suivi intensif.

De plus la réalisation de ces interventions dans le milieu de vie permet de favoriser la pérennisation des habiletés acquises après le départ de l'équipe. Ainsi selon le modèle de réhabilitation *Place and Train*, l'utilisateur est entraîné à développer ses habiletés acquises directement dans son milieu de vie et n'a pas besoin de les transférer d'un milieu de soins vers son milieu de vie. Cela diffère des dispositifs de type appartement thérapeutique où l'utilisateur acquiert un certain nombre d'habiletés dans l'environnement thérapeutique de la structure mais devra à la suite de sa sortie dans un autre milieu de vie les transférer avec un risque de rupture et d'échec.

iii. Des relais anticipés vers les dispositifs de droit commun :

Le suivi dans le milieu permettra d'effectuer une évaluation des besoins dans le milieu de vie de l'utilisateur et donc au plus près de ses besoins réels.

Pour les besoins persistants à l'issue de la phase de suivi intensif dans le milieu, l'équipe favorisera un relais vers les dispositifs de droit commun et s'assurera de la bonne mise en œuvre et de l'effectivité de ces relais. Cela permettra un transfert dans de bonnes conditions et sans rupture vers le droit commun à l'arrêt du suivi.

- Soins psychiatriques : CMP, IDE libérales
- Réhabilitation psychosociale : CSTR, hôpitaux de jour
- Soins addictologiques : CSAPA
- Accompagnement médicosocial : SAVS, SAMSAH
- Accompagnement social : Aide ménagères, auxiliaires de vie
- Suivi somatique : accompagnement dès le début du suivi vers un médecin généraliste référent et l'ensemble des médecins spécialistes nécessaires.

L'équipe de suivi effectuera un travail de réseaux vers ces dispositifs de droit commun dès sa mise en œuvre et tout au long de son activité.

Parmi les partenariats privilégiés celui avec le Centre Support de Toulouse en Réhabilitation psychosociale (CSTR) permettra de favoriser la mise en place des soins de réhabilitation psychosociale par les dispositifs de droit commun pouvant se poursuivre à l'issue de la sortie du dispositif HOME.

L'équipe interviendra selon le principe de soins orientés vers le rétablissement et de promotion de l'empowerment, favorisant ainsi l'autonomie de l'utilisateur dans son milieu de vie.

iv. Les interventions en faveur de l'inclusion sociale :

Tout au long de l'accompagnement, en adéquation avec le plan d'intervention individualisé, l'utilisateur sera accompagné pour promouvoir son inclusion sociale. Là encore un travail de réseau sera mis en œuvre vers l'ensemble des dispositifs permettant ces actions (GEM, associations d'utilisateurs, services municipaux...) :

- Loisirs et insertion professionnelle : travail de réseau avec les dispositifs et accompagnement de l'utilisateur sur ces projets en fonction de son plan d'intervention individualisé.
- Logement : au cours de l'accompagnement le suivi s'assurera de la pérennité des conditions de logement. Pour les personnes logées par le dispositif d'intermédiation locative un transfert vers des situations de logement pérenne sera effectué en amont de la phase de sortie grâce au partenariat avec les opérateurs du logement social.

Ce transfert s'effectuera soit par :

- Le glissement de bail qui sera favorisé afin de permettre à l'utilisateur de conserver les repères et les ressources développées au sein de son environnement.
- Vers le parc HLM, mobilisé par les partenaires logement et le CLSM.
- Vers le parc privé, les partenaires du secteur logement mobiliseront les réseaux d'agences immobilières en particulier les agences immobilières sociales (AIS).
- L'entourage sera impliqué avec l'accord de l'utilisateur dès la phase d'admission et tout au long du suivi (rencontre et information sur la maladie, implication dans les plans d'interventions individualisés et dans les directives anticipées).

Cet aspect de l'accompagnement œuvrera de manière complémentaire pour favoriser le retrait du suivi intensif par l'équipe d'accompagnement.

Dans les situations où l'accompagnement relèverait d'une impossibilité à vivre en logement indépendant, il existerait une possibilité de relais, en fonction de l'évaluation. Ce relais se ferait vers des structures médico-sociales (Foyer de vie) ou sociales (maisons relais). L'évaluation en conditions de vie réelle, dans la communauté, permettra pour ces situations une orientation au plus proche des besoins repérés et de l'acceptation de l'utilisateur.

En cas d'échec du processus de sortie un suivi pourra être repris par le dispositif HOME.

Pour les usagers le nécessitant une prolongation du suivi au-delà de 3 ans sera possible avec une réévaluation trimestrielle de la poursuite du suivi.

#### V.4 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

##### V.4.a Organisation du suivi :

###### i. Organisation de l'équipe :

**Disponibilité 24H/24 7j/7 (interventions de l'équipe de 9 h à 20 h en semaine, de 10H à 18H le week-end et astreinte téléphonique en dehors de ces plages) :**

Horaires de fonctionnement de l'équipe :

- Du Lundi au Vendredi de 9H à 20H : 1 plage standard de 9H à 17H et 1 plage de soirée de 13H à 20H
- Samedi et dimanche de 10H à 18H
- Astreinte téléphonique en dehors des heures de fonctionnement (sans déplacement)

Le roulement de l'équipe prévoit un maximum de présence sur la plage du matin avec la participation au staff quotidien. Présence d'au minimum 1 infirmier sur chaque roulement et au minimum 2 professionnels par roulement : 2 à 3 en soirée et 2 le week-end dont 1 infirmier. Un turn over est mis en place sur les plages de soirée et de week-end.

##### V.4.b Phase 2 : Organisation équipe

#### PHASE 2

#### ORGANISATION EQUIPE : MISE A JOUR DES HORAIRES

**Les horaires sont adaptés selon l'organisation suivante :**

**Disponibilité 24H/24 7j/7 (interventions de l'équipe le lundi de 9H à 16H30, du mardi au vendredi de 9 h à 20 h, de 10H à 17H30 le week-end et les jours fériés, astreinte téléphonique en dehors de ces plages) :**

Horaires de fonctionnement de l'équipe :

- Le lundi de 9H à 16H30
- Du mardi au vendredi de 9H à 20H : 1 plage standard de 9H à 16H30 et 1 plage de soirée de 12H30 à 20H
- Samedi, dimanche et les jours fériés de 10H à 17H30
- Astreinte téléphonique en dehors des heures de fonctionnement (sans déplacement)

Le roulement de l'équipe prévoit un maximum de présence sur la plage du matin avec la participation au staff quotidien. Présence d'au minimum 1 infirmier sur chaque roulement et au minimum 2 professionnels par roulement : 2 en soirée et 2 le week-end et jours fériés dont 1 infirmier. Un turn over est mis en place sur les plages de soirée et de week-end.

- **Astreinte téléphonique :**

Sans déplacement, elle vise à prévenir ou à intervenir précocement sur les situations de crise. Elle est effectuée par un roulement des professionnels de l'équipe dédiée avec possibilité de recours au psychiatre d'astreinte du Centre Hospitalier Gerard Marchant si besoin et si nécessaire de relayer sur les dispositifs de droit commun (Urgence, SAMU...).

- **Staff quotidien et réunion hebdomadaire :**

Un staff quotidien se tient de 9H à 10H. Il permet de passer en revue l'ensemble des usagers accompagnés par l'équipe, les contacts effectués les 24 dernières heures et les situations de crises. Il débouche sur l'organisation des activités prévues dans la journée : Qui, Quand et Où en se basant sur le plan d'intervention individualisé et le planning hebdomadaire des usagers.

Un temps de réunion hebdomadaire permet d'aborder les aspects de fonctionnement de l'équipe, de reprendre en équipe les plans d'intervention individualisés, de revenir sur les accompagnements nécessitant une réflexion collégiale.

Ces réunions s'effectuent avec l'ensemble des intervenants en activité.

- **Permanence et continuité des soins :**

Présence médicale sur place de 9H à 18H30 du lundi au vendredi

En soirée et week-end permanence des soins assurée par l'astreinte médicale du Centre Hospitalier Marchant.

Présence d'1 médecin sur le staff quotidien.

En fonctionnement dégradé (absence, congés) : présence médicale sur 1 demi-journée et séniorisation par téléphone sur le reste des créneaux horaires

ii. Composition de l'équipe et montée en charge :

L'équipe de l'expérimentation HOME sera composée en année pleine, pour 100 patients suivis, des professionnels suivants :

Postes	Tâches
1 ETP Coordinateur	Management équipe
	Réunion équipe / suivi de projet / planning
	Suivi administratif / suivi d'activité
	VAD et accompagnements avec les équipes
1,2 ETP 2 Psychiatres	Suivi clinique
	Coordination équipe
	Réunion équipe
	Réseau et partenariat
1 ETP Interne	Suivi clinique
	Réunion d'équipe
	Coordination des soins
6 ETP Infirmiers	Accompagnement des patients
	Soins infirmiers in situ / délivrance aide à observance traitement
	Réunion d'équipe
	Coordination des soins
1 ETP Psychologue	Consultations in situ
	Réunion d'équipe
	Coordination
1 ETP Assistant des services sociaux	Visites à domicile et travail social sur RDV
	Démarche administrative
	Réseau et partenariat
	Réunion d'équipe
2 ETP Éducateurs spécialisés	Accompagnement global (Logement/travail/loisirs activités etc.)
	Développement réseau et partenariat
	Réunion d'équipe
	Coordination
2 ETP Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale	Activités de la vie quotidienne (évaluation et soutien)
	Réunion d'équipe
	Animation partenariale
1 ETP Pairs aidant	Soutien parcours rétablissement et empowerment usagers
	Favorise pratiques orientées vers rétablissement de l'équipe
	Réunion d'équipe
1 ETP Secrétaire (Agent médico-administratif AMA)	Secrétariat/accueil
	Réunion d'équipe
	Suivi administratif
Total 17.20 ETP ratio ETP/ patient : 1/7.1 <sup>8</sup> (14 soignants /100 usagers)	

<sup>8</sup> Même calcul que projet SIIS Marseille donc hors professionnels médicaux et AMA

Désignation Catégories Professionnelles	Année N				Année N+1 100 patients suivis
	M0	M2 16 patients suivis	M5 40 patients suivis	M9 72 patients suivis	
Psychiatre	1	1	1	1	1,20
Interne	0	0	0	0	1,00
Infirmier	2	4	5	6	6,00
Éducateur	1	2	2	2	2,00
T.I.S.F.	1	1	2	2	2,00
Psychologue	0	0	0	1	1,00
Assistant Social	0	0	1	1	1,00
Travailleur Pair	0	0	1	1	1,00
A.M.A.	0	0	1	1	1,00
Cadre de santé	1	1	1	1	1,00
<b>Total ETP</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>17,20</b>

Afin d'optimiser la phase de montée en charge de l'équipe en ressources humaines, un comité de suivi interne au Centre Hospitalier Gérard Marchant sera mis en place, sous la responsabilité de la direction des ressources humaines et intégrant la direction des soins et la direction des affaires médicales. Son rôle sera de préparer les recrutements selon le tableau des effectifs et son calendrier.

En fin d'expérimentation, la direction du Centre Hospitalier Gérard Marchant assurera le redéploiement des agents affectés à cette activité, en lien avec la politique de mobilité interne de l'établissement (qui pour mémoire comprend 1500 agents), de sorte d'éviter les fins de contrat.

Le recrutement de l'équipe s'effectuera avec une montée en charge progressive en parallèle de la montée en charge de la file active **avec 5 phases de mise en œuvre. 1) amorçage pour le recrutement de l'équipe** (1 ETP psychiatre, 1 ETP cadre de santé pendant 4 mois et 1ETP IDE, 1 ETP éducateur pendant 3 mois), **2) inclusions jusqu'à 2 mois (16 patients), 3) jusqu'à 5 mois (40 patients), 4) jusqu'à 9 mois (70 patients) et 5) pour atteindre 100 patients à 12 mois.** Ce nombre de professionnels permettra le suivi intensif de 100 personnes en tenant compte de la complexité des situations (seule équipe de ce type en Haute-Garonne), de la zone géographique couverte et des plages horaires 7 jours/7. Cette montée en charge progressive et la constitution de l'équipe s'appuient sur des recommandations de mise en place de ce modèle dans d'autres pays (Allness, 2003). L'équipe sera ainsi constituée avec un ratio professionnel/personne accompagnée permettant d'assurer en moyenne trois contacts par semaine avec chaque personne accompagnée. Dans le contexte français, en tenant compte du temps de travail et des congés, il est évalué à 1 ETP pour 8 personnes accompagnées (hors professionnels médicaux, coordinateur et secrétariat).

## V.4.c Phase2 : Composition dimensionnement équipe, ratio d'accompagnement et file active : constats et propositions d'évolution

### PHASE 2

#### COMPOSITION DIMENSIONNEMENT EQUIPE, RATIO D'ACCOMPAGNEMENT ET FILE ACTIVE

##### Constats Phase 1

##### Montée en charge de l'équipe

La montée en charge de l'équipe a été effectuée avec plusieurs vagues successives de recrutement de professionnels. Afin d'atteindre l'objectif prévu dans le cahier des charges, une demande de transformation du poste à mi-temps d'infirmier non pourvu a été réalisée pour recruter un ergothérapeute à mi-temps. Ce poste a été privilégié au vu de l'intérêt d'un regard professionnel différent qui apporte un outillage spécifique et de la difficulté de recrutement sur le mi-temps d'infirmier. La demande a été acceptée en octobre 2024 (CF ANNEXE 5 PHASE 2 : DEMANDES D'ADAPTATION DU RYTHME D'INCLUSION).

Globalement, l'effectif de l'équipe a été quasi atteint par rapport au cahier des charges initial : il reste à pourvoir 0.3 ETP de psychiatre et HOME n'a pas encore accueilli d'interne en psychiatrie alors que le terrain de stage est ouvert depuis novembre 2024.

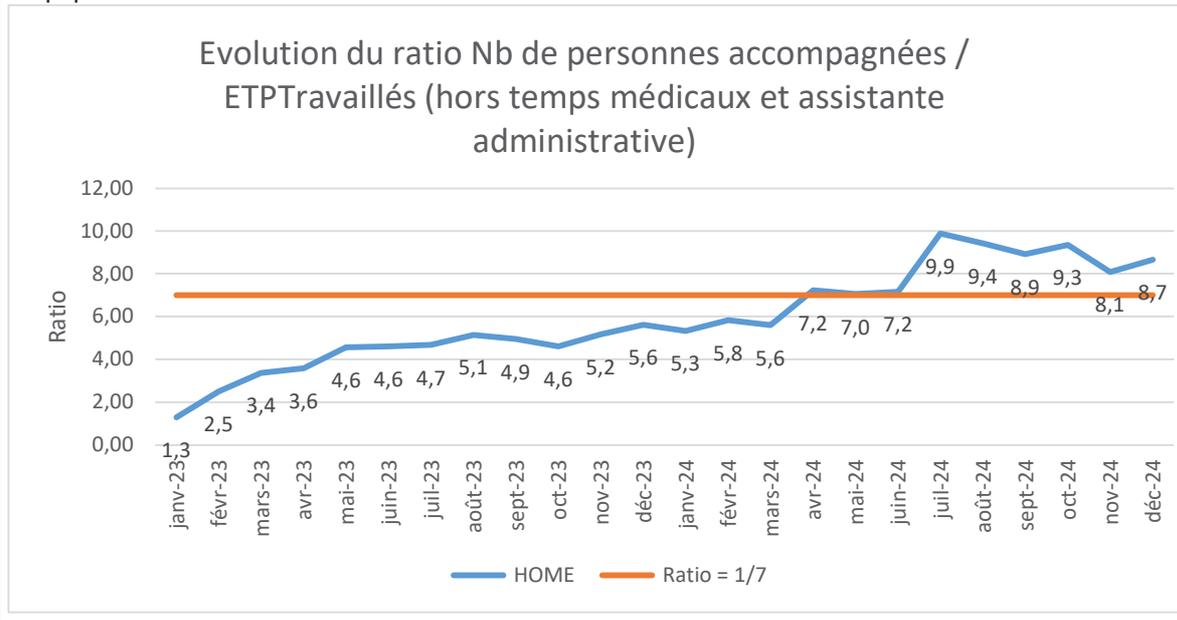
##### Ratio d'accompagnement

Le cahier des charges initial prévoyait pour la composition de l'équipe, 14 soignants pour 100 usagers soit un ratio 1 ETP professionnel pour 7 usagers accompagnés. Les temps des professionnels médicaux et du secrétariat ne sont pas comptabilisés en accord avec les recommandations canadiennes des équipes SIM/ACT.

Ce ratio a été ajusté en comptabilisant les effectifs en prenant en compte les équivalents temps plein travaillés et non les équivalents temps plein pourvus qui ne prennent pas en compte les congés et les absences.

Comme le montre le graphique ci-dessous, l'équipe a dépassé ce ratio de 1/7 à partir de juillet 2024, jusqu'à atteindre un ratio de 1/10. Ceci s'explique par des absences de professionnels liées aux congés estivaux, auxquelles se sont ajoutés plusieurs arrêts maladies prolongés et des départs de professionnels.

Ce ratio est un élément clé du modèle SIM/ACT, car dès qu'il augmente cela a un impact direct sur l'équipe et sa capacité à assurer l'intensité du suivi pour des personnes avec un haut niveau de besoins en début de parcours. Si cela dure dans le temps, cela peut engendrer un risque d'épuisement de l'équipe.



Ces observations sont cohérentes avec les indicateurs mentionnés dans le modèle SIM/ACT (Latimer, Gelin, & Thomson, 2004)

- « Le ratio client<sup>9</sup> / intervenant doit s'établir en fonction de l'intensité requise pour rencontrer les besoins de la clientèle<sup>9</sup>. Les premières années, il faut s'attendre à ce qu'une équipe de suivi intensif desserve environ 7 à 8 clients<sup>9</sup> par intervenant à temps complet (excluant le psychiatre et l'adjointe administrative de l'équipe). Ce ratio baisse à 6 ou 7 en milieu rural, étant donné le plus grand temps passé en déplacement. Une équipe complète devrait desservir environ entre 80 et 100 clients<sup>9</sup>, et une équipe rurale entre 40 et 60. »

### Propositions d'évolution Phase 2

La composition de l'équipe pourra être modulée (répartition des ETP par catégorie socio-professionnelle) afin de permettre aux porteurs d'adapter les recrutements aux besoins identifiés dans la file active et aux réalités du marché du travail.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la composition minimale par catégorie socio professionnelle en se basant sur la Tool for Measurement of Assertive Community Treatment TMACT (cf chapitre VI.1.b Phase 2 : Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) : constat et propositions d'évolution page 61 (**Monroe-DeVita, Moser, & Teague, 2018**)).

**Composition minimale de l'équipe selon la Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) en se basant sur une file active de 100 usagers.**

Désignation Catégories Professionnelles	Minimum en ETP
Psychiatre	0.8
Chef d'équipe (ou Cadre de santé)	1
Infirmier	2.85
Spécialiste en réinsertion socioprofessionnelle Ou CIP / Job coach	1
Médiateur Santé Pair Ou pair aidant	1
Spécialiste en dépendance	1
Assistant.e administratif.ve	1

A partir de ces constats et des recommandations du modèle SIM/ACT, nous proposons que le nombre de personnes accompagnées en file active à un instant T soit calculé sur la base d'un ratio cible de 1 ETP travaillé pour 7 personnes accompagnées (hors temps médical et administratif et avec prise en compte des absences). Pour rappel, le ratio visé de 1/7 est aussi en lien avec le territoire très étendu qui engendre des temps de trajets importants pour tous les professionnels de l'équipe et limite la capacité de l'équipe à réaliser des visites au domicile des usagers.

Ainsi, pour une file d'active de 90 personnes, une équipe devrait être composée de 16 ETP (hors temps médical et administratif) soit une augmentation de 2 ETP (1 ETP d'ergothérapeute et 1 ETP de médiateur sante pair).

<sup>9</sup> Le terme client est employé au Canada dans les préconisations du modèle SIM/ACT pour désigner un patient ou un usager.

Le respect d'un ratio 1 professionnel / 7 usagers est essentiel pour garantir une prise en charge adaptée et une réponse aux besoins des personnes accompagnées.

### Projection de la file active et des équivalents temps plein selon le ratio 1 / 7

RATIO 1 / 7	ETP total (Dont med / ass adm)	ETP pourvus (Hors med / ass adm)	ETP travaillés (Hors med / ass adm)	FA
CdC Phase 1	17,2	14	11,4	80
SIM FA 100	21,2	18	14,4	100
SIM FA 90	19,2	16 ( + 1 ergothérapeute +1 MSP)	12,8	90

### Composition de l'équipe HOME pour une file active de 90 personnes accompagnées selon le ratio de 1/7

COMPOSITION Equipe	CdC Ph1 ETP	CdC Ph2	Evolution
Psychiatre	1.2	1.2	0
Interne	1	1	0
Cadre de santé	1	1	0
IDE	6	6	0
Educateur	2	2	0
T.I.S.F	1	1	0
Psychologue	1	1	0
Assistant social	1	1	0
MSP	1	2	1
CIP / Job coach	1	1	0
Ergothérapeute	Non prévu initialement	1	1
Assistant.e administratif.ve	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>17,2</b>	<b>19,2</b>	<b>2</b>
<b>Total hors med / ass adm</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	

#### V.4.d Les interventions

L'équipe multidisciplinaire, fidèle au modèle SIM/ACT, fournit un accompagnement global, hautement individualisé et en collaboration avec l'utilisateur. Cet accompagnement repose sur une évaluation globale et un plan d'accompagnement individualisé.

Il comprend des actions de :

- **Traitement** : L'objectif est la réduction des symptômes, la diminution du temps passé en hospitalisation et l'amélioration de la santé somatique. Il comprend des interventions pour l'atténuation des symptômes, la prévention des rechutes, l'aide à la gestion des symptômes résiduels, la coordination des soins somatiques
- **Réhabilitation psychosociale** : l'objectif est d'aider l'utilisateur à minimiser les effets des symptômes et la répercussion de la maladie sur les activités de la vie quotidienne, les activités de loisir et la vie sociale, d'obtenir des succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix, avec le moins d'interventions professionnelles possibles. Selon le modèle *Place and Train*, Elle s'effectue dans la communauté (logement, quartier, lieux de vie et de loisirs) et en lien avec les objectifs de l'utilisateur définis dans le plan d'accompagnement individualisé.
- **Soutien social** : ces interventions incluent évaluation, aide à la résolution de problème, accompagnement, adaptation de l'environnement. Ces interventions sont associées à la prise en charge de réhabilitation psychosociale.

Afin de permettre une plus grande coordination de l'activité de l'équipe, en particulier à destination des patients les plus instables, l'équipe a la possibilité de fournir la majorité des services. Néanmoins afin de favoriser l'inclusion sociale, la continuité des accompagnements antérieurs et la transition vers la sortie du dispositif, un certain nombre de services seront effectués par le réseau sanitaire, social et médicosocial existant **avec une coordination de l'équipe de type case-management**. Les interventions auprès du patient s'effectuent avec un seul intervenant à la fois, sauf situations nécessitant plusieurs intervenants (premières rencontres en phase d'inclusion, type d'accompagnement, situation de crise, état psychique instable,).

Les patients peuvent être admis dans le cadre d'un programme de soins ambulatoire sans consentement (ASDT ou ASPDRE). Dans cette situation, il sera demandé le maintien d'un suivi ambulatoire sur le CMP adresseur garant du programme de soins.

Le suivi des patients par l'équipe dédiée de l'expérimentation HOME est codifié au moyen de la cotation **EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion)** utilisée pour le recueil de l'activité ambulatoire des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie dans le cadre du PMSI. (Cf. paragraphe VI.2)

○ **La phase d'inclusion (1 mois) :**

Intervention	Description	Professionnels	Estimation Fréquence acte (/mois)	Cotation acte <b>EDGAR</b> Entretien Démarche Groupe Accompagnement Réunion

1 <sup>ère</sup> rencontre	Validation candidature Information sur HOME Alliance	Psychiatre/coordonateur Et 1 IDE ou éducateur	1	Entretien
Évaluation initiale	1 semaine après 1 <sup>ère</sup> rencontre Rencontre pour évaluation globale Rédaction du plan d'intervention individualisé	IDE, psychiatre, travailleurs sociaux et psychologue	6	Entretien Réunion
Suivi	En parallèle évaluation A hôpital si hospitalisée (Cf. phase suivi)	IDE, psychiatre, travailleurs sociaux et psychologue	8	Entretien Accompagnement Réunion Démarche
Accès au logement si nécessaire	Accompagnement par équipe Captation et gestion locative réalisé par opérateur logement (IML)	Travailleurs sociaux	2	Accompagnement

\* les réunions de l'équipe et les démarches sont réalisées sans le patient

○ Le suivi intensif dans le milieu de vie (29 mois) :

Le suivi intensif :

Interventions	Description	Membres de l'équipe impliqués	Estimation fréquence acte si besoin de l'intervention	E D G A R	Relais
TRAITEMENT	Prescription et surveillance de traitements psychotropes.	Psychiatre, Interne	2 / mois	E	CMP
	Délivrance traitement	IDE	30 / mois	E	IDE libéraux
	Éducation thérapeutique	IDE, psychiatre	4 / mois	E	CMP
	Coordination des soins somatiques. - Médecin généraliste référent - Spécialiste dont dentiste si nécessaire	IDE, Psychiatre, Interne	1 / mois	A D	CMP SAMSAH
	Le traitement de l'abus de substance. Action de réduction des risques, de thérapie motivationnelle ...), orientation vers relais extérieur.	IDE, Éducateur	2 / mois	E A	CSAPA
	Psychothérapie (de soutien, symptômes psychotiques)	Psychologue	4 / mois	E	
REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	Évaluation fonctionnelle	Psychologue, Assistante sociale, IDE, Éducateur	4 / mois	E A	CSTR
	Entraînement aux habiletés sociales L'apprentissage d'habiletés comportementales (organisation du temps, activités du quotidien...)	Éducateur, TISF, IDE	4 / mois	E A G	Hôpital de jour GEM CLSM Activités sociales loisir travail

					dans la communauté
	Interventions pour favoriser rétablissement et empowerment	IDE, Psychologue, Pair Aidant	1 / mois	E A G	GEM, Association d'utilisateur
	Gestion du logement (Habilité, planification)	Éducateur, TISF	2 / mois	A	SAMSAH
	Trouble cognitif dépistage et prise en charge	Psychologue	4 / mois	E	Hôpital de jour Groupe remédiation cognitive
	Psychoéducation patient et entourage	IDE, Psychologue,	1 / mois	E G	Hôpital de jour Groupe psychoéducation
<b>SOUTIEN</b>	Logement (ménage, lessive, course et préparation repas)	TISF, Éducateur	4 /mois	A	Aide-ménagère, Auxiliaire de vie
	Soins personnels	TISF, IDE	4 / mois	A	Aide-soignant, IDE libérale
	Transport	TISF, Éducateur	1 / mois	A	Auxiliaire de vie SAVS
	Aide à la réalisation des tâches administratives et à la gestion de l'argent	Assistante sociale, TISF	1 / mois	E A D	SAMSAH Mesure de protection
	Soutien, information et apprentissage des habiletés aux membres de la famille.	TISF, Pair aidant <sup>10</sup> , IDE, Psychologue	1 / mois	E G	CMP UNAFAM
<b>COORDINATION SUIVI</b>	Staff quotidien (planifie actes à réaliser dans la journée et actes en cas d'urgence)	Ensemble équipe	30 / mois	R	
	Réunion hebdomadaire Si nécessité réflexion collective sur suivi ou systématiquement pour révision plan d'intervention individualisé tous les 3 mois	Ensemble équipe	4 / mois	R	

### **Le suivi en période de crise (1 mois) :**

Activités de l'équipe dédiée	Membres de l'équipe impliqués	Estimation fréquence acte (/mois)	Cotation acte EDGAR
Délivrance traitement	IDE	30 à 60	E
Évaluation	IDE, Psychiatre, Interne	12	E R

<sup>10</sup> Le pair aidant est une personne ayant reçu des soins de santé mentale pour une maladie psychiatrique sévère et persistante s'étant rétabli et désirant partager son expérience, ses connaissances pratiques des soins et du rétablissement à l'équipe et aux usagers. Il apporte son expertise concernant le processus de rétablissement, la gestion des symptômes. Il a une action d'entraide et de soutien auprès des usagers, il favorise les processus de rétablissement, d'empowerment et de déstigmatisation.

Entretien de soutien et mobilisation de l'entourage	IDE, éducateurs, TISF, pair aidant	10	E A D
Hospitalisation. A la demande usager ou si nécessaire malgré suivi par équipe mobile (risque auto ou hétéro-agressif) Préparation de l'hospitalisation. Diminution de la durée de l'hospitalisation (poursuite pec et accompagnement pendant hospitalisation et reprise suivi de crise en sortie d'hospitalisation)	Psychiatre, IDE, Éducateur	5	E A D

○ **Phase de transition vers la sortie (6 mois) :**

Activités de l'équipe dédiée	Membres de l'équipe impliqués	Estimation Fréquence acte (/mois)	E D G A R	Relai
Diminution progressive interventions de traitement, réhabilitation et soutien	Ensemble équipe	6	E A	
Mobilisation entourage	IDE, pair aidant, TISF	1	A E	
Relai suivi psychiatrique	IDE, Psychiatre, Interne	4	E A D R	CMP IDE libérale
Relai suivi social	Assistante sociale	1	A	CMP / MDS
Relai réhabilitation psychosociale	Psychologue, Éducateur	1	A D	CSTR / Hôpital de jour
Relai suivi médico-social	Éducateur, TISF	1	A D R	SAMSAH
Relai soutien à la vie quotidienne	Éducateur, TISF	1	A D R	SAVS / Auxiliaire de vie / Aide-ménagère
Pérennisation logement (Appui opérateur logement)	Assistante sociale, TISF	1	A D	HLM Parc privé

## V.4.e Phase 2 : Parcours : constats et propositions d'évolution

### PHASE 2 PARCOURS

#### Constats Phase 1

Quelques remarques peuvent être tirées du parcours des personnes accompagnées à l'issue de la phase 1, même si l'observation est partielle sur certaines phases par manque de données au regard des parcours encore incomplets en fin de phase 1.

Globalement, nous observons un allongement de la durée des phases par rapport à ce qui était estimé dans le cahier des charges initial:

- pour la phase d'inclusion : 1 mois estimé dans le CDC initial, alors que les analyses réalisées par CEMKA sur les données observées montrent une durée moyenne de 103.5 jours soit plus de 3 mois.
- pour la phase de suivi intensif : certains usagers avec des situations complexes auront besoin d'un accompagnement au-delà de 29 mois. La plupart des usagers sont en cours de prise en charge. Nous n'avons pas assez de données : nous sommes à 29 mois depuis les premiers usagers inclus.

Nous avons constaté une difficulté à bien identifier, définir et borner l'épisode de crise avec une durée définie par une date de début et une date de fin.

Dans certaines situations, l'équipe a augmenté progressivement le nombre des interventions auprès de l'utilisateur pour intensifier le suivi si bien qu'à posteriori il paraît plus délicat de savoir à quel moment à débiter réellement l'épisode de crise. Il en est de même pour la fin de la crise.

Le besoin d'accompagnement de l'utilisateur cliniquement et/ou socialement n'est pas forcément lié à une période de crise clinique. Pour toutes ces raisons, les épisodes de crise ont été sous-estimés.

Cela est un élément important à prendre en compte dans le parcours de l'utilisateur : les épisodes de crise font partie du parcours et l'équipe doit être en mesure d'augmenter l'intensité du suivi pour soutenir l'utilisateur et son entourage.

Depuis janvier 2023, seulement 8 usagers sont sortis du dispositif, alors que le flux annuel des sorties était estimé à 10 par an dans le cahier des charges initial :

- 2 sorties en lien avec la diminution des besoins, les usagers ne relevaient plus d'une équipe de suivi intensif,
- 2 sorties en lien avec des déménagements pour rapprochement familiaux en dehors du territoire d'intervention de l'équipe,
- 1 sortie liée au décès de l'utilisateur quelques jours après l'inclusion,
- 1 sortie en lien avec une difficulté d'engagement de l'utilisateur
- 1 sortie liée à un changement de projet

Au final, nous avons peu observé de sortie telle que prévue dans le modèle SIM avec une réduction des besoins de l'utilisateur et une orientation vers d'autres dispositifs moins intensifs.

Le nombre de sortie plus faible qu'attendu peut s'expliquer par la montée en charge des inclusions plus longue que prévue (deux années au lieu d'un an) et une durée moyenne d'accompagnement plus longue que prévue. Le cahier des charges estimait la durée moyenne de suivi à 3 ans. Les accompagnements réalisés auprès des usagers nous laissent penser que pour certains usagers il faudra probablement que l'étayage se maintienne au-delà de 3 ans pour les amener à ne plus avoir besoin de l'équipe pour sortir du dispositif.

Un autre point positif pour l'équipe, la grande majorité des usagers interrogés nous ont fait part de leur satisfaction quant aux accompagnements réalisés par l'équipe. Ils montrent une forte adhésion au dispositif et sont plutôt fidèles (peu de perdus de vue).

## Propositions d'évolution Phase 2

**Les données concernant le parcours devront être confirmées par l'évaluation externe en ayant recours au Système National des Données de Santé (SDNS).**

**Elle nécessite une prolongation de deux années supplémentaires pour l'observation des parcours complets.**

### ○ Accès facilité à un logement indépendant :

Cette prestation est permise par un partenariat avec des associations partenaires qui sont les opérateurs du logement social et des bailleurs sociaux partenaires du groupe logement du CLSM. Elle sera mise en œuvre à chaque fois que nécessaire au début de l'accompagnement ou au cours de celui-ci.

**Les partenaires du secteur du logement social assureront la captation et la gestion locative du logement avec des budgets spécifiques** (Intermédiation Locative IML) avec sous-location du logement à l'usager. Les bailleurs sociaux pourront aussi mettre à disposition des logements directement. Les principales caractéristiques de cette domiciliation, en adéquation avec le modèle Supported Housing, sont :

- Placement immédiat dans le logement (moins de 4 semaines)
- Logement indépendant
- Soutien flexible par l'équipe mobile dédiée du dispositif HOME
- Séparation logement et service
- Choix de l'usager (logement, service).

Ce service permet d'améliorer le parcours de vie de la population cible en favorisant son accès immédiat au logement en parallèle de la mise en place du suivi intensif dans la communauté. La perte du logement étant fréquente pour les personnes hospitalisées au long cours cela diminuera le délai d'hospitalisation et permettra de répondre aux préférences de cette population.

L'utilisation de l'intermédiation locative permet la rapidité d'installation dans le logement, la sécurisation du bailleur et l'accompagnement du parcours logement de l'usager (gestion locative, loyer < 30 % des revenus et relogement quand nécessaire).

### V.4.f Phase 2 : Logement : constats et propositions d'évolution

#### PHASE 2 LOGEMENT

##### Constats Phase 1

L'enjeu autour du logement est central pour ce type de dispositif. « Disposer de son propre logement indépendant » est le premier besoin évoqué par les usagers pour pouvoir sortir de l'hôpital. En effet, 90% des usagers n'ont pas de logement.

Toulouse connaît une forte attractivité avec des difficultés accrues vis-à-vis du logement.

Il faut donc poursuivre les mesures d'intermédiation locatives déjà prévues dans la phase 1 au-delà de 3 ans.

**La pérennisation des logements pour les personnes accompagnées doit être soutenue soit avec un relai vers des logements des bailleurs sociaux soit avec des logements dans le parc privé.**

#### V.4.g Estimation des besoins de suivi :

Besoins de la personne accompagnée <b>par an</b>	ETP par an	Inclusion	Accompagnement	Crise	Sortie	TOTAL H/an/patient
Professionnel		Nb d'heures	Nb d'heures	Nb d'heures	Nb d'heures	
Coordinateur	1	1	2		1	4
secrétaire (AMA)	1					0
Psychiatre	1,2	2	5	4	1	12
Interne	1		2	1	1	4
IDE	6	2	24	20	3	49
Psychologues	1	1	8		1	10
Pairs aidants	1	1	5	2	1	9
Assistant des services sociaux	1	1	5		1	7
TISF	2		14	4	4	22
éducateur spécialisé	2	1	14	4	4	23
Total	17,2	9	79	35	17	140

#### V.5 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION

Au vu du caractère spécifique et innovant du modèle de soins mis en place, un plan de formation spécifique sera mis en œuvre en particulier concernant l'application du modèle du suivi intensif dans la communauté, des pratiques orientées par les principes du rétablissement et à destination des pairs aidants (formation du pair aidant et de l'équipe). Des formations supplémentaires seront mises en place en fonction de besoins spécifiques et de compétences à développer.

Pour la formation au modèle SIM/ACT (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004), le Centre National d'Excellence en Santé Mentale (CNESM) du Québec sera sollicité afin de favoriser la mise en place et l'amélioration continue du modèle de suivi intensif dans la communauté par l'équipe HOME.

Pour la formation aux pratiques orientées par le rétablissement, nous pourrions nous appuyer sur la ressource du Centre de Formation au Rétablissement (CoFoR) à Marseille.

Pour la formation des pairs-aidant, mise en place d'une formation du pair aidant pour optimiser sa prise de poste, son intégration et son évolution professionnelle et d'une formation de l'équipe sur l'intégration et la fonction du pair aidant. Plusieurs formations existent notamment la Licence 3 Sciences sanitaires et sociales Parcours Médiateurs de Santé-Pairs université de Bobigny-Paris-13 qui est une formation professionnalisante mise en place avec le concours du CCOMS.

## V.5.a Phase 2 : Vers la construction d'un parcours de formation spécifique aux équipes de type SIM : constats et propositions d'évolution

### PHASE 2

#### VERS LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE FORMATION SPECIFIQUE AUX EQUIPES DE TYPE SIM

##### Constats Phase 1

Ce type d'équipe est peu répandu en France. La plupart des professionnels ne sont pas formés au modèle SIM/ACT et aux pratiques orientées vers le rétablissement. Il n'existe pas de formation au modèle SIM/ACT en France. Certains professionnels n'avaient pas de connaissance ou d'expérience en psychiatrie notamment les travailleurs sociaux.

Il a fallu adapter la formation aux besoins des nouveaux professionnels. En raison du recrutement échelonnés des professionnels, les formations destinées à l'ensemble de l'équipe ont dû être décalées afin qu'un maximum de professionnels puissent en bénéficier :

- les grands principes du modèle du suivi intensif dans la communauté (SIM/ACT),
- les pratiques orientées par les principes du rétablissement,
- prévenir et gérer la crise suicidaire.

Du coup, le temps dédié aux actions de formation a été particulièrement important les deux premières années. Cela a eu un impact non négligeable sur la capacité d'intervention de l'équipe : moins de professionnels disponibles pour réaliser les accompagnements avec des personnes accompagnées avec un haut niveau de besoins en début de parcours.

Un autre facteur entre en jeu : le temps de connaissance des usagers et du lien de confiance à établir avec eux avant de pouvoir réaliser des accompagnements seuls. Cela nécessite un temps de tuilage avec un autre professionnel.

En parallèle, l'équipe apprenante a dû s'appropriier les concepts, les outils et l'organisation spécifiques liés au modèle SIM/ACT peu répandu en France.

Au final, le temps pour qu'un nouveau professionnel soit à l'aise et puisse débiter les accompagnements n'a pas suffisamment été pris en compte dans la montée en charge et la structuration de l'équipe. Il a été clairement sous-estimé.

##### Propositions d'évolution Phase 2

**En l'absence de professionnels acculturés aux concepts et outils spécifiques (modèle SIM/ACT, pratiques orientées rétablissement) sur le territoire français, le besoin de formation est conséquent et doit être intégré au financement innovant du projet. En effet, cette formation est une condition sine qua non de l'implantation du concept.**

**Pour une bonne intégration des professionnels aux équipes, il est nécessaire de proposer un parcours de formation structuré autour de trois axes :**

- **Une base de formation « socle » obligatoire pour tous les professionnels, idéalement proposée le plus tôt possible après la prise de poste et centrée sur le modèle SIM/ACT et les pratiques orientées rétablissement,**
- **Des formations thématiques complémentaires proposées « à la carte » en fonction des profils métiers, des expériences individuelles et des besoins identifiés dans la file active,**
- **Au besoin, ces formations pourront être complétée par un accompagnement régulier à l'appropriation et au déploiement des approches nouvelles (soutien à la mise en pratique des concepts et outils abordés lors des formations).**

FORMATION SOCLE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PROFESSIONNELS		Durée indicative
Modèle SIM - Formation initiale		3 jours
Pratiques orientées Rétablissement		2 jours
Approche par les forces		1 jour
Prévenir et gérer la crise suicidaire		3 jours
FORMATION THEMATIQUES COMPLEMENTAIRES (liste non exhaustive)		Durée
Formation	Professionnel(s) concerné(s)	
Réduction des risques alcool	Tous	1 jour
Réduction des risques drogues	Tous	1 jour
Entretien motivationnel	Tous	2 jours
Méthode IPS (Individual Placement Support)	CIP / Job-coach	3 jours
Opendialogue	5 professionnels	2 jours
Evaluation du risque hétéro-agressif	4 professionnels	2 jours
Accompagnement des familles	5 professionnels	2 jours

## V.6 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Ce dispositif **intersectoriel est accessible à l'ensemble de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest ainsi qu'à la psychiatrie libérale.** Afin de permettre la réalisation du suivi **l'équipe interviendra sur Toulouse et sa 1<sup>ère</sup> couronne.**

Ce territoire correspondra à un bassin de population de 666 901 habitants et 244,5 km<sup>2</sup>.

Ce territoire concerne les 8 secteurs de psychiatrie adulte de Haute-Garonne (une partie de chacun de ces secteurs compose ce territoire).

Données INSEE 2018 :

Commune	Population (habitants)	Superficie (km <sup>2</sup> )	Secteur psychiatrie
Toulouse	486 828	118	Les 8 secteurs 31G01 à 31G08
Blagnac	25 152	17	31G07
Colomiers	39 097	21	31G06
Tournefeuille	27 688	18	31G06
Cugnaux	18 267	13	31G06
Balma	16 520	17	31G08
L'Union	11 458	7	31G08
Launaguet	8 942	7	31G03
Aucamville	8 691	4	31G03
Portet-sur-Garonne	9 791	16	31G01
Ramonville-Saint-Agne	14 467	6,5	31G05
TOTAL	666 901	244,5	

Les études pilotes réalisées et la fréquence des longues hospitalisations inadéquates dans ce territoire justifient une file active de 100 personnes et la structuration d'un service d'accès facilité au logement indépendant avec des budgets spécifiques et un partenariat avec un opérateur logement.

Le renfort ambulatoire, prévu pour l'ensemble des secteurs dans le cadre du plan stratégique de transformation de la psychiatrie publique en Haute-Garonne, justifie le positionnement intersectoriel et complémentaire du dispositif HOME pour les situations les plus complexes et associant un service d'accès au logement.

## V.7 DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans (phase 1) suivie le cas échéant, d'une durée supplémentaire de 2 ans, en fonction des résultats de la phase 1 et sur décision du Comité technique de l'innovation en santé.

Une période de préparation à l'inclusion de 4 mois est prévue après l'autorisation de l'expérimentation. Cette période servira au recrutement des équipes, à leur formation ainsi qu'à la mise en place opérationnelle de l'organisation.

Une première phase d'une durée de 3 ans à compter de la première inclusion est prévue pour tester la capacité à mettre en place l'organisation et le mode de prise en charge proposés ainsi que pour avoir les premiers éléments sur l'adéquation du financement.

Cette première phase pourra faire l'objet d'une évaluation préliminaire de la mise en œuvre opérationnelle de l'organisation (calendrier à définir), puis d'une évaluation intermédiaire du modèle de prise en charge et du financement ainsi que des premiers résultats (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) au cours de la 3<sup>ème</sup> année.

La poursuite de l'expérimentation dans sa deuxième phase est conditionnée aux résultats de ces évaluations et à la préparation d'un ajustement du mode de financement avec un passage à un modèle de financement forfaitaire au parcours par patient pour les 2 dernières années de l'expérimentation le cas échéant. Autrement dit, si les résultats des évaluations préliminaires et intermédiaires ne sont pas favorables et que les éléments permettant la bascule au mode de financement au parcours ne sont pas réunis, l'expérimentation pourrait se terminer à la fin de la 3<sup>ème</sup> année après la première inclusion.

#### V.7.a Phase 2 : Modification calendrier

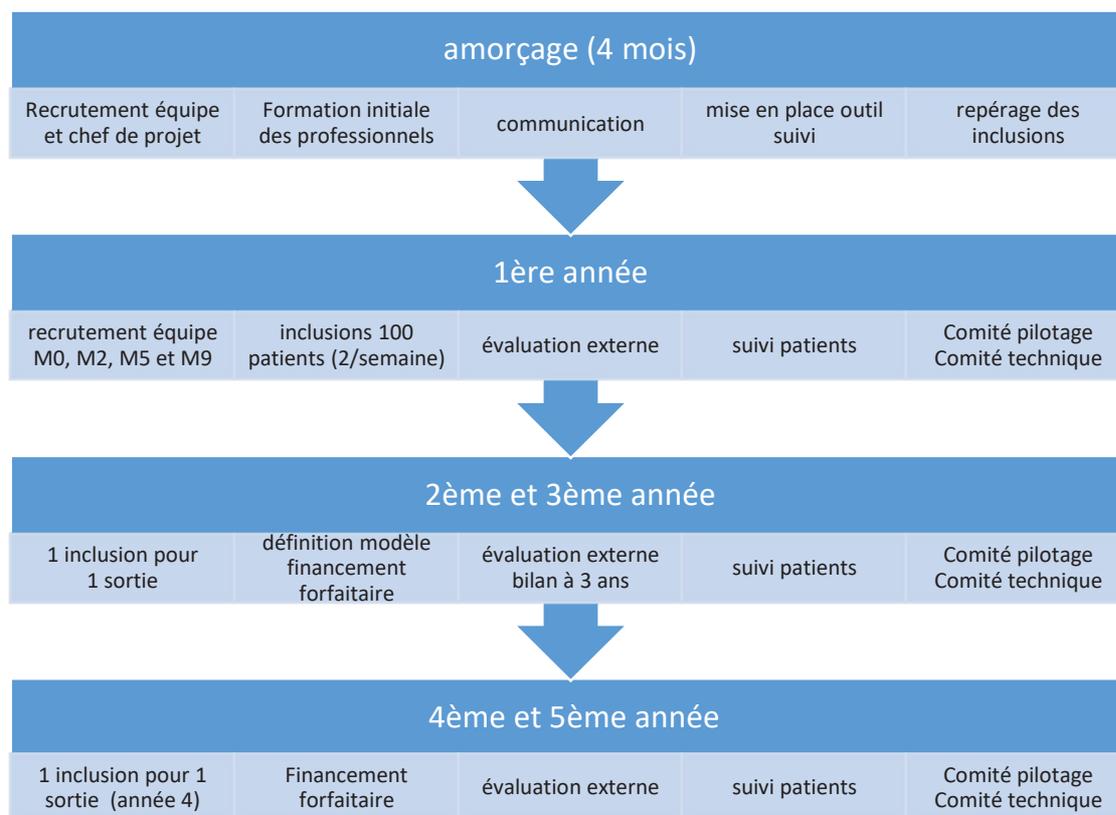
##### PHASE 2 MODIFICATION CALENDRIER

La phase 2 débutera le 27 septembre 2025 au lieu du 27 janvier 2026.  
L'expérimentation HOME se terminera le 26 janvier 2028.

*En effet, afin de caler les deux projets (SIIS Santé Mentale à Marseille et HOME à Toulouse) sur le même calendrier et proposer une republication synchrone des cahiers des charges pour la phase 2, le calendrier de l'expérimentation SIIS a été adopté. En conséquence, le calendrier de HOME pour la phase 1 a été restreint de 6 mois. La phase 2 débutera le 27 septembre 2025 au lieu du 27 janvier 2026.*

*Pour l'évaluation, les deux projets (SIIS Santé Mentale et HOME) sont sur le même calendrier, calé sur les dates de l'expérimentation SIIS qui se terminera 6 mois avant celle de HOME.*

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l'expérimentation :



## V.8 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE

**Un Comité de pilotage local** se réunira annuellement afin de s'assurer de la bonne coordination entre les différentes structures impliquées dans le projet, de la qualité des soins délivrés, de leur adéquation avec le projet et de résoudre les difficultés dans la mise en place du dispositif.

Il sera constitué :

- De représentants de la direction Centre Hospitalier Gérard Marchant et du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
- De représentants de l'ARS Occitanie
- De représentants de l'équipe Article 51
- Des partenaires du secteur du logement
- Des partenaires issus du groupe CLSM-logement
- D'un référent médical désigné par le PCME du Centre Hospitalier Gérard Marchant
- De l'équipe dédiée
- D'usagers du dispositif HOME
- D'associations de représentants des usagers et des familles d'usagers.

**Un comité technique se réunira régulièrement entre les représentants du dispositif HOME et ceux des 2 dispositifs SIIS Marseillais** afin de mettre en commun l'expérience issue de ces 2 territoires d'expérimentation.

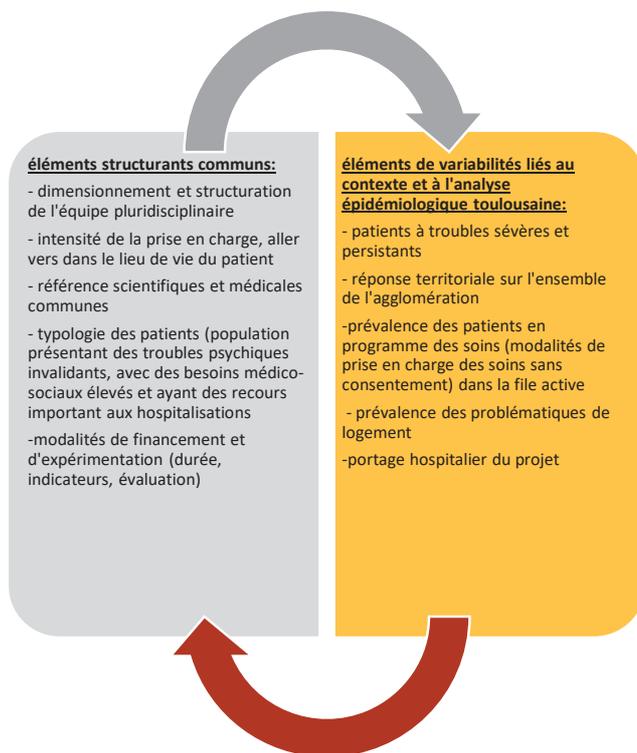
Le projet HOME partage avec l'expérimentation SIIS l'objectif de mise en place d'une équipe de soins intensifs dans la communauté afin d'améliorer le parcours de soins des personnes avec une maladie psychiatrique sévère et notamment de diminuer le recours à l'hospitalisation de cette population.

Les modèles de soins et les modalités de l'expérimentation (durée, évaluation ...) sont identiques. Cela permettra de rejoindre l'expérimentation SIIS et de renforcer la puissance de l'évaluation des expérimentations. De plus, le long délai de préparation du projet HOME, le travail déjà entrepris au niveau des partenaires et l'expertise du Centre Hospitalier Gerard Marchant dans ce type d'expérimentation (Un Chez Soi d'Abord) favorisera la mise en place de l'expérimentation HOME dans des délais brefs.

Les différences introduites par le dispositif HOME sont en lien avec des caractéristiques territoriales de sa population et de l'offre de soins :

- Population cible centrée sur les situations de longue hospitalisation inadéquate dont les personnes en situation de programme de soins ambulatoire sans consentement
- Augmentation de la file active à 100 personnes et territoire d'intervention élargi à Toulouse et sa 1<sup>ère</sup> couronne afin de répondre aux besoins du territoire
- Portage hospitalier du projet
- Intégration d'intervention de domiciliation au vu de la fréquence des situations d'absence de logement pour la population cible en particulier les usagers hospitalisés au long cours

La mise en place du dispositif HOME permettra de renforcer l'évaluation de cette expérimentation en rajoutant un territoire supplémentaire. De plus cela permettra d'étudier différents scénarios de mise en place de ce modèle de soins en fonction des caractéristiques des territoires.



La problématique des longues hospitalisations inadéquates en psychiatrie et ses conséquences négatives pour le patient et l'organisation des soins est partagée au niveau national.

## V.9 PHASE 2 : IMPACT SUR LES DUREES D'HOSPITALISATION

### PHASE 2 IMPACT

#### Constats Phase 1

Durée d'hospitalisation :

Une réduction moyenne de 185 journées d'hospitalisation par usager sur un an de suivi a été observée, représentant 3 692 journées cumulés évitées sur un échantillon de 20 usagers.

#### Propositions d'évolution Phase 2

**Les données concernant la réduction des hospitalisations devront être confirmées par l'évaluation externe en ayant recours au Système National des Données de Santé (SDNS).**

**Elle nécessite une prolongation de deux années supplémentaires pour disposer des données plus robustes.**

## VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION

### VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

#### VI.1.a Les outils non numériques

##### Le modèle de suivi ACT :

Ce modèle est un modèle structuré avec un haut niveau de preuve. Il existe une échelle de fidélité au modèle qui sera utilisée par l'équipe du projet HOME et favorisera l'évaluation et la diffusion de ce modèle.

Il a montré sa capacité à diminuer le recours à l'hôpital et à améliorer la stabilité dans le logement pour les personnes avec une pathologie psychiatrique chronique (schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble de la personnalité) et une invalidité importante et persistante liée au trouble (SAMHSA, 2008) (Dixon, 2010 ). Une méta-analyse Cochrane (Dieterich, 2017) confirme ces éléments et indique que la diminution du nombre de jours d'hospitalisation est d'autant plus importante que le suivi respecte le modèle ACT et que les personnes ont un haut niveau de recours à l'hospitalisation psychiatrique antérieur à l'intervention.

#### VI.1.b Phase 2 : Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) : constat et propositions d'évolution

##### PHASE 2

##### EVALUATION DE LA FIDELITE AU MODELE ACT – Tool for measurement of assertive community treatment (TMACT)

###### Constats Phase 1

L'évaluation de la fidélité au modèle SIM/ACT a été réalisée par Olivier Jackson<sup>11</sup>. Il accompagne l'équipe HOME dans la mise en œuvre et les bonnes pratiques autour du modèle SIM/ACT (concepts, outils, organisation).

Il est venu une semaine en mars 2025 afin d'évaluer la fidélité de l'équipe au modèle SIM/ACT.

La grille utilisée est la Tool for Measurement of Assertive Community Treatment ,TMACT, (Monroe-DeVita, Moser, & Teague, 2018).

Elle analyse 47 normes avec une cotation sur 5 touchant l'ensemble de la pratique du modèle SIM/ACT:

- 12 normes opérations et structures de l'équipe
- 7 normes composition du noyau de l'équipe
- 8 normes pour les spécialistes
- 8 normes sur les pratiques centrales
- 8 normes sur l'intégration des données probantes
- 4 normes sur la participation ou considération de l'utilisateur.

<sup>11</sup> Olivier Jackson est infirmier clinicien canadien, il a accompagné plus de cinquante équipes SIM /ACT et il connaît bien le système sanitaire et social français. Il a notamment participé à la formation des premières équipes du dispositif Un chez soi d'abord en France en 2011.

Il précise dans son rapport d'évaluation suivant la visite de conformité au modèle SIM/ACT (Rapport TMACT du 18 mars au 26 mars 2025 ):

« *Le déploiement des meilleures pratiques doit se faire en conformité avec les guides d'implantation du modèle et doit être soutenu par une mesure régulière de cette conformité avec les outils reconnus efficaces par des mécanismes de recherche rigoureux.*

*Dans le cadre du déploiement du modèle SIM/ACT, il est recommandé de faire la mesure de la fidélité au modèle à l'aide du TMACT. L'évaluation de l'équipe avec cet outil permet d'obtenir un regard extérieur sur les pratiques de l'équipe, de la satisfaction de la clientèle et sur les rôles / mandats des intervenants.*

*Elle permet également de faire ressortir des pistes d'amélioration personnalisées afin d'augmenter la fidélité au modèle et ainsi améliorer les impacts positifs pour la clientèle, pour l'équipe et pour le système de santé.*

*Les huit années d'utilisation au Québec sur la cinquantaine d'équipe nous ont permis de constater que le dépôt du rapport d'évaluation devrait être suivi par un plan d'intégration réalisé par l'équipe dans les mois suivant la visite de conformité et des réévaluations aux deux ans permettent d'enclencher une véritable dynamique de changement au sein des équipes. »*

**Le résultat est de 3.74/5, il correspond à une équipe présentant un degré de fidélité modéré au modèle SIM/ACT.**

Olivier Jackson précise :

« **Le résultat de 3,74 est excellent considérant la création récente de l'équipe et du fait qu'il s'agit de sa première évaluation. Il faut nommer plusieurs facteurs positifs influençant ce résultat comme par exemple la cohésion d'équipe, la transparence et l'ouverture démontrées lors des activités de soutien, la diversification des expertises et des personnalités, les ressources abondantes autour de l'équipe (voitures, partenariat UCRM, locaux, accès à de la formation...) et l'appui de la gestion et des médecins. »**

### Analyse du résultat

Note finale de l'équipe		Résultat par sous-section
Opérations et structures	53/12	4,4
Composition de l'équipe	28/7	4,0
Spécialistes	14/4	3,5
Pratiques centrales	28/8	3,5
Pratiques basées sur les données probantes	26/8	3,3
Pratiques centrées sur la personne	12/4	3,0
<b>Total :</b>	<b>161/43</b>	<b>3,74</b>

### Légende

<b>4.4 à 5.0</b>	Équipe présentant un degré de fidélité exemplaire au modèle ACT
<b>3.8 à 4.3</b>	Équipe présentant un degré de haute-fidélité au modèle ACT
<b>3.2 à 3.7</b>	Équipe présentant un degré de fidélité modéré au modèle ACT
<b>2.5 à 3.1</b>	Équipe présentant un degré de basse fidélité au modèle ACT
<b>2.5 et moins</b>	Équipe n'offrant pas un service répondant aux critères du modèle ACT

Olivier Jackson suggère que cette évaluation s'inscrive dans un processus d'amélioration continue.

Pour cela, il invite l'équipe à s'engager dans un plan d'action en considérant les recommandations proposées dans le rapport pour nous permettre d'augmenter notre niveau de fidélité avant la prochaine évaluation dans deux ans.

### Propositions d'évolution Phase 2

**Nous proposons selon les préconisations d'Olivier Jackson d'évaluer la fidélité au modèle SIM/ACT en utilisant la TMACT en mars 2027.**

### Le modèle Supported Housing :

Le modèle Supported Housing à la différence de dispositifs préparatoires et transitoires, tels que les appartements thérapeutiques, propose un placement immédiat dans un logement indépendant associé à un soutien pour développer ou consolider les habiletés nécessaires pour s'y maintenir. Ses principales caractéristiques sont : placement immédiat dans le logement, logement indépendant, soutien flexible par une équipe mobile dédiée, séparation logement et service, choix de l'utilisateur (logement, service) (Tabol, 2010) Une revue récente de la littérature (Richter D., 2017) conclut qu'en l'état actuel des connaissances le choix de l'utilisateur devrait être un facteur déterminant pour l'orienter vers ce type de modèle ou vers un modèle de type résidentiel tel que les appartements thérapeutiques ou les centres postcure.

Le modèle Un Chez Soi d'Abord (Housing First) est la déclinaison du modèle Supported Housing pour une population sans domicile fixe (SDF) avec une maladie psychiatrique sévère où le suivi est de type SIM/ACT (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004), les bénéfices de ce modèle ont été démontrés par une étude randomisée (Auquier, 2011) sur 4 sites et sur 703 participants (353 dans le modèle expérimental *Housing First* et 350 dans le groupe témoin Offre Habituelle). Cette étude montre que l'accès immédiat à un logement indépendant associé à un suivi par une équipe SIM/ACT apporte en comparaison de l'offre de soins habituelle (Tinland A., 2020) :

- Une diminution des journées d'hospitalisations sur 24 mois (51.8 jours vs 83.6 ; relative risk 0.62 (0.48-0.80)), tout type d'hospitalisation confondu.
- Une stabilité dans le logement

Des résultats intermédiaires de cette étude publiés en Mai 2016 (Tinland A., 2016) sur 403 participants suivis à M24, montrent une baisse significative du recours à **l'hospitalisation en psychiatrie (24 jours vs 79 jours ; p<0,0001)**.

**Le centre de preuve en psychiatrie et santé mentale dans son rapport Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique (Hardy-Baylé, 2015) recommande la mise en place des modèles Supported Housing et Assertive Community Treatment (Latimer, Gelinas, & Thomson, 2004)**

### Les soins orientés par le rétablissement et empowerment :

Le rétablissement peut se définir comme « un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie ».

Ce concept a modifié l'organisation du système de soins psychiatriques en définissant les éléments qui favorisent le processus de rétablissement : soins orientés autour du rétablissement. Ces éléments peuvent être regroupés en 4 catégories :

- Promouvoir la citoyenneté : soutenir l'utilisateur pour trouver une place dans la société et y vivre comme tout citoyen (respect des droits des usagers, l'inclusion sociale et la réalisation d'activités épanouissantes)
- Philosophie des services : promotion du rétablissement et service adaptés aux besoins de l'utilisateur (accès facilité et continuité des soins favorisée).
- Soins individualisés : soutien pour définir leurs propres besoins ; objectifs et soins sont centrés sur les préférences de l'individu (un choix informé, le soutien par les pairs, une approche basée sur les ressources de l'individu et sur un accompagnement global)
- Les relations thérapeutiques : développement et recherche de l'alliance thérapeutique avec un accompagnement construit en partenariat avec l'utilisateur où l'espoir est favorisé, en particulier celui de la possibilité du rétablissement.

L'équipe de suivi interviendra selon ses concepts afin de favoriser rétablissement et empowerment (processus par lequel l'individu acquiert « un pouvoir d'agir » sur sa vie, sa maladie, ses soins...) des usagers.

### **Le plan d'intervention individualisé :**

L'accompagnement débute par une période initiale d'évaluation globale effectuée en collaboration avec l'utilisateur et en impliquant l'entourage. Elle comprend les dimensions suivantes :

- Psychiatrique : diagnostic, histoire maladie et état de santé actuel
- Santé physique
- Drogues et alcool
- Activités
- Fonctionnement interpersonnel et développement social
- Activité de la vie quotidienne
- Habilités sociales
- Logement
- Structure et relations familiales

Cette évaluation aboutit à la réalisation du plan d'intervention individualisé. Ce dernier est le garant de l'accompagnement centré sur l'utilisateur, il est établi avec l'utilisateur et les personnes de l'équipe engagées dans son accompagnement. Il est proposé à l'utilisateur d'y associer les personnes de son entourage.

Ce plan formule et priorise les objectifs, les difficultés et les interventions à effectuer en termes de traitement, de soutien et de réhabilitation psychosociale. Il répond aux questions pourquoi, comment, qui et quand ces interventions sont effectuées.

Il aboutit à un planning hebdomadaire d'accompagnement par l'équipe dédiée.

Le plan d'intervention individualisé est réactualisé tous les 3 mois.

### **Le plan de prévention partagé :**

Les personnes accompagnées écrivent et partagent des consignes dans les moments où elles ont toutes leurs compétences de jugement, pour qu'elles soient mises en œuvre dans des moments où elles ne peuvent plus décider (état psychique très altéré). Ainsi leurs choix et préférences peuvent être connus et respectés même dans ces moments difficiles.

La désignation d'une personne de confiance ainsi que le partage du document avec le psychiatre facilite l'usage et le respect des « directives anticipées ».

### **Le WRAP :**

Wellness and Recovery Action Planning ou en français « Plan d'Action pour le Bien-être et le Rétablissement » est un outil d'auto-support, qui peut donc être indépendant d'un accompagnement par des professionnels, destiné à la planification personnelle d'actions de rétablissement, par le travail et la réflexion sur sa propre organisation de vie. Il se centre sur les forces de l'individu et les développe tout en encourageant la responsabilité personnelle et l'autogestion, ce qui procure à l'intéressé une plus grande maîtrise de sa vie.

### **VI.1.c Les outils numériques**

Parmi le matériel informatique des tablettes seront utilisées afin de favoriser la consultation et la rédaction du dossier médical pendant les déplacements mais aussi d'accompagner l'utilisateur dans l'utilisation d'internet et des outils numériques pour les actes de santé (application numérique de santé) ou les démarches administratives.

### **VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION**

Le système d'information utilisé par l'équipe de suivi de l'expérimentation HOME sera le logiciel Cortexte. Il s'agit du système d'information utilisé sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant. Le Centre Hospitalier Gérard Marchant regroupant 7 des 8 secteurs de psychiatrie de Haute Garonne cela favorisera le partage des informations médicales pour une grande partie des patients suivis sur l'expérimentation.

La prise en charge des patients dans le cadre du projet HOME est une **activité ambulatoire**, décrite et codifiée avec la grille **EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion)** utilisée pour le recueil de l'activité ambulatoire des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie dans le cadre du PMSI.

- 5 types d'actes peuvent être utilisés :
  - **Entretien (code E)**, correspond à une consultation,
  - **Démarche (code D)**, est une action effectuée à la place du patient, qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même, en vue de l'obtention d'un service ou d'un droit,
  - **Groupe (code G)** est un acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, avec ou sans utilisation d'une médiation,
  - **Accompagnement (avec ou sans déplacement) (code A)** est un acte de soutien de proximité, réalisé avec le patient, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire,
  - **Réunion clinique (code R)**, peut rassembler plusieurs professionnels autour du cas d'un patient, à l'occasion d'un problème particulier qui induit une réflexion spécifique sur le projet de soin du patient
- Distinction des actes réalisés en présence d'un patient ou d'un groupe de patient (Entretien, Groupe et Accompagnement) et les actes effectués en l'absence du patient (Démarche et Réunion)

A partir du moment où l'activité est codifiée et saisie dans le **Dossier Patient Informatisé (Cortexte)**, il sera possible de la décrire et de la quantifier (nombre, nature et durée des actes réalisés, lieu de réalisation, catégorie professionnelle et nombre d'intervenant(s) concernés).

### VI.3 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Le dispositif HOME est porté par le Centre Hospitalier Gérard Marchant, il partagera le même système d'information (Cortexte). Les obligations réglementaires liées à l'utilisation et au stockage des données seront appliquées par le dispositif HOME selon les mêmes modalités que les autres services du Centre Hospitalier Gérard Marchant (obligations liées au RGPD).

### VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

Les données recueillies au cours de l'expérimentation sont en lien avec le suivi de la personne par l'équipe dédiée. Ces données seront recueillies et stockées selon les modalités établies pour les autres services du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

Les autres données sont en lien avec l'évaluation externe associée à l'expérimentation. Ces données seront issues du système d'information Cortexte, des DIM Centre Hospitalier Gérard Marchant et Centre Hospitalier Universitaire Toulouse et éventuellement du SNDS.

Avant leur inclusion dans l'expérimentation, un temps spécifique sera prévu pour l'information des patients concernant l'expérimentation, son déroulé et ses objectifs. Un accord écrit sera sollicité sur leur participation à l'expérimentation et le recueil et la transmissions des données les concernant.

### VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

Si cette nouvelle offre de soins, facilement répliquable, confirme son efficience, elle pourra apporter une réponse à l'échelon national pour l'amélioration du parcours de soins de cette population. En limitant la forte utilisation des ressources en hospitalisation par cette population grâce à la mise en place d'un suivi ambulatoire structuré et intensif, elle permettra une meilleure utilisation des ressources hospitalières et participera au processus de virage ambulatoire de la psychiatrie.

Le gain économique permis par ce projet du fait de la baisse du recours à l'hospitalisation et de la différence de coût entre la prise en charge par le dispositif Home et l'hospitalisation représentera un atout supplémentaire pour sa diffusion à l'échelle nationale, dans un objectif de soutenabilité des politiques publiques.

La généralisation du projet HOME dans les grandes métropoles conjuguant une demande de soins élevée pour des raisons multifactorielles (augmentation démographique, précarité et exclusion sociale) et des difficultés d'accès au logement apparait tout à fait pertinente.

#### VIII.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

Le modèle de financement envisagé est un modèle dynamique, complémentaire au droit commun avec une part de dotation fixe et une part croissante de financement variable selon le nombre de patients suivis (pour la phase 1 de l'expérimentation - 3 ans). Une bascule en phase 2 optionnelle est envisagée proposant un financement à la séquence de soins et au forfait par patient, gradué en fonction de la phase de la prise en charge et du profil du patient, en fonction des résultats de la phase 1.

Le mode de financement actuel est celui des établissements hospitaliers : la Dotation Annuelle de Financement de psychiatrie. La DAF est une enveloppe budgétaire attribuée sur l'année civile pour couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement du dispositif. L'objectif de l'expérimentation sur le volet financier est de parvenir, à l'issue des trois premières années, à définir et quantifier un système de financement par usager qui viendrait en remplacement du modèle actuel. Le modèle envisagé pour la 2<sup>ème</sup> phase serait substitutif ou partiellement substitutif. La transition entre les deux modèles serait progressive en suivant la montée en charge. Ce modèle innovant reposera sur un financement forfaitaire

au parcours de soins qui pourra être modulé selon la phase de suivi de la personne. On peut ainsi distinguer 4 grandes phases de suivi par l'équipe dédiée :

- La phase d'inclusion estimée à 1 mois
- L'accompagnement global estimé en moyenne à 2,5 ans
- Soutien en période de crise estimé à 1 mois/an
- La préparation à la sortie estimée à 6 mois

La capitalisation de l'expérience acquise au cours des trois premières années de l'expérimentation devrait permettre de définir ce mode de financement innovant. Pendant ces trois premières années, le financement sera basé sur une enveloppe annuelle permettant de couvrir les frais du dispositif pour un nombre défini de personnes prises en charge.

Le modèle de financement sera stabilisé les 3 premières années (financement forfaitaire par patient), puis alloué en fonction des épisodes cliniques.

Le modèle de financement au parcours de soins constitue un modèle dynamique, adapté aux besoins des patients et excluant les rentes de situations.

Cette dimension peut facilement être mutualisée avec le projet SIIS marseillais.

### VIII.1.a Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires

Les analyses médico-économiques menées lors des 3 premières années permettront de calibrer les financements nécessaires par forfait pour la seconde phase.

**Tableau 1 : Synthèse des dépenses liées au projet (phases 1 et 2) (hors CAI), en Euros**

	phase 1				phase 2			total
	année N	année N+1	année N+2	total 1	année N+3	année N+4	total 2	sur 5 ans
dépenses T1 ressources humaines	741 394 €	1 021 275 €	1 021 275 €	2 783 944 €	1 021 275 €	1 021 275 €	2 042 550 €	4 826 494 €
dépenses T2-T3 dépenses hôtelières et logistiques	25 500 €	48 500 €	48 500 €	122 500 €	48 500 €	48 500 €	97 000 €	219 500 €
dépenses T4 charges gestion générale	138 644 €	193 025 €	193 025 €	524 694 €	193 025 €	193 025 €	386 050 €	910 744 €
total charges projets	905 538 €	1 262 800 €	1 262 800 €	3 431 138 €	1 262 800 €	1 262 800 €	2 525 600 €	5 956 738 €
versement FISS total	905 538 €	1 262 800 €	1 262 800 €	3 431 138 €	1 262 800 €	1 262 800 €	2 525 600 €	5 956 738 €

#### Le détail de ces dépenses est donné en annexe 3

Le modèle de financement proposé pour la **phase 1** (de 3 ans) est pensé comme incitatif à l'inclusion de patients pour le porteur de projet, **avec un partage des risques financiers en cas de non atteinte des objectifs d'inclusions**. Il se caractérise par la montée en charge progressive du financement au forfait par personne suivie jusqu'à disparition complète du soutien en dotation fixe la troisième année, selon le tableau suivant :

**Tableau 2 : montée en charge des inclusions et du modèle de financement au forfait (phase 1)**

PHASE 1	Année 1					Année 1 total	Année 2	Année 3	TOTAL
	T1	T2	T3	T4					
Nb de patients inclus	16	24	32	28	100	100	100	300	
Forfait FISS	48 288 €	72 432 €	96 576 €	84 504 €	301 800 €	1 010 200 €	1 262 800 €	2 574 800 €	
Le forfait sera de 3 018€ par patient en année 1, complété d'une dotation fixe, puis de 10 102€ en année 2 complété d'une dotation fixe, puis 12 628€ en année 3 sans dotation fixe	3 018,00 €	3 018,00 €	3 018,00 €	3 018,00 €	-	10 102,00 €	12 628,00 €	-	
Dotation FISS fixe (du fait d'une équipe prête à partir et de la montée en charge)	96 598 €	144 897 €	193 196 €	169 047 €	603 738 €	252 600 €	- €	856 338 €	
<b>TOTAL prestations dérogatoires FISS</b>	<b>144 886 €</b>	<b>217 329 €</b>	<b>289 772 €</b>	<b>253 551 €</b>	<b>905 538 €</b>	<b>1 262 800 €</b>	<b>1 262 800 €</b>	<b>3 431 138 €</b>	

### VIII.1.b Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Le suivi de l'expérimentation, notamment en matière d'évaluation, requiert la création d'un poste de chef de projet et de 0.5 ETP de secrétariat dans le cadre d'un budget spécifique d'ingénierie sur l'ensemble de la période (phase d'amorçage de 4 mois + 5 années). Ce coût est estimé à 521k€ sur 5 ans et 4 mois).

Le chargé de projet aura pour **missions principales** :

- De veiller à la bonne mise en œuvre du cahier des charges de l'expérimentation Home
- De piloter les activités en lien avec l'objectif spécifique 4 portant sur la modélisation des parcours patient et le perfectionnement du modèle de financement,
- De préparer un calendrier précis des différentes étapes du projet,
- De piloter l'évaluation du dispositif (en lien avec l'équipe de l'Article 51 en charge de l'évaluation et l'évaluateur externe).

Une phase d'amorçage de 4 mois avec l'équipe initiale du projet (recrutement M0) sera nécessaire afin d'assurer la mise en place de l'équipe, la communication en vue des recrutements et la formation initiale de l'équipe à cette modalité de suivi innovante.

Le poste de chef de projet et son secrétariat dédié feront l'objet d'un financement par le FIR régional, ainsi que pour des dépenses de fonctionnement liées à la mise en place du projet (phase d'amorçage) :

- plan de formation « modèle suivi intensif SIM/ACT » et « formation soins orientés par le rétablissement » : 20 000€
- recrutement 1 ETP psychiatre et 1 ETP de coordinateur pour 4 mois : 66 000€
- recrutement 1 ETP IDE et 1 ETP éducateur pour 3 mois : 27 000€

**Soit un total CAI sollicité sur le FIR pour les 5 ans de 634 000€ se décomposant en 438 625€ pour la phase 1 ; et pour la phase optionnelle 2 : 195 375€.**

**Tableau 3. Besoin de financement en CAI**

	phase 1			phase 2			total sur 5 ans	
	année 1 (+4mois amorçage)	année 2	année 3	total phase 1	année 4	année 5		total phase 2
montant CAI équipe restreinte	93 000,00			93 000,00			0,00	93 000,00
chef de projet+secrétariat	130 250,00	97 687,50	97 687,50	325 625,00	97 687,50	97 687,50	195 375,00	521 000,00
formation	20 000,00			20 000,00			0,00	20 000,00
<b>total</b>	<b>243 250,00</b>	<b>97 687,50</b>	<b>97 687,50</b>	<b>438 625,00</b>	<b>97 687,50</b>	<b>97 687,50</b>	<b>195 375,00</b>	<b>634 000,00</b>

### VIII.1.c Besoin total de financement (FIR+FISS) de la phase 1

Le besoin de financement de l'expérimentation HOME pour la phase 1 représente un montant total de 3 869 K€. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant total de 438 K € versés sous forme de dotations par l'ARS pour les projets régionaux (FIR),
- Des financements dérogatoires du droit commun pour un montant maximum de 3 431 K€ (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une convention avec la CNAM.

**Tableau 4. Montant global FIR et FISS de la phase 1**

PHASE 1	Année 1				Année 1 total	Année 2	Année 3	TOTAL
	T1	T2	T3	T4				
Nb de patients inclus	16	24	32	28	100	100	100	300
Forfait FISS	48 288 €	72 432 €	96 576 €	84 504 €	301 800 €	1 010 200 €	1 262 800 €	2 574 800 €
Le forfait sera de 3 018€ par patient en année 1, complété d'une dotation fixe, puis de 10 102€ en année 2 complété d'une dotation fixe, puis 12 628€ en année 3 sans dotation fixe	3 018,00 €	3 018,00 €	3 018,00 €	3 018,00 €	-	10 102,00 €	12 628,00 €	-
Dotation FISS fixe (du fait d'une équipe prête à partir et de la montée en charge)	96 598 €	144 897 €	193 196 €	169 047 €	603 738 €	252 600 €	- €	856 338 €
<b>TOTAL prestations dérogatoires FISS</b>	<b>144 886 €</b>	<b>217 329 €</b>	<b>289 772 €</b>	<b>253 551 €</b>	<b>905 538 €</b>	<b>1 262 800 €</b>	<b>1 262 800 €</b>	<b>3 431 138 €</b>
<b>TOTAL CAI FIR</b>	-	-	-	-	243 250 €	97 687,50	97 687,50	438 625 €
<b>TOTAL expérimentation (phase 1) FISS+FIR</b>	-	-	-	-	<b>1 148 788 €</b>	<b>1 360 488 €</b>	<b>1 360 488 €</b>	<b>3 869 763 €</b>

\* le total FISS + FIR pour l'année 2 et 3 (1 360 487,50 € respectivement) ont été arrondis dans la dernière ligne du tableau, mais le montant total de l'expérimentation est bien de 3 869 763 €.

A titre informatif, le coût **moyen** de financement dérogatoire atteint **11 436€ par patient**, ce qui se rapproche de l'expérimentation article 51 SISS- Santé mentale (Coût de 11 145€ / patient). Les deux expérimentations partageant de nombreuses caractéristiques communes mais se différenciant sur la composition de l'équipe ainsi que sur la cible populationnelle.

A titre indicatif, la phase 2 optionnelle de l'expérimentation (N4 et N5) nécessiterait un financement complémentaire de 2 720 975 €, dont 2 525 600 € pour les prestations dérogatoires et 195 375€ pour les frais d'ingénierie, estimé sur la base des coûts de la phase 1, pour le suivi de 65 patients supplémentaires afin de maintenir une file active de 100 patients pendant 2 ans. Le besoin précis de financement pour cette phase sera défini à l'issue de la phase 1.

## VIII.2 PHASE 2 : MODIFICATION DU MODELE ECONOMIQUE

### PHASE 2

#### MODELE ECONOMIQUE ET FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

##### Constats Phase 1

Dans le cadre de la phase 2, le souhait des porteurs et administrations est d'homogénéiser les modèles économiques des expérimentations HOME et SIIS, afin de converger vers un modèle unique, lisible et reproductible.

La piste initialement envisagée d'un financement à la séquence sous forme de forfait par patient n'a toutefois pas été retenue, pour plusieurs raisons. Ce type de financement suppose en effet une trésorerie suffisante pour faire face à des avances de fonds, condition qui n'est pas remplie par l'équipe SIIS et qui pourrait poser des difficultés en cas de généralisation. Par ailleurs, les professionnels de santé intervenant au sein des équipes mobiles étant salariés, les charges sont essentiellement fixes, et ne peuvent donc constituer une variable d'ajustement : un modèle à revenus variables fondé sur des forfaits par épisode de soins serait donc inadapté.

Plus fondamentalement, un financement à l'épisode implique de pouvoir définir un référentiel de soins structuré, identifiant des débuts et fins de parcours, d'établir des niveaux de sévérité et de consommation attendue, et de construire des groupes de patients homogènes à partir de critères prédictifs fiables.

Or, les analyses menées dans le cadre du rapport intermédiaire, ainsi que celles du prestataire Cemka, ont montré l'impossibilité de prédire la consommation de soins, de normaliser les parcours ou de stratifier les patients de manière robuste.

Un tel modèle, en plus d'être complexe à mettre en œuvre, aurait engendré une charge administrative significative, une moindre lisibilité pour les porteurs et les équipes, et un risque d'approximation dans la codification des épisodes. En conséquence, le modèle retenu pour la phase 2 diffère de celui initialement envisagé en phase 1, pour répondre aux contraintes opérationnelles observées et garantir un financement soutenable et cohérent avec l'organisation des équipes mobiles.

##### Propositions d'évolution Phase 2

#### I. Modèle de rémunération commun à HOME et SIIS

Le modèle économique proposé a trois objectifs :

- 1) Sécuriser les porteurs financièrement notamment au regard des charges de personnel fixes.
- 2) Garantir l'utilisation efficace des ressources.

Les équipes ont été redimensionnées pour suivre le ratio d'1 ETP travaillé / 7 personnes accompagnées hors temps médical et administratif, ce ratio est adapté à un suivi très intensif, et ce modèle vise à garantir l'adéquation entre le profil des patients et l'intensité de l'accompagnement proposé.

- 3) Assurer la remontée d'informations en vue d'une généralisation, notamment sur le dimensionnement adéquat de l'équipe selon la complexité des patients.

La base de construction de ce modèle est l'ensemble des charges de personnel et fixes de l'équipe. Pour une équipe définie, un nombre de patients idéal au ratio de 1 ETP travaillé / 7 personnes accompagnées hors temps médical et administratif est défini.

#### 1) Dotation : 100% des charges fixes, 90% des charges de personnel

La première composante du modèle économique est une dotation dont le montant représente 100% des charges fixes et 90% des charges de personnel pour le nombre de patients idéal déterminé. Cette

dotation sera versée en 2 fois avec un déclenchement, sur décision du COPIL, après revue des factures et sous réserve de remontée des informations nécessaires au contrôle de la file active.

La file active sera suivie mensuellement avec le statut de chaque patient. Les statuts remontés seront:

- Aller-vers
- Préparation à la sortie d'hospitalisation
- Accompagnement global
- Incarcération
- Hospitalisation
- Préparation à la sortie du dispositif.

Pour le comptage de la file active les critères suivants ont été retenus :

- Les phases d'aller-vers et de préparation à la sortie d'hospitalisation sont comptabilisées dans la file active dans la limite de 6 mois, renouvelable 1 fois selon l'évolution des critères bloquants la sortie. Ces critères seront renseignés en début d'accompagnement puis, à 6 mois, et en cas de sortie du dispositif suite à une ou deux périodes de préparation non fructueuses.
- Les patients en suivi de routine seront comptabilisés dans la file active.
- Les patients ré-hospitalisés ou incarcérés seront comptés dans la file active dans la limite de 6 mois d'affilé. La consommation de soin et l'accompagnement durant ces phases devra être documenté rigoureusement par les porteurs car cela constitue une menace à la pérennité du modèle à long terme.

## 2) Part variable complexité : maximum 10% des charges de personnel.

La deuxième composante du modèle est une part variable croissante de la complexité de la file active déclenchée à la fin de l'année. Elle représente au maximum 10% des charges de personnel et croit proportionnellement à la complexité de la file active avec le montant global versé à partir de 90% de patients complexes ayant un score sur l'échelle globale de fonctionnement (EGF) strictement inférieur à 50. Ce seuil de 50 est celui déjà utilisé dans les critères d'inclusion de Home. Le calcul de la part variable complexité se fera selon la formule suivante :

- Si le nombre de patients inclus est inférieur à la cible de patients (90 patients), la part variable versée sera nulle.
- Si le nombre de patients inclus est supérieur ou égal à la cible de patients (90 patients) :

$$\min \left[ \left( \frac{\% \text{ de patients complexes}}{\% \text{ cible de patients complexes}} \right) \times 10\% \text{ des charges de personnel} ; 10\% \text{ des charges de personnel} \right]$$

=> le montant maximum de la part variable correspond à 10% des charges de personnel.

*Exemple : si la file active de 90 patients est composée de 45% de patients complexes, la part variable sera le minimum entre :  $\frac{45\%}{90\%} \times 10\% \text{ des charges de personnel} = 5\% \text{ des charges de personnel}$  et 10% des charges de personnel. Ainsi les porteurs recevront la moitié de la part variable complexité sous réserve que les informations concernant la file active et sa sévérité sont fournies.*

Le versement de la part variable sera par ailleurs conditionné à la remontée des données d'EGF. L'EGF sera administrée par un psychiatre au minimum 2 fois par an, à intervalle minimum de 4 mois. Une moyenne des 2 derniers EGF par patient sera calculée et servira de base au versement de cette part variable.

Un score EGF supérieur ou égal à 60 est un des indicateurs d'une amélioration de l'état du patient et d'une possible inadéquation avec l'intensité du suivi proposé par le dispositif.

Aussi, en cas de score EGF supérieur ou égal à 60 pour un patient donné, l'EGF sera alors administrée tous les mois à cet usager, jusqu'à :

- soit jusqu'au prochain score EGF strictement inférieur à 60, confirmant le maintien dans le dispositif
- soit sa sortie du dispositif.

**La décision d'arrêt du suivi intensif doit rester une décision clinique d'équipe, l'échelle d'évaluation des besoins ou la grille ATR peuvent aider à la décision clinique.**

L'objectif de cette part variable est d'assurer que les patients suivis restent effectivement complexes au fil du temps, en encourageant la sortie du dispositif pour ceux dont l'état s'est nettement amélioré, tout en garantissant un accompagnement ajusté aux besoins réels de chaque patient.

**3) Forfait par patient au-delà de 90 inclusions : coût moyen par patient pour un ratio de 1 ETP travaillé hors temps administratif et médical pour 7.9 patients accompagnés.**

La troisième partie du modèle est un forfait versé pour chaque patient au-delà de la cible de 90 inclusions. Le montant de ce forfait correspond au coût de personnel moyen par patient pour 10% de patients supplémentaires. En effet, la demande des porteurs est de prendre pour référence les ETP travaillés, donc d'enlever 20% du temps de travail pour dimensionner le nombre de patients pris en charge dans la file active. Ces 20% ne sont adaptés qu'à des patients particulièrement complexes, si ce n'est pas le cas, il a été proposé de réduire le temps de travail comptabilisé de 10% ce qui conduit à une file active plus importante. La logique derrière ce montant est d'inciter en cas de file active moins complexe à l'inclusion de plus de patients pour retrouver un équilibre financier.

Le modèle proposé explicite ainsi l'arbitrage entre volume et sévérité des patients pris en charge, en permettant aux porteurs de récupérer les 10% de charges de personnel non couvertes par la dotation soit via une file active complexe, soit en augmentant le ratio de 1 ETP pour 7 à 1 ETP pour 7,9. L'incitation repose ainsi sur la possibilité d'être en déficit comme en surplus financier.

**II. Montant des prestations dérogatoires**

**1) Montant des charges**

Le montant global des prestations dérogatoires est calculé sur la base des charges de personnel et des charges techniques fixes estimées par le porteur. Les salaires correspondent au coût moyen par grade 2024 pour le CH Marchant. L'ensemble des coûts ont été chargés de frais de structures. Le détail des charges est présenté en Annexe 1.

	Total	Dont frais de structures
Coûts de personnel chargés des frais de structure	1 479 392,94 €	221 908,94 €
Coûts fixes chargés des frais de structure	186 472,94 €	27 970,94 €
Total	1 665 865,88 €	249 879,88 €

Le montant des prestations dérogatoires autorisé dans la première version du cahier des charges était de 1 262 800€ pour 100 patients pris en charge. Les charges présentées pour le cahier des charges 2 sont de 1 665 865,88€ pour un minimum de 90 patients pris en charge. L'augmentation des charges peut être expliquée par les éléments suivants :

- Sous-estimation des salaires infirmiers dans la première version du cahier des charges.
- Recrutement d'un travailleur pair et d'un ergothérapeute supplémentaire pour répondre aux besoins des usagers accompagnés.
- Intégration de la formation continue dans les prestations dérogatoires. Au vu du taux de rotation des équipes et du besoin de formation continu, les coûts liés à la formation ont été considérés comme pérennes et donc intégrés dans les charges.

- Augmentation du nombre de véhicules pour correspondre à l'utilisation réelle sous-estimée dans la première version du cahier des charges.
- Augmentation du loyer pour des locaux au centre-ville de Toulouse, au cœur du territoire d'intervention, à proximité des transports en commun et permettant de recevoir du public.

## 2) Montant de chaque composante.

Le modèle présenté ayant pour volonté d'être incitatif par la possibilité de déficit ou de surplus, le montant versé ne sera pas nécessairement égal aux charges de l'équipe mobile. Le montant de chaque composante est présenté ci-dessous.

Part dotationnelle	
	1 504 743,88 €
Part variable - patients complexes	
	161 122,00 €
Forfait pour les patients au-delà de 90 inclusions	
	14 647,45 €

La part variable complexité ainsi que les forfaits pour les patients au-delà de 90 inclusions seront versés en une fois en fin d'année sur décision du COPIL après remontée des informations nécessaires à son calcul.

L'équilibre financier est donc atteint pour 90 patients avec une file active de patients complexes (90% ont un score d'EGF strictement inférieur à 50) si la complexité n'est pas atteinte les porteurs devront inclure plus de patients. Dans le cas extrême d'une absence de versement de la part variable, les porteurs devraient inclure 101 patients pour retrouver l'équilibre. Ces deux scénarios extrêmes ainsi que le calcul de file active cible, des coûts moyens en charges fixes et de personnel sont présentés en Annexe 2.

## 3) Evolution du coût moyen par patient

CDC 1		Réal		CDC 2		
Nombre de patients	Coût moyen par patient	Nombre de patients	Coût moyen par patient	Nombre de patients	Coût moyen par patient min	Coût moyen par patient max
100	12 628€	91	12 762€	90	16 719,38€	18 509,62€
				101	16 493,72€	18 088,99€
				110	16 342,66€	17 807,41€

Dans le modèle proposé, le coût moyen par patient varie en fonction du nombre de patients inclus et en fonction du niveau de complexité de la file active.

#### 4) Prestations dérogatoires

Le nouveau modèle économique prendra effet au 27 septembre 2025. Le montant des prestations dérogatoires demandé entre le 27 septembre 2025 et le 26 janvier 2028 (date de fin de l'expérimentation) est de **4 187 524 €**. Le montant des prestations dérogatoires versées au réel ainsi que le montant prévisionnel sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les montants présentés constituent un maximum prenant en compte une inclusion bien au-delà de la cible de 90 patients et une obtention totale de la part variable de complexité.

	Réal (CDC phase 1) Montants en date de facturation renseignés par la CNAM au 5 juin 2025					Prévisionnel (CDC republication Phase 2)				Total
	Amorçage 4 mois	Année 1 27/01/2023 au 26/01/2024	Année 2 27/01/2024 au 26/01/2025	Année 3 27/01/2025 au 26/01/2026	TOTAL Phase 1	Année 3 27/09/2025 au 26/01/2026	Année 4 27/01/2026 au 26/01/2027	Année 5 27/01/2027 au 26/01/2028	TOTAL Phase 2	
File active	-	59	93	91	-	110	110	110	-	-
Dotation	-	603 738,00 €	252 600,00 €	-	856 338 €	118 532 €	1 504 744 €	1 504 744 €	3 128 020 €	3 984 358 €
Part variable complexité	-	-	-	-	0 €	53 708 €	161 123 €	161 123 €	375 954 €	375 954 €
Forfaits	-	77 965,00 €	944 474,00 €	1 149 148,00 €	2 171 587 €	97 650 €	292 950 €	292 950 €	683 550 €	2 855 137 €
Régularisation	-	97 079,00 €	-	-	97 079 €	-	-	-	-	97 079 €
Sous-Total FISS	-	778 782,00 €	1 197 074,00 €	1 149 148,00 €	3 125 004 €	269 890 €	1 958 817 €	1 958 817 €	4 187 524 €	7 312 528 €

Les forfaits du 27/01/2025 au 26/01/2026 ayant déjà été versés en début d'année, le prorata du 27/09/2025 au 26/01/2026 a été déduit de la dotation (au prorata) sur la période. Les forfaits et la part variable complexité ont aussi été calculés au prorata.

#### III. Demande de CAI

Le montant des CAI demandé est présenté dans le tableau suivant. Le montant pour la fin d'année 2025 a été calculé au prorata du montant demandé pour les années suivantes. L'augmentation de la demande de CAI vise à couvrir le salaire d'un chef de projet à temps plein et de 0,5 ETP de secrétariat avec un salaire basé sur le coût moyen par grade du CH marchant.

	Réal (CDC phase 1) Montants en date de facturation renseignés par la CNAM au 5 juin 2025					Prévisionnel (CDC republication Phase 2)				Total
	Amorçage 4 mois	Année 1 27/01/2023 au 26/01/2024	Année 2 27/01/2024 au 26/01/2025	Année 3 27/01/2025 au 26/01/2026	TOTAL Phase 1	Année 3 27/09/2025 au 26/01/2026	Année 4 27/01/2026 au 26/01/2027	Année 5 27/01/2027 au 26/01/2028	TOTAL Phase 2	
Amorçage (FIR)	60 812 €	-	-	-	60 812 €	-	-	-	-	60 812,00 €
Ingénierie (FIR)	-	182 437 €	97 688 €	97 688 €	377 813 €	3 606 €	108 504 €	108 504 €	220 614 €	598 427 €
Sous-total (FIR)	60 812 €	182 437 €	97 688 €	97 688 €	438 625 €	3 606 €	108 504 €	108 504 €	220 614 €	659 239 €

#### IV. Projection budgétaire, montant maximal.

(Les valeurs indiquées dans ce paragraphe ont été arrondies au décimal supérieur)

La consommation de prestations dérogatoires et CAI de HOME pour la phase 1 a été de **3 563 629 €**, répartie en :

- **3 125 004 €** en financements dérogatoires du droit commun financés par le FISS,
- **438 625 €** en crédits d'amorçage et d'ingénierie financés par le FIR.

Pour la phase 2, le besoin de financement de l'expérimentation HOME est estimé à **4 408 138 €** maximum si tout ce qui est prévu dans le présent cahier de charges est réalisé.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des financements dérogatoires du droit commun pour un montant maximum de **4 187 524 € (FISS)**, dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une convention avec la CNAM,

• Des crédits d’amorçage et d’ingénierie pour un montant total de **220 614 €** versés sous forme de dotations par l’ARS pour les projets régionaux (**FIR**).

La projection budgétaire FISS FIR intégrant les montant réellement versés en phase 1 à date du 5 juin 2025 sont présentés ci-dessous.

	Réal (CDC phase 1)					Prévisionnel (CDC republication Phase 2)				Total
	Montants en date de facturation renseignés par la CNAM au 5 juin 2025					Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL	
	Amorçage 4 mois	Année 1 27/01/2023 au 26/01/2024	Année 2 27/01/2024 au 26/01/2025	Année 3 27/01/2025 au 26/01/2026	TOTAL Phase 1	27/09/2025 au 26/01/2026	27/01/2026 au 26/01/2027	27/01/2027 au 26/01/2028	TOTAL Phase 2	
Amorçage (FIR)	60 812 €	-	-	-	60 812 €	-	-	-	-	60 812,00 €
Ingénierie (FIR)	-	182 437 €	97 688 €	97 688 €	377 813 €	3 606 €	108 504 €	108 504 €	220 614 €	598 427 €
<b>Sous-total (FIR)</b>	<b>60 812 €</b>	<b>182 437 €</b>	<b>97 688 €</b>	<b>97 688 €</b>	<b>438 625 €</b>	<b>3 606 €</b>	<b>108 504 €</b>	<b>108 504 €</b>	<b>220 614 €</b>	<b>659 239 €</b>
File active	-	59	93	91	-	110	110	110	-	-
Dotation	-	603 738,00 €	252 600,00 €	-	856 338 €	118 532 €	1 504 744 €	1 504 744 €	3 128 020 €	3 984 358 €
Part variable complexité	-	-	-	-	0 €	53 708 €	161 123 €	161 123 €	375 954 €	375 954 €
Forfaits	-	77 965,00 €	944 474,00 €	1 149 148,00 €	2 171 587 €	97 650 €	292 950 €	292 950 €	683 550 €	2 855 137 €
Régularisation	-	97 079,00 €	-	-	97 079 €	-	-	-	-	97 079 €
<b>Sous-Total FISS</b>	<b>-</b>	<b>778 782,00 €</b>	<b>1 197 074,00 €</b>	<b>1 149 148,00 €</b>	<b>3 125 004 €</b>	<b>269 890 €</b>	<b>1 958 817 €</b>	<b>1 958 817 €</b>	<b>4 187 524 €</b>	<b>7 312 528 €</b>
<b>Total</b>	<b>60 812,00 €</b>	<b>961 219,00 €</b>	<b>1 294 762,00 €</b>	<b>1 246 836,00 €</b>	<b>3 563 629 €</b>	<b>273 496 €</b>	<b>2 067 321 €</b>	<b>2 067 321 €</b>	<b>4 408 138 €</b>	<b>7 971 767 €</b>

**Le montant total autorisé de l’expérimentation HOME pour la phase 1 et la phase 2 cumulées est de 7 971 767 € maximum si tout ce qui est prévu dans le présent cahier de charges est réalisé.**

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des financements dérogatoires du droit commun pour un montant maximum de **7 312 528 € (FISS)**, dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une convention avec la CNAM,
- Des crédits d’amorçage et d’ingénierie pour un montant total de **659 239 €** versés sous forme de dotations par l’ARS pour les projets régionaux (**FIR**).

\*\*\*\*\*

## Annexe 1

Postes de dépenses			
<b>Ressources humaines</b>		etp	Coût total
	Psychiatre	1,20	176 797,00 €
	Dr Junior plutot qu'interne	1	58 945,00 €
	Cadre de santé	1	82 881,00 €
	Infirmier	6	398 988,00 €
	Educateur	2	108 574,00 €
	TISF	2	87 471,00 €
	Psychologue	1	62 357,00 €
	Assistant social	1	57 493,00 €
	Travailleur pair ou MSP	2	83 328,00 €
	Ergothérapeute (non prévu initialement)	1	62 326,00 €
	AMA	1	48 370,00 €
	Astreinte		29 954,00 €
	<b>Total RH</b>	<b>19,20</b>	<b>1 257 484,00 €</b>
<b>Composants techniques et organisationnelles</b>			
	Formations		25 000,00 €
	Autres prestations à caractère social (Soins à médiation)		10 000,00 €
	Véhicules#	7	42 502,00 €
	Equipement PC portables et smartphones /mobilier		6 000,00 €
	Loyer locaux au centre ville Toulouse		75 000,00 €
	<b>Total composants techniques</b>		<b>158 502,00 €</b>
<b>Frais de structures / charges de fonctionnement</b>			249 879,88 €
<b>Total général</b>			<b>1 665 865,88 €</b>

\*Sur base du coût moyen CH Gérard Marchant 2024 tout statut avec prise en compte d'une évolution de la masse salariale à 1% /an

## Annexe 2

Synthèse	20% de temps congés + maladie	10% de temps congés
ETP	19,20	19,20
ETP hors temps médical et administratif	16,00	16,00
ETP travaillé hors temps médical et administratif	12,80	14,40
Nombre de patients pris en charge	90,00	101,00
Cout de personnel moyen par patient	16 437,70 €	14 647,45 €
Cout fixe moyen par patient	2 071,92 €	1 846,27 €
Cout moyen par patient	18 509,62 €	16 493,72 €

### VIII.3 AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

#### **Budget dédié domiciliation (BOP 177) :**

En parallèle du montage de projet art. 51 un partenariat est en cours de mise en œuvre avec la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS) concernant l'obtention de mesures d'intermédiation locative (la Haute Garonne a été sélectionnée pour être territoire d'expérimentation du programme « logement d'abord » et les problématiques d'accès au logement y sont prégnantes). Ces mesures financeront l'action de logement (captation des logements, gestion locative, entretien logement). Ce coût d'intermédiation locative est estimé à 5 000 € / an / personne logée ce qui correspond à une mesure d'intermédiation locative dite « renforcée ». Les acteurs locaux (préfecture et municipalité) soutiennent ce projet et son versant accès au logement, de manière pérenne, dans le cadre de la programmation des mesures de logement accompagné.

Le financement de ces mesures sera réalisé au niveau d'une mesure renforcée, soit 5000€/an/personne, sous réserve de validation de cette majoration par la DIHAL.

### VIII.4 ESTIMATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COÛTS EVITES

Dispositif	Coût journalier par patient
HOME	35€
HOME et DOMICILIATION (IML)	46€
UNITE D'ADMISSION CHGM	391 €
UNITE DE SUITE ET DE REHABILITATION	391 €
CENTRE POSTCURE	338 €
APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	190 €

#### - **L'impact financier La littérature :**

Les coûts de l'équipe de suivi intensif sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature où le coût direct d'une équipe de suivi ACT est estimé aux États-Unis entre 9 000 à 12 000 \$ par patient et par an.

La mise en place de ce modèle de suivi entraîne un déplacement des dépenses de soins en hospitalisation vers des soins ambulatoires. Les économies générées par le modèle de suivi intensif sont principalement dues à la baisse des hospitalisations. **Cette baisse est estimée entre 78% en comparaison à un suivi ambulatoire psychiatrique simple et 58 % en comparaison à un suivi de type case management de faible intensité (Latimer, 2005).**

De plus, des études retrouvent un meilleur rapport coût-utilité au programme de suivi intensif en comparaison à l'offre de soins habituelle en Europe (Karow, 2012).

Les aspects de gain économique et d'efficacité étant très dépendants de l'offre de soins locale et en particulier de l'importance du recours à l'hospitalisation, il est crucial d'effectuer une évaluation médico-économique de la mise en place de ces modèles de soins dans le contexte du système de soins français.

Concernant l'évaluation du dispositif Un Chez Soi d'Abord en France destiné aux personnes SDF, elle quantifie (Tinland A. , 2020) une diminution des dépenses de santé de 48 % en moyenne (59454 € vs 47570 € ; RR 0.62(0.48–0.78)) et de 90 % des dépenses liées à l'hébergement. La majorité des économies réalisées étant expliquée par la baisse de la durée des hospitalisations avec une augmentation des dépenses sociales et des prestations d'aide sociale.

Une évaluation médico-économique (Lemoine, 2021 ) de type coût-efficacité conclut à la bonne efficacité de ce programme avec un ICER dans le groupe Un Chez Soi d'Abord en comparaison de l'offre de soins habituelle de 5,3 € par jour supplémentaire passé en logement indépendant.

#### - Estimation de l'impact financier

L'impact financier est principalement lié à la diminution du nombre de jours d'hospitalisation.

En retenant un coût journalier par personne de 35 € pour le suivi par le dispositif HOME et un coût journalier d'hospitalisation à 391 €. Une diminution de 33 jours d'hospitalisation par an entraîne un équilibre financier du dispositif.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2019, 537 personnes avec une pathologie psychiatrique sévère ont été hospitalisées plus de 100 jours sur les 2 années. Elles présentent une durée moyenne de séjour de 292 jours sur cette période soit 146 jours / an.

**Une diminution de 33 jours correspondrait à une baisse de 22 % bien inférieure à la baisse de 58 à 78 % retrouvée dans la littérature dans d'autres pays (Latimer, 2005 ). Une baisse de 58 % des hospitalisations (baisse de 84 jours d'hospitalisation) entrainerait en comptant le coût de l'équipe du dispositif HOME, une économie de 20 217 € par personne et par an et de 2 021 700 € pour 100 personnes.**

De plus, lors de l'enquête réalisée en juillet 2020, 48 patients auraient été adressés aux dispositifs HOME s'il avait été disponible. Ces patients avaient une moyenne de 16 jours / mois d'hospitalisation soit 192 jours / an ce qui entrainerait une économie supérieure.

### VIII.5 CONSTRUCTION DU MODELE AU FORFAIT ET SUIVI D'ACTIVITE

Compte tenu de la nouveauté de ce mode de prise en charge et d'organisation, sans référentiel en France, des coûts élevés associés et des incertitudes sur l'adéquation entre mobilisation des ressources et montant de financement, il est nécessaire de mettre en place un suivi régulier d'activité en plus des indicateurs d'évaluation à proprement parler. En particulier, le nombre de patients suivis, les ressources et le temps mobilisés pour les principales tâches pour l'ensemble de l'équipe et par catégorie d'intervenant seront suivis pour vérifier régulièrement l'adéquation du dimensionnement de l'équipe et le montant de financement associé. Si la montée en charge ne se fait pas comme prévu, des alertes devront être rapidement effectuées. Pour ce faire, des points réguliers avec le porteur devront être faits par l'ARS pour suivre l'avancement de la mise en œuvre effective de l'expérimentation (cf. comités de suivi et de pilotage).

Les principaux indicateurs de suivi d'activité sont les heures d'accompagnements par patient passées pour chaque intervenant et déclinées par phase (inclusion, accompagnement, sortie et le cas échéant crise). La déclinaison par phase est essentielle pour le bon calibrage des forfaits. Ces indicateurs peuvent se synthétiser dans le tableau suivant :

Indicateurs	Fréquence	Source
Nombre de patients par phase et par équipe (entrées, stock, sorties).	Trimestriel (à partir de la première inclusion)	Logiciel Métier
Psychiatre : nombre d'heures de consultations/prescriptions par patient		
IDE : nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient		
Psychologues: nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient		
Travailleurs sociaux : nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient		
Pairs aidants : nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient		
CIP: nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient		

Cette liste n'est pas exhaustive et est susceptible d'évoluer. Le rythme de ce suivi d'activité sera trimestriel à partir du 6<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> mois qui suit le début des inclusions en fonction des indicateurs.

Le financement demandé représente le montant maximum qui pourrait être accordé. Le principe de financement de l'expérimentation de la phase 1 est celui d'un forfait par patient (différent par an sur les 3 ans, afin d'aboutir à la cible) et d'une dotation fixe sur le FISS, évolutive par an, afin de compléter la partie forfaitaire.

Les effectifs prévisionnels, ne pourront être revus à la baisse en cours d'expérimentation ni le nombre d'ETP minimum nécessaire pour assurer une disponibilité 24h/24. Cependant, en fonction du suivi qualitatif et quantitatif de l'activité, le nombre et le profil des personnes susceptibles d'être incluses dans le dispositif pourront être réévalués lors d'un des comités de pilotage dans le respect du montant global autorisé.

Chaque année, en fonction de la montée en charge, de la file active effective et de la consommation de la dotation, le modèle économique pourra être réévalué et le cahier de charges republié le cas échéant.

Les indicateurs de suivi ci-dessus permettront notamment de calibrer au plus près la prise en charge en phase 2 du projet, grâce à l'acquis observé en phase 1.

## IX EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

**L'évaluation de l'expérimentation HOME a été intégrée et anticipée dans la conception du projet. Elle sera étroitement liée à l'évaluation de l'expérimentation SIIS afin de permettre une mutualisation des résultats.** Ainsi, en portant sur 2 grandes agglomérations de 2 régions différentes, cette évaluation améliorera la reproductibilité des résultats au niveau national.

Le CH Marchant possède avec les programmes Un Chez Soi d'Abord et Un Chez Soi d'Abord Jeune une expérience dans l'évaluation de dispositifs innovants, que ce soit par le biais d'une étude randomisée ou de l'intervention d'un évaluateur externe.

### Évaluation externe :

Le système d'information médical retenu pour l'expérimentation HOME est le logiciel de dossier médical informatisé CORTEXTE qui est utilisé actuellement sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant. L'utilisation de ce logiciel permettra de faire remonter en pratique courante un certain nombre d'indicateurs concernant l'activité de l'équipe de suivi intensive HOME et des données sociodémographiques concernant les patients suivis.

La Communauté Psychiatrique de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, qui porte cette expérimentation, associe le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant. Ces 2 hôpitaux gèrent l'intégralité des lits d'hospitalisation publique en Haute-Garonne. Cette organisation facilitera la remontée des données par les 2 directions de l'information médicale (DIM) concernant le recours à l'hospitalisation et aux urgences.

Les différentes sources de recueil des indicateurs envisagées sont :

Le DIM Centre Hospitalier Marchant qui pourra recueillir un certain nombre d'indicateurs de manière systématique par l'intermédiaire du logiciel de dossier médical CORTEXTE.

Le DIM Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse sera sollicité pour la remontée des données concernant le recours aux urgences et à l'hospitalisation psychiatrique sur les lits du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. Les urgences psychiatriques du territoire étant concentrées sur les services d'urgence du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, cela permettra un recueil exhaustif de leur utilisation.

Les données concernant l'utilisation des soins psychiatriques et somatiques pourront être collectées par l'interrogation du SNDS. Une alternative à l'interrogation du SNDS sera un recueil systématique rétrospectif par l'équipe de suivi de l'utilisation des soins.

L'évolution de la qualité de vie, du rétablissement et du fonctionnement sera évaluée par des échelles spécifiques : échelle Lancashire Quality of Life Profile (LqoLP), Recovery Assessment Scale (RAS) et échelle d'Évaluation Globale de Fonctionnement (EGF) à l'entrée, 6 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois, 30 mois et 36 mois.

Les objectifs de cette évaluation sont notamment :

- En phase 1 :
  - Évaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre. A cette fin, le système d'information médical CORTEXTE et la cotation EDGAR utilisés permettront le recueil de l'activité par l'équipe de suivi HOME.
  - L'impact de l'intervention sur l'écosystème/les partenaires
  - La complexité effective de la population prise en charge
- En phase 2 :

Évaluation médico-économique notamment vis-à-vis de la baisse du recours à l'hospitalisation.

Le tableau ci-dessous indique, à titre indicatif, les principaux indicateurs envisagés en fonction des objectifs, ainsi que la manière dont ces indicateurs pourront être collectés et remontés à l'évaluateur.

<b>HOME</b>		
<b>Expérimentation d'un dispositif de suivi intensif dans la communauté pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères.</b>		
<b>INDICATEURS PROPOSES ET MODE DE RECUEIL</b>		
<b>OG : d'améliorer l'efficacité du parcours de soins sanitaire et social pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères en favorisant leur inclusion sociale et en diminuant leur recours à l'hospitalisation en psychiatrie.</b>		
<b>OS1 : Favoriser la prise en charge de la population cible en milieu ordinaire</b>		
Objectifs opérationnels (OO)	Résultats attendus	Indicateurs ⇒ Mode de recueil
OO1.1 : Faciliter et accompagner les sorties pour les personnes en hospitalisation de longues durées et / ou	Mise en place d'un suivi intensif pluridisciplinaire de type ACT	File active Nb de nouveaux suivis Nb d'arrêt de suivi Durée moyenne de suivi

hospitalisations répétées (>100 jours / deux ans).	Réduction du nombre de journées d'hospitalisations en psychiatrie	Nb de contact / mois avec un membre de l'équipe de suivi et avec les différentes catégories professionnelles ⇒ <b>DIM CHGM</b>  Nb de séjours et Nb de journées d'hospitalisations en psychiatrie ⇒ <b>DIM CHGM et CHU</b>
OO1.2 : Apporter une réponse aux situations de crises privilégiant le maintien de la personne dans son lieu de vie et le respect du choix des personnes	Intensification du suivi (jusqu'à 2 contacts / jours 7 jours /7) dans les périodes « intervention de crise »  Diminution des recours aux urgences psychiatriques et/ou aux hospitalisations psychiatriques	Nb de période de suivi « intervention de crise » ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b>  Nb de contacts dans les périodes de suivi intensif ⇒ <b>DIM CHGM</b>  Nb de passage aux urgences et Nb de journées ⇒ <b>DIM CHU</b>
OS2 : Favoriser pour la personne accompagnée la mise en œuvre de tous les aspects de son projet de vie.		
OO2.1 : Favoriser l'accès et/ou le maintien dans le logement.	Toutes les personnes suivies ont une solution d'habitat en adéquation avec leur projet de vie	Nb de personnes logées par le dispositif Délai d'accès au logement Nb de jours en logement indépendant ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b>
OO2.2 : Favoriser l'inclusion sociale, l'accès aux activités sociales et de loisirs.	Amélioration de l'inclusion sociale et des relations avec l'entourage  Favoriser la satisfaction aux soins de l'utilisateur, sa qualité de vie et son rétablissement	Taux de participation à des activités sociales et professionnelles Fréquence des contacts avec l'entourage ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b>  Satisfaction de l'utilisateur, niveau de rétablissement et de qualité de vie ⇒ <b>ECHELLES SPECIFIQUES</b>
OS3 : Améliorer l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques ambulatoires pour la population cible en coordination avec les différents acteurs.		
OO3.1 : améliorer l'accès et la continuité des soins psychiatriques	Toutes les personnes ont des contacts réguliers avec un psychiatre, un infirmier et/ou un psychologue  Améliorer la continuité du parcours et diminuer le nombre de rupture de suivi.	Nb de contacts avec un psychiatre, un IDE ou un psychologue de l'équipe HOME ⇒ <b>CORTEXTE</b>  Nb de perdus de vue ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b>
OO3.2 : Accompagner et soutenir les suivis somatiques des personnes dans un parcours coordonné en	Toutes les personnes suivies dans le programme bénéficient d'un médecin généraliste référent et d'un suivi de leur soins somatiques	Taux de médecin généraliste référent déclaré Nb de consultations somatiques généralistes et spécialisées ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b>

lien avec la médecine de ville		<b>Ou</b> ⇒ <b>SNDS</b>
OS4 : Améliorer l'organisation des soins en psychiatrie et la pertinence du modèle de financement des soins pour la population cible		
OO4.1 : Améliorer la fluidité du système de soins psychiatrique aux urgences et en hospitalisation	Fluidification du système de soins psychiatrique intra hospitalier	Durée de séjours aux urgences en soins sans consentement Nb de séjours d'hospitalisations publiques psychiatriques ≥ 292 jours ⇒ <b>DIM CH GM et CHU</b>
OO4.2 : Améliorer la pertinence du modèle de financement	Amélioration de la connaissance des besoins des personnes selon leur profil	Qualification et quantification des besoins des personnes accompagnées Données sociodémographiques des personnes accompagnées : âge, sexe, revenu, mesure de protection ... Diagnostic principal et associé ⇒ <b>DIM CH GM et CHU</b>
	Amélioration du modèle de financement	Analyse comparative des modèles de financement actuel / proposé

## Phase 2 : Evolution du protocole évaluatif

### PHASE 2

#### EVOLUTION DU PROTOCOLE EVALUATIF

##### Constats Phase 1

**Le rapport intermédiaire d'évaluation a été commun aux deux expérimentations SIIS et HOME.**  
Il a été réalisé par les Hospices Civils de Lyon, à l'aide d'approches qualitative et descriptive en accord avec la commande publique.

##### **Les résultats principaux sont les suivants par question évaluative :**

###### **A. Faisabilité**

Les expérimentations SIIS et HOME ont pour objectif principal de réduire les hospitalisations en psychiatrie des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères tout en favorisant leur inclusion sociale. Ces dispositifs s'inscrivent dans une logique de rétablissement, en s'appuyant sur le modèle canadien ACT (Assertive Community Treatment), qui met en avant un suivi intensif des patients directement dans leur milieu de vie.

Une phase d'amorçage de 3 à 4 mois a permis de constituer les équipes, de développer les outils nécessaires et de sélectionner les patients à inclure. Néanmoins, les recrutements tardifs et l'adaptation au modèle ACT, jusque-là inédit en France, ont posé des défis aux équipes.

Des partenariats avec des associations de logement et des mandataires judiciaires ont également été établis pour faciliter l'accompagnement des patients.

Les critères d'inclusion ont été respectés : les patients inclus présentaient des troubles psychiatriques sévères, avaient connu de longues hospitalisations et souffraient d'une invalidité fonctionnelle importante.

En octobre 2024, SIDIIS avait inclus 84 patients, EMI 72 et HOME 91. Les files actives étaient de 68 usagers pour SIDIIS, 57 pour EMI et 87 pour HOME.

Si les objectifs de file active ont été atteints à 77 % pour SIIS et 84 % pour HOME, les rythmes d'inclusion ont dû être ajustés pour mieux s'adapter aux capacités des équipes. Selon le cahier des charges, les équipes devraient consacrer 80 % de leur temps à des interventions sur le terrain, mais elles ont signalé une charge administrative importante qui pourraient modifier cette répartition temps terrain et temps administratif au bureau.

Les usagers suivis par les équipes marseillaises ont une moyenne d'âge de 48 ans pour EMI et 42 ans pour SIDIIS. Ceux de HOME présentent majoritairement des troubles schizophréniques ou délirants (83 %) et, 80 % sont sous curatelle ou tutelle. À Marseille, une forte proportion des patients suivis par EMI est sans domicile stable (51 %), alors que chez SIDIIS beaucoup moins sont sans domicile fixe (27%). Les usagers suivis par EMI disposent généralement de droits ouverts à l'assurance maladie et d'un suivi médical (suivi psychologique et suivi psychiatrique) plus structuré en amont. Malgré des défis liés au turnover et à une charge mentale élevée, les équipes travaillent de manière pluridisciplinaire et adaptent continuellement leurs outils aux besoins du terrain.

## B. Efficacité

L'objectif principal des dispositifs SIIS et HOME est de réduire les hospitalisations en termes de durée et de fréquence, tout en favorisant l'inclusion sociale. À Toulouse, une réduction moyenne de 185 jours d'hospitalisation par patient a été observée après un an de suivi intensif pour un échantillon de 20 usagers. Cette réduction, cumulée sur l'échantillon, atteint 3 692 jours, confirmant l'efficacité du dispositif pour diminuer les hospitalisations prolongées.

En revanche, à Marseille (SIIS), les données consolidées manquent, bien que des retours qualitatifs indiquent une réduction des hospitalisations.

Les dispositifs ont également permis des progrès notables en matière de logement et d'autonomie. À Marseille, les habitats stables ont augmenté de 22 % pour SIDIIS et de 30 % pour EMI, tandis que les situations de sans-abrisme ont diminué de 50 % pour SIDIIS et de 26 % pour EMI. L'accès à l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) a augmenté de 13 % pour EMI et de 17 % pour SIDIIS. De plus, le nombre de patients en emploi en milieu ordinaire a doublé chez EMI. Les crises sont principalement gérées à domicile, grâce à des passages réguliers et un soutien personnalisé.

Les outils tels que les directives anticipées et les suivis rapprochés ont aidé les usagers et les professionnels à traverser ces périodes difficiles. La continuité des soins est assurée 7j/7 et 24h/24 via des permanences téléphoniques.

Les partenariats avec les professionnels libéraux, les associations et les hôpitaux ont renforcé l'accès aux soins somatiques et administratifs.

Les professionnels des équipes expriment leur satisfaction quant au sens donné à leur travail et à l'autonomie qu'ils peuvent exercer. Cependant, des défis tels que le turnover et la charge mentale subsistent.

Les usagers, quant à eux, rapportent une amélioration de leur qualité de vie, un meilleur accès aux soins et un soutien accru dans leurs démarches administratives.

## C. Efficience

L'évaluation de l'efficience vise à analyser les coûts et les résultats des suivis intensifs. À Marseille, SIDIIS a réalisé 8 269 actes pour 75 usagers (soit 5,2 actes par mois par usager) et EMI 10 650 actes pour 60 usagers (8,5 actes par mois par usager). À Toulouse, HOME a réalisé 5 685 actes pour 75 usagers, soit 4,5 actes par mois par usager. Les coûts par usager varient significativement. L'équipe EMI mobilise 6 415 € par an et par usager en incluant les frais de structure, tandis que SIDIIS mobilise 3 269 €. L'équipe HOME, de son côté, consacre environ 900 € par an et par usager uniquement pour les déplacements.

À Toulouse, une réduction de 3 692 journées d'hospitalisation a permis d'économiser 1 443 572 € au total, soit 72 179 € par usager.

Ces résultats soulignent l'efficacité économique du dispositif.

Cependant, des dépassements budgétaires ont été observés, notamment pour les astreintes (+10 000 €) et le parc automobile (+27 500 €). Les professionnels, ont des dépenses à soins médiations et avancent souvent les frais pour ces accompagnements extérieurs (boissons, snack ou repas) qui facilitent la relation avec l'utilisateur. Ils rencontrent des difficultés pour obtenir des justificatifs de dépenses conformément au cadre réglementaire de la dépense publique et donc rencontrent des difficultés à être remboursés.

#### **D. Reproductibilité**

L'évaluation examine également le potentiel de transfert des dispositifs à d'autres territoires français. Les équipes ont inclus la majorité des patients ciblés, mais à un rythme plus lent que prévu. À Marseille, 45 personnes étaient en liste d'attente pour SIDIIS et 20 pour EMI. À Toulouse, HOME a étudié 160 candidatures pour 100 patients inclus, mais a choisi de ne pas constituer de liste d'attente formelle.

Les interventions des équipes sont organisées en trois phases : inclusion, accompagnement et préparation à la sortie. Bien que ce découpage soit jugé pertinent, la phase de sortie posera des défis, notamment pour les cas complexes. Les équipes privilégient une approche globale centrée sur le projet de vie des usagers. Les familles sont parfois intégrées dans le suivi, mais leur implication reste limitée. Les professionnels souhaitent renforcer ces collaborations.

Le modèle ACT canadien a été adapté aux réalités françaises, mais son application stricte n'est pas toujours réaliste en raison des différences entre les systèmes de soins. Les professionnels estiment qu'une formation sur mesure, adaptée au contexte local, est essentielle pour réussir un transfert efficace. Enfin, le logement reste un enjeu clé pour la pérennisation des dispositifs, notamment dans les zones où le marché immobilier est tendu.

Pour garantir un passage à l'échelle réussi, il est préconisé de calculer des ratios réalistes entre les effectifs professionnels et les usagers, de renforcer les formations sur site et de maintenir un accompagnement de proximité par les ARS. Ces ajustements permettront d'assurer la résilience et l'efficacité des dispositifs dans de nouveaux territoires.

#### **Propositions d'évolution Phase 2**

Dans le cadre de la phase 2, le protocole évaluatif sera modifié par les évaluateurs afin d'intégrer les enseignements de la phase 1 ainsi que les évolutions apportées au modèle (dont le modèle économique) qui prennent en compte les points d'attention demandés par les différentes directions métiers du Ministère et de la Cnam.

*Pour rappel, l'évaluation étant conjointe aux deux projets (SIIS Santé Mentale et HOME), le calendrier de l'évaluation ainsi que le protocole revu seront calés sur les dates de l'expérimentation SIIS qui se terminera 6 mois avant celle de HOME.*

## X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

### X.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (CSS)

*Modalités de financement innovantes (Art. R. 162-50-1 –I-1°) avec un mécanisme de partage des risques au nombre de patients inclus, dans un premier temps (phase 1 de trois ans), et à terme, avec un financement forfaitaire par épisodes, séquences ou parcours de soins ;*

### X.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP)

*Modalités d'organisation innovantes (Art. R. 162-50-1 – I-2°) avec une structuration intégrée pluri professionnelle des soins ambulatoires à domicile associant des compétences sanitaires et sociales (partenariat logement) de manière intensive et de longue durée (3 ans).*

### X.3 AUX REGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

*Non applicable.*

## XI LIENS D'INTERETS

Aucun lien d'intérêt à déclarer

## XII ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Allness, D. (2003). *A Manual for ACT Start-Up*. . National Alliance on Mental Illness .

Auquier, P. (2011). *Essai d'intervention randomisé évaluant l'efficacité de deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère. Programme « un chez soi d'abord »*. PHRC.

Chapireau, F. (2002, décembre). Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000 . *Drees, Études et Résultats*, p. n° 206.

Coldefy, M. (2014). L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. . *Questions d'économie de la santé n° 202*.

Coldefy, M. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, septembre 2018. *IRDES, Questions d'économie de la santé*, n° 237.

Cour des comptes. (2021). *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*.

Dieterich, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. . *Cochrane Database Syst Rev*. .

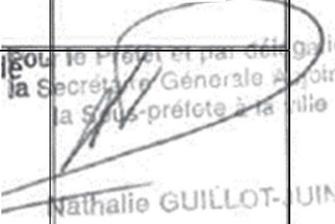
Dixon, L. (2010 ). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull.*, Jan ;36(1) :48-70.

- GELINAS, D. (2010). Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec. *Vie Sociale*, 129-150. Récupéré sur cairn.info: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-129.htm>
- Hammouche, B., Fiat, C., & Wonner, M. (2019). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale.*
- Hardy-Baylé, M. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique.* . Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale.
- Karow, A. (2012). Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial) . *J Clin Psychiatry* , 73(3).
- latimer. (s.d.).
- Latimer, E. ( 2005 ). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. . *J Psychiatry Neurosci.* , 30(5):355-9.
- Latimer, E., Gelin, D., & Thomson, D. (2004, novembre). *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté.* Récupéré sur cerrisweb.com: <https://www.cerrisweb.com/wp-content/uploads/AssociationdeshopitauxduQuebec.pdf>
- Leff, H. (2009 , Apr). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. . *Psychiatr Serv.*, pp. 60(4):473-82.
- Lemoine, C. (2021 ). Cost-effectiveness analysis of housing first intervention with an independent housing and team support for homeless people with severe mental illness: A Markov model informed by a randomized controlled trial. . *Soc Sci Med.*, Mar;272:113692.
- MNASM. (2011). *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie.* .
- Monroe-DeVita, M., Moser, L., & Teague, G. B. (2018, Février 21). The tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT). *Implementing evidencebased practices in behavioral health.* Récupéré sur med.unc.edu: <https://www.med.unc.edu/>
- Poey, N. (2019). *Les hospitalisations de longue durée en psychiatrie. Études des obstacles à la construction d'un projet de sortie et de la possibilité d'orientation sur le dispositif HOME pour les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse.* Toulouse: Thèse exercice en médecine.
- Richter, D. (2017). Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. . *Acta Psychiatr Scand* , 136: 269–27.
- Richter, D. (2017, November). Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Adm Policy Ment Health.*

- Rog, D. (2004). The evidence on supported housing. . *Psychiatr Rehabil J.* , Spring;27(4):334-44.
- Ruggeri, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*, 177:149-55.
- SAMHSA. (2008). *Assertive Community Treatment: The Evidence.* . DHHS Pub. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Tabol, C. (2010 ). Studies of “supported” and “supportive” housing: A Comprehensive Review of Model Descriptions and Measurement. . *Eval Program Plann.*, Nov; 33(4):446-56.
- Tinland, A. (2016, Mai). *UN CHEZ SOI D’ABORD Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitative. Unité de Recherche UPRES EA 3279.* Récupéré sur [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport\\_interm\\_recherche\\_quanti\\_mai\\_2016\\_ucfdb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucfdb.pdf)
- Tinland, A. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci.* , Sep 30;29:e169.
- Verdoux, H. (2007). The current state of adult mental health care in France. . *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 257:64–70.

### XIII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur (si plusieurs porteurs)	CH G Marchant	Directeur d'établissement : Mr Bruno MADELPUECH Référent administratif : Carles De Bideran : <i>directeur des affaires générales, projets et partenariats</i> <a href="mailto:carles.de-bideran@ch-marchant.fr">carles.de-bideran@ch-marchant.fr</a> Référent médical : Dr Billard : praticien hospitalier secteur 31G08, <a href="mailto:julien.billard@ch-marchant.fr">julien.billard@ch-marchant.fr</a> Dr Boucard : chef de pôle rive droite nord-est, vice-président de la CME du CH Gérard Marchant <a href="mailto:jerome.boucard@ch-marchant.fr">jerome.boucard@ch-marchant.fr</a>	   

Partenaires expérimentateurs engagés	CHU de Toulouse	<p>Directeur Général : Jean-François Lefebvre</p> <p>Référent administratif :</p> <p>Mme Legendre directeur délégué pôle psychiatrie</p> <p><a href="mailto:legendre.m@chu-toulouse.fr">legendre.m@chu-toulouse.fr</a></p> <p>Référent médical :</p> <p>Pr Arbus : chef de pôle psychiatrie et président de l'assemblée médicale de la CPT</p> <p><a href="mailto:arbus.c@chu-toulouse.fr">arbus.c@chu-toulouse.fr</a></p>	
Autres partenaires	UCRM	<p>Référent administratif :</p> <p>Mme Ongaro directrice générale</p> <p>Directeur des opérations :</p> <p>M. Vincent David-Robert</p> <p><a href="mailto:v.david-robert@ucrm.fr">v.david-robert@ucrm.fr</a></p>	 
	<p>Préfecture de la Haute-Garonne,</p> <p>Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) :</p>	<p>Mme Guillot Juin, sous-préfète chargée de mission auprès du préfet de la région Occitanie : <a href="mailto:nathalie.guillot-juin@haute-garonne.gouv.fr">nathalie.guillot-juin@haute-garonne.gouv.fr</a></p> <p>M Leroy, directeur (DDETS)</p> <p><a href="mailto:bertrand.leroy@haute-garonne.gouv.fr">bertrand.leroy@haute-garonne.gouv.fr</a></p>	<p>la Secrétaire Générale Adjointe, la Sous-préfète à la</p> <p>NATHALIE GUILLOT-JUIN</p> <p>Pour le directeur départemental de l'emploi du travail et des solidarités de la Haute-Garonne La chef du service insertion sociale et solidarité</p> 
	Mairie de Toulouse	<p>M Petton, coordinateur « logement d'abord » :</p> <p><a href="mailto:herve.petton@mairie-toulouse.fr">herve.petton@mairie-toulouse.fr</a></p>	<p>Veronique CROS</p> 
	Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, (DIHAL)	<p>Dr Pascale Estecahandy</p> <p>Coordinateur technique nationale du programme "Un chez soi d'abord"</p> <p><a href="mailto:pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr">pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr</a></p>	
	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques :	<p>M Lacan : <a href="mailto:michellacan@hotmail.com">michellacan@hotmail.com</a></p>	
	Centre support en réhabilitation psychosociale	<p><a href="mailto:Yrondi.a@chu-toulouse.fr">Yrondi.a@chu-toulouse.fr</a></p>	

	Association d'usagers de la psychiatrie « toutes voiles dehors » :	Mme Bourlier présidente : <a href="mailto:emmanuellebourlier@yahoo.fr">emmanuellebourlier@yahoo.fr</a>	
	Fédération régionale pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale (FERREPSY)	Dr Olivier président-directeur : <a href="mailto:f.olivier@ch-montauban.fr">f.olivier@ch-montauban.fr</a>	
	Conseil Local de Santé Mentale (CLSM groupe Logement)	Chef de service Promotion de la Santé Service Communal d'Hygiène et de Santé Mairie de Toulouse	

## XIV ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)</b>	<b>Cocher</b>	<b>Si oui, préciser</b>
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement forfaitaire au parcours de soins ambulatoire
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

<b>Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)</b>	<b>Cocher</b>	<b>Si oui, préciser</b>
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Soins intensifs pluridisciplinaires au domicile
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Amélioration du parcours de soins entre hospitalisation, domicile et prise en charge médico-sociale
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

<b>Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)<sup>12</sup> :</b>	<b>Cocher</b>	<b>Si oui, préciser</b>
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

<sup>12</sup> Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

XV. ANNEXE 3. TABLEAU DÉTAILLÉ DU FINANCEMENT DEMANDÉ

Descriptif	Structures concernées	Année N		Année N+1		Année N+2		
		ETP	COÛT	ETP	COÛT	ETP	COÛT	
<b>Ressources humaines</b>	Psychiatre	CH Marchant	1	134 662 €	1.2	161 594,13 €	1.2	161 594,13 €
	Interne	CH Marchant	0	0,00 €	1	39 817,87 €	1	39 817,87 €
	Infirmier	CH Marchant	4,5	244 667 €	6	326 222,86 €	6	326 222,86 €
	Éducateur	CH Marchant	1,8	84 275 €	2	93 638,69 €	2	93 638,69 €
	T.I.S.F.	CH Marchant	1,6	74 911 €	2	93 638,69 €	2	93 638,69 €
	Psychologue	CH Marchant	0,25	14 940 €	1	59 761,75 €	1	59 761,75 €
	Assistant Social	CH Marchant	0,6	32 154 €	1	53 589,29 €	1	53 589,29 €
	Travailleur Pair	CH Marchant	0,6	28 092 €	1	46 819,35 €	1	46 819,35 €
	A.M.A.	CH Marchant	0,6	27 748 €	1	46 246,90 €	1	46 246,90 €
	Cadre de santé	CH Marchant	1	80 542 €	1	80 542,17 €	1	80 542,17 €
	Astreintes	CH Marchant		19 403 €		19 402,89 €		19 402,89 €
	<b>Total R. humaines</b>			<b>741 394 €</b>		<b>1 021 274,59 €</b>		<b>1 021 274,59 €</b>
<b>Composants techniques et organisationnelles</b>	Autres prestations à caractère social (budget collective)	à CH Marchant social vie collective)		10 000,00 €		10 000,00 €		10 000,00 €
	Véhicules	CH Marchant		12 500,00 €		12 500,00 €		12 500,00 €
	P.C. Portable ou tablettes	CH Marchant		2 000,00 €		6 000,00 €		6 000,00 €
	Smartphones	CH Marchant		1 000,00 €		0,00 €		0,00 €
	Locaux	CH Marchant		0,00 €		20 000,00 €		20 000,00 €
<b>Total composants techniques</b>			<b>25 500,00 €</b>		<b>48 500,00 €</b>		<b>48 500,00 €</b>	
<b>Frais de structures/charges de fonctionnement</b>			<b>138 644€</b>		<b>192 988 €</b>		<b>192 988 €</b>	
<b>Total général</b>			<b>905 538€</b>		<b>1 262 763€</b>		<b>1 262 763 €</b>	

## XV ANNEXE 4. VIGNETTES CLINIQUES :

Homme 40 ans  
Schizophrénie résistante  
Sous curatelle touche l'AAH  
Hospitalisé au long cours depuis 15 ans  
Veut un logement indépendant  
Famille s'y oppose  
Soignants pensent que son état de santé ne le permet pas (besoins d'une surveillance constante)  
Home ⇒ accès rapide au logement et soutien intensif dans le logement  
Mise en place soutien nécessaire aide-ménagère ....  
Évite plusieurs années d'hospitalisation inadéquate

Mr A est âgé de 40 ans il souffre d'une schizophrénie depuis l'âge de 15 ans, date de sa 1<sup>ère</sup> hospitalisation pour un épisode délirant aigu. Il est actuellement hospitalisé sur une unité de suite et de réhabilitation sur le CH Marchant depuis 15 ans.

En 2007, sa mère déménage à Toulouse et demande qu'il soit transféré du service où il est hospitalisé vers le CH Marchant. Elle souhaite son rapprochement tout en indiquant qu'elle ne pourra l'accueillir à son domicile en sortie d'hospitalisation. Après 1 année passée en unité d'admission il est transféré sur l'unité de suite et de réhabilitation où il est encore hospitalisé à ce jour.

Un projet initial d'ESAT et de foyer est proposé à l'initiative de sa mère. Rapidement Mr A le refuse en indiquant qu'il ne se reconnaît pas dans la population vivant sur cette structure. Il veut vivre seul en appartement où il « pourra très bien se débrouiller seul ».

Malgré l'association de trois traitements neuroleptiques, il présente des idées délirantes fluctuantes à thématique de persécution, de contamination et mégalomaniaque ainsi que des voix plus ou moins envahissantes. En entretien s'il peut le plus souvent mettre de côté ses symptômes psychotiques, ils envahissent parfois son discours « ma maladie est due à une mauvaise injection des infirmiers » « on m'empoisonne ». De même son comportement au sein du service laisse parfois transparaître ces idées à travers des épisodes de soliloquies, d'insultes, de cris seul dans sa chambre ou au travers de multiples rituels de lavages.

Il consomme régulièrement de l'alcool et du cannabis sans que cela n'entraîne de troubles du comportement.

Il adhère partiellement au traitement les trouvant trop sédatif et pensant être guéri de sa schizophrénie et ne plus en avoir besoin. L'observance des traitements est irrégulière notamment pendant les week-ends qu'il passe régulièrement chez sa mère.

S'il reste le plus souvent en retrait, il pourra investir des temps d'activités thérapeutiques et des sorties thérapeutiques où il pourra faire preuve de grande capacité d'adaptation vis-à-vis de ces multiples rituels. Il investit aussi le centre de réhabilitation où il va régulièrement faire ses lessives et participe à un atelier cuisine où il se trouve parfois en difficulté sur ses capacités de planification et d'attention (laisse souvent les aliments cuire sans surveillance pour aller fumer une cigarette). Il est aussi autonome dans l'utilisation des transports en commun.

Sa mère, qui est aussi sa curatrice, pense qu'il ne doit pas quitter l'hôpital car « il ne peut pas se gérer seul ». Les soignants pensent majoritairement qu'il a besoin d'une surveillance constante afin de « cadrer » le retentissement de ses rituels.

Au bout de quelques années il est admis sur un centre postcure en centre-ville où il restera 1 an 1/2. De la même manière il peut montrer des capacités d'adaptation à cette structure, se montre régulier sur les consultations au CMP et les prises en charge associées exigées en hôpital de jour. A l'issue de cette prise en charge, au vu de l'évaluation du centre un foyer de vie lui est proposé mais refusé par Mr A. qui souhaite toujours vivre en logement indépendant.

Il retourne alors sur l'unité de suite et de réhabilitation où un projet de maison relais est travaillé. Faute de place et avec un profil pouvant inquiéter du fait de sa longue durée d'hospitalisation il est toujours en attente d'une structure 2 ans plus tard.

L'intervention de Home peut s'envisager au bout de 1 à 2 ans de prise en charge en unité de suite ce qui évite plusieurs années d'hospitalisation inadéquates pourvoyeuses de désocialisation, de dégradation des habiletés sociales et de stigmatisation.

Home offre dans cette situation plusieurs services pertinents : déplacements de l'équipe répétés sur le service d'hospitalisation afin de développer l'alliance thérapeutique et de débiter l'accompagnement durant l'hospitalisation. Mise à disposition rapide d'un logement, par l'opérateur logement partenaire de l'expérimentation Home (IML), permettant d'envisager une sortie au bout de 1 à 2 mois. Avec l'accord de Mr A rencontre de sa mère tout au long du suivi afin de l'informer sur le déroulement du suivi et de l'orienter sur des lieux de soutien à l'entourage (groupe Pro famille, UNAFAM...).

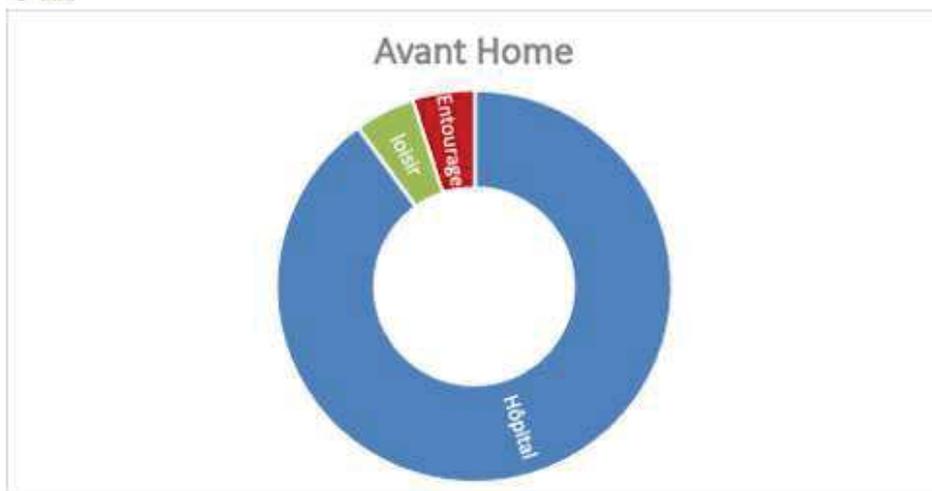
Au cours du suivi plusieurs soins seront mis en place et leur délivrance favorisée par l'équipe dédiée et par des objectifs centrés sur ceux de l'utilisateur (vivre confortablement dans son logement, ne pas être trop gêné par ses voix...). Par exemple : psychothérapie TCC centrée sur la diminution de l'impact des hallucinations, aide à la gestion du logement, des courses et de la préparation des repas...

Un suivi psychiatrique régulier avec un des psychiatres de l'équipe se mettra en place et permettra une simplification et une meilleure adhérence au traitement. Des infirmiers de l'équipe passeront quotidiennement la 1<sup>ère</sup> année afin de délivrer le traitement et de favoriser l'observance.

Le travailleur pair accompagnera Mr A sur des lieux de socialisation groupe d'utilisateur, GEM... Des aides ménagères seront mises en place en négociant avec Mr A leur marge d'intervention. On peut estimer à 1 ou 2 mois la durée d'hospitalisation nécessaire sur cette période.

Au bout de 3 ans, le développement d'habiletés sociales, les soins de réhabilitation et les accompagnements mis en place permettront un arrêt progressif du suivi intensif. Un glissement de bail sera effectué pour que Mr A puisse être locataire en titre de son logement accompagné par l'opérateur logement partenaire du projet Home.

Un relais du suivi psychiatrique est mis en place 6 mois avec la sortie sur le CMP dont il dépend ainsi qu'un relais avec des IDE libérales. Mr A fréquente régulièrement une association d'utilisateurs avec laquelle il fait plusieurs sorties. Il participe régulièrement à des séjours thérapeutiques avec l'UFCV.



Femme 50 ans

Schizophrénie résistante

A perdu son logement au cours d'une longue hospitalisation

Les projets alternatifs (Famille d'accueil, foyer) ont échoué Elle retourne vivre en logement autonome

Étayage insuffisant au domicile et pathologie somatique entraînent un recours important à l'hospitalisation Home ⇒ évite la perte du logement et réduit le recours inadéquat à l'hospitalisation

Mme C est atteinte de schizophrénie depuis l'âge de 20 ans. L'intensité de sa maladie l'a amené à être prise en charge en appartement thérapeutique pendant 2 ans puis en appartement communautaire puis en logement autonome. Elle a vécu 9 ans en logement avec un passage quotidien d'IDE libéraux et des VAD de son CMP. Son père l'aide régulièrement en faisant des courses. Elle est hospitalisée régulièrement 1 à 2 fois / an mais sur des durées relativement courtes de 1 à 2 mois. Malgré des symptômes délirants intenses, des hallucinations auditives, des néologismes rendant son discours parfois peu compréhensible et la conviction délirante d'avoir un château la conduisant parfois à préparer ses bagages sans jamais partir, elle montre des ressources certaines dans la gestion de son logement (entretien, cuisine ...).

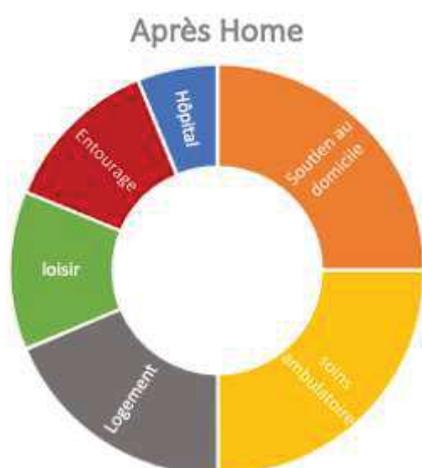
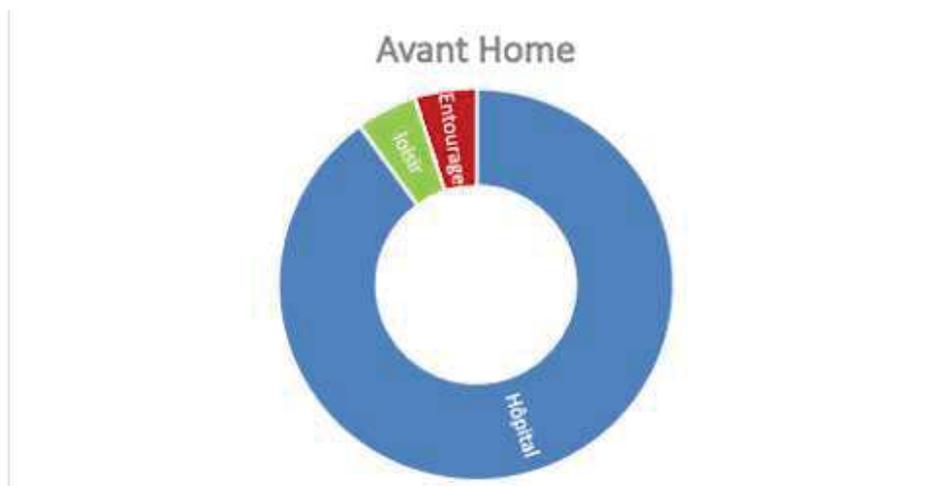
En 2011, elle est hospitalisée à la suite d'un état d'agitation à son logement avec vellétés de suicide par défenestration sous tendu par une recrudescence d'idées de persécutions. Elle refuse alors de retourner dans son logement, probablement traumatisé par l'épisode délirant survenu. Suivra alors une longue hospitalisation où elle est orientée vers une famille d'accueil dans le Tarn. Au bout de 9 mois des troubles du comportement entraîne son exclusion de la famille d'accueil et son hospitalisation dans le Tarn. Elle est ré hospitalisée sur le CHU de Toulouse. Elle affirme son souhait de vivre en logement mais est convaincu d'avoir déjà un logement et ne s'implique pas sur la recherche d'un nouveau logement. Grâce à la ténacité de l'équipe soignante elle est accompagnée sur un nouveau logement où elle s'installe avec une aide minimale (IDE libérale, VAD du CMP et de son MG). Le SAMSAH où elle a été convaincue de postuler refuse sa candidature car la juge insuffisamment stabilisée. Malgré cette étayage insuffisant ce projet évite de prolonger une hospitalisation inadéquate (due à l'absence de solution d'aval). Quelques mois plus tard, elle présente des épisodes de vomissements incoercibles avec amaigrissement conduisant à une hospitalisation aux urgences où un diagnostic de sténose œsophagienne est porté avec indication d'une intervention chirurgicale qui est répétée devant 2 épisodes de rechutes. La mise en place de ses différentes opérations, les retours au domicile difficile à l'issue de ces soins et l'altération de son état général entraînent entre 2015 et 2018 4 hospitalisations en psychiatrie cumulant 350 jours.

L'intervention de HOME permettrait dès 2011 d'intervenir à plusieurs reprises à l'hôpital en particulier avec le travailleur pair afin d'engager cette patiente complexe dans les soins. Elle pourrait notamment être accompagnée à l'extérieur vers des activités de loisir (achats d'habits et cosmétiques) puis vers son logement ou, s'il se confirme l'impossibilité d'y retourner, le travail de réseau de home pourrait faciliter une mutation vers un autre logement HLM dans le même quartier.

Les autres services pertinents qui pourraient être mis en œuvre par le dispositif Home dans ce contexte sont : mise en place d'un accompagnement rapide vers un médecin généraliste référent. Suivi psychiatrique au domicile. Accompagnement vers un hôpital de jour. Entraînement aux habiletés sociales afin qu'elle puisse seule faire des activités d'achats de vêtements et cosmétique. Accompagnement dès les premiers signes de vomissements vers un suivi spécialisé et soins précoce

de sa sténose évitant des hospitalisations prolongées en service somatique et psychiatrique. On peut estimer que sur cette période de suivi l'hospitalisation en psychiatrie serait de 0 à 1 mois sur 3 années.

Au bout de 2 ans et demi de suivi par le dispositif Home début de la phase de sortie avec diminution progressive de l'accompagnement et relai vers CMP, auxiliaire de vie et service social.



## XVI ANNEXE 5 PHASE 2 : DEMANDES D'ADAPTATION DU RYTHME D'INCLUSION

### ANNEXE 5 PHASE 2

#### DEMANDES D'ADAPTATION DU RYTHME D'INCLUSION

1. Une première demande de ralentissement des inclusions a été réalisée en octobre 2023 de 8 inclusions par mois à 4 inclusions par mois. Les modalités de versement du forfait ont dû être modifiées.

« Un accord a été donné sur les points ci-dessous, en réponse à vos alertes, lors de la réunion pré-CTIS du mardi 17 octobre 2023 :

- Accord sur le **ralentissement des inclusions pour atteindre les 100 patients en octobre 2024** (au lieu de février 2024)
- Accord sur le **changement des modalités de versement des forfaits en restant à budget constant comme prévu dans le CDC : arrêt de la mensualisation** à compter de novembre 2023 et passage à un **versement à l'inclusion 100%**
  - o un rattrapage des forfaits est à réaliser pour les patients inclus de janvier 2023 à octobre 2023
  - o il a été convenu d'intégrer une clause de sécurité dans l'avenant de financement: si un patient sort rapidement après son inclusion ne pas déclencher un nouveau forfait pour le patient remplaçant. »

2. Une autre demande de ralentissement a été adressée en septembre 2024, l'équipe s'étant retrouvée en sous-effectif pendant la période estivale avec des congés et des arrêts maladies prolongés mettant en tension l'équipe.

Lors de la réunion de projet article 51 du mardi 15 octobre 2024 : « Au 08 octobre 2024 : 92 personnes en file active et 96 personnes accompagnées au total, Des difficultés ont été constatées :

- Ressources humaines : Difficultés de recrutement /contexte très tendu en psychiatrie ; travailleur.se.s sociaux très éprouvé.e.s par la complexité des situations; Arrêts maladies dans l'équipe
- Population cible : patients institutionnalisés depuis de nombreuses années ; Situations sociales des patients très dégradées qui génèrent un investissement supplémentaire des équipes

Demandes d'accord sur les points suivants :

- **Montée en charge plus progressive** pour les patients restants à inclure, tout en respectant la capacité réelle des équipes
- **Possibilité d'adapter les recrutements RH à la réalité des besoins identifiés et élargir à des profils métier plus diversifiés** : par ex. ergothérapeute, renfort ponctuel de l'équipe sociale...

=> **Accord en séance sur la demande ralentissement des inclusions et sur la flexibilité des recrutements RH**

=> Attente du RI (déc2024) pour ensuite retravailler le CDC sur le modèle économique pour la demande de prolongation. »

DRAAF Occitanie

R76-2025-07-08-00006

Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures à David DEILHOU enregistré sous le n°655524, autorisé d'une superficie de 28,7237 ha



AGRI N°R76-2025-0189

**Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole  
au titre du contrôle des structures**

Le préfet de la région Occitanie,  
préfet de la Haute-Garonne  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

**Vu** le code rural et de la pêche maritime dans ses articles L312-1, L331-1 à L331-12, R312-1 à R312-3, R331-1 à R331-12 ;

**Vu** l'arrêté du 12 juin 2024 du préfet de la région Occitanie portant schéma directeur régional des exploitations agricoles ;

**Vu** l'arrêté du 14 juin 2024 du préfet de la région Occitanie rectifiant en erreur matérielle l'arrêté préfectoral du 12 juin 2024 portant schéma directeur régional des exploitations agricoles d'Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 17 septembre 2024 publié au RAA le 18 septembre 2024 numéro n° R76-2024-09-17-00004 du préfet de la région Occitanie portant délégation de signature à M. Olivier ROUSSET directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 28 mai 2025 n°R76-2025-05-28-00001/DRAAF publié au RAA le 03 juin 2025 portant subdélégation de signature à certains agents de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt Occitanie en matière de compétence administrative générale, d'ordonnancement secondaire et de pouvoir adjudicateur ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. DEILHOU David demeurant à VIC en BIGORRE, auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 20/02/2025, sous le n° 65255525 relative à un bien foncier agricole d'une superficie de 28,7237 hectares sis à PUJO et VIC en BIGORRE, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS et de Mme Marie-Françoise DELAS ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 10/06/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. DEILHOU David ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter concurrente partielle déposée par M. LARRANG Julien demeurant à CAZAUX-VILLECOMTAL auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 14/01/2025 sous le n° 65255508 relative à un bien foncier agricole sis à CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE, d'une superficie totale de 60,9669 ha, propriété pour

partie de l'Indivision DELAS, du GFA DELAS, de M. DELAS Bruno et de Mme DELAS Marie-Françoise ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 15/04/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. LARRANG Julien ;

**Vu** l'avis simple de la CDOA consultée par voie électronique le 16/06/2025 ;

**Vu** le seuil de soumission au contrôle des structures fixé à 68 hectares sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE par le Schéma Directeur Régional des Exploitations Agricoles (SDREA) Occitanie ;

**Vu** le seuil de viabilité économique fixé à 48 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Vu** le seuil d'agrandissement excessif fixé à 136 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 28,7237 hectares, déposée par la M. DEIHOU David, porte la surface agricole de l'exploitation de 52,06 hectares à 80,7837 hectares après opération, soit au-dessus du seuil de viabilité et au-dessous du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par M. DEILHOU David correspond à la **priorité n° 6** : Autres agrandissements, réunions ou concentrations d'exploitations atteignant le seuil de viabilité et inférieurs au seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 60,9669 hectares, déposée par M. LARRANG Julien, porte la surface agricole de l'exploitation de 210,65 hectares à 271,6169 hectares après opération soit au-dessus du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par M. LARRANG Julien correspond à la **priorité n° 7** : Autres agrandissements atteignant ou dépassant le seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** en conséquence que la demande déposée par M. DEILHOU David est prioritaire en application du SDREA Occitanie sur les parcelles en concurrence avec M. LARRANG Julien ;

#### **Arrête :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** – M. David DEILHOU dont le siège d'exploitation est situé à VIC en BIGORRE **est autorisé à exploiter** les parcelles cadastrées **ZP 0021 – ZE 0001 - ZE 0005 – ZE 0006 – ZD 0029 – ZD 0030 – ZD 0031 et ZD 0033** communes de PUJO et VIC en BIGORRE pour une superficie totale de 28,7237 ha, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS et de Mme Marie-Françoise DELAS.

**Art. 2.** – La présente autorisation sera périmée si les parcelles sur lesquelles porte l'autorisation n'ont pas été mises en culture avant l'expiration de l'année culturale qui suit la date de sa notification ou, dans le cas prévu à l'article L. 330-4 du code rural et de la pêche maritime, avant l'expiration de l'année culturale qui suit celle de la fin du versement des aides. Si les parcelles sont louées, l'année culturale à prendre en considération est celle qui suit le départ effectif du preneur en place, sauf si la situation personnelle du demandeur change au regard du contrôle des structures (article L. 331-4 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 3.** – La présente autorisation n'est valable qu'au titre du contrôle des structures des exploitations agricoles (livre III, titre III du code rural et de la pêche maritime). Elle ne préjuge en rien des suites données aux autres demandes effectuées par le bénéficiaire de la présente autorisation dans le cadre

d'autres réglementations. Elle ne dispense en aucun cas ledit bénéficiaire d'entreprendre les démarches au titre d'autres réglementations.

**Art. 4.** – Le secrétaire général aux affaires régionales, le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et le directeur départemental des territoires des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur, au propriétaire et au preneur en place, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et affiché en mairie de la commune intéressée.

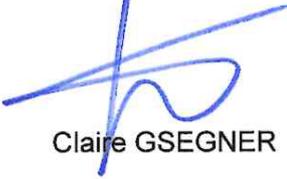
**Recours** : Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision pour déposer :

- soit un recours gracieux devant le préfet ou un recours hiérarchique devant le ministre en charge de l'agriculture ;
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .

*Dans le cas d'un recours gracieux ou hiérarchique, en cas de nouveau refus exprès ou tacite (par absence de réponse dans les deux mois du recours), vous disposez d'un nouveau délai de deux mois pour déposer un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .*

Fait à Toulouse, le 8 juillet 2025

Pour le Préfet de la Région Occitanie et par subdélégation  
La cheffe de l'Unité Agriculture et Territoires



Claire GSEGNER

ANNEXE 1

Tableau de répartition des parcelles demandées entre les différents concurrents

Communes	Section	Plan	Contenance (ha)	Propriétaires	Surfaces demandées		
					DEILHOU David	LARRANG Julien	
CAMALES	ZD	0020	0,5611	Indivision DELAS		0,5611	
	ZD	0022	0,3299			0,3299	
VIC EN BIGORRE	ZP	0021	5,7822	GFA DELAS	5,7822	5,7822	
PUJO	ZE	0001	5,1752			5,1752	5,1752
	ZE	0005	3,2993			3,2993	3,2993
	ZE	0006	0,8276			0,8276	0,8276
	ZE	0024	5,1119				5,1119
	ZE	0025	0,4593				0,4593
	B	0504	1,2200				1,2200
	B	0758	0,6438				0,6438
	B	0759	0,1512			0,1512	
	B	0760	0,0729			0,0729	
	ZE	0010	0,9998			0,9998	
	ZE	0011	0,9813			0,9813	
	ZE	0012	1,9637			1,9637	
	ZE	0013	1,8785			1,8785	
	B	0505	1,4060	Indivision DELAS		1,4060	
	C	0154	1,6010			1,6010	
	C	0152	0,6699			0,6699	
	ZC	0045	4,7080			4,7080	
	ZB	0015	0,7703			0,7703	
	ZD	0027	5,6215			5,6215	
	ZD	0029	1,6463		1,6463	1,6463	
ZD	0033	0,9798		0,9798	0,9798		
ZC	0046	2,1524	DELAS Bruno		2,1524		
ZA	0001	0,5569			0,5569		
ZD	0030	2,8503		2,8503	2,8503		
ZD	0031	8,1630	DELAS Marie Françoise	8,1630	8,1630		
ZD	0032	0,3838			0,3838		
Total					28,7237	60,9669	

DRAAF Occitanie

R76-2025-07-08-00005

Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures à l'EARL FERME DU BON LAIT sous le n°656530, autorisé d'une superficie de 31,2254 ha



AGRI N°R76-2025-0191

**Arrêté portant autorisation d'exploiter un bien agricole  
au titre du contrôle des structures**

Le préfet de la région Occitanie,  
préfet de la Haute-Garonne  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

**Vu** le code rural et de la pêche maritime dans ses articles L312-1, L331-1 à L331-12, R312-1 à R312-3, R331-1 à R331-12 ;

**Vu** l'arrêté du 12 juin 2024 du préfet de la région Occitanie portant schéma directeur régional des exploitations agricoles ;

**Vu** l'arrêté du 14 juin 2024 du préfet de la région Occitanie rectifiant en erreur matérielle l'arrêté préfectoral du 12 juin 2024 portant schéma directeur régional des exploitations agricoles d'Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 17 septembre 2024 publié au RAA le 18 septembre 2024 numéro n° R76-2024-09-17-00004 du préfet de la région Occitanie portant délégation de signature à M. Olivier ROUSSET directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 28 mai 2025 n°R76-2025-05-28-00001/DRAAF publié au RAA le 03 juin 2025 portant subdélégation de signature à certains agents de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt Occitanie en matière de compétence administrative générale, d'ordonnancement secondaire et de pouvoir adjudicateur ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait demeurant à PUJO, auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 26/02/2025, sous le n° 65255530 relative à un bien foncier agricole d'une superficie de 31,2254 hectares sis à CAMALES et PUJO, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS et de M. Bruno DELAS ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 10/06/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter concurrente partielle déposée par M. LARRANG Julien demeurant à CAZAUX-VILLECOMTAL auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 14/01/2025 sous le n° 65255508 relative à un bien foncier agricole sis à CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE, d'une superficie totale de 60,9669 ha, propriété pour partie de l'Indivision DELAS, du GFA DELAS, de M. DELAS Bruno et de Mme DELAS Marie-Françoise

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 15/04/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. LARRANG Julien ;

**Vu** l'avis simple de la CDOA consultée par voie électronique le 16/06/2025 ;

**Vu** le seuil de soumission au contrôle des structures fixé à 68 hectares sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE par le Schéma Directeur Régional des Exploitations Agricoles (SDREA) Occitanie ;

**Vu** le seuil de viabilité économique fixé à 48 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Vu** le seuil d'agrandissement excessif fixé à 136 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 31,2254 hectares, déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait, porte la surface agricole de l'exploitation de 54,76 hectares à 85,9854 hectares après opération, soit au-dessus du seuil de viabilité et au-dessous du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait correspond à la **priorité n° 6** : Autres agrandissements, réunions ou concentrations d'exploitations atteignant le seuil de viabilité et inférieurs au seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 60,9669 hectares, déposée par M LARRANG Julien, porte la surface agricole de l'exploitation de 210,65 hectares à 271,6169 hectares après opération soit au-dessus du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par M. LARRANG Julien correspond à la **priorité n° 7** : Autres agrandissements atteignant ou dépassant le seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** en conséquence que la demande déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait est prioritaire en application du SDREA Occitanie sur les parcelles en concurrence avec M. LARRANG Julien ;

### **Arrête :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** – l'Earl de la Ferme du Bon Lait dont le siège d'exploitation est situé à PUJO **est autorisée à exploiter** les parcelles cadastrées **ZD 0022 - ZD 0027 - ZE 0024 - ZE 0025 – B 0504 – ZE 0010 – ZE 0011 – ZE 0012 - ZE 0013 – B 0758 – B 0759 – B 0505 – ZA 0001 – ZB 0015 – C 0152 - C 0154 – ZC 0045 et ZC 0046** communes de CAMALES et PUJO pour une superficie totale de 31,2254 ha, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS ET de M. Bruno DELAS.

**Art. 2.** – La présente autorisation sera périmée si les parcelles sur lesquelles porte l'autorisation n'ont pas été mises en culture avant l'expiration de l'année culturale qui suit la date de sa notification ou, dans le cas prévu à l'article L. 330-4 du code rural et de la pêche maritime, avant l'expiration de l'année culturale qui suit celle de la fin du versement des aides. Si les parcelles sont louées, l'année culturale à prendre en considération est celle qui suit le départ effectif du preneur en place, sauf si la situation personnelle du demandeur change au regard du contrôle des structures (article L. 331-4 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 3.** – La présente autorisation n'est valable qu'au titre du contrôle des structures des exploitations agricoles (livre III, titre III du code rural et de la pêche maritime). Elle ne préjuge en rien des suites données aux autres demandes effectuées par le bénéficiaire de la présente autorisation dans le cadre d'autres réglementations. Elle ne dispense en aucun cas ledit bénéficiaire d'entreprendre les démarches au titre d'autres réglementations.

**Art. 4.** – Le secrétaire général aux affaires régionales, le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et le directeur départemental des territoires des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur, au propriétaire et au preneur en place, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et affiché en mairie de la commune intéressée.

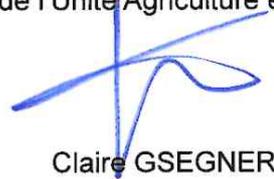
**Recours** : Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision pour déposer :

- soit un recours gracieux devant le préfet ou un recours hiérarchique devant le ministre en charge de l'agriculture ;
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .

*Dans le cas d'un recours gracieux ou hiérarchique, en cas de nouveau refus exprès ou tacite (par absence de réponse dans les deux mois du recours), vous disposez d'un nouveau délai de deux mois pour déposer un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .*

Fait à Toulouse, le 8 juillet 2025

Pour le Préfet de la Région Occitanie et par subdélégation  
La cheffe de l'Unité Agriculture et Territoires

A blue ink signature consisting of several fluid, overlapping strokes, starting with a vertical line and ending with a horizontal flourish.

Claire GSEGNER

ANNEXE 1

Tableau de répartition des parcelles demandées entre les différents concurrents

Communes	Section	Plan	Contenance (ha)	Propriétaires	Surfaces demandées		
					EARL de la Ferme du Bon Lait	LARRANG Julien	
CAMALES	ZD	0020	0,5611	Indivision DELAS		0,5611	
	ZD	0022	0,3299		0,3299	0,3299	
VIC EN BIGORRE	ZP	0021	5,7822			5,7822	
PUJO	ZE	0001	5,1752	GFA DELAS		5,1752	
	ZE	0005	3,2993			3,2993	
	ZE	0006	0,8276			0,8276	
	ZE	0024	5,1119		5,1119	5,1119	
	ZE	0025	0,4593		0,4593	0,4593	
	B	0504	1,2200		1,2200	1,2200	
	B	0758	0,6438		0,6438	0,6438	
	B	0759	0,1512	0,1512	0,1512		
	B	0760	0,0729		0,0729		
	ZE	0010	0,9998		0,9998		
	ZE	0011	0,9813		0,9813		
	ZE	0012	1,9637		1,9637		
	ZE	0013	1,8785		1,8785		
	B	0505	1,4060	Indivision DELAS	1,4060	1,4060	
	C	0154	1,6010		1,6010	1,6010	
	C	0152	0,6699		0,6699	0,6699	
	ZC	0045	4,7080		4,7080	4,7080	
	ZB	0015	0,7703		0,7703	0,7703	
	ZD	0027	5,6215		5,6215	5,6215	
	ZD	0029	1,6463			1,6463	
	ZD	0033	0,9798		0,9798		
	ZC	0046	2,1524	DELAS Bruno	2,1524	2,1524	
	ZA	0001	0,5569		0,5569	0,5569	
	ZD	0030	2,8503		2,8503		
	ZD	0031	8,1630	DELAS Marie Françoise		8,1630	
	ZD	0032	0,3838			0,3838	
	Total					31,2254	60,9669

DRAAF Occitanie

R76-2025-07-08-00007

Arrêté portant autorisation partielle d'exploiter  
un bien agricole au titre du contrôle des  
structures à LARRANG Julien enregistré sous le  
n°655508, autorisée d'une superficie de 1,0178  
hectares et refus hectares



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

AGRI N°R76-2025-0190

**Direction régionale de l'alimentation  
de l'agriculture et de la forêt**

**Arrêté portant autorisation partielle d'exploiter un bien agricole  
au titre du contrôle des structures**

Le préfet de la région Occitanie,  
préfet de la Haute-Garonne  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

**Vu** le code rural et de la pêche maritime dans ses articles L312-1, L331-1 à L331-12, R312-1 à R312-3, R331-1 à R331-12 ;

**Vu** l'arrêté du 12 juin 2024 du préfet de la région Occitanie portant schéma directeur régional des exploitations agricoles ;

**Vu** l'arrêté du 14 juin 2024 du préfet de la région Occitanie rectifiant en erreur matérielle l'arrêté préfectoral du 12 juin 2024 portant schéma directeur régional des exploitations agricoles d'Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 17 septembre 2024 publié au RAA le 18 septembre 2024 numéro n° R76-2024-09-17-00004 du préfet de la région Occitanie portant délégation de signature à M. Olivier ROUSSET directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 28 mai 2025 n°R76-2025-05-28-00001/DRAAF publié au RAA le 03 juin 2025 portant subdélégation de signature à certains agents de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt Occitanie en matière de compétence administrative générale, d'ordonnancement secondaire et de pouvoir adjudicateur ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. LARRANG Julien demeurant à CAZAUX-VILLECOMTAL auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 14/01/2025 sous le n° 65255508 relative à un bien foncier agricole sis à CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE, d'une superficie totale de 60,9669 ha, propriété pour partie de l'Indivision DELAS, du GFA DELAS, de M. DELAS Bruno et de Mme DELAS Marie-Françoise ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 15/04/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. LARRANG Julien ;

Service régional de l'agriculture et de l'agroalimentaire  
Nouvelle Cité Administrative de Toulouse - Bâtiment D  
1 place Émile Blouin - CS 70005  
31952 TOULOUSE CEDEX 9  
Tél. 04 67 10 18 80 – Fax. 04 67 10 01 02  
Courriel : [structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr](mailto:structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr)  
site internet : <http://draaf.occitanie.agriculture.gouv.fr/>

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter concurrente déposée par M. DEILHOU David demeurant à VIC en BIGORRE, auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 20/02/2025, sous le n° 65255525 relative à un bien foncier agricole d'une superficie de 28,7237 hectares sis à PUJO et VIC en BIGORRE, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS et de Mme Marie-Françoise DELAS ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 10/06/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par M. DEILHOU David ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter concurrente déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait demeurant à PUJO, auprès de la direction départementale des territoires des Hautes-Pyrénées, enregistrée le 26/02/2025, sous le n° 65255530 relative à un bien foncier agricole d'une superficie de 31,2254 hectares sis à CAMALES et PUJO, propriété pour partie de l'indivision DELAS, du GFA DELAS et de M. Bruno DELAS ;

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 10/06/2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait ;

**Vu** l'avis simple de la CDOA consultée par voie électronique le 16/06/2025 ;

**Vu** le seuil de soumission au contrôle des structures fixé à 68 hectares sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE par le Schéma Directeur Régional des Exploitations Agricoles (SDREA) Occitanie ;

**Vu** le seuil de viabilité économique fixé à 48 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Vu** le seuil d'agrandissement excessif fixé à 136 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur les communes de CAMALES, PUJO et VIC en BIGORRE ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 60,9669 hectares, déposée par M. LARRANG Julien, porte la surface agricole de l'exploitation de 210,65 hectares à 271,6169 hectares après opération soit au-dessus du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par M. LARRANG Julien correspond à la **priorité n° 7** : Autres agrandissements atteignant ou dépassant le seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 28,7237 hectares, déposée par la M. DEILHOU David, porte la surface agricole de l'exploitation de 52,06 hectares à 80,7837 hectares après opération, soit au-dessus du seuil de viabilité et au-dessous du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par M. DEILHOU David correspond à la **priorité n° 6** : Autres agrandissements, réunions ou concentrations d'exploitations atteignant le seuil de viabilité et inférieurs au seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter de 31,2254 hectares, déposée par la l'Earl de la Ferme du Bon Lait, porte la surface agricole de l'exploitation de 54,76 hectares à 85,9854 hectares après opération, soit au-dessus du seuil de viabilité et au-dessous du seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par l'Earl de la Ferme du Bon Lait correspond à la **priorité n° 6** : Autres agrandissements, réunions ou concentrations d'exploitations atteignant le seuil de viabilité et inférieurs au seuil d'agrandissement excessif ;

**Considérant** en conséquence que les demandes déposées par M. DEILHOU David et l'Earl de la Ferme du Bon Lait sont prioritaires en application du SDREA Occitanie sur les parcelles en concurrence avec M. LARRANG Julien ;

**Arrête :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** – M. LARRANG Julien dont le siège d'exploitation est situé à BARBACHEN **n'est pas autorisé à exploiter** les parcelles cadastrées **ZP 0021 – ZE 0001 - ZE 0005 – ZE 0006 – ZD 0029 – ZD 0030 – ZD 0031 - ZD 0033 - ZD 0022 - ZD 0027 - ZE 0024 - ZE 0025 – B 0504 – ZE 0010 – ZE 0011 – ZE 0012 - ZE 0013 – B 0758 – B 0759 – B 0505 – ZA 0001 – ZB 0015 – C 0152 - C 0154 – ZC 0045 et ZC 0046** communes de CAMAES, PUJO et VIC en BIGORRE pour une superficie totale de 59,9491 ha propriété pour partie de l'Indivision DELAS, du GFA DELAS, de Mme Marie-Françoise DELAS et de M. Bruno DELAS.

**Art. 2.** – M. LARRANG Julien dont le siège d'exploitation est situé à BARBACHEN **est autorisé à exploiter** les parcelles sans concurrence objet de sa demande, pour une surface totale de 1,0178 ha commune de CAMALES et PUJO, propriété pour partie de l'indivision DELAS et de Mme Marie-Françoise DELAS

**Art. 3.** – La présente autorisation partielle sera périmée si les parcelles sur lesquelles porte l'autorisation n'ont pas été mises en culture avant l'expiration de l'année culturale qui suit la date de sa notification ou, dans le cas prévu à l'article L. 330-4 du code rural et de la pêche maritime, avant l'expiration de l'année culturale qui suit celle de la fin du versement des aides. Si les parcelles sont louées, l'année culturale à prendre en considération est celle qui suit le départ effectif du preneur en place, sauf si la situation personnelle du demandeur change au regard du contrôle des structures (article L. 331-4 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 4.** – S'il est constaté que le bien foncier agricole objet de la demande est exploité malgré le présent refus d'exploiter, le contrevenant s'expose à des sanctions pécuniaires après la mise en demeure par le préfet de région de régulariser sa situation. Le montant des dites sanctions pécuniaires est compris entre 304,90 € et 914,70 € par hectare (article L.331-7 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 5.** – La présente autorisation n'est valable qu'au titre du contrôle des structures des exploitations agricoles (livre III, titre III du code rural et de la pêche maritime). Elle ne préjuge en rien des suites données aux autres demandes effectuées par le bénéficiaire de la présente autorisation dans le cadre d'autres réglementations. Elle ne dispense en aucun cas ledit bénéficiaire d'entreprendre les démarches au titre d'autres réglementations.

**Art. 6.** – Le secrétaire général aux affaires régionales, le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et le directeur départemental des territoires des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur, au propriétaire et au preneur en place, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et affiché en mairie de la commune intéressée.

**Recours** : Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision pour déposer :

- soit un recours gracieux devant le préfet ou un recours hiérarchique devant le ministre en charge de l'agriculture ;
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .

Dans le cas d'un recours gracieux ou hiérarchique, en cas de nouveau refus exprès ou tacite (par absence de réponse dans les deux mois du recours), vous disposez d'un nouveau délai de deux mois pour déposer un recours contentieux devant le tribunal administratif de Pau .

Fait à Toulouse, le 8 juillet 2025

Pour le Préfet de la Région Occitanie et par subdélégation  
La cheffe de l'Unité Agriculture et Territoires

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Claire GSEGNER

## ANNEXE 1

Tableau de répartition des parcelles demandées entre les différents concurrents

Communes	Section	Plan	Contenance (ha)	Propriétaires	Surfaces demandées			
					DEILHOU David	EARL de la Ferme du Bon Lait	LARRANG Julien	
CAMALES	ZD	0020	0,5611	Indivision DELAS			0,5611	
	ZD	0022	0,3299			0,3299	0,3299	
VIC EN BIGORRE	ZP	0021	5,7822	GFA DELAS	5,7822		5,7822	
PUJO	ZE	0001	5,1752			5,1752	5,1752	
	ZE	0005	3,2993			3,2993	3,2993	
	ZE	0006	0,8276			0,8276	0,8276	
	ZE	0024	5,1119			5,1119	5,1119	
	ZE	0025	0,4593			0,4593	0,4593	
	B	0504	1,2200			1,2200	1,2200	
	B	0758	0,6438	Indivision DELAS		0,6438	0,6438	
	B	0759	0,1512			0,1512	0,1512	
	B	0760	0,0729				0,0729	
	ZE	0010	0,9998			0,9998	0,9998	
	ZE	0011	0,9813			0,9813	0,9813	
	ZE	0012	1,9637			1,9637	1,9637	
	ZE	0013	1,8785			1,8785	1,8785	
	B	0505	1,4060		Indivision DELAS		1,4060	1,4060
	C	0154	1,6010				1,6010	1,6010
	C	0152	0,6699				0,6699	0,6699
ZC	0045	4,7080				4,7080	4,7080	
ZB	0015	0,7703				0,7703	0,7703	
ZD	0027	5,6215				5,6215	5,6215	
ZD	0029	1,6463				1,6463	1,6463	
ZD	0033	0,9798				0,9798	0,9798	
ZC	0046	2,1524	DELAS Bruno				2,1524	2,1524
ZA	0001	0,5569				0,5569	0,5569	
ZD	0030	2,8503	DELAS Marie Françoise	2,8503		2,8503		
ZD	0031	8,1630		8,1630		8,1630		
ZD	0032	0,3838				0,3838		
<b>Total</b>					<b>28,7237</b>	<b>31,2254</b>	<b>60,9669</b>	

Service régional de l'agriculture et de l'agroalimentaire  
 Nouvelle Cité Administrative de Toulouse - Bâtiment D  
 1 place Émile Blouin - CS 70005  
 31952 TOULOUSE CEDEX 9  
 Tél. 04 67 10 18 80 – Fax. 04 67 10 01 02  
 Courriel : [structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr](mailto:structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr)  
 site internet : <http://draaf.occitanie.agriculture.gouv.fr/>

DRAAF Occitanie

R76-2025-07-08-00008

Arrêté portant autorisation partielle d'exploiter un bien agricole au titre du contrôle des structures au GAEC DES ROUGETS enregistré sous le n°1225322, autorisée d'une superficie de 2,39 hectares et refus 1,14 hectares



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale de l'alimentation  
de l'agriculture et de la forêt**

AGRI N°R76-2025-0192

**Arrêté portant autorisation partielle d'exploiter un bien agricole  
au titre du contrôle des structures**

Le préfet de la région Occitanie,  
Préfet de la Haute-Garonne  
Officier de la Légion d'honneur,  
Commandeur de l'ordre national du Mérite,

**Vu** le code rural et de la pêche maritime dans ses articles L312-1, L331-1 à L331-12, R312-1 à R312-3, R331-1 à R331-12 ;

**Vu** l'arrêté du 12 juin 2024 du préfet de la région Occitanie portant schéma directeur régional des exploitations agricoles (SDREA) d'Occitanie ;

**Vu** l'arrêté du 14 juin 2024 du préfet de la région Occitanie rectifiant en erreur matérielle l'arrêté préfectoral du 12 juin 2024 portant schéma directeur régional des exploitations agricoles d'Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 17 septembre 2024 publié au RAA le 18 septembre 2024 numéro n°R76-2024-09-17-00004 du préfet de la région Occitanie portant délégation de signature à M. Olivier ROUSSET directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Occitanie ;

**Vu** l'arrêté préfectoral du 28 mai 2025 n°R76-2025-05-28-00001/DRAAF publié au RAA le 03 juin 2025 portant subdélégation de signature à certains agents de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt Occitanie en matière de compétence administrative générale, d'ordonnancement secondaire et de pouvoir adjudicateur ;

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter déposée par le GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu), demeurant 136 Route de la Montgolfière -Ferrieu- 12450 FLAVIN, auprès de la direction départementale des territoires de l'Aveyron, enregistrée le 30 janvier 2025 sous le numéro 1225322, relative à un bien foncier agricole d'une superficie de 3,53 hectares sis sur la commune de FLAVIN et propriétés de Madame CARREL Annie;

Service régional de l'agriculture et de l'agroalimentaire  
Nouvelle Cité Administrative de Toulouse - Bâtiment D  
1 place Emile Blouin - CS 70005  
31952 TOULOUSE Cedex  
Tél. 04 67 10 18 80 – Fax. 04 67 10 01 02  
Courriel : [structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr](mailto:structures.draaf-occitanie@agriculture.gouv.fr)  
site internet : <http://draaf.occitanie.agriculture.gouv.fr/>

**Vu** la décision du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Occitanie en date du 21 mai 2025 de prolongation du délai d'instruction de la demande d'autorisation d'exploiter déposée par GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu);

**Vu** la demande d'autorisation d'exploiter concurrente partielle pour exploiter 1,14 hectare déposée par L'EARL PRION (Madame, Monsieur PRION Madeleine et Vincent) demeurant 55 Impasse de la Prade - Vayssac - 12450 FLAVIN auprès de la direction départementale des territoires de l'Aveyron, enregistrée le 17 avril 2025, sous le n° D1225548 relative à un bien foncier agricole constitué des parcelles cadastrales numéros : AE39- AE41- AE43, d'une superficie de 1,14 hectare sise sur la commune de FLAVIN et propriétés de Madame CARREL Annie;

**Vu** le seuil de soumission au contrôle des structures fixé à 73 hectares sur la commune de FLAVIN par le Schéma Directeur Régional des Exploitations Agricoles (SDREA) Occitanie

**Vu** le seuil d'agrandissement excessif fixé à 146 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur la commune de FLAVIN ;

**Vu** le seuil de viabilité économique fixé à 51 hectares par le SDREA Occitanie, par associé exploitant sur la commune de FLAVIN ;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter 3,53 hectares, déposée par le GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu), porte la surface agricole utile pondérée (SAUP) de l'exploitation de 79,37 hectares à 82, 90 hectares après opération, soit 27,63 hectares par associé exploitant soit au-dessous du seuil de viabilité ;

**Considérant**, de ce fait, que l'opération envisagée par le GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu) correspond à la **priorité n° 3** du SDREA Occitanie: « Agrandissement pour consolidation d'exploitation n'atteignant pas le seuil de viabilité»;

**Considérant** que la demande d'autorisation d'exploiter 1,14 hectares, déposée par L'EARL PRION (Madame, Monsieur PRION Madeleine et Vincent) , porte la surface agricole utile pondérée (SAUP) de l'exploitation de 54,42 hectares à 55,56 hectares après opération, soit 27,78 hectares par associé exploitant ;

**Considérant** la situation de Monsieur PRION Vincent, né le 18 mai 1988 associé de L'EARL PRION qui est en phase d'installation avec la Dotation Jeune Agriculteur et dispose d'un Plan de Professionnalisation Personnalisé validé en date du 27 septembre 2024 ;

**Considérant** de ce fait que l'opération envisagée par L'EARL PRION (Madame, Monsieur PRION Madeleine et Vincent), correspond à la **priorité n°2** du SDREA Occitanie: « Installation individuelle ou en société d'agriculteurs dans des conditions de viabilité économique et répondant aux critères d'obtention de la DJA, dans la limite des surfaces prévues au Plan d'Entreprise » ;

**Considérant** que l'opération envisagée par L'EARL PRION (Madame, Monsieur PRION Madeleine et Vincent) n'est pas soumise au contrôle des structures ;

#### **Arrête :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu), dont le siège d'exploitation est situé 136 Route de la Montgolfiere -Ferrieu- 12450 FLAVIN **est autorisé** à exploiter 2,39 hectares sis sur la commune de FLAVIN, parcelles cadastrales numéros : AB127- AB166 - AE30- AE215 et propriétés de Madame CARREL Annie ;

-Le GAEC DES ROUGETS (Madame, Messieurs VEYRAC Francine, Jean-Paul & Mathieu) dont le siège d'exploitation est situé 136 Route de la Montgolfiere -Ferrieu- 12450 FLAVIN **n'est pas autorisé** à exploiter le bien agricole d'une superficie de 1,14 hectares, parcelles cadastrales numéros : AE39- AE41- AE43 et propriétés de Madame CARREL Annie;

**Art. 2.** – S'il est constaté que le bien foncier agricole objet de la demande est exploité malgré le présent refus d'exploiter, le contrevenant s'expose à des sanctions pécuniaires après la mise en demeure par le préfet de région de régulariser sa situation. Le montant des dites sanctions pécuniaires est compris entre 304,90 € et 914,70 € par hectare (article L.331-7 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 3.** – La présente autorisation partielle sera périmée si les parcelles sur lesquelles porte l'autorisation n'ont pas été mises en culture avant l'expiration de l'année culturale qui suit la date de sa notification ou, dans le cas prévu à l'article L. 330-4 du code rural et de la pêche maritime, avant l'expiration de l'année culturale qui suit celle de la fin du versement des aides. Si les parcelles sont louées, l'année culturale à prendre en considération est celle qui suit le départ effectif du preneur en place, sauf si la situation personnelle du demandeur change au regard du contrôle des structures (article L. 331-4 du code rural et de la pêche maritime).

**Art. 4.** – La présente autorisation partielle n'est valable qu'au titre du contrôle des structures des exploitations agricoles (livre III, titre III du code rural et de la pêche maritime). Elle ne préjuge en rien des suites données aux autres demandes effectuées par le bénéficiaire de la présente autorisation dans le cadre d'autres réglementations. Elle ne dispense en aucun cas ledit bénéficiaire d'entreprendre les démarches au titre d'autres réglementations.

**Art. 5.** – Le secrétaire général aux affaires régionales, le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et le directeur départemental des territoires de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et au propriétaire, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et affiché en mairie de la commune intéressée.

**Recours** : Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision pour déposer :

- soit un recours gracieux devant le préfet ou un recours hiérarchique devant le ministre en charge de l'agriculture ;
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Toulouse.

*Dans le cas d'un recours gracieux ou hiérarchique, en cas de nouveau refus exprès ou tacite (par absence de réponse dans les deux mois du recours), vous disposez d'un nouveau délai de deux mois pour déposer un recours contentieux devant le tribunal administratif de Toulouse.*

Fait à Toulouse, le 8 juillet 2025

Pour le Préfet de la Région Occitanie et par subdélégation  
La cheffe de l'Unité Agriculture et Territoires



Claire GSEGNER

## ANNEXE 1

Tableau de répartition des parcelles demandées entre les différents concurrents

Commune	Section	Contenance En ha	Propriétaire	Surfaces demandées	
				GAEC DES ROUGETS	EARL PRION
FLAVIN	AB127	0,8035	CARREL Annie	0,8035	
	AB166	0,2255		0,2255	
	AE30	1,1505		1,1505	
	AE215	0,2075		0,2075	
	AE39	0,2531		0,2531	0,2531
	AE41	0,4960		0,4960	0,4960
	AE43	0,3945		0,3945	0,3945
TOTAL		3,5306		3,5306	1,1436

DREAL Occitanie

R76-2025-07-15-00002

DREAL OCCITANIE -arrêté NBI signé



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale de l'environnement,  
de l'aménagement et du logement**

Le préfet de la région Occitanie,  
préfet de la Haute-Garonne,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Commandeur de l'Ordre national du Mérite,

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 91-1067 du 14 octobre 1991 modifié portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels du ministère de l'équipement, du logement, des transports et de l'espace;

Vu le décret n°93-522 du 26 mars 1993 relatif aux conditions de mise en oeuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique de l'Etat et la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, et notamment son article 27

Vu le décret n° 2001-1161 du 7 décembre 2001 modifié portant déconcentration de décisions relatives à l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère de l'équipement, des transports et du logement ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2001 modifié fixant les conditions d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels du ministère de l'équipement, des transports et du logement ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2001 modifié portant délégation de pouvoir en matière d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère de l'équipement, des transports et du logement ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;

Vu l'arrêté du 14 avril 2025 portant répartition de l'enveloppe de nouvelle bonification indiciaire dans certains services déconcentrés, dans certains services techniques et dans certains services à compétence nationale des ministères de l'aménagement du territoire et de la transition écologique au titre des 6e et 7e tranches de la mise en oeuvre du protocole Durafour ;

Vu l'arrêté préfectoral portant délégation de signature au directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Occitanie ;

Vu l'avis du comité social d'administration du 3 juin 2025 ;

Arrête :

Article 1<sup>er</sup> – La liste des postes éligibles au titre des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> tranches de l'enveloppe Durafour est modifiée et remplacée, au titre de l'année 2025 par la liste figurant en annexe au présent arrêté.

Article 2 – L'arrêté préfectoral n° R76-2024-07-19-00007 publié le 29 juillet 2024 fixant la liste des postes éligibles par la DREAL Occitanie dans le cadre des accords Durafour est abrogé.

Article 3 – Le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Haute-Garonne.

Fait à Toulouse, le

15 JUL. 2025

P/Le préfet, et par délégation,  
Le directeur régional de l'environnement,  
de l'aménagement et du logement d'Occitanie,

Patrick BERG

**AM 01/02/2024 – Catégories A et A+ / 31 postes éligibles / 776 points  
FOURCHETTE entre 20 et 50 points par poste**

DEP	Nombre d'emplois	Niveau de l'emploi	Nombre de points NBI attribués	Direction	SERVICE	Désignation de l'emploi	Date d'effet
<b>POSTES A CONSERVER</b>							
31	1	A+	33	DT	DT/DTR	Responsable du département transports routiers	04/04/16
31	1	A+	33	DT	DT/DTR/DTRO	Chef.fe de la division transports routiers Toulouse	04/04/16
34	1	A+	33	DT	DT/DTR/DTRE	Chef.e de la division Est transports routier	01/01/19
31	1	A+	33	DIR	DIR/CAB/COM	Chargé.e de communication	01/01/22
34	1	A+	33	DAR	DAR/SSR	Conseiller.ère technique de service social	01/01/23
34	1	A	33	SG	SG/DGRH	Chef.fe adjoint.e du département des ressources humaines	01/09/20
31	1	A+	25	DT	DT/DTR	Chargé.e de mission doctrine et appui au contrôle du DTR	01/01/20
34	1	A	25	DA	DA/DHC/DAH	Chargé.e de mission programmation Anah à la division Habitat	01/01/23
31	1	A	25	DAR	DAR/SSR	Conseiller.ère technique de service social	04/04/16
31	1	A	25	DEC	DEC	Chef.e l'unité de gestion administrative et financière	01/01/23
31	1	A+	25	DEC	DEC/DEDD/DDDP	Chargé.e de mission projets territoriaux de développement durable	01/01/19
31	1	A	25	DT	DT/DMORN/DMORNO/PF	Chef.fe du pôle du foncier et environnement	02/05/16
31	1	A	25	DT	DT/DMORN/DMORNO	Responsable d'opérations routières	02/05/16
31	1	A+	25	SG	SG/UJM	Chargé.e d'affaires juridiques Responsable d'affaires juridiques	04/04/16
34	1	A	25	DA	DA/DSP/DTE	Inspecteur.trice des sites Hérault sud, chargé de mission paysage	01/01/22
34	1	A	23	DA	DA/DHL	Chef.fe du Département Habitat-Logement	01/01/25
31	1	A+	25	DT	DT	Chargé.e de mission appui au pilotage stratégique de projets signalés	01/01/22
31	1	A+	25	DEC	DEC/DAE/DAEO	Chargé.e de mission AE expert plans et programmes	01/01/22
31	1	A+	25	DEC	DEC/DAE/DAEO	Chargé.e de mission AE expert projets	01/01/22
31	1	A	25	SG	SG/DGRH/UO	Chef.fe de l'unité Ouest du département gestion des ressources humaines	01/09/22
81	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
31	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/03/23
31	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
65	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
09	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
34	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
11	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/09/23
34	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
12	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/02/19
30	1	A	23	DAR	DAR/SSR	Assistant.e de service social	01/09/23

**AM du 01/02/2024 – Catégories B et B+ / 14 postes éligibles / 216 points  
FOURCHETTE entre 10 et 30 points par poste**

DEP	Nombre d'emplois	Cat.	Nombre de points NBI attribués	Direction	Service	Désignation de l'emploi	Date d'effet
<b>POSTES A CONSERVER</b>							
9	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe du pôle de contrôle sud Ariège -Haute-Garonne	02/05/16
31	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe du pôle de contrôle de la Haute-Garonne Nord	02/05/16
11	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe de Pôle contrôle des transports terrestres de l'Aude	02/05/16
31	1	B+	15	SG	SG/UGF	Aide au pilotage-chargée de gestion financière	01/05/24
30	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe du pôle de contrôle du Gard - Lozère	01/05/20
34	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe de Pôle contrôle des transports terrestres de l'Hérault	01/09/23
66	1	B+	15	DT	DT/DTR/DTRE/Pôle contrôle 66	Chef.fe du pôle contrôle des Pyrénées-Orientales	01/03/23
82	1	B+	15	DT	DT/DTR/DTRE/Pôle contrôle 46-82	Chef.fe du pôle contrôle Lot-Tarn-et-Garonne	01/01/23
31	1	B	15	SG	SG/DGRH/UO	Chargé.e de mission postes et effectifs	01/01/22
34	1	B	15	DAR	DAR/MILIP	Responsable adjoint de la MILIP	01/05/24
31	1	B	15	DAR	DAR/DAPE	Chargée de mission du suivi et contrôle des effectifs	01/03/25
				Autre Service Toulouse	Autre Service Toulouse CGF	Adjoint.e équipe généraliste	01/05/2024 Au 28/02/2025
31	1	B+	15	DT	DT/DTR/DTRO/PRO	Chef.fe du pôle registre de la division Ouest	01/01/22
34	1	B+	15	DT	DT/DTR/DTRE/PRE	Chef.fe du pôle registre	01/01/2022 Au 29/02/2025
						Chef.fe du registre des professions du transport	01/03/25
12	1	B+	15	DT	DT/DTR	Chef.fe du pôle contrôle Aveyron-Tarn	01/01/22

**AM du 11/10/2022 – Catégorie C / 5 postes éligibles / 50 points  
FOURCHETTE entre 10 et 20 points par poste**

<b>POSTES A CONSERVER</b>							
31	1	C	10	DIRECTION	DIRECTION	Assistant .e de direction	01/01/21
34	1	C	10	DIRECTION	DIRECTION	Assistant .e de direction	01/09/17
34	1	C	10	SG	SG/DILA	Agent.e accueil	02/05/16
31	1	C	10	DIRECTION	DIRECTION	Assistant .e de direction	01/10/20
31	1	C	10	DIRECTION	DIRECTION	Assistant.e de direction	01/02/22