

**Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation  
« Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale des personnes présentant des troubles  
psychiques invalidants et fréquemment hospitalisées en psychiatrie sur deux  
territoires de la ville de Marseille (SIIS) »**

**Décembre 2022**

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 10 octobre 2022 sur le projet de modification du cahier des charges relatif à l'expérimentation proposée par le GCSMS Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat et par le Groupe SOS Solidarités.

Le projet avait bénéficié d'une séance d'accélérateur le 19 septembre 2019 et de plusieurs séquences du 29 au 31 juillet 2020 avant d'obtenir un avis favorable du comité à son autorisation le 26 janvier 2022. L'arrêté d'autorisation a été publié le 18 mars 2022. Le premier patient a été inclus le 1<sup>er</sup> août 2022.

La demande de modification du cahier de charges a fait l'objet de deux réunions techniques et porte sur :

- l'application des revalorisations salariales du personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux accordés par les mesures Ségur et Lafourcade.
- une modification des critères d'inclusions : « au minimum 50 jours d'hospitalisation au total par année pendant au moins 2 années consécutives sur les 3 dernières années précédant l'inclusion » à « patients cumulant plus de 100 jours d'hospitalisation, en 2 séquences ou plus, sur une période de 24 mois au cours des 36 mois précédant la rencontre avec l'équipe et patients hospitalisés en séjour long (>270 jours consécutifs) au cours des 12 mois précédant la rencontre avec l'équipe »
- élargissement du périmètre géographique d'intervention de chacune des équipes mobiles au sein de la ville de Marseille
- clarifications sur la période d'inclusion (1 mois à 6 semaines, à partir de la première prise de contact et vérifications des critères d'inclusion par l'équipe, précisions sur les actions qui formalisent l'inclusion du patient, avant même une formalisation écrite qui est souvent plus longue à obtenir chez cette population)
- précisions sur certaines terminologies employées et corrections d'erreurs matérielles

Le comité technique a examiné la demande de modification du cahier de charges en séance du 27 septembre 2022 et a rendu son avis le 14 décembre 2022.

Les personnes ayant des troubles psychiques invalidants et persistants et ayant des besoins médico-sociaux élevés (population estimée à 100 pour 100 000 habitants) souffrent généralement d'un grand isolement et d'une perte de capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne. Elles ont un recours important aux hospitalisations en psychiatrie et des difficultés majeures à s'engager dans un parcours de soin classique (suivi régulier par les professionnels de santé de ville, recours ponctuel aux services d'urgences et hospitaliers) et dans un parcours de rétablissement (accès à la citoyenneté et à l'inclusion sociale).

Alors qu'elles sont en situation de handicap et/ou d'exclusion sociale manifeste, ces personnes n'ont pas accès à l'offre médico-sociale habituelle car leurs besoins d'accompagnement sont trop élevés et perçus comme relevant uniquement de la psychiatrie. De plus, les dispositifs actuels : sociaux, médico-sociaux mais aussi sanitaires « somatique » et sanitaires « psychiatrique » sont cloisonnés ce qui complique la coordination des parcours. Enfin, l'offre de soin ambulatoire en psychiatrie (Centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour...) paraît souvent insuffisante et en inadéquation avec l'ensemble des besoins de ces personnes.

Les conséquences financières sont importantes : coût élevé des hospitalisations longues ou fréquentes, de la précarité et de l'exclusion sociale associées (logement précaire, incarcérations, troubles de l'ordre public...), comorbidités somatiques et addictives importantes, espérance de vie diminuée d'environ 20 ans.

Cette expérimentation propose de répondre à cette problématique et d'accompagner les bénéficiaires vers un rétablissement médico-social et dans le respect d'un projet de vie de la personne. Elle s'inscrit dans la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie, notamment dans l'axe 3 « améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique ».

### **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place un accompagnement global à destination des personnes présentant des troubles psychiques invalidants (retentissement important des troubles dans le parcours de vie, quel que soit le diagnostic, mais majoritairement schizophrénie ou trouble de l'humeur), des besoins médico-sociaux élevés, et ayant un recours important aux hospitalisations en psychiatrie (patients cumulant plus de 100 jours d'hospitalisation, en 2 séquences ou plus, sur une période de 24 mois au cours des 36 mois précédant la rencontre avec l'équipe et patients hospitalisés en séjour long (>270 jours consécutifs) au cours des 12 mois précédant la rencontre avec l'équipe) par la mise en place de deux équipes mobiles pluridisciplinaires de suivi intensif intervenant sur deux territoires de la ville de Marseille.

L'objectif poursuivi est d'accompagner les bénéficiaires du dispositif vers le rétablissement avec comme principes d'action l'inclusion sociale et l'exercice du pouvoir d'agir (empowerment) : approche par les forces et les ressources des personnes accompagnées, élaboration et application des directives anticipées lors des épisodes de crise, lutte contre le stigmata, soutien et accompagnement directement en milieu ordinaire, dans le respect du rythme, du choix et des préférences des personnes accompagnées. In fine, le projet vise à réduire fortement la dépendance des personnes accompagnées au système de soin hospitalier (institutionnalisation) et à augmenter leur niveau d'inclusion sociale et de recours à la médecine de ville.

Le projet s'inspire des dispositifs éprouvés à l'étranger de type « Assertive Community Treatment » (ACT) ou « suivi intensif dans le milieu » (SIM) mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires intersectorielles qui s'inscrivent dans une dynamique « d'aller vers » et considérés parmi les plus efficaces pour répondre aux besoins de cette population (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni...).

### **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

#### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose d'organiser 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 des équipes mobiles pluridisciplinaires constituées par des professionnels des 3 secteurs et avec une méthode peu diffusée en France.

#### *Dérogation*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les 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. Le financement nécessaire comprend la rémunération des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social y compris des pairs aidants, par des organisations du secteur médico-social.

### **Détermination de la portée de l'expérimentation proposée**

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée locale et concerne la région Provence Alpes Côtes d'Azur.

### 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 financée à la dotation et permettant l'observation de la mise en œuvre effective et le recueil des données pour la construction d'un modèle de financement au forfait, 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 est à la dotation pour la phase 1 de l'expérimentation (3 ans), avec une bascule en phase 2 le cas échéant, vers 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.

Dans la première phase, le financement demandé est destiné à financer le parcours d'accompagnement global des 192 personnes (file active de 160) par deux équipes mobiles, chacune constituée de 12,6 ETP de professionnels (psychiatres, IDE, psychologues, travailleurs sociaux, conseiller d'insertion), y compris des pairs aidants. Ce parcours comprend 3 phases (inclusion dans le dispositif, accompagnement global sanitaire et médico-social, dont gestion des crises, et sortie du dispositif) d'une durée moyenne de suivi de 3 ans. Le nombre moyen d'heures d'accompagnement par l'équipe par personne et par an est modulable en fonction de la phase (7h pour la phase d'inclusion, 68h pour la phase d'accompagnement global, avec 34h supplémentaires en cas de crise, et 13h en phase de sortie).

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé s'élève à 5 765 205 € pour la phase 1 (3 ans) de l'expérimentation. Des coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet sont évalués à 692 710 €, à financer par le Fonds d'intervention régional. La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
<b>FISS</b>	1 921 735 €	1 921 735 €	1 921 735 €	<b>5 765 205 €</b>
<b>FIR</b>	497 056 €	97 827 €	97 827 €	<b>692 710 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2 418 791 €</b>	<b>2 019 562 €</b>	<b>2 019 562 €</b>	<b>6 457 915 €</b>
<b>File active</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	Soit nb de patients distincts sur 3 ans : <b>192</b>
<b>Coût annuel moyen de prise en charge par patient</b>	<b>12 010,84€</b>			

A titre indicatif, la phase 2 optionnelle de l'expérimentation demanderait un financement complémentaire de 4 129 006 €, dont 3 933 351 € pour les prestations dérogatoires et 195 655 € de frais d'ingénierie, estimé sur la base des coûts de la phase 1, pour le suivi de 160 patients supplémentaires 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.

Le nombre prévu de patients (192 personnes réparties sur deux quartiers de la ville de Marseille) comme la durée de l'expérimentation, prévue en deux phases - une première phase expérimentale de 3 ans à compter de la première inclusion puis une seconde phase

de 2 années supplémentaires conditionnée aux résultats des évaluations préliminaires et intermédiaires - apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts liés aux nouvelles modalités de prise en charge et de rémunération des professionnels mis en place dans le cadre du dispositif expérimental.

L'objectif de l'expérimentation est de permettre aux personnes présentant des troubles psychiques invalidants, des besoins médico-sociaux élevés et un recours important aux hospitalisations en psychiatrie d'être accompagnées par des équipes pluriprofessionnelle afin de réduire leur dépendance au milieu hospitalier, de faciliter leur prise en charge en médecine de ville et d'augmenter leur niveau d'inclusion sociale selon leurs propres priorités.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif (en phase 1 via une enveloppe annuelle et en phase 2 via un financement forfaitaire au parcours par patient à définir) se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle.

L'évaluation permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

Concernant la faisabilité / l'opérationnalité du dispositif :

- Le développement de réseaux de collaboration entre les professionnels du médico-social, du travail social, du sanitaire, de la psychiatrie hospitalière, et de la médecine de ville par la clarification de leurs missions ;
- L'articulation avec les dispositifs existants en santé mentale (l'offre de SAVS, SAMSAH, appartements de coordination thérapeutiques...) ;
- La capacité du dispositif à repérer les personnes concernées, grâce aux réseaux de professionnels et aux établissements partenaires notamment, et sa capacité à les inclure dans le dispositif ;
- L'adéquation des outils informatiques utilisés (logiciel TAGALIS) aux besoins de l'expérimentation (gestion du dossier de l'utilisateur, suivi de l'activité, monitoring...) ;
- L'adéquation des modules de formations aux besoins effectifs des professionnels pour améliorer l'accompagnement des usagers ;
- Le déploiement et la maîtrise des outils nécessaires au projet (projet de vie, WRAP, directives anticipées, réunion d'organisation et réunion d'équipe) ;
- L'adéquation de l'offre de soins et d'accompagnement proposée, ainsi que de leur flexibilité, aux besoins des personnes accompagnées.

Concernant l'efficacité et l'efficience :

- La diminution des séjours hospitaliers ou en clinique de longue durée, à la fois dans leur fréquence et leur durée, et de la fréquence de recours aux urgences psychiatriques des personnes accompagnées par le dispositif ;
- L'augmentation du nombre de personnes prises en charge dans le milieu ordinaire, par l'amélioration de l'accès aux soins ambulatoire et l'accès à une prise en charge somatique coordonnée par un médecin généraliste ou un infirmier en pratique avancée ;
- L'amélioration de l'inclusion sociale des personnes accompagnées (logement, emploi, activité sociale non professionnelle, accès aux aides sociales...) en fonction du projet qu'elles ont déterminé ;
- L'amélioration de l'autonomie des personnes suivies dans leur parcours médical psychiatrique et somatique et en particulier la diminution des soins sans consentement ;
- L'adhésion au dispositif et la satisfaction des professionnels du dispositif ainsi que de l'ensemble des professionnels travaillant en collaboration avec les équipes SIIS ;
- L'amélioration de la connaissance des besoins des personnes accompagnées selon leur profil et l'adéquation du forfait constitué lors de la phase 2.

Concernant la reproductibilité du dispositif :

- Les missions effectivement réalisées par les équipes du dispositif SIIS au cours de la phase expérimentale, l'identification des différents profils potentiellement mobilisables ;
- Les conclusions du comité de pilotage (semestriel) et des comités de suivi sur chaque territoire (trimestriel) chargés du suivi de la mise en œuvre de l'expérimentation ;
- Les freins et leviers à la collaboration des équipes avec les réseaux locaux de psychiatrie hospitalière ainsi que du champ sanitaire, médico-social et social, et notamment les différents types de réseaux de collaboration préexistants ;
- La soutenabilité du modèle économique et son adaptation aux différents modèles d'organisations territoriales (dont la mise en place de la formation des professionnels).

**Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *faisabilité opérationnelle* : étant donné que ce projet est co-porté par deux acteurs reconnus du champ médico-social, avec une forte implication partenariale d'établissements sanitaires publics et privés du territoire et plusieurs acteurs des secteurs médico-social et social, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *caractère efficient* : l'un des résultats attendus à court terme est la réduction du nombre de jours d'hospitalisations pour les personnes accompagnées. Sur la base de l'hypothèse d'un coût moyen journalier d'hospitalisation de 405 euros (moyenne nationale) et d'un coût annuel moyen du dispositif par personne de 12 010,84 euros, le point d'équilibre financier pour le financeur est atteint à compter d'une réduction du nombre de jours d'hospitalisation de 29,7 jours (37,1 %) en moyenne pour les 160 personnes accompagnées (12 010,84/405). Les publications étrangères rapportent une diminution d'environ 70 % du nombre de jours d'hospitalisation durant les 2 premières années d'implantation du dispositif. Selon les données des établissements impliqués dans l'expérimentation, le nombre moyen de jours d'hospitalisations de la population cible éligible au dispositif est de 80 jours. Les calculs prenant en compte la diminution annuelle du coût des hospitalisations (3 628 800 €) et le coût annuel de la prise en charge de l'ensemble des 192 personnes distinctes et 160 personnes en moyenne de la file active annuelle (1 921 735 €) produit un impact économique favorable (1 707 065 €) sous réserve de la mise en œuvre effective, de l'adéquation des ressources mobilisées aux besoins de cette population et de l'adhésion et rétablissement effectif de chacune des personnes accompagnées.
- *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 » 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). Une méthode d'accompagnement de type « *place and train*<sup>1</sup> » peu diffusée que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social sera utilisée. Le modèle de financement en deux phases permet, à l'issue d'une période de trois ans de financement médico-social à la dotation, de proposer à partir des données recueillies un modèle de financement à l'utilisateur 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

---

<sup>1</sup> « placer et former » : accompagnement et guidance directement en milieu ordinaire.

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.

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

**Pour le comité technique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale