

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation Habitat Communautaire Soutenu à Toulouse (Home)

Septembre 2022

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 9 juin 2022 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation proposée par le Centre Hospitalier Gérard Marchant. Le comité technique a examiné le projet lors de ses séances du 18 mai 2021, 8 mars 2022 et 19 avril 2022 et a rendu son avis le 13 Septembre 2022.

Ce projet a bénéficié d'une mutualisation de réunions techniques et d'un atelier d'accélérateur organisés pour un projet similaire (projet SIIS) auxquels l'ARS Occitanie a pu participer.

Les maladies psychiatriques représentent la première cause d'invalidité en France et 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 (2021), 340 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein en 2018 dans le secteur psychiatrique, en nette augmentation par rapport à 1991. L'hospitalisation en psychiatrie représente 80 % des dépenses de santé mentale (Verdoux, 2007). Un tiers des hospitalisations sont de longues durées (1 an ou plus) et la durée moyenne est de 55 jours. Les longues hospitalisations en psychiatrie (≥ 292 jours/an) occupent $\frac{1}{4}$ des journées d'hospitalisation en psychiatrie et $\frac{1}{4}$ des lits en psychiatrie (Coldefy M., 2014).

Ces hospitalisations de longue durée seraient dans 60 à 70 % des cas, inappropriées du fait de manque de solutions d'aval (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM, 2011)) et souvent associées à la perte du logement et aux difficultés de réinsertion sociale et en logement autonome (Chapireau, 2002).

Cette situation est constatée aussi dans la Haute Garonne et de manière plus accentuée avec une forte concentration des patients les plus lourds sur les lits d'hospitalisations publics, avec une répercussion sur le fonctionnement des urgences psychiatriques. Selon les données DIM des CHU de Toulouse et CH Gérard Marchand, 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).

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). Leur prise en charge est insatisfaisante et insuffisante avec de nombreux obstacles concernant l'accès à des soins adaptés à cette population :

- Liés aux caractéristiques de cette population : intensité des symptômes, comorbidités addictives, difficultés d'engagement dans les soins, 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.

Or, cette population nécessite un accompagnement global, intensif et proactif qui 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.

Ce modèle d'accompagnement (Assertive Community Treatment - ACT ou Suivi Intensif dans le milieu) a démontré son efficacité à l'étranger (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni) pour les personnes ayant eu une hospitalisation de 100 jours ou plus sur 2 ans (Dieterich, 2017).

Le projet HOME propose ce modèle d'accompagnement pour favoriser la sortie des patients avec de longs séjours d'hospitalisation mais aussi prévenir ces longs séjours et favoriser une réinsertion sociale durable.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de mettre en place sur l'agglomération toulousaine, une équipe de suivi intensif en milieu ordinaire, associée si besoin à un accès facilité à un logement indépendant, pour une file active de 100 personnes 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.

L'objectif poursuivi 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. Le modèle d'organisation proposé est inspiré de « Assertive Community Treatment – ACT » (ou Suivi Intensif dans le milieu), qui a démontré son efficacité à l'étranger (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni) pour la population cible de cette expérimentation.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose la prise en charge de cette population, actuellement essentiellement intra-hospitalière, en ville avec une coordination étroite des secteurs sanitaire, médico-social et social par une équipe mobile pluridisciplinaire constituée par des professionnels des 3 secteurs avec une méthode d'accompagnement peu diffusée en France.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale. Le financement nécessaire comprend la rémunération des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social y compris des pairs aidants, par des organisations du secteur sanitaire. A ce titre, il déroge à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée locale et concerne la région Occitanie.

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans minimum et de 5 ans maximum à compter de l'inclusion du premier patient. Une période de préparation à l'inclusion de 4 mois est prévue après l'autorisation de l'expérimentation. Après la première phase de 3 ans avec un financement mixte à la dotation et au forfait qui devra permettre l'observation de la mise en œuvre effective et le recueil des données pour préciser et ajuster le modèle de financement le plus adapté pour cette population, une deuxième phase optionnelle de 2 ans supplémentaires pourrait être accordée sur la base des résultats de l'évaluation intermédiaire.

Modalités de financement du projet

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 (2 ans supplémentaires) est envisagée proposant un financement à la séquence de soins et au forfait par patient, gradué selon la prise en charge et le profil du patient, en fonction des résultats de la phase 1.

Dans la première phase (3 ans), le financement demandé est destiné à financer le parcours d'accompagnement global des 120 personnes (file active de 100) par une équipe mobile constituée de 17,2 ETP de professionnels (psychiatres, IDE, psychologues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, conseiller d'insertion), y compris des pairs aidants. Ce parcours d'une durée moyenne de 3 ans comprend 3 phases (inclusion dans le dispositif, accompagnement global sanitaire et médico-social, dont gestion des crises, et sortie du dispositif). Le nombre moyen d'heures d'accompagnement par l'équipe par personne et par an est modulable en fonction de la phase (9h pour la phase d'inclusion, 79h pour la phase d'accompagnement global, avec 35h supplémentaires en cas de crise, et 17h en phase de sortie).

Le besoin de financement pour la phase 1 (3 ans) s'élève à un maximum de 3 869 763€ dont 3 431 138 € au titre des prestations dérogatoires prises en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et 438 625 € au titre des coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet financés par le Fonds d'intervention régional (FIR). La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
FISS	905 538 €	1 262 800 €	1 262 800 €	3 431 138 €
FIR	243 250 €	97 687,50 €	97 687,50 €	438 625 €
TOTAL	1 148 788 €	1 360 487,50 €	1 360 487,50 €	3 869 763 €

A titre indicatif, la phase 2 optionnelle de l'expérimentation demanderait un financement complémentaire de 2 720 975 €, dont 2 525 600 € pour les prestations dérogatoires et 195 375 € de frais d'ingénierie, estimé sur la base des coûts de la phase 1, pour le suivi de 65 patients supplémentaires afin de maintenir la 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.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

L'objectif de l'expérimentation est défini explicitement en ce qu'il consiste à développer une offre de soins alternative à l'hospitalisation, à la fois plus pertinente et plus efficiente, dans une logique d'intégration de la prise en charge pour répondre aux différents besoins médicaux et sociaux des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère. Le projet est expérimenté en Occitanie (territoires d'expérimentation).

La durée d'expérimentation, prévue sur 3 ans, est suffisante pour permettre d'étudier la faisabilité du projet (modalités d'organisation, montée en charge, inscription dans un fonctionnement fluide...). Par contre, elle est sans doute un peu limitée pour étudier les impacts du dispositif sur une réduction significative des hospitalisations et de leur durée. Le nombre de personnes incluses est aussi un facteur limitatif à la mesure de résultats quantitatifs solides. Toutefois, la durée de trois ans ne semble pas constituer un obstacle à l'observation qualitative d'évolutions importantes qui pourront être riches en enseignements. Si l'expérimentation est prolongée de 2 ans, les analyses quantitatives seront probablement plus robustes.

L'évaluation s'attachera plus particulièrement à étudier les points suivants :

Sur le plan de la faisabilité :

- L'organisation du recrutement, sa capacité à intégrer la population cible telle qu'attendue et le respect global de la montée en charge telle que prévue par le cahier des charges ; l'adhésion des malades au dispositif et les éventuelles difficultés pour les y maintenir seront également étudiées dans ce cadre. Quid des malades inclus sans leur consentement ?
- La structuration d'une équipe de professionnels permettant la mise en œuvre d'une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle fluide entre les secteurs sanitaire, médico-social et social : comment sont organisés l'identification des besoins des patients puis les relais entre les différents professionnels des différents secteurs ? au-delà de l'équipe, comment se construisent les relations des professionnels de différents secteurs dont l'intervention est nécessaire à la prise en charge des patients ? In fine, comment sont assurées la mise en œuvre et la cohérence des actions en adéquation avec le plan d'intervention individualisé ?
- Comment se construit l'adhésion des professionnels à ces principes et surtout aux modalités de fonctionnement du dispositif ? quelle est leur capacité / facilité à adapter leurs pratiques / mode d'exercice, la disponibilité et l'adaptation des outils techniques / technologiques pour favoriser la coopération interprofessionnelle et leur adoption par les usagers (professionnels ou patients). Quelle est, en vie réelle, la capacité de l'équipe à assurer la majorité des services
- En quoi le modèle économique défini est-il pertinent pour cet objectif de prise en charge ? que permet-il de financer qui ne l'était pas auparavant, en quoi favorise-t-il / incite-t-il à la coopération ? comment les professionnels parviennent-ils à le gérer dans sa mise en œuvre opérationnelle ? quelle soutenabilité financière assure-t-il au modèle d'organisation et de fonctionnement de HOME ? existence de coûts cachés vs situations de rentes ?

Sur le plan de l'efficacité et de l'efficience :

Dans la mesure du possible, cette partie de l'évaluation mobilisera une méthodologie quasi-expérimentale permettant une comparaison de bras intervention avec un groupe témoin construit à partir du SNDS. Les critères sociaux seront évalués quant à eux à partir de comparaisons avec des données de la littérature scientifique ou grise disponible.

Dans ce cadre, les dimensions et critères de l'efficacité / efficience étudiés s'articuleront autour de :

- L'accessibilité : au dispositif lui-même, puis pour les personnes incluses, aux soins psychiatriques et somatiques, aux prises en charge médico-sociales aux prestations sociales nécessaires et au logement, ainsi que le maintien global des personnes dans le dispositif pour la durée cible ;
- La qualité de la prise en charge : le respect du parcours tel que défini par le cahier des charges (i.e. : pour les soins, la prise en charge sociale et médico-sociale), le moindre recours urgences, la réduction du nombre d'hospitalisations en lien avec la pathologie et la réduction des durées de séjour, le maintien et « l'intensité » de la vie sociale et professionnelle.
- L'évolution de la qualité de vie des patients
- La mesure de leur expérience avec le dispositif de prise en charge
- L'efficience : l'évolution comparative des dépenses ; si possible analyse coût-efficacité ou coût-utilité (possibilité à définir par les évaluateurs)

Sur le plan de la reproductibilité

Remise en perspective de l'expérimentation :

- avec les deux autres expérimentations de prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères.
- avec les opinions / perceptions d'autres acteurs (professionnels concernés par le sujet mais non impliqués dans les expérimentations) ; ce deuxième aspect vise à

répondre aux questions : qui sont les potentiels futurs « adoptants » de ce dispositif innovant, qui sont ceux qui pourraient s'y opposer, avec quels arguments ?

- point de vue des représentants des patients
- point de vue des acteurs institutionnels (ministères (santé, social), ARS, Assurance maladie...)

Quelles adaptations faudrait-il faire sur le dispositif expérimental pour favoriser son passage à l'échelle ?

Quels impacts attendus sur la transformation de l'offre de soins en psychiatrie ?

Quel impact budgétaire d'une généralisation ?

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : étant donné que ce projet porté par le CH Gérard Marchant (CHGM) sera mis en œuvre par la Communauté Psychiatrique de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest qui associe le CHGM et le CHU de Toulouse, que ces 2 hôpitaux gèrent l'intégralité des lits d'hospitalisation publique en Haute-Garonne et qu'un fort partenariat est déjà engagé avec des acteurs du secteur social pour le logement, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *caractère efficient* : l'un des résultats attendu à court terme est la réduction du nombre de jours d'hospitalisations pour les personnes accompagnées (sortie plus rapide et prévention de re-hospitalisations) avec un déplacement des dépenses de soins en hospitalisation vers des soins ambulatoires. Cette réduction 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). 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. 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 correspond à l'équilibre financier du projet. Les coûts de l'équipe Home 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.
- *caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle de prise en charge proposant le transfert d'une offre sanitaire et essentiellement intra-hospitalière à une offre ambulatoire médico-sociale en ville, par le déploiement d'un accompagnement de type « suivi-intensif en milieu ordinaire » pour une population n'y ayant pas eu accès en France (seules les équipes de suivi intensif à destination des sans-abris ont été expérimentées et généralisées dans le contexte français). Le modèle de financement mixte avec une partie décroissante en dotation et une partie croissante à la séquence de soins au forfait par patient dès la première phase de l'expérimentation permettra, à partir des données recueillies pendant cette phase, de proposer pour la phase 2 optionnelle, un ajustement du modèle de financement, plus adaptable en fonction des caractéristiques de l'utilisateur et modulable en fonction du parcours de celui-ci.
- *reproductibilité* : le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. Le suivi régulier des indicateurs d'activité en plus des indicateurs d'évaluation, permettra d'observer en détail les différents aspects de la mise en œuvre ainsi que l'adéquation des ressources aux besoins et de faire des ajustements et adaptations de manière très réactive. Cela pourrait favoriser la reproductibilité dans d'autres régions où les conditions observées pourront être appliquées.

Sur la base de constats similaires, l'expérimentation article 51 Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale (SIIS) a été autorisée en mars 2022 à Marseille. Les expérimentations SIIS et HOME se recoupent en particulier sur le modèle d'organisation de soins, mais différent sur le portage (acteurs du secteur social pour

SIIS et du sanitaire hospitalier pour Home) et sur le modèle de financement testé. Ce modèle est similaire en partie et diffère sur la part du financement à la dotation : dotation fixe pendant la durée de l'autorisation (1^{ère} phase de 3 ans) pour SIIS et évolution dynamique entre la part de dotation et la part du forfait au patient pour Home avec financement entièrement au forfait dès la 3^{ème} année de la 1^{ère} phase. La mise en œuvre d'une expérimentation de ce modèle d'organisation sur 2 territoires de 2 grandes agglomérations françaises renforcera les conclusions en particulier sur la transférabilité de ces dispositifs à l'échelle nationale pour ce type de population.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par le directeur général de l'ARS Occitanie, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale