



**OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°R76-2022-143

PUBLIÉ LE 27 SEPTEMBRE 2022

# Sommaire

## **ARS OCCITANIE /**

- R76-2022-09-15-00009 - Arrêté portant autorisation de transfert d'une officine de pharmacie à Saint -Antonin-Noble-Val (82) (3 pages) Page 4
- R76-2022-08-25-00002 - Arrêté portant modification autorisation EAM de Guilhot à benagues par extension non importante de capacité.pdf (4 pages) Page 8
- R76-2022-07-20-00042 - Arrêté portant modification autorisation SAMSAH AGERIS 82 à Castelsarrasin par extension non importante de capacité (3 pages) Page 13

## **ARS OCCITANIE / DIRECTION**

- R76-2022-09-22-00003 - Arrêté n° 2022-4452 relatif au projet expérimental art.51 HOME Habitat cOMmunautaire soutEnu, le Directeur Général de l' Agence Régionale de Santé Occitanie (73 pages) Page 17

## **DDT81 / Economie agricole**

- R76-2022-05-25-00008 - ARDC - Autorisation préalable d exploiter tacite à l attention de l'EARL ICHARD LES MARRATIERES, sous le n° 81222126 (1 page) Page 91
- R76-2022-05-25-00009 - ARDC - Autorisation préalable d exploiter tacite à l attention de madame Valérie VALETTE, sous le n° 81222127 (1 page) Page 93
- R76-2022-05-25-00007 - ARDC - Autorisation préalable d exploiter tacite à l attention de monsieur Jean-Christophe PEPIN, sous le n° 81222120 (1 page) Page 95

## **DRAAF / SERFOB**

- R76-2022-09-22-00004 - Arrêté préfectoral portant approbation du document d'Aménagement de la forêt communale de Bousсенac pour la période 2022-2041 (2 pages) Page 97

## **DREETS OCCITANIE / pôle cohésion sociale**

- R76-2022-08-19-00002 - Arrêté fixant pour l année 2022 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par AJH 82 (5 pages) Page 100
- R76-2022-09-08-00022 - Arrêté fixant pour l année 2022 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par AT 65 (5 pages) Page 106
- R76-2022-09-08-00023 - Arrêté fixant pour l année 2022 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par UDAF 65 (5 pages) Page 112
- R76-2022-08-19-00003 - Arrêté fixant pour l année 2022 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par UDAF 82 (5 pages) Page 118

R76-2022-09-21-00015 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Gîte de l'Ecluse" géré par l'association ESPOIR du département de la Haute-Garonne (4 pages) Page 124

R76-2022-09-21-00016 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Maison d'à Côté" géré par l'association Olympe de Gouges du département de la Haute-Garonne (3 pages) Page 129

**RECTORAT / Division de l'expertise et du conseil juridiques et financiers**

R76-2022-09-23-00003 - Arrêté portant subdélégation de signature rectrice de région académique à DASEN actualisée (4 pages) Page 133

**SGAMI SUD / Cabinet**

R76-2022-09-20-00005 - Arrêté portant délégation ordonnateur secondaire SGAMI (10 pages) Page 138

R76-2022-09-23-00002 - Arrêté portant désignation membres jury CP 13 14 (2 pages) Page 149

ARS OCCITANIE

R76-2022-09-15-00009

Arrêté portant autorisation de transfert d'une  
officine de pharmacie à Saint  
-Antonin-Noble-Val (82)



ARSOC-n°2022-4453

**ARRETE**

portant autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

**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. 5125-1 à L. 5125-32 et R. 5125-1 à R. 5125-11 ;
- Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Vu l'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie ;
- Vu le décret n° 2018-671 du 30 juillet 2018 pris en application de l'article L. 5125-3, 1° du code de la santé publique définissant les conditions de transport pour l'accès à une officine en vue de caractériser un approvisionnement en médicament compromis pour la population ;
- Vu le décret n° 2018-672 du 30 juillet 2018 relatif aux demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement aux conditions minimales d'installation des officines de pharmacie ;
- Vu le décret n° 2021-1946 du 31 décembre 2021 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- 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 la décision ARS Occitanie n° 2022-1843 en date du 20 avril 2022 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;
- Vu la demande déclarée complète le 31 mai 2022, présentée par Madame Nathalie GRARE et Monsieur Bastien ANDRIEU, gérants de la SELARL PHARMACIE DES THERMES, en vue d'obtenir l'autorisation de transférer l'officine de pharmacie sise :

16 boulevard des Thermes  
82140 SAINT-ANTONIN-NOBLE-VAL

vers

21 place des Tilleuls  
82140 SAINT-ANTONIN-NOBLE-VAL

- Vu l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens en date du 7 juillet 2022 ;
- Vu l'avis du représentant régional de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France en date du 8 juillet 2022 ;
- Vu l'avis du représentant régional de l'Union Syndicale des Pharmaciens d'Officines en en date du 25 août 2022 ;
- Considérant que la population municipale légale 2019 de la commune de SAINT-ANTONIN-NOBLE-VAL est de 1 851 habitants et que la commune compte une seule officine, qui est celle des demandeurs ;
- Considérant d'une part que le lieu où les demandeurs souhaitent s'implanter, se situe à 500 m environ par voie piétonne (source Google MAPS) de leur emplacement actuel, que d'autre part le transfert projeté se situe au sein de la même commune, que l'officine est la seule présente au sein de cette commune, et qu'ainsi, en application de l'article L.5125-3-3 du code de la santé publique, le caractère optimal est apprécié au regard des seules conditions prévues au 1° et 2° de l'article L. 5125-3-2 ;
- Considérant que les 1° et 2° de l'article L. 5125-3-2 susvisé, du code de la santé publique, disposent « 1° *L'accès à la nouvelle officine est aisé ou facilité par sa visibilité, par des aménagements piétonniers, des stationnements et, le cas échéant, des dessertes par les transports en commun ;* 2° *Les locaux de la nouvelle officine remplissent les conditions d'accessibilités mentionnées aux articles L. 164-1 à L. 164-3 du code de la construction et de l'habitation, ainsi que les conditions minimales d'installation prévues par décret. Ils permettent la réalisation des missions prévues à l'article L. 5125-1-1 A du présent code et ils garantissent un accès permanent du public en vue d'assurer un service de garde et d'urgence* » ;
- Considérant qu'il ressort du dossier des demandeurs que le local actuel est situé en zone inondable, qu'il ne dispose pas d'accès pour les personnes handicapées et que les locaux ne sont pas adaptés aux nouvelles missions des pharmaciens ;
- Considérant que le futur emplacement situé place des tilleuls, au centre du village, offrira une parfaite visibilité et un accès aisé, qu'il disposera de places de stationnement à proximité immédiate, permettant de répondre aux besoins d'accessibilité de la population, notamment pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite ;
- Considérant que le futur local sera situé à proximité des cabinets médicaux et infirmiers et qu'ainsi il contribuera à l'offre de soins globale ;
- Considérant que le nouveau local, disposera d'un espace de vente de plain-pied et sera plus spacieux, qu'il permettra le respect des bonnes pratiques pharmaceutiques et une réponse aux besoins d'accessibilité de la population notamment pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite ;
- Considérant que le nouveau local remplit les conditions d'accessibilité mentionnées aux articles L. 164-1 à L. 164-3 du code de la construction et de l'habitat, qu'il permettra la réalisation des nouvelles missions prévues par l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et qu'il garantira un accès permanent du public en vue d'assurer un service de garde et d'urgence ;
- Considérant que l'article R. 5125-10 du code susvisé dispose que : « *Les autorisations de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie sont **subordonnées** au respect des conditions prévues aux articles R. 5125-8 et R. 5125-9 et au 2° de l'article L. 5125-3-2* », et que le local proposé est conforme aux conditions d'installation ;
- Considérant que de tout ce qui précède, le projet de transfert de cette officine répond aux dispositions du code de la santé publique ;

## ARRETE

**Article 1er** – La demande présentée par Madame Nathalie GRARE et Monsieur Bastien ANDRIEU, gérants de la SELARL PHARMACIE DES THERMES, en vue d'être autorisés à transférer l'officine de pharmacie dont ils sont titulaires à l'adresse suivante :

16 boulevard des Thermes  
82140 SAINT-ANTONIN-NOBLE-VAL

vers le nouveau local situé

21 place des Tilleuls  
82140 SAINT-ANTONIN-NOBLE-VAL

**est acceptée.**

**Article 2** – La licence octroyée est enregistrée sous le n°82#000192

**Article 3** – La présente autorisation ne prendra effet qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de sa notification.

**Article 4** – A l'issue de ce délai de trois mois et dans les 21 mois qui suivent, l'officine doit être effectivement ouverte au public à compter de la notification du présent arrêté, sauf cas de force majeure constatée.

**Article 5** – 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 6** – Le Directeur du Premier Recours est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 15 septembre 2022

P/Le Directeur Général de l'Agence Régionale de  
Santé Occitanie et par délégation,  
Le Directeur Adjoint du Premier Recours,

Pour le Directeur Général de  
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation  
le Directeur Adjoint du Premier Recours

**Benoît RICAUT-LAROSE**

**Benoît RICAUT-LAROSE**

ARS OCCITANIE

R76-2022-08-25-00002

Arrêté portant modification autorisation EAM de  
Guilhot à benagues par extension non  
importante de capacité.pdf



**ARRÊTÉ PORTANT MODIFICATION DE L'AUTORISATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (EAM) DE GUILHOT SITUÉ À BENAGUES (09) ET GÉRÉ PAR  
L'ADAPEI 09, PAR EXTENSION NON IMPORTANTE DE CAPACITÉ**

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie  
La Présidente du Conseil Départemental de l'Ariège**

**VU** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**VU** le Code de la Sécurité Sociale ;

**VU** le Code Général des Collectivités Territoriales ;

**VU** la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

**VU** la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

**VU** le Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

**VU** le Décret n°2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**VU** le Décret n°2018-552 du 29 juin 2018 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au président du conseil départemental et au directeur général de l'agence régionale de santé ;

**VU** le Décret du 20 avril 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie - M. JAFFRE (Didier) ;

**VU** le Procès-Verbal en date du 1<sup>er</sup> Juillet 2021 constatant l'élection de Madame Christine TEQUI en qualité de Présidente du Conseil Départemental ;

**VU** le dernier Arrêté conjoint du 15 novembre 2016 relatif à l'établissement FAM de GUILHOT, portant renouvellement de l'autorisation du 4 janvier 2017 et pour une durée de 15 ans soit jusqu'au 4 janvier 2032 pour une capacité de 47 places ;

**VU** l'Arrêté n°2018-2789 du 3 août 2018 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie portant adoption du Projet Régional de Santé de l'Occitanie ;

**VU** la Décision ARS OCCITANIE n°2022-1843 en date du 20 avril 2022 portant délégation de signature du directeur général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

**VU** l'Instruction n° DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 relative à l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

**VU** l'Instruction n° DREES/DMSI/DGCS/2018/155 du 27 juin 2018 relative à la mise en œuvre dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

**VU** la Délibération du Conseil départemental de l'Ariège en date du 07/06/2022 portant sur la signature d'un CPOM accueil médicalisé avec l'ADAPEI 09 ;

**VU** la demande en date 29 juin 2022 du Directeur de l'EAM GUILHOT en vue d'une modification d'autorisation par extension non importante d'une place d'accueil temporaire pour les adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA) ;

**VU** le CPOM 2022-2027 signé le 30 juin 2022 entre l'ADAPEI 09, l'ARS et le CD09 prévoyant la création d'une place d'internat supplémentaire au sein du FAM de GUILHOT ;

**VU** l'accord de l'organisme gestionnaire en date du 22/07/2022 acceptant d'appliquer la nomenclature issue du décret du 9 mai 2017 à l'ensemble de l'autorisation ;

**CONSIDERANT** les besoins urgents identifiés dans le département de l'Ariège en matière de places d'hébergement temporaire pour les adultes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)

**CONSIDERANT** que ce projet d'extension non importante de capacité ne relève pas de la procédure d'appel à projet mentionnée à l'article L313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**CONSIDERANT** que l'instruction de la demande permet d'établir que celle-ci constitue un projet complet et adéquat au regard notamment des besoins et qu'elle satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**CONSIDERANT** que le projet d'extension d'une place est compatible avec le montant des dotations mentionnées aux articles L314-3 et L314-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**SUR PROPOSITION** de la Directrice Départementale de l'Ariège pour l'Agence Régionale de Santé Occitanie et du Directeur Général des Services du Département de l'Ariège.

---

## ARRÊTENT

---

### **Article 1 :**

La demande du Directeur de l'EAM de GUILHOT portant modification de l'autorisation par extension non importante d'une place est acceptée.



**Article 2 :**

La capacité totale de l'établissement est portée de 47 à 48 places pour les adultes présentant tous types de déficience (**47 places**) ou des Troubles du Spectre de l'Autisme (**1 place**).

**Article 3 :**

Les caractéristiques de l'établissement seront répertoriées au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme suit :

Identification du gestionnaire :

ADAPEI DE L'ARIEGE  
5 route de Guilhot  
09100 BENAGUES

N° FINESS EJ : 09 078 216 0

Identification de l'établissement principal :

EAM de GUILHOT  
5 route de Guilhot  
09100 BENAGUES

N° FINESS ET : 09 078 409 1

Code catégorie de l'établissement : 448

Discipline		Public accueilli ou accompagné		Mode d'accueil et d'accompagnement		Capacité totale
code	libellé	code	libellé	code	libellé	
966	Accueil et accompagnement médicalisé personnes handicapées	010	Tous Types de Déficiences	11	Hébergement complet internat	32
			Personnes Handicapées (SAI)	21	Accueil de jour	15
		437	Troubles du spectre de l'autisme	40	Accueil temporaire avec hébergement	1

**Article 4 :**

L'autorisation d'extension est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de quatre ans suivant la notification de la décision d'autorisation, conformément aux dispositions de l'article D313-7-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

**Article 5 :**

La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission par le titulaire de l'autorisation avant la date d'entrée en service de la nouvelle capacité autorisée à l'autorité compétente, d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement ou du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement fixées par décret.

**Article 6 :**

Conformément à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée.

**Article 7 :**

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « télérécurse citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Article 8 :**

La Directrice Départementale de l'Ariège pour l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur général des services du département de l'Ariège et le gestionnaire de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au gestionnaire et publié au recueil des actes administratifs de l'État et du Département de l'Ariège.

Le 25 août 2022

Le Directeur Général



Didier JAFFRE

La Présidente



Christine TEQUI



ARS OCCITANIE

R76-2022-07-20-00042

Arrêté portant modification autorisation  
SAMSAH AGERIS 82 à Castelsarrasin par  
extension non importante de capacité

**ARRÊTÉ PORTANT MODIFICATION DE L'AUTORISATION DU SERVICE  
D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP (SAMSAH)  
"AGERIS 82 " SITUE A CASTELSARRASIN (82) ET GERE PAR L'ASSOCIATION DE GESTION D'ESPACES DE  
REHABILITATION ET D'INSERTION SOCIALE 82 (AGERIS 82), PAR EXTENSION NON IMPORTANTE DE  
CAPACITE**

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie  
Le Président du Conseil Départemental de Tarn-et-Garonne**

**VU** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**VU** le Code de la Sécurité Sociale ;

**VU** le Code Général des Collectivités Territoriales ;

**VU** la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

**VU** la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

**VU** le Décret n°2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**VU** le Décret n°2018-552 du 29 juin 2018 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au Président du Conseil Départemental et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;

**VU** le Décret du 20 avril 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie - M. JAFFRE (Didier) ;

**VU** l'Arrête conjoint du 13 décembre 2013 portant création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de 5 places sur le bassin de santé de Moissac, géré par l'association AGERIS ;

**VU** la Décision conjointe du 9 décembre 2016 portant extension de la capacité du SAMSAH AGERIS ;

**VU** l'Arrêté n°2018-2789 du 3 août 2018 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie portant adoption du Projet Régional de Santé de l'Occitanie ;

**VU** le dernier Arrêté conjoint du 9 mars 2021 portant modification de l'autorisation du service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap (SAMSAH) « AGERIS 82 » situé à Castelsarrasin (82) et géré par l'AGERIS 82, par extension non importante de capacité ;

**VU** la Décision ARS OCCITANIE n°2022-1843 en date du 20 avril 2022 portant délégation de signature du directeur général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

**VU** la demande en date du 13 mai 2022 de la directrice de l'association AGERIS 82 en vue d'une modification d'autorisation par extension non importante de deux places ;

**CONSIDERANT** les besoins identifiés dans le département de Tarn-et-Garonne en matière de places de SAMSAH pour les adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme ;

**CONSIDERANT** que ce projet d'extension non importante de capacité ne relève pas de la procédure d'appel à projet mentionnée à l'article L313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**CONSIDERANT** que l'instruction de la demande permet d'établir que celle-ci constitue un projet complet et adéquat au regard notamment des besoins et qu'elle satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**CONSIDERANT** que le projet d'extension de deux places est compatible avec le montant des dotations mentionnées à l'article L314-3 et L314-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

**SUR PROPOSITION** du Directeur Départemental de Tarn-et-Garonne pour l'Agence Régionale de Santé Occitanie et du Directeur Général des services du Conseil Départemental de Tarn-Garonne ;

---

## ARRÊTENT

---

### **Article 1 :**

La demande de la Directrice de l'Association AGERIS 82 en vue d'une modification de l'autorisation du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap (SAMSAH) " AGERIS 82 " par extension non importante de deux places est acceptée.

### **Article 2 :**

La capacité totale du service est portée de 12 à 14 places pour les adultes présentant un handicap psychique (**7 places**) ou des troubles du spectre de l'autisme (**7 places**).

### **Article 3 :**

Les caractéristiques du service seront répertoriées au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme suit :

#### Identification du gestionnaire :

AGERIS 82  
10, Rue de la Révolution - 82100 CASTELSARRASIN

N° FINESS EJ : 820007763

#### Identification de l'établissement principal :

SAMSAH AGERIS 82  
10, rue de la Révolution - 82100 CASTELSARRASIN

N° FINESS ET : 820009256

Code catégorie de l'établissement : 445 (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

Discipline		Public accueilli ou accompagné		Mode d'accueil et d'accompagnement		Capacité totale
Code	Libellé	code	libellé	code	libellé	
966	Accueil et accompagnement médicalisé personnes handicapées	206	Handicap psychique	16	Prestation en milieu ordinaire	7
		437	Troubles du spectre de l'autisme			7

**Article 4 :**

L'autorisation d'extension est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de quatre ans suivant la notification de la décision d'autorisation, conformément aux dispositions de l'article D313-7-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

**Article 5 :**

La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission par le titulaire de l'autorisation avant la date d'entrée en service de la nouvelle capacité autorisée à l'autorité compétente, d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement ou du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement fixées par décret.

**Article 6 :**

Conformément à l'article L313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée.

**Article 7 :**

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « télérécourts citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Article 8 :**

Le Directeur Départemental de Tarn-et-Garonne pour l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur Général des services du Conseil Départemental de Tarn-Garonne et l'organisme gestionnaire du service sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au gestionnaire et publié au recueil des actes administratifs de l'Etat et du Conseil départemental de Tarn-et-Garonne.

Le 20 juillet 2022

Le Directeur Général



Didier JAFFRE

Le Président



Michel WEIL

ARS OCCITANIE

R76-2022-09-22-00003

Arrêté n° 2022-4452 relatif au projet  
expérimental art.51 HOME Habitat  
cOMmunautaire soutÉnu, le Directeur Général  
de l' Agence Régionale de Santé Occitanie



**Arrêté n° 2022-4452**  
**Relatif au projet expérimental art.51**  
**HOME**

**Habitat cOMmunautaire soutÉnu**  
**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé 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** l'arrêté du 7 février 2022 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2022 ;

**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 d'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** 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** les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 8 décembre 2021 portant fixation du budget initial de l'ARS et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2022 et du 9 mars 2022 arrêtant le budget rectificatif N°1 ;

**Vu** l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 13 septembre 2022 ;

**Vu** le cahier des charges annexé ;

**Considérant** que l'objectif de l'expérimentation est de 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 est conforme aux dispositions susvisées, qu'il répond à une véritable problématique de santé publique en matière de santé mentale.

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'expérimentation « **HOME** Habitat **cOM**munitaire sout**Énu** » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I et sous réserve de la conclusion des conventions prévues à l'article 4 du présent arrêté.

**Article 2** : Le projet comprend deux phases. Cet arrêté autorise la phase 1 d'une durée de 3 ans et 4 mois. A compter de la parution de l'arrêté court une période d'amorçage de 4 mois à l'issue de laquelle débutera le délai d'expérimentation de 3 ans.

La phase 2 aura une durée de deux ans supplémentaires. Elle est optionnelle et conditionnée aux résultats de l'évaluation de la phase 1. Elle nécessitera une modification du cahier des charges et une nouvelle autorisation.

**Article 3** : Le projet expérimental est mis en œuvre dans l'agglomération Toulousaine.

**Article 4** : La répartition des financements du projet expérimental « **HOME** Habitat **cOM**munitaire sout**Énu** » fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM),

**Article 5** : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie,

**Article 6** : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, ceci dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

Le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet [www.télérecours.fr](http://www.télérecours.fr).

Montpellier, le 22 septembre 2022

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

**Didier Jaffre**

Pour le Directeur Général de  
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation  
le Directeur du Premier Recours

**pascal DURAND**

## 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* : Carles de Bideran : directeur des affaires générales, projets et partenariats [Carles.de-bideran@ch-marchant.fr](mailto:Carles.de-bideran@ch-marchant.fr)

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

#### 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 la communauté ou Assertive Community Traitement (ACT) 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.

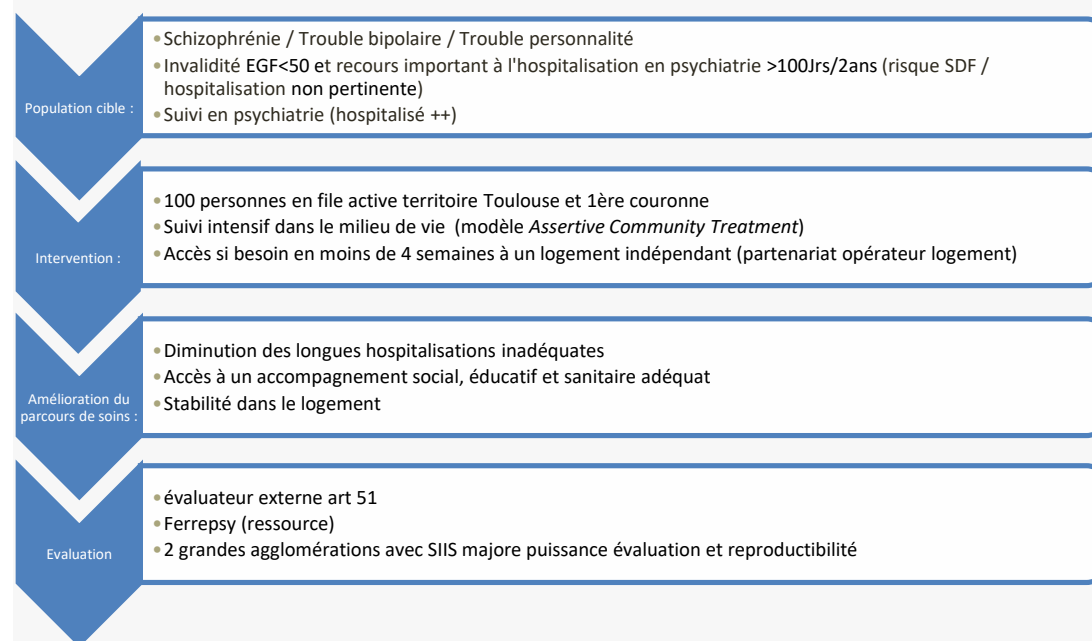
Ce projet s'inscrit dans les directives nationales et régionales (PRS, PTSM, Projet médical de la CPT Haute-Garonne et Tarn Ouest). Il propose une organisation innovante du suivi ambulatoire afin d'améliorer le parcours de soins et de favoriser l'inclusion sociale de cette population spécifique et complexe 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 CH 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
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :

V1 : Avril 2021

V2 : Juillet 2021

V3 : Février 2022

V4 : Mars 2022

V5 : Avril 2022

V6 : Avril 2022

V7 : 11 Avril 2022

V8 : 11 avril 2022

V9 12 avril 2022

V10 : 19 avril 2022

V11 : mai 2022

V12 : 18 mai 2022

V13 : 09 juin 2022

V14 : 05 juillet 2022

V15 : 08 juillet 2022

V16 : 12 juillet 2022

V17 : 19 juillet 2022

V18 : 22 juillet 2022

V19 : 05 septembre 2022

V20 : 12 septembre 2022

## 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  
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  
SMI : Severe Mental Illness  
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 .....	6
II	Présentation des expérimentateurs et des partenaires.....	6
II.1	Expérimentateurs.....	6
II.2	Partenaires .....	7
III	Contexte et Constats .....	7
III.1	Le contexte : .....	7
III.1.a	National : .....	7
i.	La santé mentale en France : .....	7
ii.	Les longues hospitalisations .....	8
iii.	Expérimentation d'un dispositif de Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) à Marseille : 9	
III.1.b	Local : .....	9
i.	La santé mentale en Haute-Garonne : .....	9
ii.	Les longues hospitalisations : .....	10
III.2	Les besoins de la population cible : .....	0
III.2.a	Les limites de la situation actuelle : .....	14
i.	En hospitalisation : .....	14
ii.	Logement Thérapeutique : .....	16
iii.	En logement indépendant : .....	18
III.2.b	Synthèse : .....	19
IV	Objectifs et effets attendus.....	21
IV.1	Objectifs stratégiques : .....	21
IV.2	Objectifs opérationnels.....	22
V	Description du projet .....	24
V.1	Objet de l'expérimentation.....	24
V.2	Population cible et effectifs .....	25
V.2.a	Critères d'inclusion .....	25
V.2.b	Critères d'exclusion .....	26
V.2.c	Effectifs.....	26
i.	Effectifs prévus : .....	26
ii.	Complexité de la population cible : .....	27
V.3	Parcours du patient / usager .....	29
V.3.a	La phase d'inclusion (1 mois).....	30
V.3.b	Le suivi intensif dans le milieu de vie (29 mois) .....	31
V.3.c	La phase de transition vers la sortie (6 mois) : .....	32
V.4	Organisation de la prise en charge / Intervention .....	34
V.4.a	Organisation du suivi : .....	34
i.	Organisation de l'équipe : .....	34

ii.	Composition de l'équipe et montée en charge : .....	35
V.4.b	Les interventions : .....	37
V.4.c	Estimation des besoins de suivi : .....	41
V.5	Formation, communication et information .....	42
V.6	Terrain d'expérimentation .....	42
V.7	Durée de l'expérimentation .....	43
	Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l'expérimentation : .....	44
V.8	PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE .....	44
VI	Les outils nécessaires pour l'expérimentation .....	46
VI.1	Les outils de la prise en charge patient .....	46
VI.1.a	Les outils non numériques .....	46
VI.1.b	Les outils numériques .....	48
VI.2	Le système d'information (SI) général de l'expérimentation .....	48
VI.3	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel .....	49
VII	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation .....	49
VIII	Financement de l'expérimentation .....	49
VIII.1	Modalités de financement de la prise en charge proposée .....	49
VIII.1.a	Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires ....	50
VIII.1.b	Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) .....	51
VIII.1.c	Besoin total de financement (FIR+FISS) de la phase 1 .....	52
VIII.2	Autres sources de financement .....	53
VIII.3	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités .....	53
VIII.4	Construction du modèle au forfait et suivi d'activité .....	54
IX	Evaluation de l'expérimentation .....	55
X	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	59
X.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS) .....	59
X.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP) .....	59
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) .....	59
XI	Liens d'intérêts .....	59
XII	Elements bibliographiques .....	59
XIII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires .....	62
XIV	Annexe 2 – Catégories d'expérimentations .....	64
XV	ANNEXE 4. VIGNETTES CLINIQUES : .....	66

## I DESCRIPTION DU PORTEUR

### Le Centre Hospitalier Gérard Marchant (CH GM) :

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

Le CH GM 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 CH GM en 2019, dont la majorité (88 %) uniquement prise en charge en ambulatoire.

Le CH GM 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 CH GM et du CHU de Toulouse. Cette expérimentation est inscrite dans le projet médical partagé de la Communauté Psychiatrique de Territoire<sup>1</sup> et s'effectuera pour la partie opérationnelle en partenariat avec les services de santé psychiatrique et somatique du CHU. 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 G. 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	
Dont places d'appartement thérapeutique	19	

<sup>1</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 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 se montre le plus efficace (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 ( $\geq 292$  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 CHU Toulouse et le CH Marchant :

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

- Données DIM CH GM et CHU (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 CHU Toulouse et le CH 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 CHU Toulouse et le CH 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 CHU de Toulouse et du CH 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>2</sup> Dont 30 % SDRE

<sup>2</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

	Dont 9 % SDIP
Nombre de patients en soins sans consentement au 31/08/2020	13 soit 27 % <sup>3</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 CHU et du CHGM, 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 ( $\geq 292$ 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 CHU Toulouse et CH Gérard Marchant (hors critères EGF) :**

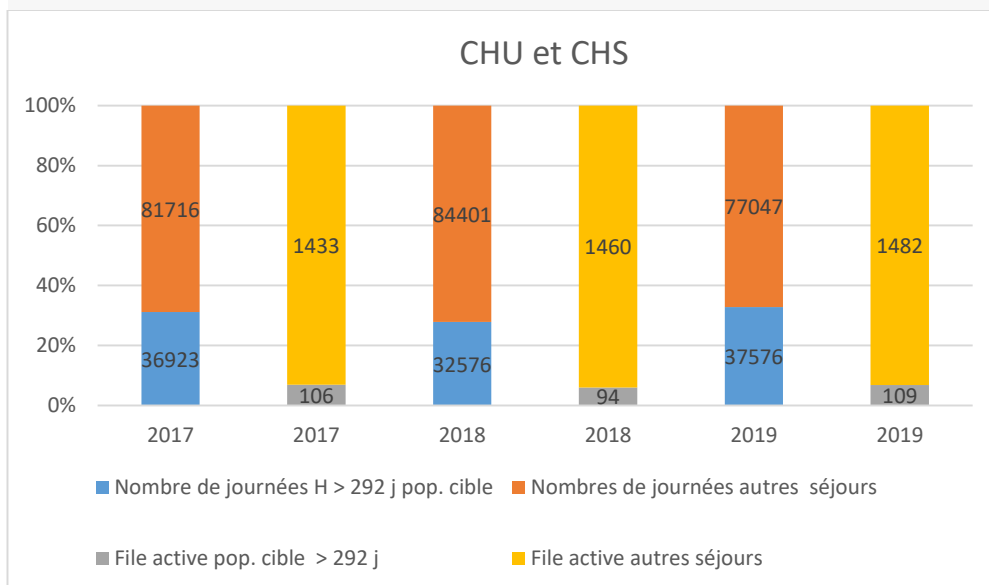
*Tableau III : Patients pris en charge hospitalisés en temps plein au CHGM et au CHU, quel que soit le diagnostic principal*

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

*Tableau V : Patients hospitalisés à temps plein au CHGM ou au CHU avec un séjour  $\geq 292$  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 $\geq 292$ j/an	106	94	109
Nb de journées d'hospitalisation dans l'année	36923	32576	37576
Nb de nouveaux patients avec séjour $\geq 292$ j/an (non hospitalisés l'année précédente)		8	13

<sup>3</sup> Ces patients seront potentiellement adressés en programme de soins sans consentement ambulatoire sur le dispositif Home

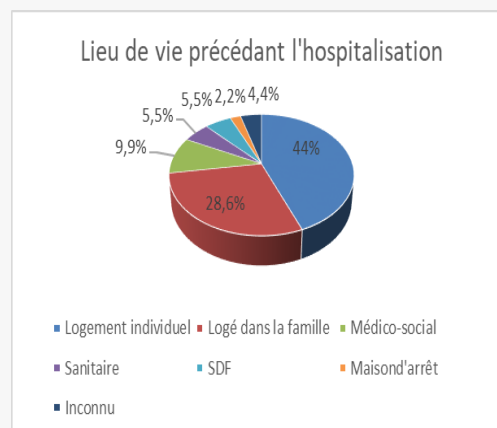
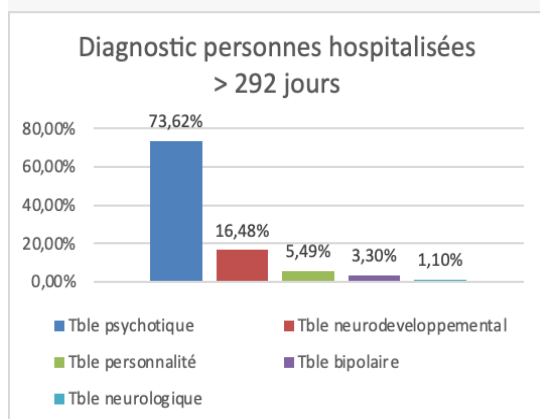


Les personnes atteintes de pathologie psychiatrique sévère hospitalisées au long cours représentent une faible part de la file active des hospitalisations (**7 % en 2019**) mais occupent une part importante des soins en hospitalisation psychiatrique (**33 % des journées réalisées en 2019**).

Étude sur les très longs séjours (>292 jours / an) CHU et CH G Marchant de Février 2018 à Février 2019 :

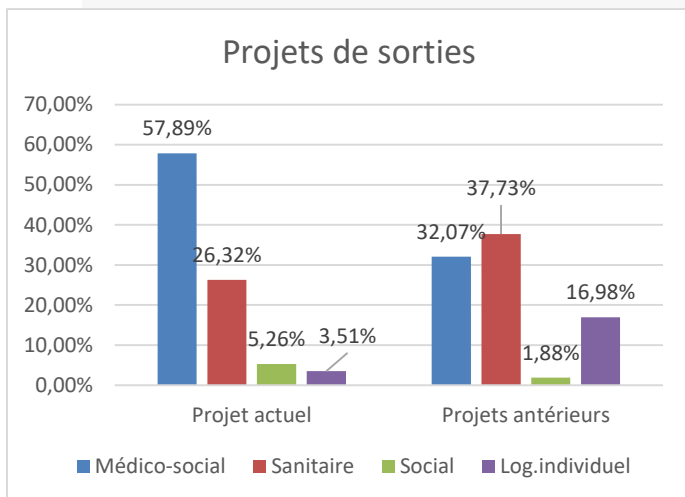
Une étude sur ces très longs séjours psychiatriques dans les hôpitaux de Toulouse (CHU et CHGM) a été réalisée en 2019 (Poey, 2019). Elle a recensé 91 patients hospitalisés au très long cours (≥ 292 jours continus ou non sur l'année) entre le 18 février 2018 et le 18 février 2019

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.

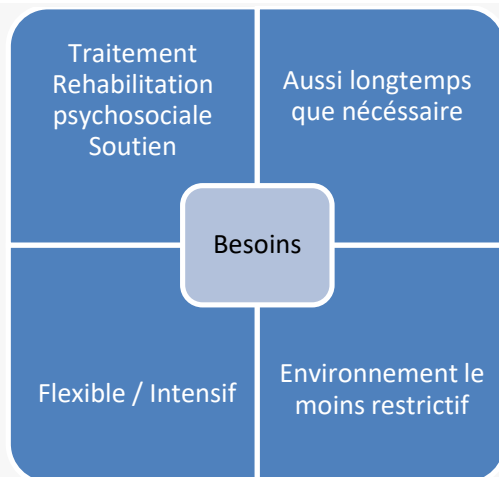


Figure 1 – L'accompagnement nécessaire

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 :

### hospitalisation temps plein

- 375 lits d'hospitalisation temps plein dans le public en Haute Garonne pour 1,39 millions d'habitants
- 1/4 des lits sont occupés par des longues hospitalisation (≥ 292 jours)
- **saturation avec difficultés à accueillir les patients en urgence**
- **Les longues hospitalisations entraînent une aggravation de la désinsertion, des habiletés sociales et de la stigmatisation**

### Unité de suite et de Rehabilitation

- 66 lits répartis sur 3 unités non sectorisées
- Pour les personnes nécessitant un environnement hospitalier pour leur soins de réhabilitation psychosociale

### Limites

- **Fréquentes longues hospitalisations inadéquates c'est à dire non justifiées par une indication thérapeutique mais par un manque de solutions d'aval ⇒ saturation**
- **longues hospitalisations responsables d'une désocialisation, de stigmatisation et d'une détérioration des habiletés sociales**

## 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 therapeutiques

- 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 Pais

- 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 :

### L'Accueil Familial Thérapeutique

- 13 places d'hébergement dans une famille d'accueil
- accompagnement illimité dans le temps pas de suivi intensif

### structures médico-sociales

- Foyer occupationnel, Foyer d'Accueil Médicalisé et Maison d'Accueil Spécialisé
- vie en collectivité et accompagnement illimité dans le temps

### Limites

- Environnement contraignant et non inclusif
- Long délai d'accès

### 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 :

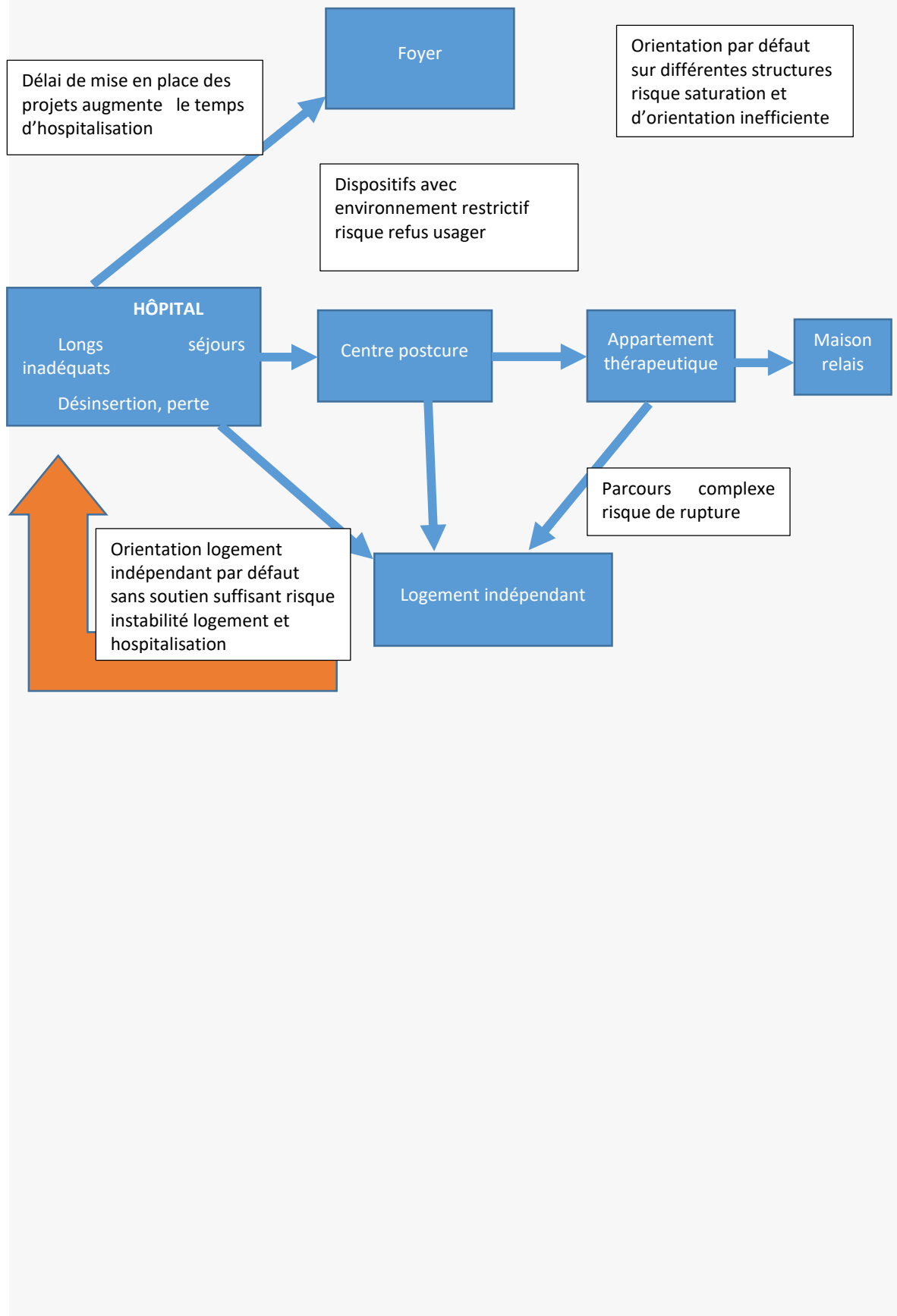
⇒ En logement indépendant sans soutien suffisant avec un risque de rupture, de perte du logement et de recours inadéquat à l'hospitalisation.

⇒ 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'usager 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'usager.

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



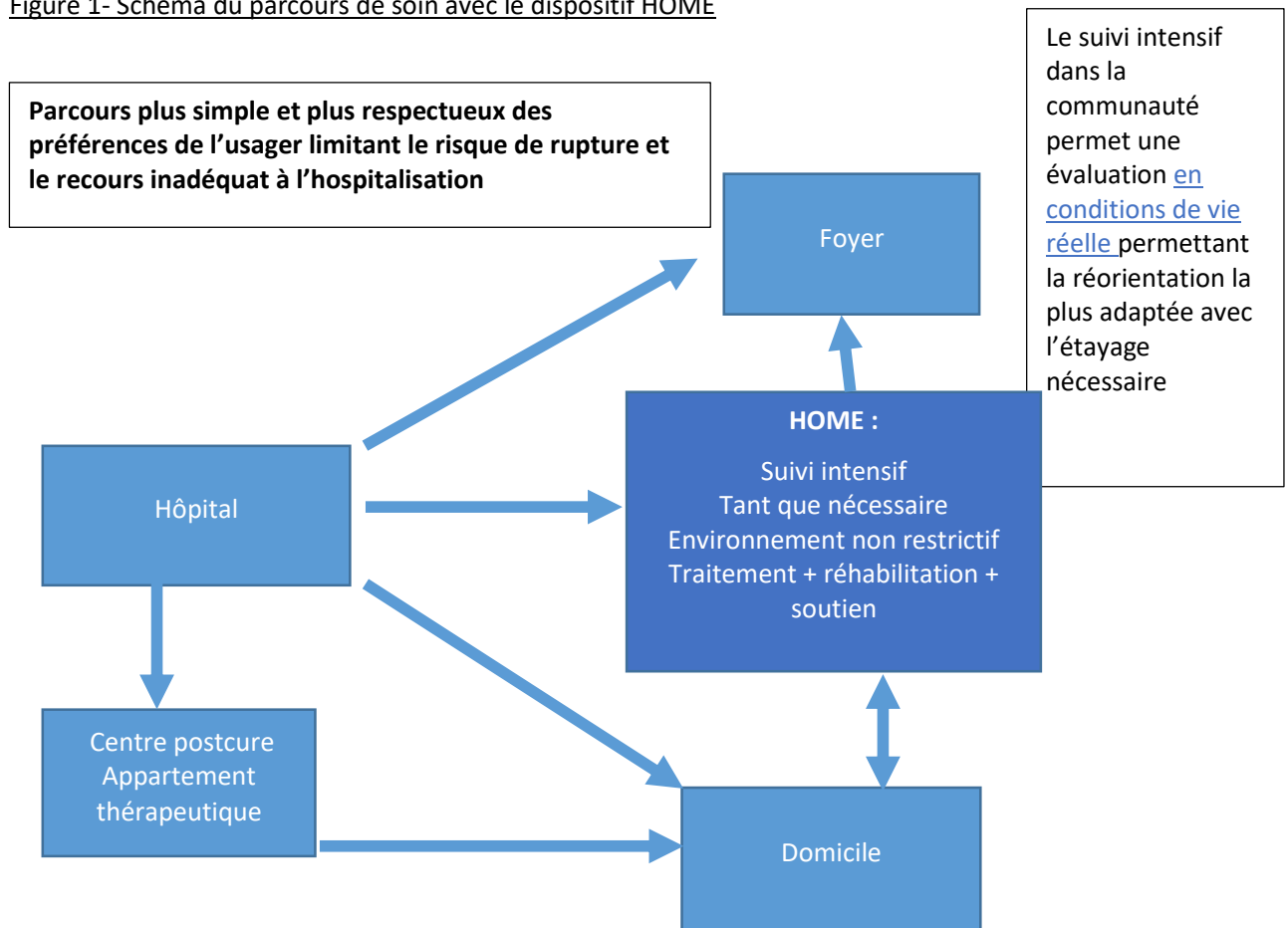
## IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

### 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>Expérimentation d'un dispositif de suivi intensif dans la communauté pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères.</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  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	Mise en place par l'équipe de suivi quand nécessaire d'une modalité « suivi en période de crise »	Intensification du suivi (jusqu'à 2 contacts / jours 7 jours /7) dans les épisodes de suivi de crise	Nb d'épisodes de suivi « en période de crise »  Nb de contacts dans les épisodes



respect du choix des personnes	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 suivi pour en diminuer la durée	Diminution des recours aux urgences psychiatriques et/ou aux hospitalisations psychiatriques	de suivi en période de crise  Nb de passage et Nb de journées aux urgences
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 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 médecin généraliste référent	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
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 (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 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)		Cumul phases 1 et 2 5 ans
	N 1	N 2	N 3	Cumul phase 1 3 ans	N 4	N 5	
Estimation des effectifs prévisionnels							
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>4</sup>	85

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

<sup>4</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 CH GM et le CHU 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 CH GM et le CHU
- 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 CH GM et du CHU
- La période d'amorçage de 4 mois permettra de communiquer auprès de l'ensemble des adresseurs potentiels afin de favoriser le début des inclusions.

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

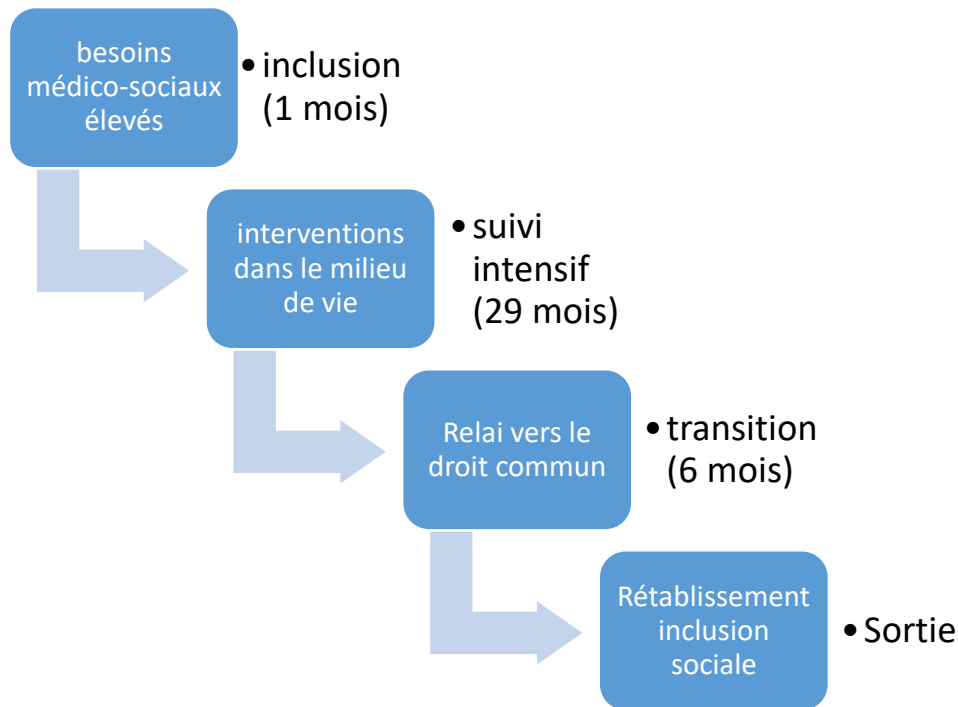
- 100** Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités.
- 91** Absence de symptômes.
- 90** Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement 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



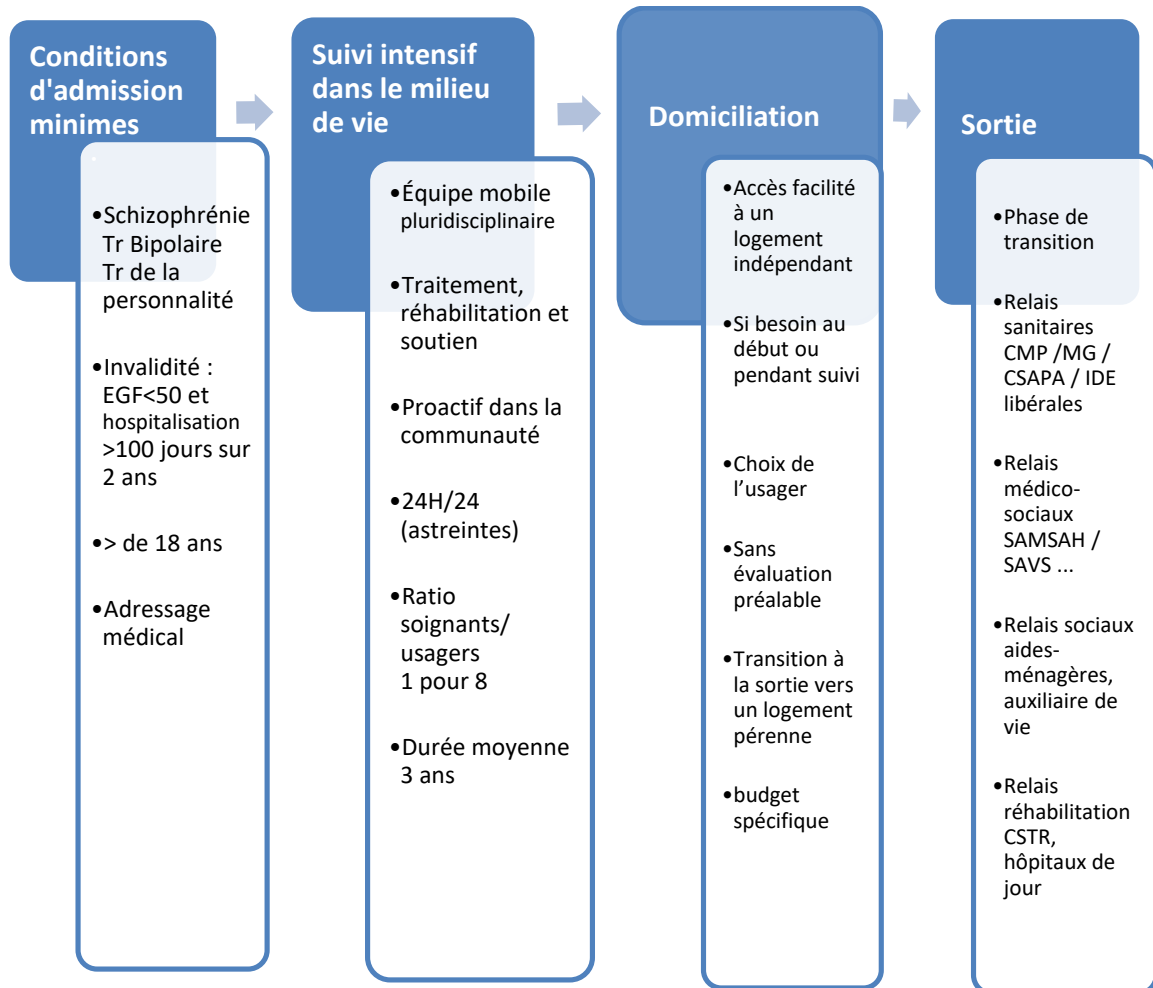
### V.3 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

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 :

- o **Le suivi intensif** s'effectuera selon un plan d'intervention individualisé établi avec l'utilisateur et l'entourage de son choix, régulièrement actualisé. Il sera basé sur le modèle ACT 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'utilisateur. En fonction des situations l'équipe pourra accompagner l'utilisateur vers les consultations ou examens somatiques nécessaires. En l'absence de médecin généraliste référent l'équipe accompagnera l'utilisateur pour mettre en place ce suivi.
- o **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'utilisateur 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.

o **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, loisir, 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.

###### - 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 CH 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 CH 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 par rétablissement de l'équipe
	Réunion d'équipe
1 ETP	Secrétariat/accueil

Secrétaire (Agent médico-administratif AMA)	Réunion d'équipe
	Suivi administratif
Total 17.20 ETP ratio ETP/ patient : 1/7.1 <sup>5</sup> (14 soignants /100 usagers)	

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 CHGM 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 CHGM 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 1 ETP 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

<sup>5</sup> Même calcul que projet SIIS Marseille donc hors professionnels médicaux, coordinateur et AMA

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.b Les interventions :

L'équipe multidisciplinaire, fidèle au modèle 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 médico-social existant **avec une coordination de l'équipe de type *casemanagement***. 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'interven tion	E D G A R	Relais
<b>TRAITEMENT</b>	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	IDE, Psychiatre, Interne	1 / mois	A D	CMP SAMSAH

	- Spécialiste dont dentiste si nécessaire				
	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	
<b>REHABILITATION PSYCHOSOCIALE</b>	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'usager
	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
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>6</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	

<sup>6</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.

### 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
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

○ **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.c Estimation des besoins de suivi :

Besoins de la personne accompagnée par an	ETP par an	Inclusion	Accompagnement	Crise	Sortie	TOTAL H/an/patient
		Nb d'heures	Nb d'heures	Nb d'heures	Nb d'heures	
Professionnel						
Coordinateur	1	1	2		1	4
secrétaire (AMA)	1					0
Psychiatre	1,2	2		5	4	12
Interne	1			2	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 ACT, 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.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

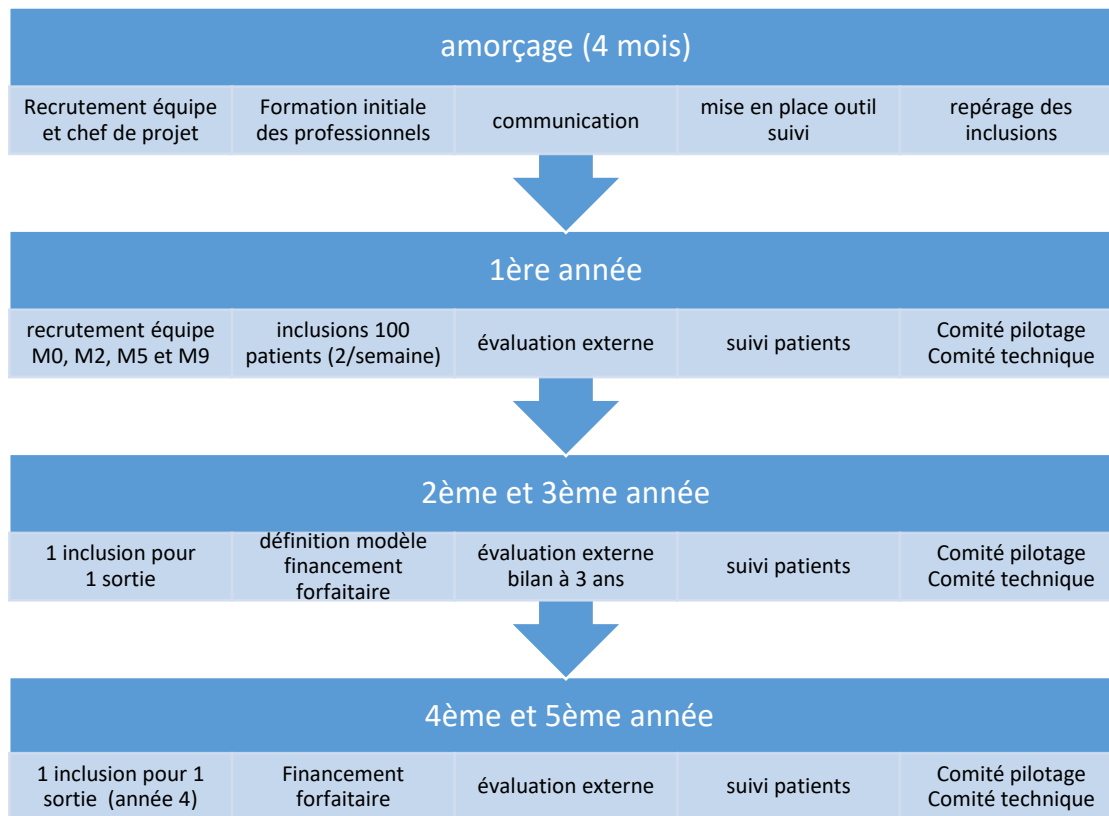
L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans (phase 1) suivie le cas échéant, d'une durée supplémentaire de 2 ans, en fonction des résultats de la phase 1 et sur décision du Comité technique de l'innovation en santé.

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.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 CHS G Marchant et du CHU 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.

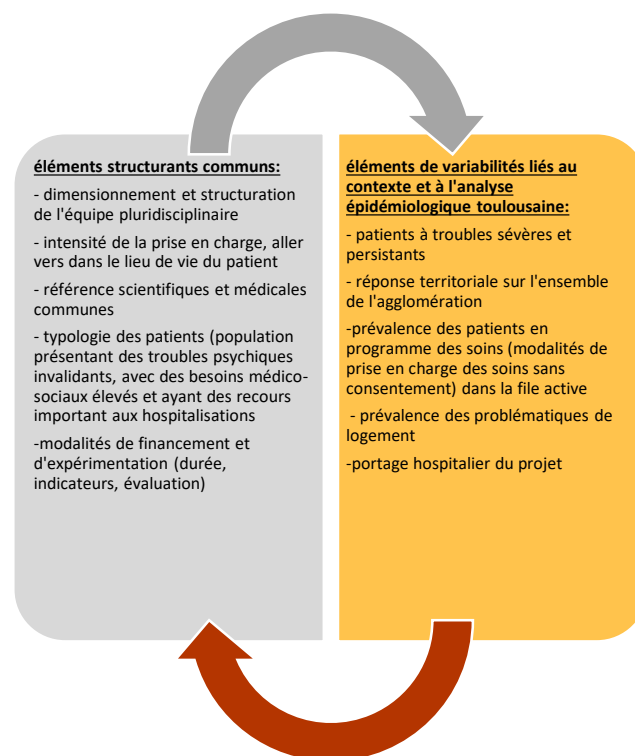
Le projet HOME partage avec l'expérimentation SIIS l'objectif de mise en place d'une équipe de soins intensifs dans la communauté afin d'améliorer le parcours de soins des personnes avec une maladie psychiatrique sévère et notamment de diminuer le recours à l'hospitalisation de cette population.

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 CH 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.



## VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPIERIMENTATION

### 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.

##### **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'usager (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'usager 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 ACT, 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 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**

### **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
- Habiletés 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.b 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 CH Marchant. Le CH GM 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 CH G 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 CH GM (obligations liées au RGPD).

### VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS I N C L U S I O N ' E X P E R I M E N T A T I O N

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 CH GM.

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 CH GM et CHU 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 efficacité, 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 apparaît 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 an
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>	144 886 €	217 329 €	289 772 €	253 551 €	905 538 €	1 262 800 €	1 262 800 €	3 431 138 €

## VIII.1.b Estimation du besoin en crédits d'amorçage

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 MO) 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 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
total	243 250,00	97 687,50	97 687,50	438 625,00	97 687,50	97 687,50	195 375,00	634 000,00

### 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>	144 886 €	217 329 €	289 772 €	253 551 €	905 538 €	1 262 800 €	1 262 800 €	3 431 138 €
<b>TOTAL CAI FIR</b>	-	-	-	-	243 250 €	97 687,50	97 687,50	438 625 €
<b>TOTAL expérimentation (phase 1) FISS+FIR</b>	-	-	-	-	1 148 788 €	1 360 488 €	1 360 488 €	3 869 763 €

\* 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 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.3 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.4 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 ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION

**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 CH 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 CHU de Toulouse et le CH Gérard Marchant (CHGM). 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 CH Marchant qui pourra recueillir un certain nombre d'indicateurs de manière systématique par l'intermédiaire du logiciel de dossier médical CORTEXTE.

Le DIM CHU de Toulouse sera sollicité pour la remontée des données concernant le recours aux urgences et à l'hospitalisation psychiatrique sur les lits du CHU. Les urgences psychiatriques du territoire étant concentrées sur les services d'urgence du CHU, 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 systématisé 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 hospitalisations	Mise en place d'un suivi pluridisciplinaire de type ACT	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

<p>répétées (&gt;100 jours / deux ans).</p>	<p>Réduction du nombre de journées d'hospitalisations en psychiatrie</p>	<p>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></p>
<p>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</p>	<p>Intensification du suivi (jusqu'à 2 contacts / jours 7 jours /7) dans les périodes « intervention de crise »</p> <p>Diminution des recours aux urgences psychiatriques et/ou aux hospitalisations psychiatriques</p>	<p>Nb de période de suivi « intervention de crise » ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b></p> <p>Nb de contacts dans les périodes de suivi intensif ⇒ <b>DIM CHGM</b></p> <p>Nb de passage aux urgences et Nb de journées ⇒ <b>DIM CHU</b></p>
<p>OS2 : Favoriser pour la personne accompagnée la mise en œuvre de tous les aspects de son projet de vie.</p>		
<p>OO2.1 : Favoriser l'accès et/ou le maintien dans le logement.</p>	<p>Toutes les personnes suivies ont une solution d'habitat en adéquation avec leur projet de vie</p>	<p>Nb de personnes logées par le dispositif Délai d'accès au logement Nb de jours en logement indépendant ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b></p>
<p>OO2.2 : Favoriser l'inclusion sociale, l'accès aux activités sociales et de loisirs.</p>	<p>Amélioration de l'inclusion sociale et des relations avec l'entourage</p> <p>Favoriser la satisfaction aux soins de l'utilisateur, sa qualité de vie et son rétablissement</p>	<p>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></p>
<p>OS3 : Améliorer l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques ambulatoires pour la population cible en coordination avec les différents acteurs.</p>		

OO3.1 : améliorer l'accès et la continuité des soins psychiatriques	<p>Toutes les personnes ont des contacts réguliers avec un psychiatre, un infirmier et/ou un psychologue</p> <p>Améliorer la continuité du parcours et diminuer le nombre de rupture de suivi.</p>	<p>Nb de contacts avec un psychiatre, un IDE ou un psychologue de l'équipe HOME ⇒ <b>CORTEXTE</b></p> <p>Nb de perdus de vue ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b></p>
OO3.2 : Accompagner et soutenir les suivis somatiques des personnes dans un parcours coordonné en lien avec la médecine de ville	Toutes les personnes suivies dans le programme bénéficient d'un médecin généraliste référent et d'un suivi de leur soins somatiques	<p>Taux de médecin généraliste référent déclaré</p> <p>Nb de consultations somatiques généralistes et spécialisées ⇒ <b>RECUEIL EQUIPE</b></p> <p><b>Ou</b></p> <p>⇒ <b>SNDS</b></p>
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	<p>Durée de séjours aux urgences en soins sans consentement</p> <p>Nb de séjours d'hospitalisations publiques psychiatriques ≥ 292 jours ⇒ <b>DIM CH GM et CHU</b></p>
OO4.2 : Améliorer la pertinence du modèle de financement	<p>Amélioration de la connaissance des besoins des personnes selon leur profil</p> <p>Amélioration du modèle de financement</p>	<p>Qualification et quantification des besoins des personnes accompagnées</p> <p>Données sociodémographiques des personnes accompagnées : âge, sexe, revenu, mesure de protection ...</p> <p>Diagnostic principal et associé ⇒ <b>DIM CH GM et CHU</b></p> <p>Analyse comparative des modèles de financement actuel / proposé</p>



## X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA VARIATION DE L'ACTUATION DE L'ARTICLE

### 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.



- 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, 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.
- 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.* .
- 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.









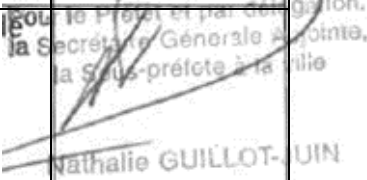


Tinland, A. (2016, Mai). *UN CHEZ SOI D'ABORD Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitative. Unité de Recherche UPRES EA 3279*. Récupéré sur [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport\\_interm\\_recherche\\_quanti\\_mai\\_2016\\_ucfdb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucfdb.pdf)

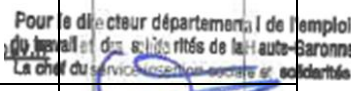

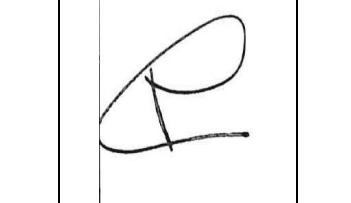




Tinland, A. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci.* , Sep 30;29:e169.

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 : Bruno Madelpuech Référent administratif : Carles de Bideran : directeur des affaires générales, projets et partenariats <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	Directeur Général : Jean-François Lefebvre Référent administratif : Mme Legendre directeur délégué pôle psychiatrie <a href="mailto:legendre.m@chu-toulouse.fr">legendre.m@chu-toulouse.fr</a> Référent médical : Pr Arbus : chef de pôle psychiatrie et président de l'assemblée médicale de la CPT <a href="mailto:arbus.c@chu-toulouse.fr">arbus.c@chu-toulouse.fr</a>	  
Autres partenaires	UCRM	Référent administratif : Mme Ongaro directrice générale Directeur des opérations : M. Vincent David-Robert <a href="mailto:v.david-robert@ucrm.fr">v.david-robert@ucrm.fr</a>	 
	Préfecture de la Haute-Garonne,  Direction départementale de	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>	



	l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) :	M Leroy, directeur (DDETS) <a href="mailto:bertrand.leroy@haute-garonne.gouv.fr">bertrand.leroy@haute-garonne.gouv.fr</a>	<p>Pour le directeur départemental de l'emploi, du travail et des solidarités de la Haute-Garonne La chef du service handicap-emploi et solidarité</p> 
	Mairie de Toulouse	M Petton, coordinateur « logement d'abord » : <a href="mailto:herve.petton@mairie-toulouse.fr">herve.petton@mairie-toulouse.fr</a>	 Veronique CROS
	Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, (DIHAL)	Dr Pascale Estecahandy, Coordinatrice technique nationale du programme "Un chez soi d'abord" <a href="mailto:pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr">pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr</a>	
	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques :	M Lacan : <a href="mailto:michellacan@hotmail.com">michellacan@hotmail.com</a>	
	Centre support en réhabilitation psychosociale Association d'usagers de la psychiatrie « toutes voiles dehors » :	<a href="mailto:Yrondi.a@chu-toulouse.fr">Yrondi.a@chu-toulouse.fr</a>  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 – C A T E G O R I E S N O T A T I O N S P E R I M E

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

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
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		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
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		

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>7</sup> :	Cocher	Si oui, préciser
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>7</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>7 4 1</b>	<b>3 9 4</b>	<b>€ 1 0 2 1</b>	<b>2 7 1</b>	<b>0 2 1</b>	<b>2 7 4 , 5</b>
<b>Composants techniques et organisationnelles</b>							
Autres prestations à caractère social (budget vie collective)	CH Marchant	10 0 0 0 , 0 0	€ 10 0 0 0 , 0 0	10 0 0 0 , 0 0	€ 10 000,00 €		
Véhicules P.C. Portable ou tablettes	CH Marchant	12 5 0 0 , 0 0	€ 12 5 0 0 , 0 0	12 5 0 0 , 0 0	€ 12 5 0 0 , 0 0 €		
	CH Marchant	2 0 0 0 , 0 0	€ 6 0 0 0 , 0 0	6 0 0 0 , 0 0	€ 6 0 0 0 , 0 0 €		
Smartphones	CH Marchant	1 0 0 0 , 0 0	€ 0 , 0 0	€ 0 , 0 0	€ 0 , 0 0 €		
Locaux	CH Marchant	0 , 0 0	€ 20 0 0 0 , 0 0	20 0 0 0 , 0 0	€ 20 0 0 0 , 0 0 €		
<b>Total composants techniques</b>		<b>25 5 0 0 , 0 0</b>		<b>48 5 0 0 , 0 0</b>		<b>48 5 0 0 , 0 0</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>1262 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...).

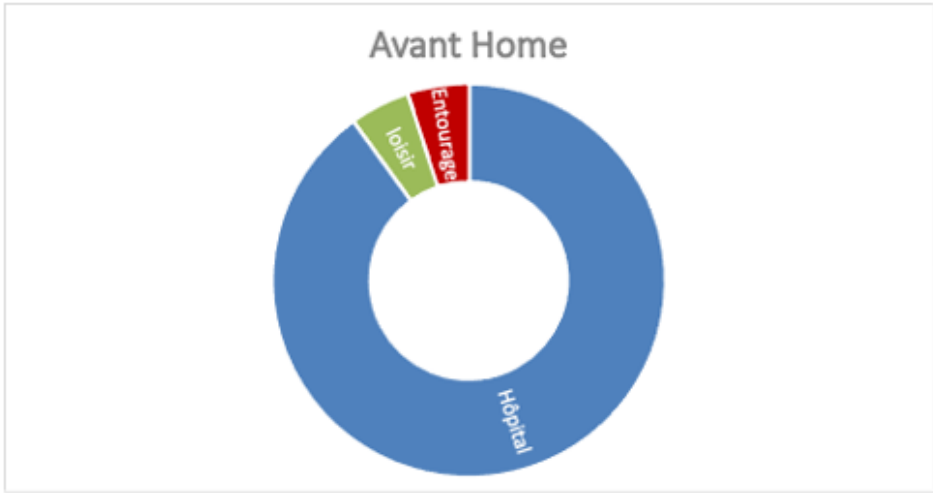
Au cours du suivi plusieurs soins seront mis en place et leur délivrance favorisée par l'équipe dédiée et par des objectifs centrés sur ceux de l'utilisateur (vivre confortablement dans son logement, ne pas être trop gêné par ses voix...). Par exemple : psychothérapie TCC centrée sur la diminution de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

Permet un accompagnement vers des soins somatiques adéquats en ambulatoire

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.

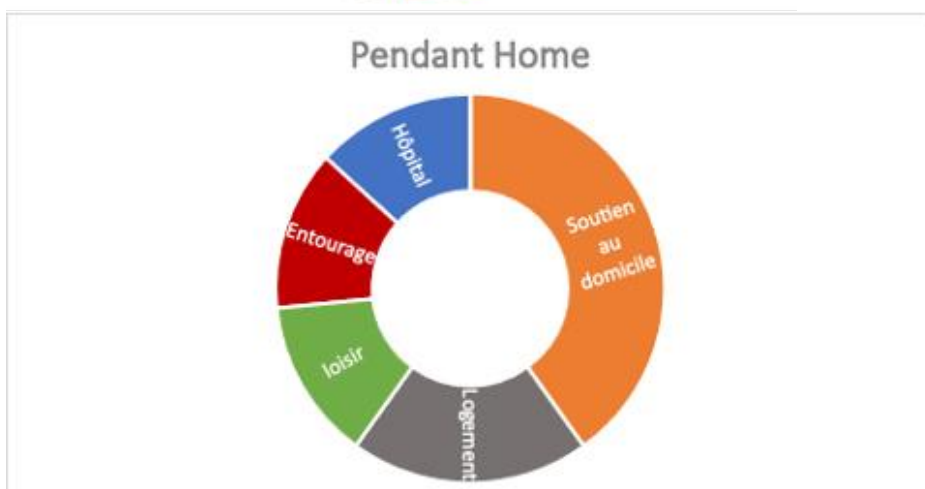
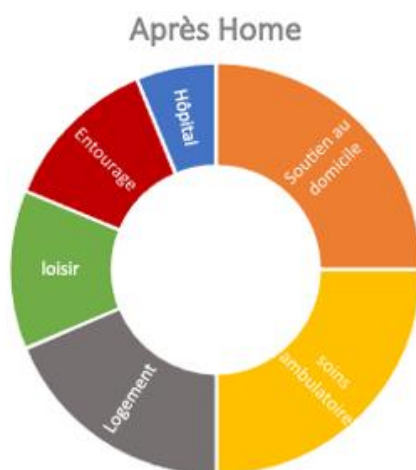
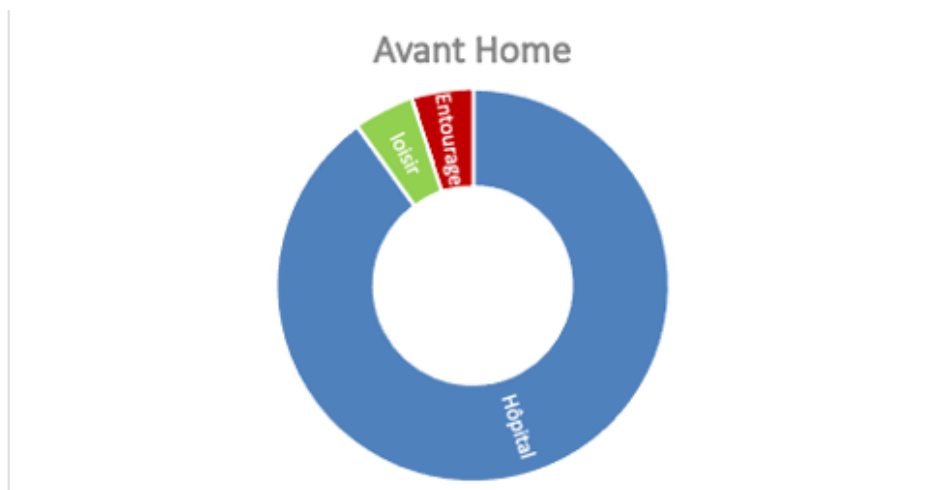
L'intervention de HOME permettrait dès 2011 d'intervenir à plusieurs reprises à l'hôpital en particulier avec le travailleur pair afin d'engager cette patiente complexe dans les soins. Elle pourrait notamment être accompagnée à l'extérieur vers des activités de loisir (achats d'habits et cosmétiques) 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.



DDT81

R76-2022-05-25-00008

ARDC - Autorisation préalable d'exploiter tacite  
à l'attention de l'EARL ICHARD LES  
MARRATIERES, sous le n° 81222126

Service Economie agricole et forestière

Bureau: Mission contrôle des structures

Affaire suivie par: Gilles LUQUE

Tél: 05 81 27 59 39

Mèl: gilles.luque@tarn.gouv.fr

Albi, le 7 juin 2022

Réf.: Accusé de réception de dossier complet  
de demande d'autorisation préalable d'exploiter

Madame, monsieur,

J'accuse réception le **25 mai 2022** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation préalable d'exploiter 58,64 hectares SAU situés sur la commune de PAMPELONNE, auparavant exploités par l'EARL LACROUX (monsieur Charles LACROUX).

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes:

- Date de réception de dossier complet: **25/05/2022**
- Numéro d'enregistrement: **n°81222126**

**En l'absence de réponse de l'administration** dans un délai de 4 mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du **25 septembre 2022**.

Ce délai d'instruction de 4 mois est susceptible d'être prolongé de deux mois conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

Après la date d'accord tacite et en l'absence de réponse de l'administration, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite** telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration - titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception **sera affichée et publiée** dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

**Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.**

Je vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Chef de la mission contrôle des structures



Laurent LOUBRADOU

EARL ICHARD LES MARRATIERES  
ICHARD Emilie & Aurélien  
Les Marratières

81190 SAINTE-GEMME

19, rue de Ciron  
81013 ALBI cedex 13

Ouverture au public les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h00 à 11h30, ou sur rendez-vous

DDT81

R76-2022-05-25-00009

ARDC - Autorisation préalable d exploiter tacite  
à l attention de madame Valérie VALETTE, sous  
le n° 81222127



**PRÉFET  
DU TARN**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction  
départementale  
des territoires**

Service Economie agricole et forestière  
Bureau: Mission contrôle des structures  
Affaire suivie par: Gilles LUQUE  
Tél: 05 81 27 59 39  
Mèl: gilles.luque@tarn.gouv.fr

Albi, le 9 juin 2022

Réf.: Accusé de réception de dossier complet  
de demande d'autorisation préalable d'exploiter

Madame,

J'accuse réception le **25 mai 2022** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation préalable d'exploiter 96,08 hectares SAU situés sur les communes de BROUSSE (85,46 ha), de LAUTREC (6,86 ha) et de GRAULHET (3,76 ha), auparavant exploités par le GAEC FERME DE BEL AIR ( VALETTE Erick & Valérie).

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes:

- Date de réception de dossier complet: **25/05/2022**
- Numéro d'enregistrement: **n°81222127**

**En l'absence de réponse de l'administration** dans un délai de 4 mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du **25 septembre 2022**.

Ce délai d'instruction de 4 mois est susceptible d'être prolongé de deux mois conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

Après la date d'accord tacite et en l'absence de réponse de l'administration, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite** telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration - titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception **sera affichée et publiée** dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

**Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.**

Je vous prie d'agrèer, madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Chef de la mission contrôle des structures

Laurent LOUBRADOU

Madame Valérie VALETTE  
Bel Air

81440 BROUSSE

DDT81

R76-2022-05-25-00007

ARDC - Autorisation préalable d exploiter tacite  
à l attention de monsieur Jean-Christophe  
PEPIN, sous le n° 81222120



# PRÉFET DU TARN

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Direction  
départementale  
des territoires

Service Economie agricole et forestière

Bureau: Mission contrôle des structures

Affaire suivie par: Gilles LUQUE

Tél: 05 81 27 59 39

Mèl: gilles.luque@tarn.gouv.fr

Albi, le 31 mai 2022

Réf.: Accusé de réception de dossier complet  
de demande d'autorisation préalable d'exploiter

Monsieur,

J'accuse réception le **25 mai 2022** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation préalable d'exploiter 128,55 hectares SAU situés sur les communes de CASTELNAU-DE-LEVIS (70,88 ha), de SAINTE-CROIX (31 ha) et de CAGNAC-LES-MINES (26,67 ha), appartenant à mesdames Jeanne GUIRAL, Jacqueline ENDERLI et Nadine FABRE (51,50 ha), à messieurs François PEPIN (11,29 ha) et Vincent PEPIN (17,89 ha) et au GFA DE LA CLARIE (47,87 ha).

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes:

- Date de réception de dossier complet: **25/05/2022**
- Numéro d'enregistrement: **n°81222120**

**En l'absence de réponse de l'administration** dans un délai de 4 mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du **25 septembre 2022**.

Ce délai d'instruction de 4 mois est susceptible d'être prolongé de deux mois conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

Après la date d'accord tacite et en l'absence de réponse de l'administration, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite** telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration - titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception **sera affichée et publiée** dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

**Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.**

Je vous prie d'agréer, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Chef de la mission contrôle des structures



Laurent LOUBRADOU

Monsieur Jean-Christophe PEPIN  
Sarclars

81400 ROSIERES



DRAAF

R76-2022-09-22-00004

Arrêté préfectoral portant approbation du  
document d'Aménagement de la forêt  
communale de Boussenac pour la période  
2022-2041



Département : ARIÈGE  
Forêt communale de BOUSSENAC  
Contenance cadastrale : 1 006,2484 ha  
Surface de gestion : 1006,25 ha  
Révision d'aménagement : **2022-2041**

**Arrêté préfectoral  
portant approbation du document d'Aménagement  
de la forêt communale de Bousсенac pour la période 2022-2041**

Le préfet de la région Occitanie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

- VU les articles L124-1,1°, L212-1, L212-2, D212-1, D212-2, R212-3, D212-5,2°, D214-15, et D214-16 du Code Forestier ;
- VU le schéma régional d'aménagement , arrêté en date du 11 juillet 2006 ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 31/07/2007 réglant l'aménagement de la forêt communale de BOUSSENAC pour la période 2007 - 2021 ;
- VU la délibération de la commune de BOUSSENAC en date du 9 février 2022, déposée à la sous-préfecture de SAINT GIRONS le 28/02/2022 ;
- VU le document d'aménagement établi par l'Office National des Forêts et transmis pour approbation le 10/06/2022 ;
- VU l'arrêté préfectoral R76-2021-03-15-001 en date du 15 mars 2021 donnant délégation de signature à Monsieur Florent GUHL, directeur régional de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt ;
- VU l'arrêté préfectoral R76-2022-01-26-00003 en date du 26 janvier 2022 portant subdélégation à certains agents de la direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt ;
- SUR proposition du Directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ,

Arrête :

**Art.1<sup>er</sup>**: La forêt communale de BOUSSENAC (ARIÈGE), d'une contenance de 1006,25 ha, est affectée prioritairement à la fonction de production ligneuse et à la fonction écologique, tout en assurant sa fonction sociale et de protection physique, dans le cadre d'une gestion durable multifonctionnelle.

**Art. 2. :** Cette forêt comprend une partie boisée de 805,35 ha, actuellement composée de Hêtre (54%), Sapin pectiné (23%), Epicéas (11%), autres feuillus (5%), Sapin de Nordmann (3%), Douglas (2%), Pin divers autre que maritime et sylvestre (2%).

Les peuplements susceptibles de production ligneuse seront traités en Futaie irrégulière dont conversion en futaie irrégulière sur 857.94 ha,

Les essences principales objectifs qui déterminent sur le long terme les grands choix de gestion de ces peuplements seront le hêtre (570,42ha) et le sapin pectiné (287,52ha). Les autres essences seront maintenues comme essences objectif associées ou comme essences d'accompagnement.

**Art. 3. :** Pendant une durée de 20 ans (2022 – 2041) :

- La forêt sera divisée en deux groupes de gestion :
  - Un groupe de futaie irrégulière, d'une contenance totale de 857,94 ha ;
  - Un groupe constitué de terrains non boisés hors sylviculture, d'une contenance totale de 148,31 ha.
- l'Office national des forêts informera régulièrement le maire de la commune de BOUSSENAC de l'état de l'équilibre sylvo-cynégétique dans la forêt, et ce dernier mettra en oeuvre toutes les mesures nécessaires à son maintien ou à son rétablissement en optimisant et suivant la capacité d'accueil, et en s'assurant en particulier que le niveau des demandes de plans de chasse concernant la forêt est adapté à l'évolution des populations de grand gibier et des dégâts constatés sur les peuplements ;
- les mesures définies par les consignes nationales de gestion visant à la préservation de la biodiversité courante (notamment la conservation d'arbres isolés à cavités, morts, ou sénescents) ainsi qu'à la préservation des sols et des eaux de surface, seront systématiquement mises en oeuvre.

**Art. 4. :** L'arrêté préfectoral en date du 31/07/2007, réglant l'aménagement de la forêt communale de BOUSSENAC pour la période 2007 - 2021, est abrogé.

**Art. 5. :** Le Directeur Régional de l'Alimentation, de l'Agriculture, et de la Forêt, et le Directeur territorial de l'Office national des forêts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs du département de l'ARIÈGE.

Fait à Toulouse, le **22 SEP. 2022**

Pour le préfet et par délégation,  
Pour le directeur régional de l'alimentation,  
de l'agriculture et de la forêt et par délégation,  
la cheffe du service régional de la forêt et du bois



Gwenaëlle BIZET

DREETS OCCITANIE

R76-2022-08-19-00002

Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation  
Globale de Financement du service mandataire  
judiciaire à la protection des majeurs géré par  
AJH 82



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi  
du travail et des solidarités**

**Direction départementale de l'emploi,  
du travail, des solidarités  
et de la protection des populations  
de Tarn-et-Garonne**

**Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation Globale de Financement  
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par  
l'Association les jeunes handicapés – Dispositif " Action tutélaire Occitanie 82 "  
54, boulevard de l'Embouchure – Bâtiment D – 31200 TOULOUSE**

Le préfet de la région Occitanie,  
Préfet de Haute-Garonne,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

- Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-1, L. 314-4, L. 314-5, L. 314-7, L. 361-1 et ses articles R. 314-1 et suivants ;
- Vu** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** l'arrêté du 25 avril 2022 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu** l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2022/100 du 7 avril 2022 relative aux orientations de l'exercice 2022 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales ;
- Vu** le rapport d'orientation budgétaire établi pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de la région Occitanie ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n° 82-2018-12-28-001 du 28 décembre 2018 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- Vu** la décision du 3 mai 2022 portant subdélégation de signature du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;
- Vu** la délégation de gestion du 12 avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, dénommé le « délégué » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de Tarn-et-Garonne, dénommée la « déléguée » ;
- Vu** les propositions budgétaires pour l'exercice 2022 déposées au moyen de la plate-forme e-FSM par la personne ayant qualité pour représenter le service susvisé reçues le 29 octobre 2021 ;
- Vu** les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 13 juin 2022 et par courrier électronique avec accusé de réception du 13 juin 2022 ;

- Vu** la réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Union départementale des associations familiales de Tarn-et-Garonne reçue le 17 juin 2022 ;
- Vu** la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2022, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 24 juin 2022 ;
- Vu** le visa n° 418/2022 du contrôleur budgétaire en date du 22 juillet 2022 ;
- SUR** proposition de la directrice départementale l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de Tarn-et-Garonne,

**Arrête :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Association les jeunes handicapés – Dispositif " Action tutélaire Occitanie 82 " sont autorisées et réparties comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants autorisés 2022			
		Colonne A	Colonne B* (ETP suppl.)	Colonne C* (revalorisation salariale)	Total (A+B+C)
Dépenses	Groupe I - Dépenses afférentes à l'exploitation courante <i>dont 3 000,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	33 549,50 €			33 549,50 €
	Groupe II - Dépenses afférentes au personnel	403 407,08 €	14 411,00 €	19 090,00 €	436 908,08 €
	Groupe III - Dépenses afférentes à la structure <i>dont 9 553,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	79 016,00 €			79 016,00 €
	<i>Reprise déficit antérieur</i>	0,00 €			0,00 €
	<b>Total des dépenses (I+II+III)</b>	<b>515 972,58 €</b>	<b>14 411,00 €</b>	<b>19 090,00 €</b>	<b>549 473,58 €</b>

Recettes	Groupe I - Produits de la tarification <i>dont 12 553,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	430 972,58 €	14 411,00 €	19 090,00 €	464 473,58 €
	Groupe I - Produits de la participation des personnes	73 500,00 €			73 500,00 €

Groupe II – Autres produits relatifs à l'exploitation	10 000,00 €			10 000,00 €
Groupe III – Produits financiers et produits non encaissables	1 500,00 €			1 500,00 €
Reprise excédent antérieur	0,00 €			0,00 €
<b>Total des recettes (I+II+III)</b>	<b>515 972,58 €</b>	<b>14 411,00 €</b>	<b>19 090,00 €</b>	<b>549 473,58 €</b>

\*S'agissant de crédits fléchés, ils ne doivent pas être utilisés pour le financement d'autres dépenses, notamment si les crédits alloués s'avèrent supérieurs aux besoins.

En application de l'arrêté du 25 avril 2022 et de l'instruction du 7 avril 2022 susvisés, les dépenses et recettes prévisionnelles sont autorisées et réparties en trois catégories de dépenses et de recettes et inscrites respectivement dans les colonnes A, B et C du présent tableau.

**ARTICLE 2 :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, la dotation globale de financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Association les jeunes handicapés – Dispositif "Action tutélaire Occitanie 82" est de 464 473,58 euros (dont 12 553,00 euros de crédits non reconductibles).

**ARTICLE 3 :**

La dotation globale de financement, fixée à l'article 2, est répartie de la manière suivante :

I- En colonne A, en application de l'article du I de l'article L. 361-1 du code susvisé :

- 1°) la dotation versée par l'État est fixée à 99,70 % de la dotation globale de financement, soit un montant de 429 679,67 euros ;
- 2°) la dotation versée par le conseil départemental de Tarn-et-Garonne est fixée à 0,30 % de la dotation globale de financement, soit un montant de 1 292,91 euros.

II- En colonne B, la dotation indiquée est versée par l'État soit un montant de 14 411,00 euros.  
En colonne C, la dotation indiquée est versée par l'État soit un montant de 19 090,00 euros.

Le montant total de la DGF versé par l'État pour les colonnes A, B et C est de **463 180,67 euros**.

**ARTICLE 4 :**

La dotation de chaque financeur du présent arrêté est versée selon les modalités suivantes :

Cette dotation est attribuée à :

L'association : Association les jeunes handicapés – Dispositif " Action tutélaire Occitanie 82 "  
Identifiant Chorus : 1001182210  
N° SIRET : 775 728 421 00303  
Adresse : 1270 avenue de Toulouse – CS 10633 - 82006 MONTAUBAN

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : CRÉDIT COOPÉRATIF  
Domiciliation : CRÉDIT COOPÉRATIF – AGENCE TOULOUSE  
4 à 6 rue Raymond IV – 31000 TOULOUSE  
Code banque : 42559 Code guichet : 10000  
Numéro compte : 08025570640 Clé : 66



Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées - Exercice 2022 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Solidarités, Autonomie et Personnes handicapées
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	0304-D034-DD82	UOTAR
Organisation d'achat	B001	OA MAP / MEEDDAT
Centre de coût :	DDCC082082	DDETSPP82
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélares
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	
Code activité	030450161601	Services tutélares
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

#### ARTICLE 5 :

En application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement de 2022 s'élève à 38 598,39 euros.

Considérant que la dotation globale de financement n'a pas pu être arrêtée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, et en application de l'article R. 314-108 du code de l'action sociale et des familles, que l'autorité chargée du versement a réglé jusqu'à ce jour des acomptes mensuels, égaux au douzième du montant de la dotation globale de l'année 2021, soit 34 669,50 € mensuels multipliés par sept mois, soit un montant total de 242 686,50 €.

#### ARTICLE 6 :

La nouvelle tarification 2022 entre en vigueur au premier jour du mois suivant la signature du présent arrêté. Conformément à l'article R. 314-35 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté a pour objet de procéder à une régularisation des acomptes personnels versés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le mois d'entrée en vigueur du nouveau tarif et de définir le montant des versements mensuels restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Ces montants se décomposent ainsi :

- (a) : **Montant annuel dû au titre de la part État de la DGF 2022 : 463 180,67 € (article 3) ;**
- (b) : **Montant des acomptes effectivement versés à cette date, sur la base de la DGF 2021 : 242 686,50 € ;**
- (c) : **Montant total restant à verser au titre de 2022 (=a – b) : 220 494,17 € ;**
- (d) : **Montant mensuel à verser (= c / nombre de mois restant dû jusqu'à la fin de l'exercice) : 44 098,83 €, sauf pour le mois de décembre 2022 où ce montant s'élèvera à 44 098,85 €.**

#### ARTICLE 7 :

Le comptable assignataire de la dépense est le directeur régional des finances publiques de la région Occitanie.

**ARTICLE 8 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, dans les deux mois suivant la notification.

Les recours contentieux dirigés contre le présent arrêté en application de l'article L 351-1 du code de l'action sociale et des familles doivent être formés devant le Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun 33074 Bordeaux-cedex dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

**ARTICLE 9 :**

Une copie du présent arrêté sera notifiée au service concerné, au conseil départemental et au comptable assignataire.

**ARTICLE 10 :**

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

**ARTICLE 11 :**

Le secrétaire général de la préfecture et la directrice départementale de l'économie, de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Toulouse, le vendredi 19 août 2022

Pour le préfet et par délégation,  
Pour le directeur régional par intérim et par délégation,  
Le directeur régional adjoint responsable du pôle  
Cohésion sociale, formation, certification,

  
Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2022-09-08-00022

Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation  
Globale de Financement du service mandataire  
judiciaire à la protection des majeurs géré par AT  
65



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté*

*Égalité*

*Fraternité*

**Direction Départementale de l'Emploi,  
du Travail, des Solidarités et de la Protection  
des Populations des Hautes-Pyrénées**

**Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation Globale de Financement  
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par  
l'Association Tutélaire des Hautes-Pyrénées,  
11, boulevard du Centenaire 65 106 LOURDES**

Le préfet de la région Occitanie,  
Préfet de Haute-Garonne,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

- Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-1, L. 314-4, L. 314-5, L. 314-7, L. 361-1 et ses articles R. 314-1 et suivants ;
- Vu** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi no 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** l'arrêté du 25 avril 2022 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu** l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2022/100 du 7 avril 2022 relative aux orientations de l'exercice 2022 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales ;
- Vu** le rapport d'orientation budgétaire établi pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de la région Occitanie ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n°65-2021-03-25-00001 du 25 mars 2021 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- Vu** la décision du 3 mai 2022 portant subdélégation de signature du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;
- Vu** la délégation de gestion du 12 avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, dénommé le « délégrant » et le directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations des Hautes-Pyrénées, dénommé le « délégataire » ;
- Vu** les propositions budgétaires pour l'exercice 2022 déposées au moyen de la plate-forme e-FSM par la personne ayant qualité pour représenter le service susvisé reçues le 28 octobre 2021 ;

- Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 14 juin 2022 ;
- Vu la réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'AT des Hautes-Pyrénées reçue le 17 juin 2022 ;
- Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2022, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 24 juin 2022 ;
- Vu le visa n° 447/2022 du contrôleur budgétaire en date du 4 août 2022 ;

Sur proposition du directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations des Hautes-Pyrénées ;

**Arrête :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du service MJPM de l'Association Tutélaire des Hautes-Pyrénées sont autorisées et réparties comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants autorisés 2022			
		Colonne A	Colonne B (ETP suppl.)*	Colonne C (revalorisation salariale)*	Total (A+B+C)
Dépenses	Groupe I – Dépenses afférentes à l'exploitation courante	61 137,00 €			61 137,00 €
	Groupe II – Dépenses afférentes au personnel	771 382,00 €	14 411,00 €	37 310,17 €	823 103,17 €
	Groupe III – Dépenses afférentes à la structure	180 169,00 €			180 169,00 €
	Reprise déficit antérieur				
	<b>Total des dépenses (I+II+III)</b>	<b>1 012 688,00 €</b>	<b>14 411,00 €</b>	<b>37 310,17 €</b>	<b>1 064 409,17 €</b>

Recettes	Groupe I – Produits de la tarification	835 832,42 €	14 411 €	37 310,17 €	887 553,59 €
	Groupe I – Produits de la participation des personnes	128 000,00 €	0,00 €	0,00 €	128 000,00 €
	Groupe II – Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

	Groupe III – Produits financiers et produits non encaissables	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Reprise excédent antérieur	48 855,58 €	0,00 €	0,00 €	48 855,58 €
	<b>Total des recettes (I+II+III)</b>	<b>1 012 688,00 €</b>	<b>14 411,00 €</b>	<b>37 310,17 €</b>	<b>1 064 409,17 €</b>

\*S'agissant de crédits fléchés, ils ne doivent pas être utilisés pour le financement d'autres dépenses, notamment si les crédits alloués s'avèrent supérieurs aux besoins.  
 En application de l'arrêté du 25 avril 2022 et de l'instruction du 7 avril 2022 susvisés, les dépenses et recettes prévisionnelles sont autorisées et réparties en trois catégories de dépenses et de recettes et inscrites respectivement dans les colonnes A, B et C du présent tableau.

**ARTICLE 2 :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, la dotation globale de financement du service MJPM de l'Association Tutélaire des Hautes-Pyrénées est de 835 832,42 euros.

**ARTICLE 3 :**

La dotation globale de financement, fixée à l'article 2, est répartie de la manière suivante :

I-En colonne A, en application de l'article du I de l'article L. 361-1 du code susvisé :

1° La dotation versée par l'État est fixée à 99,7% de la dotation globale, soit un montant de 833 324,92 euros ;

2° la dotation versée par le conseil départemental des Hautes-Pyrénées est fixée à 0,3% de la dotation globale, soit un montant de 2 507,50 euros.

II-En colonnes B et C, La dotation indiquée est versée par l'État soit un montant de 51 721,17 euros.

Le montant total de la DGF versé par l'État pour les colonnes A, B et C est de 885 046,09 euros.

**ARTICLE 4 :**

La dotation de chaque financeur du présent arrêté est versée selon les modalités suivantes :

Cette dotation est attribuée à :

L'Association : AT 65

Identifiant Chorus : 1001225621

N° SIRET : 32298152300051

Adresse : 11, boulevard du Centenaire 65 106 LOURDES

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : Caisse d'épargne Midi-Pyrénées

Domiciliation : CE MIDI-PYRENEES

Code banque : 13135

Code guichet : 00080

Numéro compte : 08102163052

Clé : 48



Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – Exercice 2022 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Affaires sociales, Santé et Droits des femmes
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	304-D034-DD65	UO DEPARTEMENTALE
Organisation d'achat	B001	Bloc 2
Centre de coût :	DDCC065065	DDETSPP65
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélares
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	
Code activité	030450161601	Services tutélares
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

#### ARTICLE 5 :

En application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement de 2021 s'élève à 65 422,45 €.

Considérant que la dotation de financement n'a pas pu être arrêtée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, et en application de l'article R. 314-108 du code de l'action sociale et des familles, l'autorité chargée du versement a réglé jusqu'à ce jour des acomptes mensuels, égaux au douzième du montant de la dotation globale de l'année 2021, soit 65 422,45 € mensuels multipliés par sept mois, soit un montant total de 457 957,15 €.

#### ARTICLE 6 :

La nouvelle tarification 2022 entre en vigueur au premier jour du mois suivant la signature du présent arrêté. Conformément à l'article R. 314-35 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté a pour objet de procéder à une régularisation des acomptes personnels versés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le mois d'entrée en vigueur du nouveau tarif et de définir le montant des versements mensuels restant à couvrir jusqu'à la fin de l'exercice.

Ces montants se décomposent ainsi :

(a) : Montant annuel dû au titre de la part État de la DGF 2022 : 885 046,09 € (article 3) ;

(b) : Montant des acomptes effectivement versés à cette date, sur la base de la DGF 2021 : 457 957,15 € ;

(c) : Montant total restant à verser au titre de 2022 (=a – b) : 427 088,94 € .

#### ARTICLE 7 :

Le comptable assignataire de la dépense est le directeur régional des finances publiques de la région Occitanie.



**ARTICLE 8 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie soit hiérarchique auprès du Ministère des solidarités et de la santé dans les deux mois suivant la notification.

Les recours contentieux dirigés contre le présent arrêté en application de l'article L 351-1 du code de l'action sociale et des familles doivent être formés devant le Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux – 17 Cours de Verdun 33 074 Bordeaux-cedex dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

**ARTICLE 9 :**

Une copie du présent arrêté sera notifiée au service concerné, au conseil départemental et au comptable assignataire.

**ARTICLE 10 :**

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

**ARTICLE 11 :**

La secrétaire générale de la préfecture et le directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Toulouse, le 8 septembre 2022

Pour le Préfet et par délégation,  
Pour le Directeur Régional par intérim et par  
délégation,  
Le Directeur Régional Adjoint responsable du  
pôle Cohésion sociale, formation,  
certification,

  
Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2022-09-08-00023

Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par UDAF 65



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction Départementale de l'Emploi,  
du Travail, des Solidarités et de la Protection  
des Populations des Hautes-Pyrénées**

**Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation Globale de Financement  
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par  
l'UDAF des Hautes-Pyrénées, 10 quater rue Jean Larcher 65 000 TARBES**

Le préfet de la région Occitanie,  
Préfet de Haute-Garonne,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

- Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-1, L. 314-4, L. 314-5, L. 314-7, L. 361-1 et ses articles R. 314-1 et suivants ;
- Vu** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi no 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** l'arrêté du 25 avril 2022 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu** l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2022/100 du 7 avril 2022 relative aux orientations de l'exercice 2022 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales ;
- Vu** le rapport d'orientation budgétaire établi pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de la région Occitanie ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n°65-2021-03-25-00001 du 25 mars 2021 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- Vu** la décision du 3 mai 2022 portant subdélégation de signature du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;
- Vu** la délégation de gestion du 12 avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, dénommé le « délégant » et le directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations des Hautes-Pyrénées, dénommé le « délégataire » ;
- Vu** les propositions budgétaires pour l'exercice 2022 déposées au moyen de la plate-forme e-FSM par la personne ayant qualité pour représenter le service susvisé reçues le 29 octobre 2021 ;

- Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 14 juin 2022 ;
- Vu la réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'UDAF des Hautes-Pyrénées reçue le 15 juin 2022 ;
- Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2022, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 24 juin 2022 ;
- Vu le visa n° 449/2022 du contrôleur budgétaire en date du 4 août 2022 ;

Sur proposition du directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations des Hautes-Pyrénées ;

**Arrête :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du service MJPM de l'UDAF des Hautes-Pyrénées sont autorisées et réparties comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants autorisés 2022			
		Colonne A	Colonne B (ETP suppl.)	Colonne C* (revalorisation salariale)	Total (A+B+C)
<b>Dépenses</b>	Groupe I – Dépenses afférentes à l'exploitation courante	173 971,00 €			173 971,00 €
	Groupe II – Dépenses afférentes au personnel	1 763 707,00 €	0,00	83 704,88 €	1 847 411,88 €
	Groupe III – Dépenses afférentes à la structure	212 647,00 €			212 647,00 €
	<i>Reprise déficit antérieur</i>	0,00			0,00
	<b>Total des dépenses (I+II+III)</b>	<b>2 150 325,00 €</b>	<b>0,00</b>	<b>83 704,88 €</b>	<b>2 234 029,88 €</b>

<b>Recettes</b>	Groupe I – Produits de la tarification	1 818 553,74 €	0,00	83 704,88 €	1 902 258,62 €
	Groupe I – Produits de la participation des personnes	230 000,00 €			230 000,00 €

Groupe II – Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00			0,00
Groupe III – Produits financiers et produits non encaissables	14 000,00 €			14 000,00 €
Reprise excédent antérieur	87 771,26 €			87 771,26 €
<b>Total des recettes (I+II+III)</b>	<b>2 150 325,00 €</b>	<b>0,00</b>	<b>83 704,88 €</b>	<b>2 234 029,88 €</b>

\*S'agissant de crédits fléchés, ils ne doivent pas être utilisés pour le financement d'autres dépenses, notamment si les crédits alloués s'avèrent supérieurs aux besoins.

En application de l'arrêté du 25 avril 2022 et de l'instruction du 7 avril 2022 susvisés, les dépenses et recettes prévisionnelles sont autorisées et réparties en trois catégories de dépenses et de recettes et inscrites respectivement dans les colonnes A, B et C du présent tableau.

**ARTICLE 2 :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, la dotation globale de financement du service MJPM de l'UDAF des Hautes-Pyrénées est de 1 818 553,74 euros.

**ARTICLE 3 :**

La dotation globale de financement, fixée à l'article 2, est répartie de la manière suivante :

I-En colonne A, en application de l'article du I de l'article L. 361-1 du code susvisé :

1° La dotation versée par l'État est fixée à 99,7% de la dotation globale, soit un montant de 1 813 098,08 euros ;

2° la dotation versée par le conseil départemental des Hautes-Pyrénées est fixée à 0,3% de la dotation globale, soit un montant de 5 455,66 euros.

II-En colonnes B et C, La dotation indiquée est versée par l'État soit un montant de 83 704,88 euros.

Le montant total de la DGF versé par l'État pour les colonnes A, B et C est de 1 896 802,96 euros.

**ARTICLE 4 :**

La dotation de chaque financeur du présent arrêté est versée selon les modalités suivantes :

Cette dotation est attribuée à :

L'Association : UDAF des Hautes-Pyrénées

Identifiant Chorus : 1001241162

N° SIRET : 77716927700053

Adresse : 10 quater rue Jean Larcher, 65 000 TARBES

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : Crédit Agricole Pyrénées Gascogne

Domiciliation : Agence de Tarbes

Code banque : 16906

Code guichet : 02025

Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – Exercice 2022 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Affaires sociales, Santé et Droits des femmes
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	304-D034-DD65	UO DEPARTEMENTALE
Organisation d'achat	B001	Bloc 2
Centre de coût :	DDCC065065	DDETSPP65
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélares
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	
Code activité	030450161601	Services tutélares
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

#### ARTICLE 5 :

En application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement de 2021 s'élève à 148 510,96 €.

Considérant que la dotation de financement n'a pas pu être arrêtée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, et en application de l'article R. 314-108 du code de l'action sociale et des familles, l'autorité chargée du versement a réglé jusqu'à ce jour des acomptes mensuels, égaux au douzième du montant de la dotation globale de l'année 2021, soit 148 510,96 € mensuels multipliés par sept mois, soit un montant total de 1 039 576,72 €.

#### ARTICLE 6 :

La nouvelle tarification 2022 entre en vigueur au premier jour du mois suivant la signature du présent arrêté. Conformément à l'article R. 314-35 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté a pour objet de procéder à une régularisation des acomptes personnels versés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le mois d'entrée en vigueur du nouveau tarif et de définir le montant des versements mensuels restant à couvrir jusqu'à la fin de l'exercice.

Ces montants se décomposent ainsi :

**(a) : Montant annuel dû au titre de la part État de la DGF 2022 : 1 896 802,96 € (article 3) ;**

**(b) : Montant des acomptes effectivement versés à cette date, sur la base de la DGF 2021 : 1 039 576,72 € ;**

**(c) : Montant total restant à verser au titre de 2022 (=a – b) : 857 226,24 €.**

#### ARTICLE 7 :

Le comptable assignataire de la dépense est le directeur régional des finances publiques de la région Occitanie.

**ARTICLE 8 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie soit hiérarchique auprès du Ministère des solidarités et de la santé dans les deux mois suivant la notification.

Les recours contentieux dirigés contre le présent arrêté en application de l'article L 351-1 du code de l'action sociale et des familles doivent être formés devant le Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux – 17 Cours de Verdun 33 074 Bordeaux-cedex dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

**ARTICLE 9 :**

Une copie du présent arrêté sera notifiée au service concerné, au conseil départemental et au comptable assignataire.

**ARTICLE 10 :**

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

**ARTICLE 11 :**

La secrétaire générale de la préfecture et le directeur départemental de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Toulouse, le 8 septembre 2022

Pour le Préfet et par délégation,  
Pour le Directeur Régional par intérim et par  
délégation,  
Le Directeur Régional Adjoint responsable du  
pôle Cohésion sociale, formation,  
certification,

  
Régis CORNUT



DREETS OCCITANIE

R76-2022-08-19-00003

Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation  
Globale de Financement du service mandataire  
judiciaire à la protection des majeurs géré par  
UDAF 82



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
OCCITANIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi  
du travail et des solidarités**

**Direction départementale de l'emploi,  
du travail, des solidarités  
et de la protection des populations  
de Tarn-et-Garonne**

**Arrêté fixant pour l'année 2022 la Dotation Globale de Financement  
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs géré par  
l'Union départementale des associations familiales (UDAF) de Tarn-et-Garonne  
3, place Alexandre 1<sup>er</sup> - CS 90320 – 82003 MONTAUBAN CEDEX**

Le préfet de la région Occitanie,  
Préfet de Haute-Garonne,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'ordre national du Mérite,

- Vu** le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-1, L. 314-4, L. 314-5, L. 314-7, L. 361-1 et ses articles R. 314-1 et suivants ;
- Vu** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- Vu** l'arrêté du 25 avril 2022 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu** l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2022/100 du 7 avril 2022 relative aux orientations de l'exercice 2022 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales ;
- Vu** le rapport d'orientation budgétaire établi pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de la région Occitanie ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n° 82-2018-12-28-001 du 28 décembre 2018 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- Vu** la décision du 3 mai 2022 portant subdélégation de signature du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;
- Vu** la délégation de gestion du 12 avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, dénommé le « délégrant » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de Tarn-et-Garonne, dénommée la « délégataire » ;
- Vu** les propositions budgétaires pour l'exercice 2022 déposées au moyen de la plate-forme e-FSM par la personne ayant qualité pour représenter le service susvisé reçues le 28 octobre 2021 ;
- Vu** les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 13 juin 2022 et par courrier électronique avec accusé de réception du 13 juin 2022 ;

- Vu** la réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Union départementale des associations familiales de Tarn-et-Garonne reçue le 15 juin 2022 ;
- Vu** la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2022, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 24 juin 2022 ;
- Vu** le visa n° 398/2022 du contrôleur budgétaire en date du 13 juillet 2022 ;
- SUR** proposition de la directrice départementale l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de Tarn-et-Garonne,

**Arrête :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'UDAF de Tarn-et-Garonne sont autorisées et réparties comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants autorisés 2022			
		Colonne A	Colonne B (ETP suppl.)	Colonne C* (revalorisation salariale)	Total (A+B+C)
<b>Dépenses</b>	Groupe I - Dépenses afférentes à l'exploitation courante <i>dont 10 000,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	143 020,00 €			143 020,00 €
	Groupe II - Dépenses afférentes au personnel	2 077 475,00 €	0,00 €	92 077,00 €	2 169 552,00 €
	Groupe III – Dépenses afférentes à la structure <i>dont 17 000,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	278 278,00 €			278 278,00 €
	Reprise déficit antérieur	0,00 €			0,00 €
	<b>Total des dépenses (I+II+III)</b>	<b>2 498 773,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>92 077,00 €</b>	<b>2 590 850,00 €</b>

<b>Recettes</b>	Groupe I - Produits de la tarification <i>dont 27 000,00 € de CNR dont l'affectation est précisée dans le rapport budgétaire</i>	2 217 473,00 €	0,00 €	92 077,00 €	2 309 550,00 €
	Groupe I - Produits de la participation des personnes	270 000,00 €			270 000,00 €

Groupe II – Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €			0,00 €
Groupe III – Produits financiers et produits non encaissables	11 300,00 €			11 300,00 €
Reprise excédent antérieur	0,00 €			0,00 €
<b>Total des recettes (I+II+III)</b>	<b>2 498 773,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>92 077,00 €</b>	<b>2 590 850,00 €</b>

\*S'agissant de crédits fléchés, ils ne doivent pas être utilisés pour le financement d'autres dépenses, notamment si les crédits alloués s'avèrent supérieurs aux besoins.

En application de l'arrêté du 25 avril 2022 et de l'instruction du 7 avril 2022 susvisés, les dépenses et recettes prévisionnelles sont autorisées et réparties en trois catégories de dépenses et de recettes et inscrites respectivement dans les colonnes A, B et C du présent tableau.

**ARTICLE 2 :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, la dotation globale de financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'UDAF de Tarn-et-Garonne est de 2 309 550,00 euros (dont 27 000,00 euros de crédits non reconductibles).

**ARTICLE 3 :**

La dotation globale de financement, fixée à l'article 2, est répartie de la manière suivante :

I- En colonne A, en application de l'article du I de l'article L. 361-1 du code susvisé :

- 1°) la dotation versée par l'État est fixée à 99,70 % de la dotation globale de financement, soit un montant de 2 210 820,58 euros ;
- 2°) la dotation versée par le conseil départemental de Tarn-et-Garonne est fixée à 0,30 % de la dotation globale de financement, soit un montant de 6 652,42 euros.

II- En colonne C, la dotation indiquée est versée par l'État soit un montant de 92 077,00 euros.

Le montant total de la DGF versé par l'État pour les colonnes A, B et C est de **2 302 897,58 euros**.

**ARTICLE 4 :**

La dotation de chaque financeur du présent arrêté est versée selon les modalités suivantes :

Cette dotation est attribuée à :

L'association : Union départementale des associations familiales de Tarn-et-Garonne  
 Identifiant Chorus : 1000383515  
 N° SIRET : 777 306 366 00058  
 Adresse : 3, place Alexandre 1<sup>er</sup> – CS 90320 – 82003 MONTAUBAN CEDEX

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : CAISSE D'ÉPARGNE  
 Domiciliation : C.E. DE MIDI-PYRÉNÉES (00080)  
 Code banque : 13135  
 Numéro compte : 08100881339  
 Code guichet : 00080  
 Clé : 10

Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées - Exercice 2022 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Solidarités, Autonomie et Personnes handicapées
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	0304-D034-DD82	UOTAR
Organisation d'achat	B001	OA MAP / MEEDDAT
Centre de coût :	DDCC082082	DDETSPP82
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélares
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	
Code activité	030450161601	Services tutélares
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

#### ARTICLE 5 :

En application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement de 2022 s'élève à 191 908,13 euros.

Considérant que la dotation globale de financement n'a pas pu être arrêtée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, et en application de l'article R. 314-108 du code de l'action sociale et des familles, que l'autorité chargée du versement a réglé jusqu'à ce jour des acomptes mensuels, égaux au douzième du montant de la dotation globale de l'année 2021, soit 178 146,29 € mensuels multipliés par sept mois, soit un montant total de 1 247 024,01 €.

#### ARTICLE 6 :

La nouvelle tarification 2022 entre en vigueur au premier jour du mois suivant la signature du présent arrêté. Conformément à l'article R. 314-35 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté a pour objet de procéder à une régularisation des acomptes personnels versés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le mois d'entrée en vigueur du nouveau tarif et de définir le montant des versements mensuels restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Ces montants se décomposent ainsi :

- (a) : **Montant annuel dû au titre de la part État de la DGF 2022 : 2 302 897,58 € (article 3) ;**
- (b) : **Montant des acomptes effectivement versés à cette date, sur la base de la DGF 2021 : 1 247 024,03 € ;**
- (c) : **Montant total restant à verser au titre de 2022 (=a – b) : 1 055 873,55 € ;**
- (d) : **Montant mensuel à verser (= c / nombre de mois restant dû jusqu'à la fin de l'exercice) : 211 174,71 €.**

#### ARTICLE 7 :

Le comptable assignataire de la dépense est le directeur régional des finances publiques de la région Occitanie.

**ARTICLE 8 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, dans les deux mois suivant la notification.

Les recours contentieux dirigés contre le présent arrêté en application de l'article L 351-1 du code de l'action sociale et des familles doivent être formés devant le Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun 33074 Bordeaux-cedex dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

**ARTICLE 9 :**

Une copie du présent arrêté sera notifiée au service concerné, au conseil départemental et au comptable assignataire.

**ARTICLE 10 :**

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

**ARTICLE 11 :**

Le secrétaire général de la préfecture et la directrice départementale de l'économie, de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Toulouse, le vendredi 19 août 2022

Pour le préfet et par délégation,  
Pour le directeur régional par intérim et par délégation,  
Le directeur régional adjoint responsable du pôle  
Cohésion sociale, formation, certification,

  
Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2022-09-21-00015

Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Gîte de l'Ecluse" géré par l'association ESPOIR du département de la Haute-Garonne





**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022  
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)  
« Gîte de l'écluse » géré par l'Association Espoir**

**N° FINESS :310011879**

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 de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L.314-4, L.345-1 et le 8° de son article L.312-1 ;
- VU** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- VU** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- VU** l'avis du contrôleur budgétaire de la région Occitanie relatif à la soutenabilité du budget opérationnel de programme n°177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » du 7 avril 2022 ;
- VU** les délégations de crédits du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » pour l'exercice budgétaire 2022 ;
- VU** l'arrêté ministériel du 12 avril 2022 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article 2022 L.314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8° du I de l'article L.312-1 du même code au titre de l'année 2022 ;
- VU** l'arrêté ministériel du 12 avril 2022 pris application de l'article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale paru au Journal Officiel du 22 avril 2022 ;
- VU** l'arrêté du 19 août 2022 portant modification de l'arrêté du 12 avril 2022 pris en application de l'article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- VU** l'arrêté du préfet de région pris en date du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et de la solidarité, pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » ;
- VU** l'arrêté du 17 juin 2022 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif, validant l'accord du 2 mai 2022 relatif à la mise en place du complément de rémunération aux personnels socio-éducatifs dans le champ de la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales à but non-lucratif (BASSMS) ;
- VU** la décision du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie en date du 3 mai 2022 portant subdélégation de signatures aux agents de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- VU** l'arrêté du préfet du département du 8 août 2017 autorisant l'extension capacitaire du CHRS « gîte de l'écluse » ;

- VU** la délégation de gestion en date du 12 Avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Occitanie, dénommé le « délégant » et d'autre part, le directeur départemental de l'économie du travail et des solidarités dénommée le « délégataire » ;
- VU** le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2022, établi le 4 mai 2022 ;
- VU** le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2022 transmis le 14 juin 2022 ;
- VU** les observations apportées par l'association en date 20 juin 2022 ;
- VU** la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 13 juillet 2022 ;
- CONSIDERANT** l'enquête relative à la mise en œuvre des revalorisations salariales applicables au secteur de l'AHJ et les effectifs (en ETP) éligibles à ces revalorisations au sein du CHRS « Gîte de l'Ecluse »
- SUR** proposition du directeur départemental de l'emploi, du travail et des solidarités ;

### ARRÊTE

#### ARTICLE 1<sup>er</sup> :

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « Gîte de l'Ecluse » géré par l'association Espoir sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en Euros	Total en Euros
<b>Dépenses</b>	Groupe I Dépenses afférentes à l'exploitation courante	28 999,00 €	333 337 € Dont CNR : 12 847 €
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel Dont CNR	253 122 € 12 847 €	
	Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	51 216 €	
<b>Recettes</b>	Groupe I : Produits de la tarification Dont CNR	322 320,00 € 12 847 €	333 337 € Dont CNR : 12 847 €
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	6 500 €	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	0 €	
	Excédent reporté	4 517 €	

#### ARTICLE 2 :

Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Occitanie  
6 esplanade Copernic-Caffarelli - BP 40016 - 31080 TOULOUSE Cedex  
Tél. : 05 62 99 33 11 - site Internet : www.occitanie.dreets.gouv.fr

Pour l'exercice 2022, en complément de la dotation globale de fonctionnement dont le montant est fixé à l'article 1er, la somme allouée en crédits non reconductibles (CNR) accordés au titre du financement de la revalorisation salariale des 3,25 ETP professionnels de la filière socio-éducative éligibles à cette revalorisation au sein du CHRS s'élève à 12 847 €.

La somme correspondante aux crédits non reconductibles est imputée sur la ligne suivante : 0177-01-05-12-13

## **ARTICLE 3 :**

### 3.1. Montant de la compensation versée par l'État

Comme indiqué à l'article 3, au titre de l'année 2022, le montant de la compensation versée par l'État au titre de la revalorisation salariale des professionnels de la filière socio-éducative est fixé à 46 250 €.

Ce montant est calculé comme suit :

- 3,25 ETP déclarés éligibles par l'organisme gestionnaire ;
- multiplié par 5 270 € (montant de compensation sur 12 mois ; soit environ 439 € par mois de compensation) ;
- proratisé en fonction du nombre de mois à compenser à partir du 1er avril 2022.

### 3.2. Nombre d'ETP éligibles déclarés par l'organisme gestionnaire

En date du 28 juin 2022 l'organisme gestionnaire a déclaré 3,25 ETP répondant aux critères d'éligibilité, qui sont réellement revalorisés par l'employeur et qui travaillent sur le CHRS « Gîte de l'Ecluse » .

### 3.3. Nombre de mois de compensation

La compensation est versée en 2022 pour 8 mois (du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 décembre 2022).

### 3.4 Coûts couverts par la compensation

La compensation contribue à couvrir le coût total pour l'employeur de la revalorisation salariale des personnels éligibles (impact sur les cotisations patronales et impact sur les salaires bruts).

L'organisme gestionnaire s'engage à revaloriser effectivement les professionnels identifiés dans la déclaration d'ETP et à affecter ces crédits à la revalorisation salariale de ces salariés.

## **ARTICLE 4 :**

En application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement s'élève à :

- pour les mois de janvier à mars : 25 789 € ;
- pour les mois d'avril à décembre (intégrant les crédits non reconductibles accordés au titre du financement de la revalorisation salariale des professionnels de la filière socio-éducative) : 27 217€ ;

En application de l'article R 314-108 du code de l'action sociale et des familles, considérant que la dotation globale de financement n'a pu être arrêtée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'autorité chargée du versement a réglé jusqu'à ce jour des acomptes mensuels, égaux aux douzièmes du montant de la dotation globale de l'année 2021.

## **ARTICLE 5 :**

Le versement de cette dotation par douzième allouée au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « Gîte de l'Ecluse » géré par l'association Espoir, au titre de l'exercice 2022, est imputé sur les crédits ouverts du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ».

**CHRS :**

**Centre financier :** 0177- D034-DD31

**Référentiel activité :** 0177 0105 1212

**Groupe marchandises :** 12-02-01

**Domaine fonctionnel :** 0177-12-10

**Sur le compte ouvert au nom de :** « ESPOIR »

**Banque :** CAISSE EPARGNE TLSE

**Domiciliation :** TOULOUSE

**N° compte :** FR76 1313 5000 8008 1061 0519 165

**ARTICLE 6 :**

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux, sis : greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux Cédex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification, ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

**ARTICLE 7 :**

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur départemental de l'emploi, du travail et des solidarités du département de Haute-Garonne sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'établissement concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région

Fait à Toulouse, le **21 SEP. 2022**

Pour le préfet et par délégation,  
**Pour le directeur régional de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités et par délégation  
Le directeur régional adjoint responsable du pôle  
cohésion sociale, formation, certification**  
**Régis CORNILLI**

DREETS OCCITANIE

R76-2022-09-21-00016

Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Maison d'à Côté" géré par l'association Olympe de Gouges du département de la Haute-Garonne



**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2022  
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)  
« Maison d'à côté » géré par l'Association Olympe de Gougues**

**N° FINESS :310785027**

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 de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L.314-4, L.345-1 et le 8° de son article L.312-1 ;
- VU** la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- VU** le décret n° 2021-1939 du 30 décembre 2021 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 ;
- VU** l'avis du contrôleur budgétaire de la région Occitanie relatif à la soutenabilité du budget opérationnel de programme n°177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » du 7 avril 2022 ;
- VU** les délégations de crédits du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » pour l'exercice budgétaire 2022 ;
- VU** l'arrêté ministériel du 12 avril 2022 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article 2022 L.314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8° du I de l'article L.312-1 du même code au titre de l'année 2022 ;
- VU** l'arrêté ministériel du 12 avril 2022 pris application de l'article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale paru au Journal Officiel du 22 avril 2022 ;
- VU** l'arrêté du préfet de région pris en date du 27 avril 2022 portant délégation de signature au directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et de la solidarité, pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » ;
- VU** la décision du directeur régional par intérim de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie en date du 3 mai 2022 portant subdélégation de signatures aux agents de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;
- VU** l'arrêté du préfet du département du 7 Novembre 2016 renouvelant l'autorisation du CHRS Maison d'à côté;
- VU** la délégation de gestion en date du 12 Avril 2022 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Occitanie, dénommé le « délégrant » et d'autre part, le directeur départemental de l'économie du travail et des solidarités dénommée le « délégataire » ;

- VU** le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2022, établi le 4 mai 2022 ;
- VU** le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2022 transmis le 14 juin 2022;
- VU** l'absence d'observations apportées par l'association ;
- VU** la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 26 juillet 2022 ;
- SUR** proposition du directeur départemental de l'emploi, du travail et des solidarités ;

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1<sup>er</sup> :**

Pour l'exercice budgétaire 2022, les recettes et les dépenses prévisionnelles du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale géré « Maison d'à côté » par l'association Olympe de Gouges sont autorisées comme suit :

	<b>Groupes fonctionnels</b>	<b>Montants en Euros</b>	<b>Total en Euros</b>
<b>Dépenses</b>	Groupe I Dépenses afférentes à l'exploitation courante	13 182,00 €	117 009,00 €
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	81 201,00 €	
	Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	22 716,00 €	
<b>Recettes</b>	Groupe I : Produits de la tarification	79 999 €	117 009 €
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	37 100 €	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	0	



## ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2022, la dotation globale de financement du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « Maison d'à côté » géré par l'association Olympe de Gouges est fixée à 79 999 € (soixante dix neuf mille neuf cent quatre vingt dix neuf euros).

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à 6 667 € (six mille six cent soixante sept euros)

## ARTICLE 3 :

Le versement de cette dotation par douzième allouée au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « Maison d'à côté » géré par l'association Olympe de Gouges, au titre de l'exercice 2022, est imputé sur les crédits ouverts du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ».

CHRS :

Centre financier : 0177- D034-DD31

Référentiel activité : 0177 0105 1211

Groupe marchandises : 12-02-01

Domaine fonctionnel : 0177-12-11

Sur le compte ouvert au nom de : « ASSOCIATION OLYMPE DE GOUGES »

Banque : CREDITCOOP TOULOUSE

Domiciliation : TOULOUSE

N° compte : FR76 4255 9100 0008 0029 3215 307

## ARTICLE 4 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux, sis : greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux Cédex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification, ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

## ARTICLE 5 :

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur départemental de l'emploi, du travail et des solidarités du département de Haute-Garonne sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'établissement concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région

Fait à Toulouse , le 21 SEP. 2022

Pour le préfet et par délégation,  
Pour le directeur régional de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités et par délégation  
Le directeur régional adjoint responsable du pôle  
cohésion sociale formation, certification  
Régis GORNUT

RECTORAT

R76-2022-09-23-00003

Arrêté portant subdélégation de signature  
rectrice de région académique à DASEN  
actualisée



**Arrêté portant subdélégation de Mme la rectrice de la région académique Occitanie,  
à Monsieur le directeur académique des services de l'Éducation nationale de l'Ariège  
pour l'exercice des missions exercées sous l'autorité fonctionnelle de Mme la préfète**

VU le code de l'action sociale et des familles ;

VU le code du sport ;

VU le code du service national ;

VU la loi n°82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

VU la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;

VU le décret n°97-34 du 15 janvier 1997 modifié relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;

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 le décret n°2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration ;

VU le décret du 5 février 2020 portant nomination de Mme Sophie BÉJEAN rectrice de région académique d'Occitanie ;

VU le décret du 9 août 2021 portant nomination de M. Laurent FICHET en qualité d'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'Éducation nationale de l'Ariège

VU le décret n° 2020-1542 du 9 décembre 2020 relatif aux compétences des autorités académiques dans le domaine des politiques de la jeunesse, de l'éducation populaire, de la vie associative, de l'engagement civique et des sports et à l'organisation des services chargés de leur mise en œuvre ;

VU l'arrêté du 18 décembre 2020 portant organisation de la direction de région académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports Occitanie et des services départementaux de la jeunesse, de l'engagement et des sports de la région académique Occitanie ;

VU l'arrêté préfectoral N°2021-01 portant délégation de signature à madame Sophie BÉJEAN, rectrice de région académique, de la région académique Occitanie, rectrice de l'académie de Montpellier, chancelière des universités.

VU le protocole national conclu le 15 décembre 2020 entre le ministère de l'intérieur et le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports relatif à l'articulation des compétences entre les préfets et les recteurs pour la mise en œuvre, dans les régions et les départements, des missions de l'État dans les champs des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire, de l'engagement civique et de la vie associative ;

VU le protocole départemental de l'Ariège du 18 janvier 2021 entre madame la Préfète de l'Ariège et madame la Rectrice de région académique d'Occitanie relatif à l'articulation des compétences entre le préfet et la rectrice pour la mise en œuvre, dans le département, des missions de l'État dans les champs des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire, de l'engagement civique et de la vie associative

VU l'arrêté préfectoral n° 2021-01 portant délégation de signature de madame la préfète de l'Ariège à madame Sophie BÉJEAN, rectrice de la région académique Occitanie, rectrice de l'académie de Montpellier, Chancelière des universités.

Sur proposition de monsieur le secrétaire général de la région académique Occitanie :

## ARRETE

### Article 1er : Subdélégation

#### 1.1 :

Subdélégation est donnée par Mme Sophie BÉJEAN, rectrice de la région académique Occitanie, de la délégation de signature qu'elle tient de Mme la Préfète de l'Ariège, à :

Monsieur Laurent FICHET, directeur académique des services de l'Education nationale de l'Ariège;

à l'effet de signer, dans le cadre des attributions et compétences du service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de l'Ariège, les actes et décisions suivants dans le domaine de la jeunesse, de l'engagement, du sport et de la vie associative, pour les compétences exercées sous l'autorité fonctionnelle de la préfète de département :

- Toutes correspondances administratives courantes dans les matières du présent article
- Les courriers d'accusés de réception, de consultations réglementaires prévues
- Les décisions et actes administratifs figurant dans la liste énumérée au 1.2

#### 1.2 : En ces matières, la subdélégation est accordée à l'effet de signer :

- \* les courriers relatifs aux propositions d'attribution de la médaille de la jeunesse, des sports et de l'engagement associatif ;
- \* les courriers et actes relatifs à la gestion de la réserve civique ;
- \* Les courriers et actes relatifs à l'agrément des structures d'accueil des volontaires en service civique,
- \* Les courriers relatifs aux travaux préparatoires du collège consultatif départemental du Fonds pour le Développement de la Vie Associative,
- \* tout courrier ou acte prévu par le code de l'action sociale et des familles relatif aux accueils collectifs de mineurs,
- \* tout courrier ou acte prévu par le code du sport relatif aux établissements d'activités physiques et sportives ainsi qu'aux éducateurs sportifs ;
- \* les demandes d'agrément de groupements sportifs et d'associations sportives non affiliés à une fédération sportive agréée ;
- \* les courriers relatifs à l'instruction des demandes d'homologation des enceintes sportives et des circuits de vitesse ;
- \* les courriers relatifs aux travaux préparatoires aux décisions d'approbation des conventions entre les associations sportives et les sociétés sportives ;
- \* les déclarations des titulaires du Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique pour la surveillance des établissements de baignade d'accès payant ;
- \* Les actes administratifs préalables à la décision administrative (courrier de notification d'incapacité, lettre d'injonction, mise en demeure...) ainsi que les documents relatifs aux contrôles administratif, technique et pédagogique des activités physiques et sportives de jeunesse, d'éducation populaire et de loisirs et respect de la réglementation en vigueur pour la protection des usagers et les installations destinées à leur accueil



### 1.3 : En cas d'absence ou d'empêchement

En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Laurent FICHET, inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'Education nationale, la présente subdélégation de signature est exercée par :

Monsieur Romain RAMBAUD, chef du service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports.

Mme Catherine SENE, adjointe au chef du service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de l'Ariège.

#### Article 2 : Exclusions

Sont exclus de la délégation les actes suivants, qui relèvent de la signature exclusive de Mme la Préfète de l'Ariège:

- \* la saisine des juridictions
- \* les lettres aux membres du gouvernement
- \* les lettres aux parlementaires
- \* les lettres aux présidents du conseil régional et du conseil départemental
- \* les décisions de retrait d'agrément des structures d'accueil en service civique, des groupements sportifs et d'associations sportives non affiliés à une fédération sportive agréée
- \* Les arrêtés d'opposition à l'ouverture ou à l'organisation de séjours de vacances et de fermeture, totale ou provisoire, des accueils collectifs de mineurs et des établissements d'activités physiques et sportives.
- \* les décisions de fermeture provisoire ou définitive, totale ou partielle des accueils collectifs de mineurs ainsi que des locaux les hébergeant,
- \* les décisions administratives individuelles de suspension ou d'interdiction d'exercer de manière temporaire ou définitive une fonction particulière ou quelque fonction que ce soit auprès des mineurs, en lien avec des accueils collectifs de mineurs, à l'encontre de toute personne dont le maintien en activité présenterait des risques pour la santé et la sécurité des mineurs fréquentant ces accueils ;
- \* les décisions de suspension, d'interdiction et d'injonction de cesser d'exercer la profession d'éducateur sportif ;
- \* les décisions de fermeture provisoire ou définitive, totale ou partielle des établissements d'activités physiques et sportives ;
- \* les arrêtés refusant d'approuver les conventions par lesquelles une association sportive confie à une société à objet sportif ou à une société d'économie mixte sportive locale l'organisation de manifestations sportives payantes;
- \* la constitution et la composition des comités, commissions et missions d'enquête institués par des textes législatifs ou réglementaires,
- \* l'attribution et la notification des subventions d'investissement accordées aux collectivités territoriales,
- \* les décisions de gestion du domaine public (acquisition, aliénation, affectation),
- \* les mémoires au tribunal administratif,
- \* les ordres de réquisition du comptable public
- \* les décisions de passer outre aux refus de visa de l'autorité chargée du contrôle financier déconcentré en matière d'engagement des dépenses
- \* les refus d'homologation des circuits motorisés, après consultation de la sous-commission départementale de la sécurité routière relative aux épreuves et manifestations sportives.

### Article 3 : Exécution

La présente subdélégation est transmise à Mme la préfète du département de l'Ariège et publiée au recueil des actes administratifs du département de l'Ariège.

Le secrétaire général de la préfecture de l'Ariège et le secrétaire général de la région académique Occitanie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

MONTPELLIER, le 23 septembre 2022



Sophie BÉJEAN

Rectrice de région académique Occitanie

SGAMI SUD

R76-2022-09-20-00005

Arrêté portant délégation ordonnateur  
secondaire SGAMI





**PRÉFET  
DE LA ZONE  
DE DÉFENSE  
ET DE SÉCURITÉ  
SUD**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Secrétariat général  
de la zone de défense et de sécurité Sud**

**Secrétariat général pour l'administration  
du ministère de l'intérieur Sud**

---

**Arrêté du 20 septembre 2022 portant délégation d'ordonnancement secondaire  
des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'Etat  
au titre des différents programmes exécutés par le SGAMI de Marseille  
et le centre de Services Partagés SGAMI de Marseille**

---

**Le Secrétaire général adjoint  
pour l'administration du ministère de l'intérieur sud**

Vu le code de la défense ;

Vu le code de la sécurité intérieure ;

Vu la loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 modifiée relative aux lois de finances ;

Vu le décret n°2014-296 du 6 mars 2014 relatif aux secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'intérieur et modifiant diverses dispositions du code de la défense et de la sécurité intérieure ;

Vu le décret n°2012-1151 du 15 octobre 2012 relatif à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans le département des Bouches-du-Rhône ;

Vu le décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu l'arrêté interministériel du 8 décembre 1993 modifié portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 décembre 2016 portant affectation de Monsieur Hugues CODACCIONI, en qualité d'adjoint au secrétaire général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 mars 2014 portant organisation des secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'intérieur ;

Vu l'arrêté préfectoral du 24 juillet 2014 portant organisation du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI) de la zone de défense et de sécurité sud ;

Vu l'arrêté préfectoral du 09 septembre 2022 portant délégation de signature à Monsieur Hugues CODACCIONI ;

Sur proposition du secrétaire général adjoint pour l'administration du ministère de l'intérieur sud,

## ARRETE

### **ARTICLE 1 portant missions relevant du programme 176 police nationale, pour la zone de défense et de sécurité Sud**

**1 – 1** En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, attaché hors classe, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à Madame Virginie CIMOLI, attachée principale, adjointe au chef du bureau du budget, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administratif de classe normale, à Mme Sandy GUERRY, adjudante, à Mme Leatitita DI MEO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Mme Karine ROBIN-TALON, contractuelle C, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à Monsieur Stéphane SANCHO, secrétaire administratif contractuel, à Monsieur Nicolas VIOU, secrétaire administratif contractuel, à madame Virginie LEVEILLE, Adjointe administrative principale de 2<sup>e</sup> classe, dans CHORUS, la programmation et le pilotage des crédits relevant du programme 176

- BOP n° 7 – BOP zone de défense et de sécurité Sud en qualité de RBOP délégué du **0176-DSUD**,
- BOP n° 1 – « Commandement, soutien et logistique » en qualité de RUO du centre financier **0176-CCSC-DM13**.

**1 – 2** Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement engagés sur le centre financier **0176-CCSC-DM13** qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
ABDECHCHAFI Marine	AHMED Natacha	ANINI Jamale
BALZARINI Eric	BATIFOULIER Nicolas	BAUWENS Nathalie
BEDDAR Hocine	BENTEO Carole	BIET Justine
BONIFAY Anthony	BOUWE Lie	BRIGNON Caroline
CAILLAUD Christine	CAMBON Marie-Ange	CANTAREL Simon
CARACCI Jeremie	CARLÉ Jean-Pierre	CARLI Catherine
CIMOLI Virginie	COLLIGNON Geneviève	COSTANTINI Christine
COSTE Stéphanie	DAMERY Bernard	DI MEO Laetitia
EDRU Myriam	ESTEVE Michaël	FABIE Cyril
FAURE Katie	FAUSSONNE Sandrine	GOURNAY Rémi
GONZALEZ François	GUERRY Sandy	GUILHOU Corinne
GRAL Gregory	HEDHLI Amal	HENRY Christelle
JORDAN Jean-Luc	JEANSELME Sébastien	LATTARD Christophe

LAFROGNE Sylvie	LAMBERT David-Olivier	LE-TARTONNEC Joëlle
LEVEILLE Virginie	LONGUEUTAU Vanaraj	MÂCON Catherine
MARIN Antoine	MARTIN Andréa	MORGANTI Pierre-Dominique
MOUNIER Sandra	NADEAU Sandrine	PASQUIER Vincent
PERINI Jacques	REYNIER Béatrice	ROBIN-TALON Karine
ROUMANE Sonia	SANCHO Stéphane	SANCHEZ Francis
SAUGEZ Loïc	SECCHI Nadia	
SIVY Françoise	VERRELLI Ornella	VIOU Nicolas

Cette procédure dématérialisée sera effectuée sur l'interface informatique CHORUS Formulaire et, le cas échéant, sur des formulaires papiers.

**ARTICLE 2 portant missions relevant du programme 216 conduite et pilotage des politiques de l'intérieur, pour la zone de défense et de sécurité Sud**

2- 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues GODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, attaché hors classe, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à Madame Virginie CIMOLI, attachée principale, adjointe au chef du bureau du budget, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administratif de classe normale, à Mme Sandy GUERRY, adjudante, à Mme Leatitita DI MEO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Mme Karine ROBIN-TALON, contractuelle C, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à Monsieur Stéphane SANCHO, secrétaire administratif contractuel, à Monsieur Nicolas VIOU, secrétaire administratif contractuel, à madame Virginie LEVEILLE, Adjointe administrative principale de 2° classe pour effectuer, dans CHORUS, la programmation et le pilotage des crédits relevant du programme 216 « Conduite et Pilotage des Politiques de l'Intérieur » RUO du centre financier **0216-CSGA-DSUD**.

2 - 2 Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement du SGAMI Sud, sur le centre financier **0216-CSGA-DSUD**, qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
ABDECHCHAFI Marine	ASSILA Myriam	BALZARINI Eric
BAUMIER Marie-Odile	BAUWENS Nathalie	BEDDAR Hocine
BENTEIO Carole	BIET Justine	BRIGNON Caroline
BUSSUTIL Anthony	CARLÉ Jean-Pierre	CHRISOKERAKIS Estelle
CIMOLI Virginie	CLERMONT Magali	COLLIGNON Geneviève
CORDEAU Emilie	DAMERY Bernard	DE OLIVEIRA Valérie

DI MEO Laetitia	ESTEVE Michael	EUDE CARNEVALE Nadège
FABIE Cyril	FAUSSONNE Sandrine	FLORES Cécile
GUERRY Sandy	GOURNAY Rémi	HAMOUDI Cécile
HEDHLI Amal	HENRY Christelle	ISSAUTIER Laurent
JAMS Jean Expedit	JEANSELME Sébastien	LAMBERT David-Olivier
LATTARD Christophe	LE-TARTONNEC Joëlle	LEVEILLE Virginie
MALECKI Jaroslaw	MAZZOLO Carine	MENUSIER Stéphane
MOUNIER Sandra	NADEAU Sandrine	NOURI Anissa
PEREZ Nathalie	PICAN Jacques	PICAVET Hélène
ROBIN-TALON Karine	ROUMANE Sonia	SABATE-DUMONTEIL Karine
SAUGEZ Loïc	SANCHO Stéphane	SAURIN Linda
SCHMERBER Bernadette	SECCHI Nadia	SIVY Françoise
STASSIN Patricia	TAORMINA Alain	TEDDE Anthony
VERDIER Patricia	VERRELLI Ornella	
VERZENI Thierry	VIALARS Marion	VIOU Nicolas

Cette procédure dématérialisée sera effectuée sur l'interface informatique CHORUS Formulaire et, le cas échéant, sur des formulaires papiers.

**2 – 3** En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée pour effectuer le pilotage des crédits de l'UO contentieux police et gendarmerie, centre financier : 0216-CAJC-DSUD, pour constater le service fait et signer les demandes de règlement : à hauteur de 50 000 euros à Monsieur Sébastien TRUET, attaché hors classe, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances et à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, entre 10 000 et 25 000 euros à Monsieur Cyrille CAMUGLI, attaché d'administration de l'État, chef du bureau du contentieux et du conseil juridique, jusqu'à 25 000 euros, à Madame Jeanine MAWIT, attachée d'administration de l'État, cheffe du pôle « contentieux administratif et conseil juridique », jusqu'à 1 500 euros à Madame Laëtitia BEDNARZ, secrétaire administrative de classe supérieure, cheffe de la section « indemnisation et recouvrement » et à Mme Anne BERNARD, secrétaire administrative de classe normale, cheffe de la section "protection juridique".

**2 – 4** Sont autorisés à exprimer les besoins de l'UO. relative aux moyens alloués à la DSIC, en gestion locale du centre financier 0216-CNUM-DSUD, adressés par les chefs de services dûment habilités, Madame Magali CLERMONT attachée d'administration de l'État, Madame Estelle CHRISOKERAKIS, contrôleur des services techniques, Madame Valérie DE OLIVEIRA, secrétaire administrative de classe supérieure, Monsieur Laurent ISSAUTIER, adjoint administratif stagiaire, Monsieur Anthony BUSSUTIL, apprenti, appartenant tous au bureau des Moyens et Activités Transverses de la DSIC, dans la limite des montants fixés, ainsi qu'à constater le service fait.

**2 - 5** Délégation est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, attaché hors classe, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLÉ, attaché hors classe

d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à madame Cécile HAMOUDI, secrétaire administratif de classe normale, Madame Cécile FLORES, adjointe administrative principale seconde classe, Mme Karine SABATE-DUMONTEIL, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, déléguée territoriale de Toulouse à l'effet de certifier le service fait concernant les frais de mission et de formation engagés par les personnels du SGAMI SUD dans le cadre du programme 216.

**ARTICLE 3 portant missions relevant du programme 303 lutte contre l'immigration irrégulière, pour la zone de défense et de sécurité Sud**

**3 – 1** En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, attaché hors classe, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à Madame Virginie CIMOLI, attachée principale, adjointe au chef du bureau du budget, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administratif de classe normale, à Mme Sandy GUERRY, adjudante, à Mme Leatitita DI MEO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Mme Karine ROBIN-TALON, contractuelle C, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à Monsieur Stéphane SANCHO, secrétaire administratif contractuel, à Monsieur Nicolas VIOU, secrétaire administratif contractuel, à madame Virginie LEVEILLE, Adjointe administrative principale de 2° classe pour effectuer, dans CHORUS, la programmation et le pilotage des crédits relatifs au fonctionnement des centres de rétention administrative relevant du centre financier 0303-CLII-DSUD du programme 303.

**3 – 2** Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement du SGAMI Sud, sur le centre financier 0303-CLII-DSUD, qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
BALZARINI Eric	GUERRY Sandy	BIET Justine
CARLÉ Jean-Pierre	DI MEO Laetitia	GOURNAY Rémi
LAMBERT David-Olivier	LE-TARTONNEC Joëlle	MARIN Antoine
ROUMANE Sonia	SANCHO Stéphane	

**ARTICLE 4 portant missions du centre de services partagés CHORUS, pour la zone de défense et de sécurité Sud –MI5PLTF013**

**4 – 1** En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, et :

- à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État adjoint au directeur de l'administration générale et des finances
- à Madame Virginie NATALE, attachée principale d'administration de l'État, chef du CSP SGAMI Sud (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables d'unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les Programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363;
- à Madame Béatrice JAMET, attachée d'administration de l'État, chef du bureau des dépenses courantes (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à

l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les Programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363 ;

- à Monsieur Laurent LUCZAK, attaché d'administration de l'État, chef de bureau de la performance financière (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363 ;
- à Madame Muriel MOSCATELLI, attachée d'administration de l'État, chef de bureau de la performance financière (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363.

**4 – 2** Dans le cadre de l'ordonnancement secondaire des dépenses et des recettes de l'État, délégation est accordée aux agents « responsables », dont les noms suivent, relevant du centre de services partagés CHORUS, en fonction de leur habilitation, aux fins d'exécution dans CHORUS des décisions des prescripteurs, et en particulier pour la validation des demandes de paiement (incluant les loyers de la gendarmerie relevant du P152), des engagements juridiques (incluant les loyers de la gendarmerie relevant du P152), des engagements de tiers, des recettes non fiscales et de la comptabilité auxiliaire des immobilisations :

RESPONSABLES		
APELIAN Josiane	BOUET Marlène	BROTO Liliane
CELENTANO Anne	CHAURIS Josée-Laure	DAL Sylvie
DINOT Anne-Marie	ENGEL Nathalie	GABOURG Martiny
GACONIER Sylvie	GALIBERT Jean-Paul	GANGAI Solange
GRANDIN Catherine	GIL Marlène	IBERSIENE Soazig
JEBALI Wafa	LUCAS Julie	MARQUOIN Isabelle
MATTEI Magali	MTOURIKIZE Nailati	PERRIER Emilie
PISTORESI Leslie	RENAULT Céline	SANCHO Emmanuelle
TAILLANDIER Renaud	TAPON Mélissa	TROMBETTA Aline
VUAILLET Sophie	VAUCHEY Aurore	

**4 – 3** Dans le cadre de l'ordonnancement secondaire des dépenses et des recettes de l'État, délégation est accordée aux agents « gestionnaires », dont les noms suivent, relevant du centre de services partagés CHORUS, en fonction de leur habilitation, aux fins d'exécution dans CHORUS des décisions des prescripteurs et en particulier pour la saisie des demandes de paiement, des engagements juridiques, des engagements de tiers, des recettes non fiscales, de la comptabilité auxiliaire des immobilisations ainsi que de la certification du service fait :

GESTIONNAIRES		
ABBAD Farida	APELIAN Josiane	BAROZZI Elodie
BEL Marie	BERGELIN Sandra	
BOUDENAH Célia	VANHAESEBROUCKE Valérie	BOUET Marlène
BUTI Jacqueline	BOYE Céline	BOYER Marie-Antoinette
CASTELAIN Elisabeth	CELENTANO Anne	CHAURIS Josée-Laure
CLARY Mélanie	HASSANI Kahina	COURCIER Coralie

	DECKERT Lydie	DEGEILH Isabelle
DINOT Anne-Marie	DJERIBIE Ida	DOUNA Sandy
ESCOUBET Romain	ETIENNE GERMAN Hélène	FANISE Magali
FATAN Amira	GIL Marlène	GABOURG Martiny
GACONIER Sylvie	GALIBERT Jean-Paul	GALIBERT Véronique
GANGAI Solange	GELLIBERT Isabelle	GRANDIN Catherine
GRAS Maylis	GUANZOUAI Sarah	HERNANDEZ Emmanuel
HENOUIL Danielle	HNACIPAN Schulz	JAMET Béatrice
JEBALI Wafa	KETCHANTANG Rachel	KWIECIEN Brigitte
DEKHIL Farida	SAMII Laila	LLERENA Nathalie
LUCAS Julie	LUCIANAZ Valérie	LUCZAK Laurent
MAS Morgane	MATEOS Corinne	MATTEI Magali
MONETA-BILLARDELLO Cécile	MARQUOIN-LAROUI Isabelle	MECENERO Eric
MESNARD Céline	NABIL Rajae	NATALE Virginie
NUYTEN Yasmina	OULION Tony	PELLERIN Véronique
PELUSO Virginie	PERRIER Emilie	DEMMANE-DEBBIH Immène
PEYRE Guilhem	PISTORESI Leslie	PLANTEL Laura
RASOANARIVO Damien	RASOANARIVO Norosoa	RENAULT Céline
ROCH Monique	RIFFARD Elisabeth	ROMANELLI Laurent
RUGGIU Audrey	RUGGIU Pierrette	SALAMA Valérie
ESQUIER LIONEL	SALOMONE Fabien	SALVATI Laëtitia
SANCHO Emmanuelle	SERAFINO Neyla	SUMIAN Solange
TAILLANDIER Renaud	TAPON Mélissa	TAVIAN Yannick
TEROATA Raimere	TOUMA Célia	SAVINO Ambre
TROMBETTA Aline	VAUCHEY Aurore	VILLECROZE Valérie
VUAILLET Sophie	MATTA Sylvie à compter du 01/10/2022	

**ARTICLE 5 portant dépenses de personnel, de frais de changement de résidence et de frais médicaux.**

5 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 sera exercée par Madame Françoise SIVY, conseiller d'administration du ministère de l'Intérieur et de l'outre mer, directrice des ressources humaines, Madame Nadia SECCHI, attachée principale d'administration de l'État, adjointe au directeur des ressources humaines, Madame Camille CHEVALLIER, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du pôle d'expertise et de services et Madame Marie-Céline TRISTANI, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du pôle d'expertise et de services, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des dépenses l'État et uniquement :

- pour le ministère 209, programmes 152, 216, 161, 176, 232 et 354;
- pour le ministère 245, programme 147,
- pour le ministère 250, programme 148;



- en vue de la liquidation des dépenses de titre II hors PSOP et de la liquidation des frais de changement de résidence.

En outre, dans le cadre de la pré-liquidation des rémunérations en mode gestion intégrée du système d'information RH, la délégation de signature sera exercée en vue de la signature de certificats ou pièces justificatives adressés au comptable par :

- Madame Catherine LAPARDULA, attachée principale d'administration d'Etat, chef du bureau des personnels administratifs, techniques et scientifiques et, à compter du 25 avril 2022, Madame Camille MADINIER, adjointe au chef du bureau des personnels administratifs, techniques et scientifiques concernant les personnels contractuels;

- Monsieur Michel BOURELLY, attaché principal d'administration d'Etat, chef du bureau des actifs, et Madame Fabienne ROUCAIROL, attachée d'administration d'Etat, adjointe au chef du bureau des actifs, concernant les personnels réservistes et l'avantage spécifique d'ancienneté

5 – 2 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 sera exercée par Madame Françoise SIVY, conseiller d'administration du ministère de l'intérieur et de l'outre mer, directrice des ressources humaines, Madame Nadia SECCHI, attachée principale d'administration de l'Etat, adjointe au directeur des ressources humaines, Madame Isabelle FAU, attachée d'administration de l'Etat, chef du bureau des affaires médicales et sociales, et Monsieur Jean-Laurent GASPARD, attaché d'administration de l'Etat, adjoint au chef du bureau des affaires médicales et sociales, pour la programmation, le pilotage des crédits relatifs aux frais médicaux et la constatation du service fait.

Au titre de la Délégation territoriale de Toulouse, la délégation sera exercée par Madame Catherine FEUILLERAT, attachée principale d'administration de l'Etat, chef du bureau des affaires sociales et Madame Isabelle PEREZ, secrétaire administrative de classe supérieure, adjointe au chef du bureau des affaires sociales, pour la constatation du service fait.

#### **ARTICLE 6**

L'arrêté du 11 janvier 2022 portant délégation d'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'Etat au titre des différents programmes exécutés par le SGAMI Sud et le Centre de Services Partagés SGAMI sud est abrogé.

#### **ARTICLE 7**

Le secrétaire général adjoint pour l'administration du ministère de l'intérieur sud est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures chefs-lieux des régions PACA, Occitanie et Corse.

Fait à Marseille, le 20/09/2022

**Hugues CODACCIONI**

Secrétaire Général adjoint pour l'administration du ministère de l'Intérieur - sud

Le secrétaire général adjoint  
pour l'administration  
du ministère de l'intérieur Sud  
**HUGUES CODACCIONI**

## Liste des porteurs de carte achat UO CCSC-DM13 P176

Nom des Titulaires	Prénom des Titulaires	Montant max par transaction	NIVEAU	UO
BARASCUT	Elie	20 000 €	3	DEL MONTPELLIER
GAROFALO	Christophe	20 000 €	3	DEL MONTPELLIER
GUILLOT	Laurent	20 000 €	3	DEL MONTPELLIER
PIERRE	Eric	20 000 €	3	DEL MONTPELLIER
GRAL	Grégory	10 000 €	3	ANTENNE DE NICE
CONTET	Laetitia	500 €	1	CEZOC
JORDAN	Jean-Luc	1 000 €	3	CEZOC
PRADON	François	500 €	1	CEZOC
ALEJANDRO	Christine	500 €	3	CMC
CAYUELA	Christian	500 €	1	CMC
MEHADJI	Farid	500 €	3	CMC
BONIFAY	Anthony	10 000 €	1	DEL
BORELLO	Franck	250 000 €	3	DEL
CARACCI	Jérémie	10 000 €	3	DEL
PRUNIER	Sébastien	250 000 €	3	DEL
DENIS	Christian	10 000 €	1	DEL AJACCIO
FAURE	Katie	10 000 €	1	DEL AJACCIO
SUSINI	Pascal	10 000 €	3	DEL AJACCIO
CAMBON	Marie-Ange	20 000 €	3	DEL COLOMIERS
CANTAREL	Simon	20 000 €	3	DEL COLOMIERS
DITNAN	Kevin	20 000 €	3	DEL COLOMIERS
KRUMB	Jean-Pierre	20 000 €	3	DEL COLOMIERS
AHMED	Natacha	30 000 €	1	DEL MARSEILLE
ANINI	Jamale	10 000 €	1	DEL MARSEILLE
ARNAUD	William	6 000 €	3	DEL MARSEILLE
BONIFACCIO	Dominique	30 000 €	3	DEL MARSEILLE
BOREL	Didier	30 000 €	3	DEL MARSEILLE
BOUWE	Lie	10 000 €	1	DEL MARSEILLE
DEVAUX	Olivier	5 000 €	3	DEL MARSEILLE
HERNANDEZ	Patrick	30 000 €	3	DEL MARSEILLE
MADDALENA	Lydie	5 000 €	3	DEL MARSEILLE
SPIRIDON	Olivier	30 000 €	3	DEL MARSEILLE
REVENGA	Monique	12 000 €	3	DEL NICE
SCIACCA	Sandro	1 200 €	3	DEL NICE
DESBORDES	Jean-Luc	400 000 €	3	DEL PERPIGNAN
SAUGEZ	Loïc	2 000 €	3	DRH
TOURNAIRE	Michel	1 000 €	3	PREF2A
COSTANTINI	Christine	1 000 €	1	PREF2A CSC
RODILLON	Nicolas	20 000 €	3	CSC
CAILLAUD	Christine	2 000 €	1	PREFECTURE POLICE
LAFROGNE	Sylvie	500 €	1	PREFECTURE POLICE
SANCHEZ	Francis	2 000 €	3	PREFECTURE POLICE
ANZIANI	Thierry	10 000 €	3	SGAMI DEL FURIANI
MARIANI	Sébastien	10 000 €	3	SGAMI DEL FURIANI
RAVENEL	Michel	10 000 €	3	SGAMI DEL FURIANI
ISONI	Joël	10 000 €	3	SGAMI DR2A MAGASIN AUTOMOBILE
POLI	Frédéric	10 000 €	3	SGAMI DR2A MAGASIN AUTOMOBILE
PERINI	Jacques	10 000 €	1	SGAMI SUD DEL BMM
BATIFOULIER	Nicolas	12 000 €	1	SGAMI SUD/DEL/BMM/SLA 06
LONGUETEAU	Vanaraj	2 000,00 €	3	SGAMI SUD / DEL/ BZMM/ PAZ/ MAGASIN
GUILHOU	Corine	2 000,00 €	1	SGAMI SUD / DEL/ BZMM/ PAZ

Liste des détenteurs de carte achat UO CSGA-DSUD P216

Nom des Titulaires	Prénom des Titulaires	Montant max par transaction	NIVEAU	UO
VERZENI	Thierry	1 500 €	1	ANTENNE 34
JAMS	Jean-expedit	1 000 €	1	ANTENNE DE NICE
ASSILA	Myriam	2 000 €	3	CABINET
BAUMIER -leveque	Marie Odile	1 000 €	1	CABINET
CODACCIONI	Hugues	500 €	1	CABINET
COUTON	Frédéric	500 €	1	CABINET
LEMARCHAND	Michel	1 000 €	1	CABINET
PICAN	Jacques	2 000 €	3	CABINET
RIVIERE	Anthony	500 €	1	CABINET
BOUZID	Aicha	2 500 €	3	DAGF
GUILLIOT	David	500 €	1	DAGF
NEUVILLE	Laurence	2 000 €	3	DAGF
TRUET	Sébastien	500 €	1	DAGF
CHANCY	Jean-Michel	1 000 €	1	DEL
LATTARD	Christophe	1 000 €	3	DEL
ROUANET	Rachel	1 000 €	1	DEL
BOYER	Stéphane	700 €	1	DEL COLOMIERS
TAORMINA	Alain	1 000 €	1	DEL MARSEILLE
TAISNE	Eric	2 000 €	3	DI
MONGIU	Patricia	500 €	3	DI
ZANARDI	GIL	2 000 €	3	DI
MACON	Catherine	2 000 €	3	DR CORSE
VERDIER	Patricia	3 500 €	3	DR31
SAUGEZ	Loïc	2 000 €	3	DRH
SIVY	Françoise	1 000 €	1	DRH
BOUTTE	Nicolas	2 000 €	1	DSIC
BRACCI	Fabrice	2 000 €	1	DSIC
BUONO	Cyr	500 €	1	DSIC
MESSAOUDI	Miloud	500 €	3	DSIC
SARAMON	Jacques	500 €	1	DSIC
SABATE	Karine	4 000 €	3	DT31
VIALARS	Marion	1 000 €	1	DT31
KADRI	sabrina	3 500 €	3	DT31
JEANSELME	Sébastien	5 000 €	3	SGAMI SUD DEL
TEDDE	Anthony	1 200 €	1	SGAMI SUD DR2A
EUDE-CARNEVALE	Nadege	1 000 €	3	DEL NICE

SGAMI SUD

R76-2022-09-23-00002

Arrêté portant désignation membres jury CP 13

14

**Arrêté portant désignation des membres du jury pour la procédure de dialogue compétitif relatif au marché public global sectoriel pour la conception, la construction et la maintenance du nouveau commissariat de police des 13ème et 14ème arrondissements de Marseille**

**LE PREFET DE LA ZONE DE DÉFENSE ET DE SÉCURITÉ SUD**

Vu le code de la commande publique notamment ses articles R. 2171-16 et R. 2171-17,

Vu le code de la commande publique, concernant la loi sur la Maîtrise d'Ouvrage Publique, notamment ses articles R.2100-1 à R.2691-1,

Vu le décret NOR : INTA2003420D du Président de la République du 29 juillet 2020, portant nomination de M. Christophe MIRMAND, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, préfet de la zone de défense et de sécurité sud, préfet des Bouches-du-Rhône,

Considérant la délégation de désignation de la direction de l'immobilier du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud en date du le 05/09/2022 aux fins de proposer au pouvoir adjudicateur un représentant des architectes,

Considérant la délégation de désignation de la direction de l'immobilier du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud en date du le 05/09/2022 aux fins de proposer au pouvoir adjudicateur un représentant des ingénieurs de la construction,

Considérant la délégation de désignation de la direction de l'immobilier du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud en date du le 05/09/2022 aux fins de proposer au pouvoir adjudicateur un représentant des économistes,

Considérant l'opération visant la conception, la construction et la maintenance du nouveau commissariat de police des 13ème et 14ème arrondissements de Marseille dont l'estimation prévisionnelle des travaux s'élève à 8 700 000 € d'euros TTC.

Considérant l'avis d'appel public à candidature relatif à la conception, la construction et la maintenance du nouveau commissariat de police des 13ème et 14ème arrondissements de Marseille ; marché publié au BOAMP, avis n° 22-109876 du 12 août 2022 et au J.O.U.E. le 12 août 2022 sous la référence 2022/S 155-438882.

**ARRETE**

**Article 1 :** Le marché public global sectoriel pour la conception, la construction et la maintenance du nouveau commissariat de police des 13ème et 14ème arrondissements de Marseille est passé en application des articles R. 2124-5, R. 2161-24 et suivants du code de la commande publique.

**Article 2 :** Dans le cadre du marché précité, le jury est chargé de rendre un avis motivé sur la sélection des candidats et le jugement des offres finales.

**Article 3 :** La composition du jury est fixée comme suit :

### Membres à voix délibérative

#### Pour l'État :

- Le préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant, **président du jury**,
- Le directeur de l'administration générale et des finances du Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud ou son représentant,
- Le directeur de l'immobilier du Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud ou son représentant,
- Le chef du bureau régional des affaires immobilières de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant,
- Le directeur de l'évaluation de la performance, de l'achat, des finances et de l'immobilier du Ministère de l'Intérieur ou son représentant,
- Le directeur zonal de la sécurité publique sud ou son représentant.

#### Au titre des experts techniques :

- M. Massimo MATTIUSI, architecte proposé par la direction de l'immobilier,
- M. Jean Paul GANDOLFI, ingénieur proposé par la direction de l'immobilier,
- M. Gérald DONADEY, économiste de la construction, proposé par la direction de l'immobilier.

### Membres à voix consultative

- La directrice régionale des finances publiques de Provence Alpes Côte d'Azur ou son représentant,
- La directrice départementale de la protection des populations des Bouches-du-Rhône ou son représentant,
- La cheffe du bureau de la commande publique et des achats de la direction de l'administration générale et des finances du Secrétariat générale pour l'administration du ministère de l'intérieur sud ou son représentant.

**Article 4 :** Les membres du jury n'exerçant pas de fonction administrative percevront une indemnité forfaitaire s'élevant à 250 € par demi-journée de présence effective.

**Article 5 :** Chaque membre du jury dispose d'une voix; les décisions sont prises à la majorité des membres ayant une voix délibérative. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

**Article 6 :** Le jury est valablement constitué si plus de la moitié des membres, dont le président, est présente, dans le cas contraire une deuxième session sera organisée ultérieurement sans exigence de quorum.

**Article 7 :** Le secrétaire général de la zone de défense et de sécurité sud, le directeur de projet chargé du marché public global sectoriel pour la conception, la construction et la maintenance du nouveau commissariat de police des 13ème et 14ème arrondissements de Marseille, sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

**Article 8 :** La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif de Marseille dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Marseille, le

**23 SEP. 2022**

Le préfet de la zone de défense et de sécurité sud,  
préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,  
préfet des Bouches-du-Rhône

Christophe MIRMAND