



**PROVENCE-ALPES-
CÔTE-D'AZUR**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R93-2022-034

PUBLIÉ LE 18 MARS 2022

Sommaire

Agence régionale de santé PACA /

R93-2022-03-17-00001 - ARRÊTÉ MODIFICATIF N° 2022007-0003 relatif au projet d'expérimentation « Dispositif SIIS - Santé mentale » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (97 pages)

Page 3

Agence régionale de santé PACA

R93-2022-03-17-00001

ARRÊTÉ MODIFICATIF N° 2022007-0003 relatif au projet d'expérimentation « Dispositif SIIS - Santé mentale » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

ARRÊTÉ N° 2022007-003

Modifiant l'arrêté n°2022007-002 relatif au projet d'expérimentation « Dispositif SIIS - Santé mentale » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;
- VU la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU le décret du 19 décembre 2018 portant nomination de Monsieur Philippe De Mester, directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, à compter du 15 janvier 2019 ;
- 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 l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé relatif au projet d'expérimentation « dispositif SIIS – Santé mentale » ;
- VU le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRÊTE

Article 1 : Le projet « Dispositif SIIS – Santé mentale » est autorisé à compter du 1^{er} avril 2022 dans les conditions précisées dans le cahier des charges annexé.

Article 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans à partir de l'inclusion du premier patient. Une modification du cahier des charges est nécessaire pour l'extension envisagée de 2 ans supplémentaires.

Article 3 : Le Directeur des politiques régionales de santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Marseille dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application « Telerecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr

1.7 MARS 2022

Pour le Directeur Général de l'ARS Paca
Et par délégation
La Directrice des politiques régionales de santé

Géraldine TONNAIRE





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

Dispositif SIIS – Santé Mentale

Expérimentation d'un dispositif de 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

EMI : Equipe Mobile Inclusive (CMSMH)

SIDIIS : Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale (GROUPE SOS Solidarités)

| | |
|---------------|--|
| EMI | NOM DU PORTEUR : GCSMS - Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat PERSONNES CONTACT : <ul style="list-style-type: none">➤ Dominique TESTART – Administrateur de la CMSMH et directeur financier du CHET dominique.testart@ch-edouard-toulouse.fr - 06 82 38 03 75➤ Emilie COUTRET – Cheffe de service faisant fonction de direction e.coutret@cmsmh.fr - 06 64 43 44 37 |
| SIDIIS | NOM DU PORTEUR : GROUPE SOS Solidarités PERSONNE CONTACT : <ul style="list-style-type: none">➤ Pascal FRAICHARD - Directeur Régional GROUPE SOS Solidarités pascal.fraichard@groupe-sos.org - 06 86 30 59 46 |

Résumé du projet

Le projet SIIS-Santé Mentale (Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale) propose un accompagnement global à destination des personnes présentant des troubles psychiques invalidants¹, des besoins médico-sociaux élevés, et ayant un recours important aux hospitalisations en psychiatrie (Au minimum 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années consécutives sur les trois années précédant l'inclusion) par la mise en place de deux équipes mobiles pluridisciplinaires de suivi intensif intervenant sur deux territoires de la ville de Marseille : les quartiers Est (11^e et 12^e arrondissements, la Penne-sur-Huveaune, Allauch et Plan-de-Cuques) et les quartiers Sud (8^e, 9^e et 10^e arrondissements).

- Ce projet répond aux problématiques suivantes :

1. Les personnes ayant un recours important aux hospitalisations en psychiatrie ont des difficultés majeures à s'engager dans un parcours de soin classique (suivi régulier par les professionnels de

¹ Nous utiliserons ce terme pour qualifier le retentissement important des troubles dans le parcours de vie, quel que soit le diagnostic. Il faut noter cependant que la grande majorité des personnes bénéficiaires du dispositif auront un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de l'humeur.

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...) est globalement stigmatisée.

2. 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.

- **Ce projet propose d'expérimenter un dispositif de suivi intensif centré sur le projet de vie de la personne, sur deux territoires différents de la ville de Marseille avec deux co-porteurs du champ médico-social, et une forte implication partenariale d'établissements sanitaires publics et privés du territoire. Ainsi, le dispositif « SIIS – Santé Mentale » sera composé des équipes suivantes :**

- EMI (Marseille Est) portée par la CMSMH, s'adressera aux personnes ayant un recours important aux hospitalisations dans les unités des secteurs 13G07 et 13G08 du CH Valvert et/ou à la clinique des Quatre Saisons de Ramsay Santé.
- SIDIIS, (Marseille Sud) portée par le GROUPE SOS Solidarité, s'adressera aux personnes ayant un recours important aux hospitalisations dans les unités des secteurs 13G01, 13G05 et 13G06 du CHU Sainte Marguerite de l'AP-HM.

Les équipes EMI et SIDIIS travailleront en concertation avec l'ensemble des partenaires présents sur le territoire : hôpitaux, communautés professionnelles de territoriales de santé et maisons de santé, professionnels de l'accompagnement vers l'emploi, la formation, les activités socioculturelles ou de loisirs, l'accès et le maintien dans le logement ou toutes autres formes d'habitats, groupes d'auto-support et d'entraide mutuelle...

L'approche des équipes EMI et SIDIIS sera axée sur les pratiques orientées 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, plaidoyer pour lutter contre le stigmate et favoriser l'inclusion sociale, soutien et accompagnement directement en milieu ordinaire, dans le respect du rythme, du choix et des préférences des personnes accompagnées, etc.

- **L'innovation sera à la fois organisationnelle** : transfert d'une offre sanitaire et essentiellement intra-hospitalière à une offre ambulatoire médico-sociale, 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), application d'une méthodologie d'accompagnement de type « *place and train*² » peu diffusée que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social ; **et financière** : expérimentation en deux temps permettant, à l'issue d'une période de trois ans de financement forfaitaire médico-social,

² « placer et former » : accompagnement et guidance directement en milieu ordinaire.

de proposer à partir des données recueillies un modèle de financement à l'usager modulable en fonction du parcours de celui-ci.

CHAMP TERRITORIAL :

| | Cocher la case |
|----------|----------------|
| Local | X |
| Régional | |
| National | |

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

| | Cocher la case |
|----------------------------------|----------------|
| Organisation innovante | X |
| <i>Financement innovant</i> | X |
| Pertinence des produits de santé | |

Renseigner le tableau en annexe 2

Contenu

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Description des porteurs | 6 |
| II. | Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation | 7 |
| III. | Contexte et Constats | 13 |
| A. | Santé mentale et troubles psychiques en France | 13 |
| B. | Quelques expériences significatives sur un modèle proche d'équipe de suivi intensif | 15 |
| C. | Constat local et origines du projet | 16 |
| IV. | Objet de l'expérimentation (Résumé) | 19 |
| V. | Objectifs | 19 |
| A. | Objectif général | 19 |
| B. | Objectifs spécifiques et opérationnels | 19 |
| VI. | Description du projet | 24 |
| 1. | Modalités d'intervention et d'organisation proposées (services/parcours/outils) | 24 |
| 2. | Population Cible | 36 |
| 3. | Effectifs concernés par l'expérimentation | 38 |
| 4. | Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation | 39 |
| 5. | Terrain d'expérimentation | 41 |
| 6. | Durée de l'expérimentation | 43 |
| 7. | Gouvernance et suivi de la mise en œuvre | 46 |
| VII. | Financement de l'expérimentation | 48 |
| 1. | Les crédits d'amorçage et d'ingénierie | 48 |
| 2. | Les charges annuelles de l'expérimentation constituant les prestations dérogatoires au titre du FISS | 50 |
| 3. | L'impact financier | 51 |
| 4. | Le modèle de financement envisagé | 53 |
| VIII. | Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation | 56 |
| IX. | Impacts attendus | 58 |
| X. | Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées | 60 |
| XI. | Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation | 61 |
| XII. | Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel | 63 |
| XIII. | Liens d'intérêts | 63 |
| XIV. | Éléments bibliographiques / expériences étrangères | 64 |
| | Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires | 66 |
| | Annexe 2 - Description des porteurs | 68 |

| | |
|---|----|
| Annexe 3. Catégories d'expérimentations | 73 |
| Annexe 4 Construction et synthèse du besoin de financement | 75 |
| Annexe 5. Piste de réflexion pour le financement en phase 2..... | 78 |
| Annexe 6. Hypothèse de parcours | 80 |
| Annexe 7. Descriptifs Métier..... | 88 |
| Annexe 8. Fiche de poste du chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale..... | 90 |
| Annexe 9. Présentation des dispositifs portés par les partenaires hospitaliers associés au projet . | 94 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 96 |

I. Description des porteurs

❖ Le GCSMS- Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat

La Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat – CMSMH a été créée en juillet 2016 sous la forme juridique d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Elle réunit les centres hospitaliers spécialisés, les acteurs du secteur médico-social, les représentants des bailleurs sociaux, des usagers et des familles d'usagers, la ville de Marseille ainsi que la Métropole Aix-Marseille.

❖ Le GROUPE SOS Solidarités

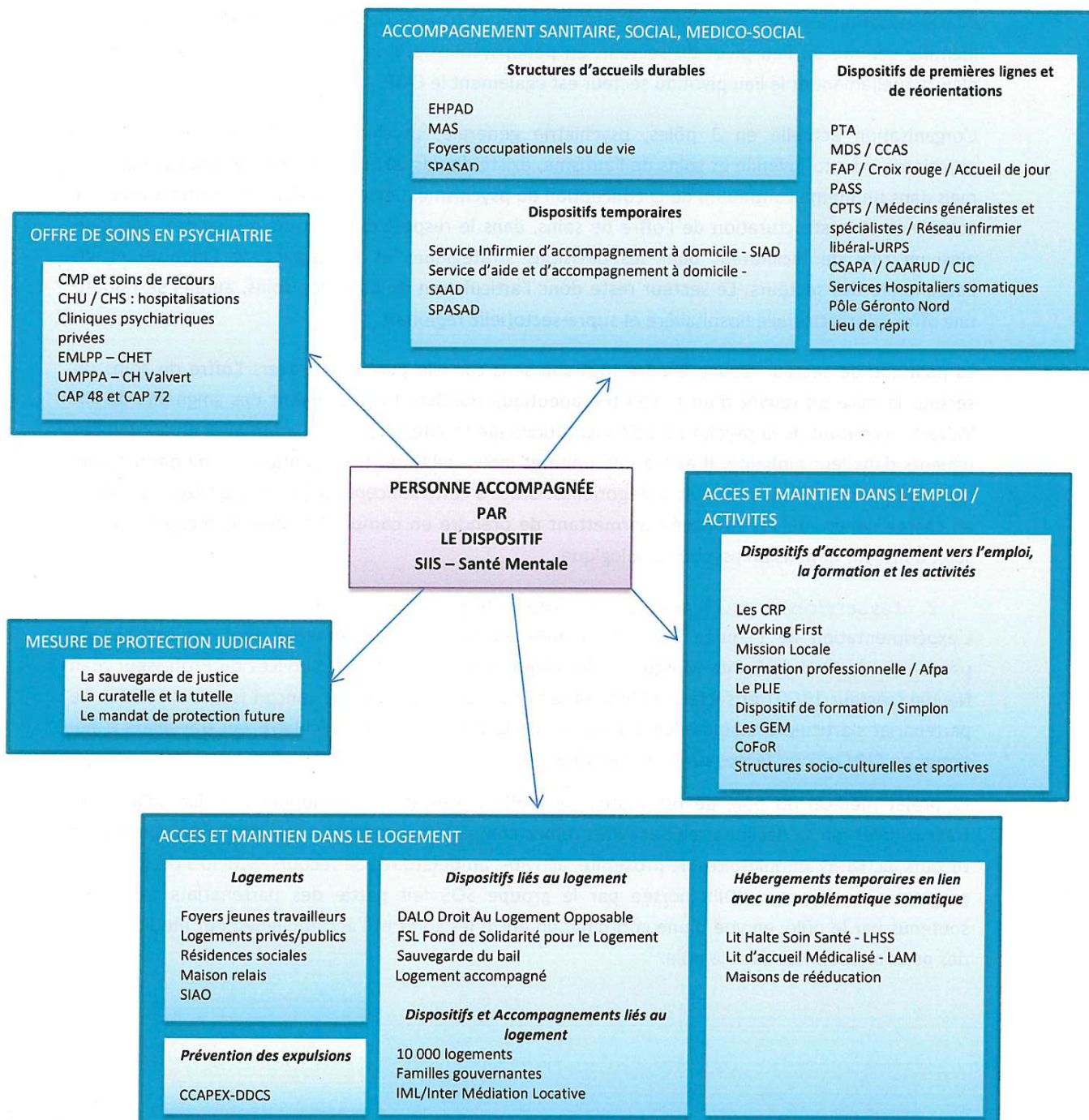
L'Association GROUPE SOS Solidarités regroupe les métiers historiques du GROUPE SOS. Depuis 35 ans, elle s'est construite par la recherche constante de solutions innovantes, pour répondre aux difficultés des personnes en situation de vulnérabilité. Elle porte l'ambition de faire reculer la précarité et de favoriser l'inclusion sociale. A cette fin, GROUPE SOS Solidarités s'est appuyé en 2018 sur 176 établissements et services et a accueilli et accompagné plus de 46.000 bénéficiaires.

Elle se mobilise pour créer de nouveaux dispositifs et dispose pour cela d'une organisation régionale et de fonctions supports mobilisables.

Une description complète des porteurs est disponible en annexe 2.

II. Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

L'ensemble des partenaires implantés sur le territoire marseillais, voire au-delà si nécessaire, seront mobilisables à la carte en fonction des besoins des personnes et en accord avec les projets de vie et soins définis.



1. Le Centre Hospitalier Valvert

Le Centre Hospitalier Valvert est un établissement de santé dont la mission générale est la lutte contre les maladies mentales. Il assure ses missions dans une zone de desserte de 350 000 habitants répartie sur 2 territoires de santé (Marseille et Aubagne-Allauch-La Ciotat) avec de l'hospitalisation temps plein, hospitalisation de jour et consultations en intra-muros et des CMP, CATTP, hôpitaux de jour au plus près des populations en extra-muros.

Le CH Valvert est actuellement composé de 4 secteurs de psychiatrie générale, 2 secteurs infanto-juvéniles, un secteur de la psychiatrie du sujet âgé, un service d'évaluation et soins de l'autisme (SESA). Chaque secteur adulte ainsi que le Pôle Psychiatrie de la Personne Agée (PPPA) disposent d'hospitalisation à temps complet mais aussi de lieux alternatifs (hôpital de jour, etc.) et d'un CMP identifié comme un lieu pivot du secteur. En pédopsychiatrie, il n'y a pas d'hospitalisation temps plein actuellement et le lieu pivot du secteur est également le CMP.

L'organisation actuelle en 3 pôles, psychiatrie générale, psychiatrie de la personne âgée et psychiatrie infanto-juvénile et soins de l'autisme, existe depuis 2011. Ces pôles ont leurs spécificités mais dans un même continuum de la conception du psychisme. Cette organisation permet à la fois la cohérence et la structuration de l'offre de soins, dans le respect du parcours du patient. Elle joue ainsi un rôle de facilitateur dans les décisions stratégiques et le respect de l'identité et de l'autonomie des secteurs. Le secteur reste donc l'articulation de base des soins, auquel se rajoute une offre intersectorielle hospitalière et supra-sectorielle régionale.

La politique de secteur trouve encore tout son sens car elle permet à travers l'offre de soins du secteur la mise en œuvre d'un travail thérapeutique durable. L'attachement des soignants du CH Valvert au courant de la psychothérapie institutionnelle facilite cette articulation avec un accueil des patients dans leur globalité. Il existe une unité et indivisibilité du thérapeutique : une équipe, une continuité et des rencontres multi-catégorielles. Grâce à cette conception du soin partagée, une prise en charge cohérente est proposée permettant de prendre en compte les moyens d'expression du sujet dans leur dimension psychopathologique.

2. Les services de psychiatrie du CHU Sainte Marguerite - AP-HM

L'expérimentation de l'équipe SIDIIS sera mise en œuvre en partenariat avec les services de psychiatrie du CHU de Sainte-Marguerite (territoire Marseille-Sud) : les services du Professeur Jean Naudin (secteur 13G01 et secteur 13G05) et le service du Pr Christophe Lançon (secteur 13G06). Le partenariat s'articulera essentiellement autour de la présence d'un psychiatre qui travaillera à mi-temps au CHU et à mi-temps sur l'équipe SIDIIS.

Le projet médical du pôle de psychiatrie de l'APHM prévoit de développer des axes d'activités transversales qui se déclinent en : activités temps complet de proximité, activités temps complet de recours, activités ambulatoires de proximité, activités ambulatoires de recours, activités de soins non programmés. L'équipe SIDIIS portée par le groupe SOS fait partie des partenariats associatifs soutenus par le pôle, en vue d'une coordination entre les soins et l'accompagnement médico-social des personnes suivies dans le pôle.

3. La clinique des Quatre Saisons – Ramsay Santé

La clinique des Quatre Saisons est située dans le 11^e arrondissement de Marseille. Elle accueille des patients adultes atteints de troubles psychiatriques stabilisés. Sa mission est de les accompagner dans une démarche de réhabilitation psycho-sociale visant leur rétablissement.

Les objectifs sont les suivants :

- Accompagner l'élaboration et la réalisation d'un projet thérapeutique individualisé en vue d'un gain d'autonomie et d'une réinsertion sociale ;
- Activer les ressources et les compétences des patients dans une prise en charge ciblée ;
- Assurer la continuité des soins, avant et après l'hospitalisation ;
- Recréer du lien autour de la personne et travailler autour du maintien du patient dans son environnement en mobilisant des personnes et des professionnels ressources autour de lui ;
- Développer les dispositifs Rétablissement du territoire avec lesquels des partenariats sont créés.

Pour répondre à leurs besoins dans leur parcours de soins et/ou leur parcours de vie, plusieurs modalités de prise en charge sont proposées : 100 lits d'hospitalisation complète dont 10 lits SPEP (Séjour Psycho Educatif Programmé), 10 lits d'hôpital de nuit, 12 places d'hôpital de jour.

4. Un réseau de professionnels de ville

Afin de favoriser le désengagement progressif des professionnels du dispositif SIIS – Santé Mentale, des partenariats seront entretenus avec les acteurs de la santé sur le territoire.

Le suivi en médecine générale et la délivrance des traitements seront assurés par les médecins et infirmiers libéraux, avec l'appui des soignants de l'équipe en particulier dans les situations de crise. Une collaboration informelle avec les professionnels de ville (médecins généralistes, infirmiers libéraux, psychiatres) a été initiée par le Dr Beetlestone dans le cadre de sa pratique de consultations et de restructuration de l'équipe mobile de crise ULICE. Ce réseau servira de base pour le lien du dispositif SIIS – Santé Mentale avec la médecine de ville et sera étendu selon les mêmes principes de disponibilité réciproque et de complémentarité, sur les deux territoires de l'expérimentation.

Les partenariats avec des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) incluant des professionnels de la santé mentale et des communautés professionnelles territoriales de santé seront à privilégier.

Plusieurs Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont en construction sur le territoire marseillais avec une volonté de développer des actions sur le thème de la santé mentale. Des partenariats sont en cours de création avec les CPTS ancrées sur les territoires de Marseille Est et de Marseille Sud (cf. tableau des partenaires). La création du dispositif SIIS – Santé Mentale devrait permettre de favoriser leur participation (médecins psychiatres et généralistes en particulier).

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) aux parcours complexes pourra être sollicitée par le dispositif SIIS – Santé Mentale si nécessaire.

L'accompagnement social soutenu et la réactivité dans les situations de crises seront les atouts principaux des équipes pour convaincre les professionnels de santé de ville de s'investir dans le parcours de soin de la population cible du projet. En effet la réticence des professionnels de santé de ville, notamment des médecins généralistes et psychiatres, à assurer le suivi de la population cible de notre projet semble liée à la complexité des situations notamment sur le plan social et du fait de leur recours fréquent aux hospitalisations [1], or ces freins seront levés au fil du suivi intensif. Le suivi

médical sera nettement simplifié grâce au travail de coordination des soins par les infirmiers des équipes SIIS - Santé Mentale (organisation du parcours et présence si nécessaire aux rendez-vous), aux liens entretenus par les psychiatres des équipes avec les médecins de ville (courriers et courriel, appels téléphoniques), et à l'offre d'accompagnement social de l'équipe.

5. Les autres partenaires sur les questions de santé

- **Les centres de cure en addictologie** (unité de soins du CH de Montpellier, Unité de soin du CH de Laragne, l'hôpital de BUESCH ou de Digne, Clinique Saint Barnabé, Centre hospitalier d'Allauch) : offre de soin ponctuelle pour le sevrage complexe des conduites addictives.
- **Les dispositifs de suivis ambulatoires en addictologie et réduction des risques** : CSAPA, CAARUD, CJC, DICADD13, microstructures, etc. (lorsque le suivi ambulatoire par le dispositif SIIS – Santé Mentale n'est plus suffisant),
- **Les services de médecine, chirurgie et obstétrique** des hôpitaux publics et privés de la ville : lorsqu'une hospitalisation pour des motifs somatiques est nécessaire ; ou pour un avis ponctuel en consultation spécialisée,
- **Le Lieu de répit** : Le Lieu de répit (LDR), porté par l'Association JUST, propose un hébergement temporaire aux personnes traversant un épisode de crise psychique, en alternative à l'hospitalisation. L'accueil et le soutien par l'équipe du LDR, composée en grande partie par des pair-aidants, permet à la personne de trouver des ressources pour la gestion de la crise différente de celles proposées par l'hôpital. Les personnes accompagnées pourront être orientées vers le Lieu de répit durant les épisodes de crise tout en poursuivant le suivi intensif avec le dispositif SIIS – Santé Mentale. Le Lieu de répit sera donc un partenaire ponctuel pour réduire la fréquence et la durée des hospitalisations.

6. Les partenariats pour l'inclusion sociale

Des partenariats privilégiés seront entretenus avec les acteurs et structures de la ville, engagés dans tous les domaines pouvant jouer un rôle dans le parcours de rétablissement des personnes accompagnées. Ces partenariats seront essentiellement informels (connaissance mutuelle, constitution d'un réseau d'acteurs « bienveillants » et ouverts à l'inclusion sociale des personnes portant le stigmate des troubles psychiques), mais des conventions pourront être signées si nécessaire.

➤ **L'auto-support et l'entraide mutuelle :**

Source d'espoir, de soutien social, et d'empowerment, la rencontre avec d'autres personnes ayant vécu des expériences de vie similaires est un des piliers du rétablissement. Les groupes et collectifs d'auto-support et d'entraide mutuelle en santé mentale se sont développés depuis les années 1990-2000 et sont particulièrement actifs à Marseille bien qu'encore insuffisamment connus par les usagers en santé mentale. L'équipe, et surtout les pair-aidants, entretiendra des liens de proximité avec ces dispositifs pour en faciliter l'accès aux personnes accompagnées.

- **Le CoFoR** : Le Centre de Formation au Rétablissement se situe au sein de l'IRTS-PACA, espace éloigné du soin, puisqu'il s'agit d'un lieu de formation (formation des travailleurs sociaux). Le CoFoR propose au-delà de la formation, une offre d'informations et d'auto-support avec :

- Accès à des ressources documentaires pour toute personne cherchant à s'informer. Une médiathèque, une plateforme numérique, des annuaires pratiques sur le bien-être et le rétablissement du territoire, un accueil personnalisé apportent une première réponse aux attentes du public,
 - Participation à des groupes d'auto-support et des ateliers gratuits, sous conditions qu'ils soient orientés bien-être et rétablissement, demandés par les étudiants, ou menés par des pairs.
- **Les Groupe d'entraide mutuelle (GEM) :**

Les GEM sont des associations, créées par la loi de 2005, qui regroupent autour d'un projet commun des adultes souffrant de troubles psychiques et/ou cognitifs. Ces derniers doivent dans un GEM prendre part aux décisions et projets les concernant. Le but poursuivi par les GEM est de favoriser l'insertion dans la société des personnes atteintes de troubles psychiques et/ou cognitifs, en les intégrant dans un tissu social. Les GEM proposent la plupart du temps des activités culturelles, artistiques, sportives à leurs adhérents et encouragent ceux-ci à devenir eux-mêmes animateurs d'activités en fonction de leurs envies et de leurs compétences.

Il existe 4 GEM à Marseille : Les Nomades Célestes, Les sentinelles égalités, La Parenthèse, Le GEM Leo. Ils sont tous accessibles facilement en transports en commun.

- **Les autres associations et collectifs regroupant des personnes directement concernées par les troubles psychiques :** collectif du Lieu de répit, groupe des Entendeurs de voix, Alcooliques et Narcotiques anonymes, Dep'Agir, Bipolaire Provence...

➤ **Les loisirs et activités sociales**

- **Les GEM (cf. ci-dessus) :** Les GEM seront des partenaires privilégiés pour permettre l'accès aux activités de loisirs, notamment pour les personnes ayant peur de subir une forte stigmatisation dans les structures ordinaires et ayant besoin de se retrouver au moins une partie du temps entre « pairs ».
- **Les autres partenariats :** l'équipe pourra se rapprocher, au fil de l'accompagnement des personnes et en fonction des besoins exprimés par celles-ci, de l'ensemble du tissu associatif marseillais. Les associations proposant du bénévolat et de l'échange de services (système d'échange local) seront des partenaires privilégiés car source de reconnaissance d'utilité sociale pour les personnes accompagnées.

7. Les partenaires pour l'emploi

L'emploi est un axe fort d'inclusion sociale. Le dispositif SIIS – Santé Mentale aura recours à des partenariats soit déjà établis avec les secteurs de psychiatrie, soit en lien avec les membres de la CMSMH ou les dispositifs portés par le GROUPE SOS Solidarité puisque pour certains, la question de l'emploi fait partie de leurs compétences (Association Isatis, Sauvegarde 13). Le Conseil local en santé mentale (CLSM) de la ville de Marseille sera également sollicité pour son expertise sur les organisations et expérimentations territoriales existantes déjà à l'œuvre sur ces questions d'accès à l'emploi (Réseaux Synapses etc.).

La CMSMH amorcera des partenariats plus ciblés autour de projet de formation, car nous sommes en cours de réflexion avec **Simplon.co**, réseau de fabriques solidaires et inclusives qui, depuis 2017, est implanté à Marseille. Cette entreprise de l'économie sociale et solidaire propose des formations gratuites aux métiers techniques du numérique via sa formation Simplon4All destinée aux personnes en situation de handicap. Cette formation spécifique pourrait répondre à certains besoins des personnes suivies.

Pour terminer, nous aurons recours aux dispositifs de droits communs **Pôle Emploi / PLIE / Mission locale** (convention en cours.)

8. Les partenaires pour le logement

Les personnes accompagnées peuvent avoir une demande de logement si elles sont hébergées en famille, chez un tiers, en structures sociales, squat, hôtel meublé, ou encore lorsqu'elles sont hébergées à l'hôpital. D'autres souhaitent changer de logement avec parfois une demande de changement de mode de vie pour un habitat partagé (colocation).

Du fait de son statut juridique (GCSMS) et de son objet (Santé Mentale et Habitat), la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat est un groupement mêlant acteurs de la psychiatrie et du logement. Plus d'une vingtaine d'acteurs du logement sont ainsi représentés au sein de la CMSMH ce qui permettra aux équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale de bénéficier d'une expertise reconnue en matière d'accès et de maintien dans le logement (dispositifs existants, modalités d'accès, etc.).

Le GROUPE SOS Solidarités dispose d'un agrément IML afin de déployer des projets d'accès au logement et d'une capacité d'accompagnement social lié au logement grâce à des partenariats enrichis régulièrement avec des bailleurs sociaux (convention avec le bailleur 13 H, une convention en cours de signature avec SOLIHA Provence (IML / gestion locative adaptée)). Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe 1.

III. Contexte et Constats

A. Santé mentale et troubles psychiques en France

Le rapport d'information sur l'organisation de la santé mentale remis en septembre 2019 à l'Assemblée Nationale par la Commission des Affaires Sociales [2] dresse un tableau édifiant de l'état de la psychiatrie en France alors que les besoins ne cessent de s'accroître :

- On estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 million) ont besoin de suivi ou de soin ;
- 8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route) ;
- La France métropolitaine se situe parmi les pays de l'Union Européenne ayant un taux élevé de suicides (par ordre croissant du taux de suicide : 17ème sur 28 en 2014) ;
- Les troubles mentaux (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 22,5 milliards d'euros ;

La situation des personnes souffrant de troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante (5% par an essentiellement en ambulatoire) notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions.

Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie,
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides,
- 13,4 milliards dans le secteur médical,
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

Les données d'activité hospitalière montrent qu'en 2018, 424 000 patients ont été suivis en psychiatrie intra-hospitalière et 2.1 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire [3].

Les conséquences des pathologies psychiatriques sont multiples et impactent aussi bien les personnes qui en souffrent que la collectivité :

- Sur le plan sanitaire, si le risque suicidaire qui les accompagne est bien connu, leurs conséquences en termes de troubles somatiques sont moins souvent évoquées, bien qu'elles se traduisent par un risque accru de mortalité prématurée, en particulier d'origine cardiovasculaire [4] ;
- Sur le plan social, les troubles psychiatriques impactent la vie quotidienne de la personne et de son entourage, ainsi que son insertion professionnelle [5, 6] et peuvent être à l'origine ou associés à des situations d'exclusion [7] ;
- Sur le plan économique, la Cour des comptes estimait en 2011 que le coût indirect de ces troubles (perte de production et perte de la qualité de vie associée), était de 107 milliards d'euros par an. [8]

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans son article 69, a proposé une nouvelle organisation territoriale de la réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques fondée sur les projets territoriaux de santé mentale [9].

Face à cet enjeu de santé publique, une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie a été élaborée en juin 2018 [10].

Les personnes ayant des troubles psychiques invalidants et persistants souffrent généralement d'un grand isolement et d'une perte de capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne. L'enjeu est d'améliorer leurs conditions de vie, leur accès aux soins et leur inclusion sociale. Ce sont les objectifs de la feuille de route santé mentale et psychiatrie pour changer le regard sur ces maladies.

Elle se compose de trente-sept mesures, déclinées autour de trois grands axes d'intervention afin de changer de regard sur la santé mentale et améliorer l'accès aux soins :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les objectifs étant de porter une vision positive de la santé mentale, déterminant essentiel de la santé, et de promouvoir une psychiatrie qui ne soit plus le parent pauvre de la médecine.

Le contexte est marqué par des inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes mises en œuvre par les territoires.

Il s'agit d'adopter une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, et de s'inscrire dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empowerment.

Or, la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures de parcours sont trop nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne correspondant aux capacités et aux choix des personnes sont insuffisants, et la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée.

Par ailleurs, on sait aujourd'hui que les séjours hospitaliers en psychiatrie peuvent avoir des conséquences délétères qui ont été largement documentées, allant de la stigmatisation au développement de symptômes négatifs, en passant par la violence (subie et agie), ou encore la perte progressive de l'autonomie [11]. Compte tenu de ces éléments, mais aussi des découvertes thérapeutiques et des ressources financières importantes que l'hospitalisation temps plein représente [12], son poids dans la prise en charge psychiatrique n'a cessé de diminuer, se matérialisant par des fermetures de lits.

Ce processus s'inscrit dans un mouvement plus global d'organisation des soins, la désinstitutionalisation, qui a gagné à des degrés divers la totalité des pays occidentaux au cours de la 2ème partie du XXème siècle [13]. Loin de se résumer à la fermeture des asiles, la désinstitutionalisation représente le remplacement des séjours de longue durée par des services plus inclusifs et moins concentrationnaires.

La France s'est engagée sur cette voie à partir des années 60, notamment grâce à la politique de secteur. Ainsi, la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a été divisée par plus de deux depuis les années 1980 [14].

Pourtant avec 0.83 lits pour 1000 habitants, notre pays se plaçait au 11^{ème} rang des pays de l'OCDE les plus dotés en lits d'hospitalisation psychiatriques en 2018 [15]. La prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques sévères (c'est-à-dire ayant un retentissement important dans la vie quotidienne) reste fortement hospitalo et médico-centrée et les alternatives insuffisamment développées. 1% seulement de l'activité ambulatoire est réalisée en médico-social, 3% au domicile. De ce fait, on note des hospitalisations longues ou fréquentes, et inadéquates, pour les 100 personnes sur 100 000 habitants qui présentent des troubles psychiatriques sévères et persistants et des besoins médico-sociaux élevés [16].

Parmi les dispositifs les plus efficaces pour répondre aux besoins de cette population figurent les équipes de type « Assertive Community Treatment » (ACT) ou « suivi intensif dans le milieu » (SIM) qui constituent un pivot de nombreux systèmes de soins (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni...).

B. Quelques expériences significatives sur un modèle proche d'équipe de suivi intensif

Au niveau international, les équipes dites d'« Assertive Community Treatment » (ACT) ou de « suivi intensif dans le milieu » ont fait la preuve de leur efficacité, notamment de par leur impact sur la réduction des hospitalisations en psychiatrie [17, 18, 19] et leur intérêt en termes économiques [20].

Les méta-analyses montrent que les personnes suivies par les équipes ACT sont moins susceptibles d'être admises à l'hôpital que celles qui reçoivent des soins habituels et passent moins de temps à l'hôpital. En termes de résultats cliniques et sociaux, des différences significatives entre les dispositifs ACT et la prise en charge habituelle ont été constatées sur la stabilité dans le logement, l'accès et la stabilité dans l'emploi et la satisfaction des patients [21, 22].

Les équipes de suivi intensif sont donc un des piliers de l'accompagnement en santé mentale à l'international, mais restent encore peu développées en France. Les personnes ayant des troubles psychiques invalidants et des besoins médico-sociaux élevés ont pourtant des difficultés majeures à entrer dans un parcours de rétablissement. Les conséquences sur le plan individuel (diminution de l'espérance de vie et de la qualité de vie) et sur le plan collectif (coût important des hospitalisations, incarcérations, hébergement d'urgence ; troubles de l'ordre public...) sont désastreuses.

En France, les rares équipes qui respectent globalement les principes du modèle de suivi intensif ont un pouvoir d'essaimage restreint :

- Les équipes du programme « Un chez soi d'abord » : ce programme a été généralisé en France sous forme d'appartements de coordination thérapeutique et a montré la preuve de son efficacité sur le maintien dans le logement et la réduction des hospitalisations mais il n'est destiné qu'à la population sans domicile fixe de longue durée et l'offre de soins psychiatriques n'y est pas intégrée,
- L'équipe « Habicité » du service de référence pour les pratiques en santé mentale dans la communauté en Europe (Lille Sud Est - 59G21) a un fonctionnement très proche du modèle du suivi intensif. Sa mise en œuvre, depuis une trentaine d'années, a participé à

diminuer fortement les besoins en hospitalisation de la population du secteur (80000 habitants - 7 patients hospitalisés en moyenne sur les 10 lits du secteur, et durée moyenne de séjour de 7 jours, données du RIMP de l'EPSM Lille Métropole³).

Cependant la population cible de l'équipe est hétérogène (environ la moitié des patients n'a pas de besoins élevés mais bénéficie du suivi de l'équipe dans le cadre de la convention des appartements associatifs du secteur). Par ailleurs, l'équipe Habicité reste, malgré sa pluridisciplinarité, une équipe de soins psychiatriques dépendant d'un secteur de psychiatrie (gouvernance et financement sanitaire et non médico-social comme le prévoit le projet SIIS - Santé Mentale), avec par conséquent une approche plus éloignée des pratiques orientées vers le rétablissement qui placent le projet de vie en première ligne plutôt que le projet de soin. Enfin, l'équipe n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse ce qui a probablement freiné la généralisation du dispositif.

C. Constat local et origines du projet

Les porteurs du projet font le constat d'une inadéquation entre les besoins d'une grande partie des usagers de la psychiatrie et les moyens mis en œuvre. Les professionnels rapportent un sentiment d'épuisement et de perte de sens face aux hospitalisations à répétition et aux situations entrainées par les soins contraints (eux-mêmes souvent liés à une insuffisance d'options de prise en charge). L'accès aux dispositifs médico-sociaux comme les SAMSAH, SAVS, appartements de coordination thérapeutique, etc. est perçu comme insuffisant, en particulier pour les personnes ayant des troubles invalidants et très souvent hospitalisées. Ce constat a amené la CMSMH et le GROUPE SOS Solidarités à concevoir le dispositif SIIS – Santé Mentale visant à compléter l'offre médico-sociale en santé mentale.

a) Les origines du projet d'équipe mobile de la CMSMH

Au cours des dernières années, la psychiatrie a évolué vers une plus grande reconnaissance des droits des usagers et vers un développement des suivis en ambulatoire. Le logement est considéré comme un préalable de base pour la santé et c'est également le facteur prioritaire pour travailler à l'inclusion sociale des plus précaires. Mais malgré ces évolutions, on constate des durées ou des fréquences d'hospitalisation en psychiatrie ou en clinique privées en décalage, car confrontés eux-mêmes à la chronicisation de certains patients, pour qui l'hôpital ou la clinique sont les seuls repères stables.

C'est à partir d'une volonté commune que le CH Valvert et la clinique des Quatre saisons - Ramsay se sont engagés dans ce projet car il répond en premier lieu à l'objectif de désinstitutionalisation qui se traduit globalement par une évolution positive de la société, des hôpitaux et cliniques.

- Le projet répond à la notion des parcours des personnes,
- Il tient compte et s'adapte à l'émergence de nouveaux besoins,
- Il permet de vivre mieux dans la cité ou dans des milieux choisis par les personnes,
- Il reprend les concepts d'autonomie, de participation et de citoyenneté.

Les équipes médicales et administratives des deux structures partenaires sont pleinement

³ <https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/SECTEUR%20COEUR%20CITE%20Pr%C3%A9sentation%20du%20p%C3%B4le%20V2016.pdf>

conscientes de l'intérêt d'un tel dispositif pour leurs patients. En effet, ni les cliniques, ni les hôpitaux ne sont dotés d'équipe mobile de suivi intensif à domicile et tous reconnaissent le caractère indispensable d'un accompagnement spécifique pour répondre aux besoins des patients et éviter des hospitalisations en les accompagnant vers plus d'autonomie, en élaborant avec eux afin d'éviter les traumatismes liés aux hospitalisations répétées ou aux hospitalisations au long cours. De plus, la participation à une expérimentation sur un projet innovant représente un enjeu interne important pour les partenaires compte tenu des publics concernés.

b) Les origines du projet d'équipe mobile du GROUPE SOS Solidarités

Depuis une dizaine d'années, les équipes des services de psychiatrie universitaires de Marseille (Pr. Jean NAUDIN et Pr. Christophe LANÇON) ont développé des projets innovants en santé mentale fondés sur les pratiques orientées vers le rétablissement et les recommandations internationales. Les professionnels sont donc sensibilisés aux actions innovantes ce qui a justifié le choix de ce territoire lors de la conception du projet SIDIIS.

Sur le CHU de Sainte Marguerite, l'offre de soin habituelle en psychiatrie générale ambulatoire (centre médico-psychologique, Hôpital de jour, Centre d'activité thérapeutique à temps partiel) a été restructurée pour mieux répondre aux besoins des usagers et aux recommandations internationales : développement d'une équipe de réhabilitation psychosociale, d'une équipe mobile de crise et d'une équipe mobile d'accompagnement vers les activités en milieu ordinaire ; mais ces équipes ne répondent pas aux besoins des personnes souvent ou longtemps hospitalisées et, par ailleurs, l'offre des dispositifs médico-sociaux comme les SAMSAH ou SAVS est perçue comme insuffisante et inadaptée pour cette population . Ce constat a amené les équipes médicales des services des Professeurs Naudin et Lançon à élaborer un projet visant à renforcer massivement l'activité ambulatoire des services de psychiatrie et d'addictologie universitaire d'une part et à promouvoir le développement des dispositifs médico-sociaux en santé mentale d'autre part. Afin de mener à bien la mise en œuvre d'une équipe de suivi intensif médico-sociale répondant aux besoins des personnes longtemps ou fréquemment hospitalisées à l'Hôpital Sainte Marguerite, le Dr Emma Beetlestone, psychiatre ayant travaillé à Lille au sein des équipes de suivi intensif Un chez soi d'abord et Habicité, s'est rapprochée du GROUPE SOS (cf. partie I).

c) Une volonté d'innovation commune

L'expérimentation du dispositif SIIS – Santé Mentale s'inscrit dans un projet plus vaste de transformation globale du système de santé mentale au sein duquel les difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants seraient considérées principalement sous l'angle du stigmate et de l'exclusion sociale et non plus exclusivement sous l'angle de la maladie. Si l'expérimentation fait preuve d'efficacité dans le contexte français, la question de l'échelle de déploiement nécessaire à une transformation globale du système sera posée. En effet, selon les recommandations internationales, les équipes de suivi intensif doivent être déployées dans tous les territoires à raison d'une équipe pour 100 000 habitants environ [20].

Les équipes de type ACT dans les pays anglo-saxons ont pour public cible les personnes très éloignées du soin ou du rétablissement, ce qui englobe la population des personnes longtemps ou souvent hospitalisées (plus de 50 jours sur les deux dernières années) et celles concernées par des addictions sévères, des incarcérations ou encore le sans-abrisme, mais dont le nombre de jours d'hospitalisation

par an est modéré (inférieur à 50 jours). Le projet concerne dans sa phase expérimentale la première population afin de prioriser la bascule des prises en charge sanitaires à temps complet vers l'ambulatoire de ville et le médico-social.

IV. Objet de l'expérimentation (Résumé)

Il est proposé de mettre en place un dispositif de suivi intensif de type équipe mobile à destination des personnes présentant des troubles psychiques invalidants, des besoins médico-sociaux élevés et ayant un recours important à des hospitalisations en psychiatrie (> 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années sur les trois années précédant l'inclusion) afin qu'elles bénéficient d'un accompagnement global en lien avec les acteurs territoriaux nécessaires à la réalisation de leur projet de vie.

- L'Équipe Mobile Inclusive (EMI), portée par la CMSMH, interviendra sur les secteurs marseillais du CH Valvert (11^{ème} et 12^{ème} arrondissements) et des cliniques Ramsay Santé implantées sur ce même territoire,
- L'équipe de Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale (SIDIIS), portée par le GROUPE SOS, interviendra sur le territoire du CHU Ste Marguerite - AP-HM.

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.

V. Objectifs

A. Objectif général

Améliorer l'efficacité de la prise en charge sanitaire et sociale en milieu ordinaire d'une population présentant des troubles psychiques invalidants, des besoins médico-sociaux élevés, ayant un recours important à des hospitalisations en psychiatrie (> 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années sur les trois années précédant l'inclusion).

B. Objectifs spécifiques et opérationnels

Le projet se décline en quatre objectifs spécifiques (OS) :

- OS1 : Favoriser la prise en charge des personnes en milieu ordinaire ;
- OS2 : Accompagner la personne dans tous les aspects de la mise en œuvre de son projet de vie ;
- OS3 : Garantir l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques en coordination avec les différents acteurs et respectueux des choix et préférences des personnes accompagnées ;
- OS4 : Améliorer la pertinence du modèle de financement.

L'ensemble des objectifs opérationnels et des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sont détaillés dans le tableau opérationnel ci-dessous.

| <u>Dispositif SIIS – Santé Mentale</u> | | | |
|--|---|--|--|
| Expérimentation d'un dispositif de suivi intensif pour l'inclusion sociale des personnes présentant des troubles psychiques : les équipes EMI et SIDIS | | | |
| TABLEAU OPERATIONNEL | | | |
| OS1 : Favoriser la prise en charge sanitaire des personnes en milieu ordinaire | | | |
| Objectifs opérationnels (OO) | Modalités de mise en œuvre | Résultats attendus | Indicateurs |
| OO1.1 : Faciliter et accompagner les sorties pour les personnes en hospitalisation de longues durées et / ou hospitalisations répétées (> 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années sur les trois années précédant l'inclusion). | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un accompagnement dès le séjour à l'hôpital afin de fonder l'accompagnement social et les soins sur le projet de vie de la personne. Identification et prise de contact avec les partenaires mobilisables en fonction du projet de vie. | <ul style="list-style-type: none"> Réduction du nombre de jours d'hospitalisations Mobilisation effective des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> Nb d'hospitalisations / durée Nb de projets de vie rédigés Nb de partenaires impliqués |
| OO1.2 : Apporter une réponse aux situations de crises psychiatriques ou psychosociales aux patients inclus dans le dispositif en privilégiant le maintien de la personne dans son lieu de vie dans le respect du choix des personnes. | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un soutien et d'une évaluation renforcés (VAD et contacts téléphoniques quotidiens). Aide à l'élaboration des directives anticipées (DA). Application des DA. Prise en charge ambulatoire intensive et hospitalisation de très courte durée si nécessaire. | <ul style="list-style-type: none"> Diminution des recours aux urgences psychiatriques et/ou aux hospitalisations Toutes les personnes accompagnées ont rédigé des DA. Les DA sont communiquées aux différents acteurs de la prise en charge et à l'entourage. | <ul style="list-style-type: none"> Nb de passages aux urgences / durée Nb d'hospitalisations / durée Nb de DA rédigées Respect effectif des DA |

| OS2 : Accompagner la personne dans tous les aspects de la mise en œuvre de son projet de vie. | | | |
|--|---|--|---|
| OO2.1 : Favoriser l'accès et/ou le maintien dans le logement. | <p>Offrir un accompagnement orienté rétablissement à partir du projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification du mode d'habitat le plus adapté au projet de vie de la personne, - Mobilisation des partenaires, - Accompagnement au maintien dans l'habitat. | <p>Toutes les personnes suivies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ont une solution d'habitat en adéquation avec leur projet de vie - bénéficient d'un accompagnement adapté - Ou sont sans domicile fixe | <ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets de vie rédigés • Type d'habitat / projet de vie • Nb d'accès à l'habitat • Nb de personnes accompagnées • Satisfactions des personnes suivies |
| OO2.2 : Favoriser l'accès aux activités sociales et de loisirs et la création de liens sociaux. | <p>Offrir un accompagnement orienté rétablissement à partir du projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en lien de la personne avec des structures proposant des activités socioculturelles et de loisirs (dispositifs d'auto-supports et groupes d'entraides mutuelles), - Soutien à la création et au maintien de liens sociaux. | Amélioration de l'inclusion sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets de vie rédigés • Nb de partenaires mobilisés / Participation des personnes suivies / satisfaction |
| OO2.3 : Accompagner les personnes vers l'emploi et la formation en milieu ordinaire ou accompagné. | <p>Offrir un accompagnement orienté rétablissement à partir du projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en lien de la personne avec les dispositifs de formation et les structures d'aide à la recherche d'emploi. | <p>Toutes les personnes suivies sont inscrites dans un parcours de formation / accès à l'emploi en adéquation avec leur projet de vie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets de vie rédigés • Nb de retour à l'emploi / formation • Nb de partenaires mobilisés / Participation des personnes suivies / satisfaction |

| | | | |
|---|---|--|---|
| OS3 : Garantir l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques ambulatoires en coordination avec les différents acteurs et dans le respect des choix et préférences des personnes accompagnées. | | | |
| OO3.1 : Favoriser l'accès à des soins psychiatriques ambulatoires respectueux des choix et préférences des personnes accompagnées (CPTS, MSP, CMP, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> Offrir un accompagnement avec un rythme intensif et une approche d'aller vers en lien avec les acteurs impliqués dans le suivi. Mise en place éventuelle de co-suivi le temps de la création du lien. Synthèse régulière avec les acteurs de la prise en charge ambulatoire (CPTS, MSP, CMP, etc.) de la personne s'il y en a. Animation du partage d'informations (avec accord préalable de la personne). | Toutes les personnes incluses ont un suivi ambulatoire en psychiatrie (CPTS, MSP, CMP, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Nb de personnes suivies en psychiatrie Nb d'accompagnement / co-suivi, durées Nb de synthèse avec les acteurs de la prise en charge ambulatoire |
| OO3.2 : Accompagner et soutenir les suivis somatiques des personnes dans un parcours coordonné en lien avec la médecine de ville, infirmiers, psychologues, dentistes, paramédicaux, etc. | <ul style="list-style-type: none"> Prise de contact et accompagnement physique de la personne (si nécessaire) aux différentes consultations. Animation du partage d'informations (avec accord préalable de la personne). | Toutes les personnes incluses bénéficient d'une prise en charge somatique coordonnée par un MG ou un IPA | <ul style="list-style-type: none"> Nb de partenaires mobilisés Nb d'accompagnement, durées |
| OS4 : Améliorer la pertinence du modèle de financement. | | | |
| OO4.1 : Modéliser les parcours des personnes accompagnées. | <ul style="list-style-type: none"> Identification de profils types. Evaluation des besoins des personnes accompagnées en fonction de chaque profil type. | Amélioration de la connaissance des besoins des personnes selon leur profil | <ul style="list-style-type: none"> Identification de profils types Qualification et quantification des besoins / profil type |
| OO4.2 : Affiner le coût de l'accompagnement au regard des besoins et des profils types. | <ul style="list-style-type: none"> Construction d'un modèle de financement cohérent avec le type d'accompagnement | Amélioration du modèle de financement | <ul style="list-style-type: none"> Analyse comparative des modèles de financement actuel / proposé |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

proposé.

VI. Description du projet

1. Modalités d'intervention et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

Le dispositif SIIS – Santé Mentale est un dispositif expérimental à destination de personnes présentant des troubles psychiques sévères.

Les équipes pluridisciplinaires du dispositif SIIS – Santé Mentale proposent un accompagnement et une offre de soin à des personnes fréquemment hospitalisées en psychiatrie, dont les besoins sont trop élevés et/ou complexes pour les équipes médico-sociales habituelles, et qui ont de grandes difficultés à avancer dans leur parcours de vie.

Le modèle d'intervention des équipes sera celui des pratiques orientées vers « le rétablissement » : approche par les forces et les ressources des personnes accompagnées, plaidoyer pour lutter contre le stigmata et favoriser l'inclusion sociale, soutien et accompagnement directement en milieu ordinaire, dans le respect du rythme, du choix et des préférences des personnes accompagnées.

Comme illustré dans les hypothèses de parcours présentées en annexe 6 (schémas Avant/Après), ce type d'intervention vise à transformer les ressources des personnes accompagnées : elles auront au départ comme ressources principales les services sanitaires et sociaux (ressources institutionnelles), et progressivement, leurs ressources principales deviendront « ordinaires », c'est-à-dire les liens sociaux, le travail, les groupes d'entraide, les professionnels de santé de ville, etc.

A. Parcours de la personne

Le parcours de la personne accompagnée par les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale peut se schématiser en trois phases :

- La phase d'inclusion dans le dispositif avec repérage et rencontre des patients remplissant les critères d'inclusion en lien avec les services de psychiatrie partenaires. Cette phase de tissage de lien marque le début de l'accompagnement par le dispositif SIIS – Santé Mentale.
- La phase d'accompagnement qui se décompose en deux volets :
 - o Volet 1 « Accompagnement global » : création du lien avec les professionnels des équipes SIIS – Santé Mentale autour de la construction du projet de vie et identification des acteurs à mobiliser en fonction des différents axes définis par la personne, accompagnement global autour de la mise en œuvre du projet de vie,
 - o Volet 2 « Soins et soutien 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 ou en relais d'une hospitalisation de quelques jours
- La phase de sortie du dispositif pendant laquelle le suivi se fera de moins en moins intensif.

En fonction des besoins de la personne et de leur temporalité, l'intensité du suivi sera adaptée tout au long de la prise en charge.

Le schéma ci-dessous présente le parcours de la personne accompagnée dans le dispositif SIIS – Santé Mentale.

PARCOURS DE LA PERSONNE DANS LE DISPOSITIF SIIS – SANTÉ MENTALE

Besoins médico-sociaux

Rétablissement – Inclusion sociale



La durée totale moyenne de prise en charge d'une personne est estimée à trois ans incluant 1 mois d'inclusion, 29 mois d'accompagnement et 6 mois de préparation à la sortie du dispositif. Il s'agit là d'une estimation. Certaines prises en charge dureront moins longtemps et d'autres beaucoup plus.

Au cours de son parcours dans le dispositif SIIS – Santé Mentale, la personne accompagnée rencontrera les différents professionnels de l'équipe. Les temps moyens d'accompagnement estimés par équipe et par professionnels sont présentés dans le tableau ci-dessous.

| Besoins de la personne accompagnée par an | Inclusion | Accompagnement | Crise | Sortie |
|---|-------------|----------------|-------------|-------------|
| Professionnel | Nb d'heures | Nb d'heures | Nb d'heures | Nb d'heures |
| Coordinateur | 1 | 4 | | 1 |
| Psychiatre | 2 | 5 | 4 | 1 |
| IDE | 1 | 8 | 10 | 1 |
| Psychologues | | 10 | 8 | 1 |
| Travailleurs sociaux | 1 | 22 | 4 | 2 |
| Pairs aidants | 2 | 10 | 8 | 5 |
| Conseiller d'insertion professionnel | | 9 | | 2 |
| Total | 7 | 68 | 34 | 13 |

La phase d'inclusion (présentation du dispositif et préparation à la phase d'accompagnement) a été estimée à un mois en moyenne pendant lequel la personne rencontrera prioritairement les psychiatres (pour proposer des sorties précoces d'hospitalisation comme levier d'entrée dans le dispositif) et les pair-aidants (pour déstigmatiser l'entrée dans le dispositif). Selon ses besoins, elle pourra également rencontrer les infirmiers et les travailleurs sociaux. Enfin un temps d'échange avec le coordinateur permettra d'entériner la rencontre avec l'équipe.

À la suite de l'inclusion, la phase d'accompagnement peut débuter. Sa durée moyenne est estimée à 29 mois. Sur une année d'accompagnement, les besoins de la personne sont estimés à 68h d'accompagnement par l'équipe (hors période de crise), soit environ 1h15 par semaine, sachant que le temps passé auprès de la personne sera plus important en début d'accompagnement et tendra à se réduire au fur et à mesure de la prise en charge.

Lors des périodes de crise (estimée à un mois / an), la prise en charge sera renforcée avec 8h30 d'accompagnement supplémentaires par semaine soit plus de 4h de présence auprès de la personne en binôme de professionnels (le binôme étant plus adapté à la situation de crise compte tenu de l'instabilité psychique de la personne accompagnée).

Enfin, la phase de préparation à la sortie du dispositif est estimée à six mois pendant lesquels les besoins de la personne ont été estimés à 13h d'accompagnement permettant de finaliser les relais vers le milieu ordinaire.

B. Modalités de mise en œuvre et services proposés

• B1 – Phase d'inclusion

Tous les patients remplissant les critères d'inclusion pourront, s'ils le souhaitent, être accompagnés par le dispositif SIIS – Santé Mentale. De plus, les expériences menées sur des dispositifs similaires

(équipe Habicité à Lille, équipe ULICE à Marseille) ont révélé que des sorties précoces d'hospitalisation couplées à un suivi intensif permettent de favoriser l'accroche aux soins et à l'accompagnement social des patients qui seraient sinon souvent perdus de vue en sortie d'hospitalisation.

Pour ces raisons, le processus d'inclusion a été pensé en trois étapes :

- Repérage des patients remplissant les critères d'inclusion : selon le territoire d'expérimentation, le repérage des patients pourra se faire selon différentes modalités, l'idée étant d'être le plus flexible possible afin de s'adapter au fonctionnement des services de psychiatrie partenaires et ainsi favoriser la réactivité des équipes et éviter des délais de prise en charge trop longs. Chaque semaine, les patients remplissant les critères d'inclusion pourront donc être identifiés :
 - Par les professionnels des services partenaires qui pourront solliciter directement les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale,
 - Par les psychiatres du dispositif SIIS – Santé Mentale en lien avec les équipes des services partenaires lors des réunions d'équipe hebdomadaires,
 - Par les psychiatres du dispositif SIIS – Santé Mentale en lien avec les bureaux des entrées des établissements partenaires.
- Début du travail d'aller vers : des professionnels du dispositif SIIS – Santé Mentale rencontreront les patients à l'hôpital ou dans tout autre lieu de leur choix afin de leur présenter le dispositif et de leur proposer d'être suivis par les équipes du dispositif, la prise de contact pouvant être téléphonique ou lors d'un entretien commun avec un partenaire. Du fait de leur situation d'exclusion sociale une partie de la population bénéficiaire du projet aura besoin de plusieurs temps de rencontre, parfois espacés dans le temps, avec les équipes SIIS – Santé Mentale avant de pouvoir accorder leur confiance, le travail d'aller-vers s'adaptera donc à leur rythme et leurs préférences. Les pair-aidants, grâce à leur capacité à déstigmatiser et banaliser l'accompagnement proposé par l'équipe, seront en première ligne durant cette période.
- Inclusion du patient : lorsque le patient adhère au projet, dès la première rencontre ou après une période plus longue d'aller-vers, il est automatiquement inclus et le suivi peut démarrer immédiatement (phase 1).

Ce travail de tissage de lien et de recherche de l'adhésion du patient sera essentiel et ne sera pas limité dans le temps, l'objectif étant d'assurer une présence régulière auprès de la personne même si elle ne souhaite pas encore adhérer au dispositif. Cela marquera le début de l'accompagnement.

Le bon déroulement de ce processus d'inclusion nécessitera des liens très étroits avec les services partenaires, notamment au travers de la présence des psychiatres des équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale au sein des services. C'est pourquoi, il a été choisi de recruter sur chaque équipe (EMI et SIDIIS) deux médecins psychiatres qui travailleront à mi-temps pour EMI / SIDIIS et à mi-temps pour le CH Valvert, la clinique des Quatre Saisons et le CHU Sainte Marguerite.

- **B2 – Phase d'accompagnement**
- **Volet « Accompagnement global »**

Une fois le patient inclus dans le dispositif, la prise en charge proposée par le dispositif SIIS – Santé Mentale sera centrée sur l'accompagnement des personnes dans la définition de leur projet de vie en prenant en compte leurs envies, leurs possibilités, leurs contraintes et leurs perspectives de vie. Ce travail sera progressif et s'adaptera à la temporalité de la personne.

Objectif : la vocation du projet de vie est de formaliser une vision partagée d'un changement possible en tenant compte des contraintes existantes. Il est alimenté progressivement, sans obligation et est adapté en fonction des éventuelles nouvelles difficultés qui pourraient être rencontrées. Lorsque cela est possible, le projet de vie formalise les modalités d'anticipation des problèmes à résoudre (moyens à déployer).

Composition : En fonction des besoins et des envies de la personne, son projet de vie pourra être composé de différents volets qui serviront ensuite de base à l'accompagnement global proposé en phase 2 :

- Habitat : accès au logement, maintien et accompagnement,
- Lien social, activités sociales et loisirs,
- Emploi / formation,
- Le projet de soin : accès et continuité des soins psychiatriques et somatiques, définition du plan de crise (directives anticipées) visant à faire entendre les préférences de la personne en matière de soin, d'accompagnement et d'hospitalisation en cas de crise, place des aidants,
- Autres volets en fonction des projets de la personne.

A chaque fois que cela sera possible, l'entourage (personne proche, membre de la famille ou non) sera associé à cette démarche afin que les personnes bénéficient d'un accompagnement resserré. Selon les situations, il pourra être proposé des programmes adaptés comme par exemple le programme Pro famille pour les aidants de personnes atteintes de schizophrénie qui donne des clés pour mieux comprendre la maladie. Ce réseau permettra aux aidants familiaux de mieux réagir face à la maladie et de mieux accompagner leur proche malade.

Toutes ces étapes sont indispensables à la transition engagée par la personne et le partenariat entre les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale et les services de psychiatrie partenaires devra être un atout rassurant, construit, partagé, et facilitateur pour tous.

Une fois les premiers axes du projet de vie définis, les équipes proposeront un **accompagnement global et personnalisé** qui visera à soutenir la personne dans la réalisation des différents volets de son projet de vie en privilégiant le milieu ordinaire. À tout moment, le projet de vie pourra être réévalué et redéfini en fonction des expériences de vie de la personne.

En fonction des besoins, les équipes structureront et formaliseront les liens avec les acteurs de la prise en charge en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les CPTS, les MSP, le monde du travail de la formation, du droit, l'accès au logement, des loisirs et autres activités sociales, des dispositifs d'auto-support et entraide mutuelle et tout autre établissement ou dispositif nécessaire à la réalisation du projet de vie de la personne.

Dans un premier temps le suivi psychiatrique (soins médicamenteux, psychothérapie, psychoéducation) sera assuré par les équipes, avec comme objectif que les professionnels mobilisés grâce à un travail interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient, son projet et son entourage.

Selon les projets définis par la personne, les compétences des équipes pourront s'organiser, entre autres, autour des axes de travail suivants :

- Accompagnement vers l'ouverture des droits sociaux et l'accès aux aides sociales (Assurance Maladie et mutuelle, ouverture des droits à la Maison Départementale des Personnes

- Handicapées - MDPH, pension d'invalidité, Revenu de Solidarité Active, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé - MASP ou mesure de protection, aides alimentaires...);
- Accès aux dispositifs d'entraide et d'auto-support, à la défense des droits (accompagnement vers les groupes d'entraide mutuelle, le CoFoR (centre de formation au rétablissement), les associations d'usagers, les associations de soutien au sevrage et/ou de réduction des risques, le réseau entendeurs de voix, les dispositifs de lutte contre les discriminations et défenses des droits (Observatoire Des Droits des Usagers, défenseur des droits, avocats spécialisés...). Pour les aidants : associations de familles et de proches de personnes présentant des troubles psychiques ou des addictions ;
 - Accompagnement vers les ressources sociales et communautaires selon la méthode « place and train » (soutien proactif et personnalisé, directement en milieu ordinaire, sans conditionnement à des soins ou à un accord médical) avec l'appui des dispositifs déjà existants :
 - o Accès et maintien dans un logement autonome individuel ou partagé : démarchage avec la personne auprès de propriétaires privés, inscription en logement social, mise en lien avec des dispositifs existant autour du droit au logement et ceux de type intermédiation locative, aide à la recherche de colocataires, mise en commun d'aides à domicile en fonction des besoins de la personne, aide à l'accès aux droits spécifiques au logement (fond de solidarité logement), etc. Dans certaines situations, la personne pourra être orientée vers des structures d'hébergement collectif ou semi-collectif, tout en maintenant le suivi par l'équipe ;
 - o Accès et maintien dans l'emploi : utilisation de la méthode « individual placement and support » (IPS) qui d'après certaines études permet, en moyenne, de doubler le taux d'insertion professionnelle dans un emploi en milieu ordinaire [23], orientation vers la formation professionnelle et les études supérieures, démarchage avec la personne auprès d'employeurs en adaptant les recherches aux souhaits de la personne notamment en termes de volume horaire, lien avec l'employeur en cas de difficulté en fonction des besoins et des préférences de la personne, etc. Cet axe d'intervention pourra s'appuyer sur les dispositifs locaux comme Tapaj et Working First ;
 - o Accès et maintien dans des activités sociales non professionnelles/activités de loisirs : démarchage avec la personne auprès des structures socio-culturelles et sportives de la ville, les groupes d'entraide mutuelle. Lien avec les intervenants en cas de difficulté en fonction des besoins et des préférences de la personne ;
 - Aide à l'élaboration d'un Plan de Bien-être et de Rétablissement personnalisé (modèle du Wellness and Recovery Action Planning), principalement par les pair-aidants de l'équipe, avec appui, si possible, sur les dispositifs d'auto-support de la ville et l'entourage de la personne. Les différents axes du plan sont : comment est la personne quand elle va bien et qu'est-ce qui lui permet de maintenir son bien-être, les déclencheurs d'une crise, les signes précurseurs, les signes de la crise, le plan de crise, le plan post-crise ;
 - Soutien à l'élaboration d'un plan de crise (« directives anticipées ») détaillées permettant à l'équipe et aux structures de soins de respecter autant que possible les choix et les préférences des personnes ;
 - Accompagnement vers l'accès et le maintien des soins somatiques avec constitution d'un réseau de médecins traitants assurant la coordination des soins (accès et maintien favorisé par la présence de l'équipe lors des rendez-vous médicaux et par le travail de coordination entre intervenants) ;

- Suivi psychiatrique, addictologie et psychologique assuré principalement par l'équipe durant la période de suivi avec relais progressif vers une prise en charge par les professionnels de ville (CPTS, MSP, Médecine de ville, CMP...). Cette prise en charge devra respecter les recommandations scientifiques et les choix de la personne tout en favorisant son autonomisation dans la gestion des troubles ainsi que les stratégies non médicamenteuses (si la situation le permet) : entretiens motivationnels, thérapies brèves, techniques d'autogestion des médicaments, aide au sevrage ou à la réduction de la consommation). La temporalité de l'orientation vers les ressources existantes sera évaluée au cas par cas par l'équipe et la personne elle-même (phase de relais progressif) ;
- Collaboration avec les infirmiers libéraux pour la délivrance des traitements en fonction des besoins et préférences des personnes.

L'intensité du suivi sera adaptée aux besoins de la personne accompagnée : de très intensif en début de parcours, à plus modéré au fur et à mesure que les ressources « ordinaires » de la personne se renforcent. En cas de besoin, le suivi pourra redevenir plus intensif à tout moment du parcours.

La pluralité des métiers présents dans les équipes permettra d'apporter une réponse quels que soient les besoins de la personne : réparer une porte, assurer son suivi médical, être accompagné vers l'emploi, etc. La dimension médicale sera présente et assurée par l'équipe mais se réduira progressivement au profit d'une coordination avec le système de soin, notamment la médecine libérale une fois toutes les conditions réunies et validées par l'équipe et la personne.

L'accompagnement proposé sera individualisé. Les personnes accompagnées auront des exigences, des attentes particulières, des problèmes de santé évoluant dans le temps. Il faudra donc leur proposer des interventions « sur mesure ». Le contenu de chaque accompagnement résultera d'une interaction entre l'équipe et chaque personne. La présence régulière des équipes auprès des personnes sera un facteur rassurant pour les personnes afin qu'elles ne « décrochent » pas de l'accompagnement.

Sur les secteurs du CH Valvert qui disposent de deux CMP, des réunions mensuelles seront organisées afin de favoriser l'articulation et les liens entre l'équipe EMI et l'équipe des CMP.

- **Volet « Soin et soutien en situation de crise »**

Toutes les personnes incluses dans le dispositif SIIS – Santé Mentale bénéficieront d'un accompagnement spécifique lors des épisodes de crise (épisode aigu d'un trouble psychique) :

- Intervention rapide en journée de l'équipe en cas d'alerte de la personne accompagnée ou de son entourage ;
- Réponse et orientation par téléphone la nuit ;
- Suivi quotidien voire biquotidien avec évaluations du psychiatre rapprochées, collaboration intensifiée avec les infirmiers libéraux et le médecin traitant, soutien par les pair-aidants et les autres membres de l'équipe ;
- Mise en application du plan de crise/directives anticipées avec déploiement de l'aide médicale et non médicale souhaitée par la personne ;
- Hospitalisations (en soins libres ou exceptionnellement en soins sans consentement) si nécessaire avec sorties précoces favorisées par le suivi intensif à domicile.

Les stratégies d'intervention de type « Open Dialogue » (dialogue ouvert) pourront être proposées : inclusion de l'entourage de la personne dans les rencontres (choisies par la personne accompagnée, en favorisant les aidants familiaux lorsque la personne est d'accord), discussions cliniques et décisions réalisées lors de ces rencontres en tenant compte de l'avis de chacun, partage de la notion de « tolérance à l'incertitude » et accompagnement de la personne dans la prise de risque.

- **B3 – Phase de sortie du dispositif**

La sortie du dispositif se fera sur une durée estimée à six mois (en moyenne). Elle permettra de travailler des relais progressifs vers une prise en charge en milieu ordinaire, que ce soit sur le plan social (MDS, CCAS...) ou médical (CPTS, MSP, Médecine de ville, CMP, pour traitements médicamenteux, psychothérapies, etc.).

- **B4 – Modélisation des parcours et modèle de financement**

Le déploiement du dispositif SIIS – Santé Mentale se base sur des temps moyens d'accompagnement qui ont été estimés à partir de l'expérience de terrain des porteurs et de la littérature produite par les équipes d'ACT québécoises et américaines [25, 26].

Un des objectifs de l'expérimentation (OS4) est d'affiner notre connaissance des besoins des personnes accompagnées. Ainsi, le chargé de projet SIIS – Santé Mentale (cf. fiche de poste en annexe 7) aura pour mission de développer des outils de recueil de données afin d'identifier des profils de patients types et, pour chaque profil, de quantifier les besoins en accompagnement par professionnels : les parcours types.

La connaissance précise des parcours type permettra alors de formuler une proposition de modèle de financement innovant adaptée aux besoins du public cible.

C. Organisation de l'équipe

Dans le travail pluridisciplinaire d'une équipe de suivi intensif, l'organisation et les communications entre les membres de l'équipe jouent un rôle critique dans une intervention très individualisée, délivrée dans la communauté. Si l'organisation du programme et la structure des communications ne sont pas bien conçues et solidement ancrées, les membres de l'équipe ne pourront pas fournir une intervention intensive, complexe et individualisée à chaque personne accompagnée de façon coordonnée et bien organisée.

Les fondements du dispositif SIIS – Santé Mentale sont basés sur le principe de mobilité : leur temps de travail se répartira à 80% dans la communauté et à 20% dans les bureaux afin de créer une cohésion d'équipe, de planifier les interventions et d'assurer une bonne transmission d'information.

Chaque équipe devra définir différents temps de travail (une estimation de la répartition des heures de travail par tâche est présentée dans le tableau ci-après) :

- Les temps de communication intra-équipe :

- La réunion d'équipe quotidienne (Débrief journalier) : les équipes tiendront des réunions quotidiennes sous la responsabilité des coordinateurs d'équipe.

La réunion d'équipe quotidienne aura lieu à la même heure en début de journée. Elle dure entre 45 et 60 min. Elle débute par un retour bref des professionnels sur la

situation de chaque personne accompagnée et des actions menées la veille. Elle permet de répartir les tâches à réaliser dans la journée entre chaque professionnel, et notamment les contacts avec les personnes accompagnées (entretiens, accompagnements à des rendez-vous, aide technique...).

Au moment de la réunion d'équipe quotidienne, l'équipe doit également revoir les plans d'intervention lorsqu'une urgence le requiert et se préparer à des situations d'urgence ou de crise.

- La réunion d'organisation ou de fonctionnement : elle aura lieu une fois par mois, durant une demi-journée, afin d'échanger sur les dysfonctionnements éventuels et les solutions à apporter, les besoins de formation de l'équipe, les aspects organisationnels du dispositif. Des représentants des personnes accompagnées participeront à ces réunions dans le but d'assurer un fonctionnement collaboratif et participatif.
- Les analyses de pratiques : elles auront lieu une fois par mois (séance de deux heures) et seront animées par un intervenant extérieur (voir partie E- Formation de l'équipe).
- Les temps d'intervention auprès des personnes (VAD et accompagnements) : les équipes pourront rencontrer les personnes chez elles, au café, sur leur lieu de travail, sur leur espace de loisirs, etc. Les expériences menées sur ces modèles montrent que l'apprentissage d'habiletés psychosociales in situ est plus efficace pour les personnes vivant avec des troubles psychiques invalidants ;
- Les temps de synthèse thématique avec les personnes et les acteurs impliqués dans la prise en charge : en fonction des objectifs fixés des bilans réguliers seront planifiés afin d'échanger sur les points d'avancements et de blocages et apporter des solutions adaptées ;
- Les temps de travail de réseau et partenariats : tous les professionnels consacreront une partie de leur temps de travail à la construction et au développement d'un réseau de partenaires locaux qui serviront de ressources dans la prise en charge des personnes et dans leur relais progressif vers le droit commun ;
- Des rencontres inter-équipe EMI / SIDIIS : en plus des réunions de travail régulières qui pourront avoir lieu entre les différents membres des équipes EMI et SIDIIS en lien avec la conduite des activités, deux journées de rencontres inter-équipes seront organisées chaque année (soit deux rencontres par an) afin de favoriser le partage d'expérience entre les deux équipes et l'enrichissement mutuel. Le format et le contenu seront adaptés en fonction des problématiques rencontrées par chaque équipe.

| Répartition des heures de travail / tâches pour 1 ETP | | | |
|---|------------------|------------------|--|
| En année pleine | Nb d'heures / an | Nb d'h / semaine | Ratio (% du temps de travail effectif) |
| Total temps de travail effectif (hors congés) | 1582 | 33,66 | |
| Tâches liées au fonctionnement du dispositif | 176 | 3,74 | 11% |
| Réunions | 94 | 2 | 6% |
| Coordination partenariale | 47 | 1 | 3% |
| Formations | 35 | 0,74 | 2% |
| Tâches liées au suivi des personnes accompagnées | 1406 | 29,91 | 89% |
| Déplacements | 235 | 5 | 15% |
| Débrief journalier en équipe | 235 | 5 | 15% |
| Coordination des soins | 94 | 2 | 6% |
| Tenue de dossier usager | 141 | 3 | 9% |
| VAD et autres accompagnements | 701 | 14,91 | 44% |

D. Outils nécessaires à la mise en œuvre du projet

Les outils utilisés par les équipes ont tous pour objectif de garantir le bien-être de la personne et son rétablissement. On peut distinguer deux niveaux d'outils :

- Des outils pour lesquels les personnes accompagnées vont guider l'élaboration et la révision comme le Projet de vie et les « Directives anticipées »,
- Des outils pour lesquels les personnes accompagnées sont concernées mais indirectement et qui sont les outils de coordination ou de coopération dont l'objectif est de garantir à la personne accompagnée de répondre à ses attentes et ses besoins.

Le tableau ci-dessous présente quelques outils qui pourront être utilisés par les équipes. Cette liste n'est pas exhaustive, elle pourra être complétée pour s'adapter aux besoins des personnes accompagnées.

| Les outils | Objectifs | Pour qui | Avec qui |
|---------------------------|--|--|--|
| Projet de vie (PV) | Outil principal utilisé par l'équipe pour guider l'accompagnement. Elaboré en collaboration avec la personne accompagnée et une ou plusieurs « personnes ressources » qu'elle aura choisies, conservé par la personne (copie à l'équipe) et il sera réévalué tous les 3 mois. Celui-ci décrit les objectifs de la personne, les actions à mettre en œuvre, les personnes impliquées dans ces actions, les échéances à respecter, la date de réévaluation du PV. Celui-ci sera élaboré avec la personne. Se fonde sur le WRAP (ci-dessous) dès que la personne accompagnée a pu élaborer celui-ci. | Personne accompagnée Equipes SIIS – Santé Mentale | Personne accompagnée Equipes SIIS – Santé Mentale Personne de confiance/proche |
| WRAP | Le nom WRAP dérive de l'acronyme Wellness and Recovery Action Planning ; ou en français « Plan d'Action pour le Bien-être et le Rétablissement ». | Personne accompagnée | Personne accompagnée Pair-aidant des |

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------------|---|
| | Le WRAP 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. Un WRAP 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. Le WRAP intègre des directives anticipées ou « plan de crise » (cf-ci-dessous). | | équipes SIIS – Santé Mentale ou d'un groupe d'auto-support Proches |
| Directives anticipées | 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 ». | Personne accompagnée | Equipes SIIS – Santé Mentale et en particulier pair-aidant et Psychiatre Médecin traitant Personne de confiance |
| Réunion d'organisation | Les décisions de fonctionnement de l'équipe et le développement du projet. | | Equipes SIIS – Santé Mentale RPA (Représentant des Personnes Accueillies) COPIL |
| Réunion d'équipe | Respect de la co-construction et co-décision entre professionnel et PA. Veille au respect des principes des pratiques orientées vers le rétablissement. | | Equipes SIIS – Santé Mentale |

De plus, chaque équipe sera dotée d'un système d'information indépendant des hôpitaux. Ce système d'information sera le même pour les deux équipes afin de faciliter le suivi de l'expérimentation et son évaluation (cf. partie X : « Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées »). Spécialement paramétré pour les activités des équipes, il permettra de recueillir toutes les données d'activité et les dossiers des personnes accompagnées.

E. Formation de l'équipe

Afin de favoriser une dynamique d'équipe cohérente et de permettre la montée en compétence des professionnels recrutés, un programme de formation sera mis en place comprenant quatre volets principaux auxquels pourront s'ajouter, en fonction des besoins identifiés, des formations thématiques plus ponctuelles.

- **E1 – La formation au suivi intensif**

Cette formation sera animée par un infirmier clinicien, consultant spécialisé dans l'Assertive Community Treatment (Suivi intensif dans le milieu). Il sera chargé de former et superviser les équipes durant la phase d'implantation du dispositif.

Il est actuellement conseiller au Centre National d'Excellence en Santé Mentale (CNESM) du Québec.

Présentation du Centre National d'Excellence en Santé Mentale (CNESM) du Québec

Dispositif créé en juin 2008 par le Ministère de la Santé au Québec, le mandat du CNESM est d'aider au développement des meilleures pratiques en santé mentale. Plus précisément, le CNESM :

- Favorise l'instauration de pratiques cliniques de qualité pour des personnes ciblées en s'appuyant sur des données probantes.
- Soutient l'implantation et l'amélioration continue de la qualité des programmes de suivi intensif en équipe (SI) et de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour les adultes atteints d'un trouble mental grave.

- **E2 – La formation au rétablissement**

Le Centre de Formation au Rétablissement (CoFoR), porté par l'association Solidarité Réhabilitation, sera chargé de la formation des équipes à l'approche orientée vers le rétablissement. Le CoFoR a en effet développé une offre de formation qui s'appuie sur l'expérience de professionnels de la psychiatrie ou du médico-social investis dans des dispositifs fondés sur des « pratiques orientées vers le rétablissement », des médiateurs de santé-pair en exercice, et des étudiants ou ex-étudiants du CoFoR. **Présentation du CoFoR**

Les personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères sont placées de fait dans un rôle de malade et subissent la plupart du temps leur traitement en plus d'endurer leur maladie. Grâce au CoFoR, les personnes concernées ne sont plus dans un rôle passif de malade, mais s'approprient un rôle valorisé d'étudiant, construisant leur parcours de formation personnalisé, choisissant des cursus de formation conçus comme des outils de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face. L'équipe de formation se compose essentiellement de pairs, experts d'expériences, c'est-à-dire d'usagers ou ex-usagers de la psychiatrie, et favorise l'intervention d'acteurs de proximité. S'inspirant d'expériences anglo-saxonnes particulièrement efficaces comme les Recovery College de Boston ou de Londres, le CoFoR propose de valoriser la participation des étudiants aux divers cursus par une indemnité de formation de manière à entretenir la motivation et donner de l'importance aux savoirs transmis.

- **E3 – La formation à la méthode « Individual Placement and Support » - IPS**

L'ensemble des professionnels du dispositif SIIS – Santé Mentale, et en particulier les conseillers d'insertion professionnelle, seront impliqués dans l'accompagnement à l'emploi et bénéficieront donc d'une journée de formation à la méthode IPS dispensée par Working First 13.

Présentation de Working First 13

Working First 13 est un programme marseillais d'accompagnement de type Job Coaching au service des personnes et des entreprises offrant un suivi intensif, individualisé et illimité dans le temps à l'accès et au maintien à l'emploi sur le marché ordinaire du travail. Il s'inspire de la méthode « Individual Placement and Support » (IPS) développée aux Etats Unis et au Canada.

- **E4 – La formation des pairs-aidants**

Tous les pairs-aidants intervenant sur le dispositif SIIS – Santé Mentale bénéficieront d'un accompagnement par l'association ESPER Pro visant à optimiser leur prise de poste, leur intégration

dans l'équipe, le maintien dans l'emploi et leur évolution professionnelle. Cet accompagnement comprendra des temps de travail collectifs (modules de formation spécifique et supervisions pour les pairs-aidants) mais aussi des supervisions individuelles. **Présentation de l'association ESPER Pro**

L'association ESPER Pro dispose d'une équipe de Pairs aidants professionnels expérimentés dans les champs sanitaire et social et développe une plateforme régionale de pairs ressources. Ses missions consistent à favoriser le déploiement des bonnes pratiques au travers de formations et des supervisions à l'attention des équipes et par la mise à disposition de travailleurs pairs dans les dispositifs de santé mentale. L'association est spécialisée sur les questions d'accès et de maintien en emploi des travailleurs pairs ainsi que sur l'utilisation des outils du rétablissement et de la transmission du savoir expérientiel.

- **E5 - L'analyse des pratiques professionnelles**

Chaque équipe bénéficiera, une fois par mois, de séances d'analyses des pratiques professionnelles avec un intervenant extérieur.

Dans un contexte de travail souvent difficile, auprès de personnes ayant des parcours complexes et se trouvant dans des situations très dégradées, les séances d'analyse des pratiques professionnelles permettent aux professionnels de prendre du recul sur leur pratique, de leur donner du sens.

Du point de vue de l'équipe, elles permettent l'activation des processus groupaux et facilitent ainsi la création d'un groupe « ressource » pour chacun de ses membres : développement de la solidarité, sentiment d'appartenance et construction d'une culture commune indispensable à la conduite d'un projet expérimental tel que le dispositif SIIS – Santé Mentale.

2. Population Cible

A. Critères d'inclusion

Pour cette phase d'expérimentation du projet, le dispositif SIIS – Santé Mentale s'adressera à tous les patients répondant aux trois critères suivants :

- présentant des troubles psychiques : diagnostic principal F10 à F60 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10). D'après les dispositifs internationaux similaires et les données recueillies par les acteurs de terrain du territoire les diagnostics les plus représentés seront les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur ;
- ET fréquemment hospitalisées en psychiatrie (> 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années sur les trois années précédant l'inclusion) :
 - o Patients affiliés aux secteurs 13G07 et 13G08 du CH Valvert, hospitalisés au CH Valvert et / ou à la clinique des Quatre Saisons pour l'équipe EMI ;
 - o Patients affiliés aux secteurs 13G01, 13G05 et 13G06 du CHU Sainte Marguerite pour l'équipe SIDIIS ;
- ET ayant des droits ouverts ou ouvrables.

Le recueil de données réalisé auprès des Départements d'Informatique Médical (DIM) et des praticiens permet de chiffrer cette population à au moins 80 personnes pour chaque territoire (secteurs 13G07/13G08 du CH Valvert et 13G01/13G05/13G06 du CHU Ste Marguerite).

Si les personnes répondant aux critères d'inclusion se révélaient moins nombreuses, les dispositifs seraient élargis aux patients affiliés aux autres secteurs du CH Valvert (pour EMI) et de l'AP-HM (pour SIDIIS).

B. Critères d'exclusion

- Diagnostic principal de retard mental, trouble du spectre autistique ou de trouble neurodégénératif.
- Personnes ayant changé d'équipe de référence pour leur suivi psychiatrique depuis la dernière hospitalisation au CH Valvert ou à Sainte Marguerite.

C. Caractéristiques socio-démographiques de la population cible

La psychiatrie publique étant organisée en « secteurs » desservant un territoire donné :

- La population bénéficiaire de l'équipe EMI sera en général domiciliée dans le 11^{ème} et le 12^{ème} arrondissement de Marseille ainsi que sur les communes de la Penne sur Huveaune, Allauch et Plan-de-Cuques correspondant aux secteurs 13G07 et 13G08 (CH Valvert).
- La population bénéficiaire de l'équipe SIDIIS sera en général domiciliée dans les arrondissements de Marseille Sud (8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème} arrondissements), correspondant aux secteurs 13G01, 13G05 et 13G06 (Hôpital Sainte Marguerite – AP-HM).

Une partie de la population cible est hospitalisée en psychiatrie de manière prolongée du fait de l'absence de logement (difficultés d'accès et/ou de maintien dans un logement ou un hébergement stable). Toutefois, elles sont prises en charge par les secteurs partenaires en lien avec leur ancienne domiciliation ou encore leur date de naissance (personnes considérées sans domicile fixe mais exclues du dispositif Un chez soi d'abord).

Afin d'illustrer les profils de patients pouvant être pris en charge par les dispositifs, deux hypothèses de parcours sont présentées en annexe 6 :

- Le premier profil, illustré par le parcours de Mohamed, correspond à des personnes souvent précarisées et présentant des comportements à risque. Elles portent le stigmate du « SDF » ou du « toxico », ou encore du « psychopathe ». Elles s'opposent au diagnostic psychiatrique posé et refusent donc les propositions d'aides, ou ont beaucoup de difficultés à s'inscrire dans le suivi proposé dès la sortie de l'hôpital ce qui entraîne des ruptures de soins.
- Le second profil, illustré par le parcours de Sylvie, correspond, à l'inverse, à des personnes « institutionnalisées » au sein du système de soins en psychiatrie. Leur parcours de vie est rythmé par les hospitalisations temps plein, et souvent les hospitalisations temps partiel (hôpital de jour) fréquentes ou au long cours. Elles portent le stigmate du « psychotique chronique » qui sous-entend une dépendance totale de la personne au système de soin en psychiatrie, associée à une forte auto-stigmatisation. Cette auto-stigmatisation entraîne une acceptation passive voire active des soins proposés, les personnes considérant, comme les professionnels du sanitaire et du médico-social, que leur identité est celle du « malade mental » et que toute tentative d'inclusion sociale hors milieu protégé comporterait trop de risque.

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Données sur la population cible accueillie par les secteurs 13G07 et 13G08 du CH Valvert :

Dans les files actives de 2018 et 2019 sur l'ensemble du CH Valvert, le DIM a pu identifier 72 patients hospitalisés, remplissant les critères d'inclusion dont 39 domiciliés sur les secteurs 13G07, 13G08 ou en séjour long sur unité intersectorielle (Calanque et Bougainvillées) et 33 patients domiciliés sur les secteurs 13G09, 13G10 et sur le Pôle Psychiatrie de la Personne Agée.

Données sur la population cible accueillie par la clinique des Quatre Saisons :

81 patients ont été pris en charge sur la clinique avec au moins deux séjours d'au moins 50 jours d'hospitalisation par an sur les 2 années consécutives 2018 et 2019. 117 patients étaient présents en 2018 plus de 270 jours et 88 patients étaient présents en 2019 plus de 270 jours⁴.

Parmi ces patients, en 2018 et 2019, il y avait respectivement 21 et 30 patients domiciliés dans le 11^{ème} arrondissement et 8 et 7 patients dans le 12^{ème}. Le système d'information de la clinique n'a pas permis d'identifier les patients présents à la fois en 2018 et en 2019.

A cela s'ajoutent les patients sans domicile fixe mais qui sont enregistrés avec une adresse de domiciliation. Il n'a donc pas été possible de chiffrer le nombre de personnes concernées.

Données sur la population cible accueillie par les services de psychiatrie du CHU Sainte Marguerite :

Les statistiques réalisées sur les années 2017 et 2018 au sein de l'Hôpital Sainte Marguerite de Marseille, identifient 69 personnes ayant eu un nombre de jours d'hospitalisation supérieur à 50 jours par an sur chacune de ces deux années. Au cours de chacune des années 2017 et 2018, ces 69 personnes ont été hospitalisées en moyenne 3 fois pour une durée annuelle cumulée moyenne de 143 jours.

Sur la base de l'expérience des équipes médicales des services de psychiatrie de Sainte Marguerite, et du fait de l'offre privée de soins psychiatriques à temps complet très développée sur le territoire marseillais, on estime qu'il y a actuellement au total au moins 80 personnes vivant à Marseille Sud et cumulant 50 jours ou plus d'hospitalisation en psychiatrie par an.

On tiendra compte pour le repérage de la population cible de la particularité de l'implantation récente sur ce territoire d'une équipe mobile d'alternative à l'hospitalisation visant à prendre en charge des patients en situation de crise psychique sur une période de quelques semaines (équipe ULICE) : cette équipe n'est pas adaptée à la population très souvent hospitalisée, car elle propose une offre de soins psychiatriques intensive de courte durée et non un accompagnement médico-social intensif de longue durée, cependant, compte tenu de la forte demande de sortie précoce d'hospitalisation de la part des usagers et des professionnels de l'Hôpital Sainte Marguerite, certains patients remplissant les critères du dispositif SIIS (une dizaine au maximum) ont bénéficié depuis 2018 de prises en charge par ULICE, ce qui a réduit la fréquence et la durée de leurs séjours à l'hôpital sans pour autant modifier sur le long terme leur parcours de soins et de rétablissement.

⁴ Certains patients ont pu être comptés à la fois dans les hospitalisations de plus de 50 jours sur les 2 années consécutives 2018 et 2019 et dans les hospitalisations de plus de 270 jours.

Pour ces quelques patients, identifiés par le Dr Beetlestone qui intervient aussi dans l'équipe ULICE, on tiendra compte principalement de leur parcours de soins avant le démarrage du fonctionnement actuel d'ULICE (début 2018) pour l'étude de l'éligibilité au dispositif SIIS-Santé Mentale.

L'avantage de la présence d'ULICE sur ce territoire sera la possibilité pour les usagers du SIDIIS de continuer à bénéficier, après la sortie du dispositif, de prises en charge alternatives à l'hospitalisation lors des épisodes des crises.

Effectifs concernés par l'expérimentation :

Compte tenu du nombre d'ETP prévu, les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale pourront, en année pleine, accompagner 80 personnes chacune (en file active).

En se basant sur des flux d'entrée et de sortie constants (5% de perdu de vue et 5% de sortie pour motif impérieux tel que décès ou déménagement), on peut estimer à 176 le nombre de personnes accompagnée par chaque équipe sur 5 ans soit 352 personnes accompagnées au total par le dispositif SIIS – Santé Mentale.

| | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Cumul Phase 1 | Année 4 | Année 5 | Cumul 5 ans |
|------------------|---------|---------|---------|---------------|---------|---------|-------------|
| Nbre d'inclusion | 160 | 16 | 16 | 192 | 160 | 0 | 352 |
| File active | 160 | 160 | 160 | 480 | 160 | 144 | 784 |

* 160 personnes incluses en année 4 au maximum car tous les patients inclus en année 1 ne sortiront pas du dispositif au bout de trois ans (durée moyenne estimée d'un accompagnement).

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Chaque équipe sera composée des professionnels suivants :

| Postes | Tâches |
|---|--|
| 1 ETP Coordinateur | Management équipe et leadership suivi intensif |
| | Accompagnement global |
| | Réunions d'équipe |
| | Suivi administratif et partenarial/lien avec la direction/suivi d'activité |
| 1 ETP 2 Psychiatres | Consultations et prescriptions à domicile / lien avec autres médecins impliqués dans suivi |
| | Réunions équipe |
| | Réseau et partenariat « santé » |
| 2 ETP 2 Infirmiers | Accompagnement global |
| | Coordination des soins et soins infirmiers, psychoéducation |
| | Réunions équipe |
| | Réseau et partenariat « santé » |
| 2 ETP 2 Psychologues | Accompagnement global |
| | Consultations à domicile individuelles et familiales, psychoéducation |
| | Réunions équipe |
| | Réseau et partenariat « santé et inclusion sociale » |
| 1 ETP Assistant des services sociaux | Accompagnement global |
| | Travail social et administratif, coordination parcours insertion |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | Réunions équipe |
| | Réseau et partenariat « inclusion sociale » |
| 1 ETP Educateurs spécialisés | Accompagnement global |
| | Travail social et éducatif, coordination parcours insertion |
| | Réunions d'équipe |
| | Réseau et partenariats « inclusion sociale » |
| 1 ETP CESF | Accompagnement global |
| | Travail social et accompagnement vie quotidienne |
| | Réunions d'équipe |
| | Réseau et partenariat « inclusion sociale » |
| 2 ETP 3 Pairs aidant | Accompagnement global |
| | Pair-aidance et médiation, partage savoir expérientiel |
| | Réunion d'équipe |
| | Réseau et partenariat « inclusion sociale » et « auto-support » |
| 1 ETP Conseiller d'insertion pro | Accompagnement et guidance vers l'emploi en milieu ordinaire |
| | Réunion équipe |
| | Réseau et partenariats « emploi » |
| 0,6 ETP Secrétaire | Secrétariat/accueil |
| | Réunion équipe |
| | Suivi administratif/CR Qualification de l'activité |

Une équipe composée de professionnels partenaires de la personne accompagnée

Les équipes seront constituées avec un ratio professionnel/personne accompagnée permettant d'assurer en moyenne deux à trois contacts⁵ par semaine avec chaque personne accompagnée. Dans le contexte français, en tenant compte du temps de travail et des congés, il est évalué à 1 ETP pour 7 personnes accompagnées (hors professionnels médicaux, coordinateur et secrétaire).

Dans ce ratio, en tenant compte des temps de déplacement, des réunions (aussi bien les réunions d'organisations que de planifications), des temps de coordination et des rencontres partenariales ainsi que le temps administratif notamment pour la mise à jour des dossiers des personnes accueillies, le temps moyen passé en visite à domicile chez chaque personne accompagnée est de 2h par semaine. Si l'on tient compte de l'intégralité des temps dédiés à l'accompagnement (transport, tenue de dossier, débriefing journalier, coordination des soins, VAD), 89% du temps de travail des équipes est dédié à l'accompagnement.

Dans ce modèle d'équipe, le suivi est assuré par l'ensemble de l'équipe. Il est primordial que la pair-aidance, l'accompagnement social, et le suivi psychologique et psychiatrique soient coordonnés et respectent les mêmes principes d'action, c'est pourquoi sur la phase d'accompagnement, la majeure partie des services seront délivrés par les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale, dans le respect

⁵ Un contact peut consister en une VAD ou un appel téléphonique. Ainsi, sa durée sera variable.

des choix et des préférences des personnes accompagnées, et en particulier leurs « directives anticipées » en cas de crise.

Les équipes dispenseront des soins psychiatriques et pas uniquement des prestations de coordination des soins. Cette spécificité, propre aux équipes de suivi intensif, est rendue nécessaire par le profil du public cible décrit plus haut.

Rôle/ missions des professionnels

Les équipes du dispositif SIIS – Santé Mentale seront à la fois pluridisciplinaire et transdisciplinaire : tous les professionnels partageront des tâches d'accompagnement global de la personne en fonction de son projet de vie, participeront au travail de réseau avec les partenaires et seront sollicités par la personne accompagnée pour des compétences propres à leur métier. Ces compétences propres sont détaillées en annexe 7.

Certains postes pourront évoluer après la phase d'expérimentation : possibilité de transformer les postes d'infirmiers en infirmiers en pratiques avancées ou en travailleurs sociaux/pair-aidants, en fonction de la montée en compétence de l'équipe sociale et pair-aidante, et des besoins identifiés dans les missions de coordination et relais avec les CPTS et professionnels de ville.

Un poste de chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale sera en charge de garantir la bonne articulation entre les équipes EMI et SIDIIS. Il devra veiller au respect du cahier des charges : mise en œuvre, enjeux stratégiques, évaluation.

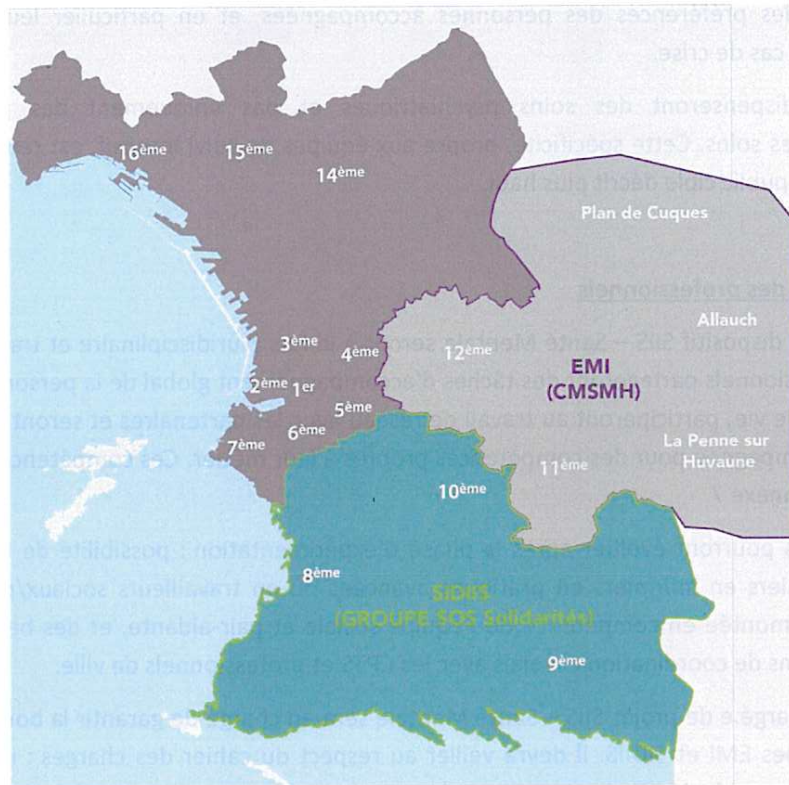
Il aura également pour mission de développer des outils de recueil de données afin de proposer une modélisation des parcours patient et un modèle de financement adapté (Cf. partie B4).

5. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation sera conduite sur deux territoires :

- Le dispositif EMI sera déployé sur les Quartiers Est de Marseille correspondant aux secteurs 13G07 et 13G08 couvrant les arrondissements de l'est de Marseille (11^{ème} et 12^{ème}) ainsi que les villes de la Penne sur Huveaune, Plan-de-Cuques et Allauch.
- Le dispositif SIDIIS sera quant à lui déployé sur les Quartiers Sud de Marseille correspondant aux secteurs 13G01, 13G05 et 13G06 couvrant les arrondissements des quartiers Sud de Marseille (8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème}).

Comme le montre le tableau ci-dessous regroupant les données socio-démographiques des différents territoires (données INSEE), on observe que les 10^{ème} et 11^{ème} arrondissements de Marseille sont les plus défavorisés avec respectivement 23% et 20% de taux de pauvreté en 2018 tandis que les autres territoires se situent entre 7 et 15%.



| | Marseille | 13G05 | 13G06 | 13G01 | 13G07 | | 13G08 | | |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|-------------------|--------|---------|----------------|
| | | 8e Ar | 9e Ar | 10e Ar | 11e Ar | Penne-sur-Huvaune | 12e Ar | Allauch | Plan-de-Cuques |
| Population | | | | | | | | | |
| Population en 2017 | 1073395 | 81028 | 75914 | 56138 | 56790 | 6436 | 60634 | 21187 | 10934 |
| Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2017 | 1571 | 4368,1 | 1199,8 | 5178,8 | 1690,2 | 1807,9 | 4300,3 | 421,2 | 1283,3 |
| Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2017, en % | 46,9 | 52,5 | 57,3 | 47 | 55,5 | 61,1 | 61,7 | 71,7 | 71,9 |
| Part des ménages fiscaux imposés en 2018, en % | 48,8 | 64 | 59 | 46 | 50 | 56 | 60 | 66 | 61 |
| Taux de pauvreté en 2018, en % | 23,2 | 12 | 15 | 23 | 20 | 9 | 12 | 7 | 8 |
| Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2017 | 16,6 | 11,2 | 12,2 | 15,2 | 13,9 | 13,2 | 10,9 | 9,4 | 8,4 |

Ces territoires sont propices au développement de pratiques innovantes en santé mentale en partenariat avec le secteur associatif et médico-social du fait des besoins importants identifiés et de l'implantation de nombreux acteurs / partenaires possibles (cf. partie I.3. Constat local).

Le suivi et l'évaluation en parallèle des deux équipes devra permettre, entre autres, d'identifier les modalités d'intervention les plus adaptées en fonction des caractéristiques socio-démographiques du territoire et de faciliter par la suite la généralisation du modèle à tous les territoires français.

6. Durée de l'expérimentation

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^{ème} 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^{ème} année après la première inclusion.

Les différentes phases de mise en œuvre du projet sont présentées dans le chronogramme ci-dessous.

| | Phase d'amorçage | | | | Année 1 | | | | Année 2 | | | | Année 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | M1 | M2 | M3 | M4 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 | M15 | M16 | M17 | M18 | M19 | M20 | M21 | M22 | M23 | M24 | M25 | M26 | M27 | M28 | M29 | M30 | M31 | M32 | M33 | M34 | M35 | M36 | |
| Construction de l'équipe et préparation des outils | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recrutement des équipes | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acculturation au projet | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Création des outils d'accompagnement | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Création des outils de communication | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formalisation des partenariats opérationnels | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formation initiale des professionnels | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montée en charge des dispositifs | | | | | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inclusion des patients (10 à 20 / mois) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reperage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Initiation des suivis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnement en routine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suivi des patients inclus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nouvelles inclusions en fonction des sorties | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Partenariats et réseau | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rencontres inter-équipes EMI / SIDIIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comité de pilotage (CP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comité de suivi EMI (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comité de suivi SIDIIS (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suivi et évaluation interne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapport d'activité annuel (RA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eval. préliminaire de la mise en œuvre opérationnelle (REP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construction d'un nouveau modèle économique (RME) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapport d'évaluation interne (EI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation externe Article 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation externe Phase 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation externe Phase 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Remplacement de chaque sortie par une entrée afin de maintenir la file active à 160 en continu

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Une gouvernance participative du projet sera mise en œuvre avec un comité de pilotage semestriel qui devra veiller au bon déroulement de l'expérimentation du dispositif SIIS – Santé Mentale, à son adéquation avec le projet initialement défini et au respect du cahier des charges d'évaluation. Chaque comité de pilotage permettra ainsi de valider des étapes de la mise en œuvre du projet et de son évaluation comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

| Comité de pilotage | Date prévue | Points à valider |
|--------------------|-------------|---|
| CPA (Amorçage) | M3 | <u>CP de lancement</u> <ul style="list-style-type: none"> - Stratégie de communication sur le territoire - Calendrier de mise en œuvre opérationnelle - Recrutement des équipes - Repérage des patients répondant aux critères d'inclusion (confirmation des effectifs) - Mise en place des outils (SI) |
| CP1 | M4 | <u>Début de l'année 1</u> <ul style="list-style-type: none"> - Opérationnalité des équipes - Implication des partenaires hospitaliers dans le repérage et l'inclusion des patients |
| CP2 | M10 | <u>Fin des inclusions</u> <ul style="list-style-type: none"> - Effectivité des inclusions - Respect des effectifs (160 inclusions) |
| CP3 | M16 | <u>Début de l'année 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du rapport d'activité Année 1 : inclusions / opérationnalité / effectivité des suivis / type d'accompagnement - Adéquation des outils de recueil de données (SI) avec les objectifs de l'expérimentation et de l'évaluation |
| CP4 | M22 | <u>Point d'étape à 1 an des dernières inclusions</u> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse préliminaire des profils patients et de leurs besoins |
| CP5 | M29 | <u>Fin du recueil des données pour l'évaluation de la Phase 1</u> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du rapport d'activité Année 2 - Fin du recueil de données pour l'évaluation interne et externe de la phase 1 |
| CP6 | M35 | <u>Fin de la Phase 1</u> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du rapport d'évaluation interne de la phase 1 présentant les données d'activités, les profils des personnes accompagnées, leurs besoins et le modèle économique proposé pour la phase 2 |
| CP7 | M40 | <u>Lancement de la Phase 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Opérationnalité des équipes - Respect des effectifs (160 inclusions) |

| | | |
|------|-----|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Adéquation des outils de recueil de données (SI) avec les objectifs de l'expérimentation et de l'évaluation - Validation du rapport d'activité Année 3 |
| CP8 | M46 | <u>Fin de l'année 1 de la Phase 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Point d'étape sur la mise en place du modèle économique innovant |
| CP9 | M52 | <u>Début de l'année 2 de la Phase 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du rapport d'activité Année 4 - Fin du recueil de données pour l'évaluation interne et externe de la phase 1 |
| CP10 | M58 | <u>CP final</u> <ul style="list-style-type: none"> - Validation du rapport d'évaluation interne de la phase 2 |

Pour chaque territoire d'expérimentation, un comité de suivi sera organisé chaque trimestre. Il aura pour mission d'assurer le suivi opérationnel des expérimentations et la préparation des comités de pilotage. Chacun réunira des professionnels des équipes EMI / SIDIIS, des représentants des usagers et des partenaires locaux.

| Instance | Participants | Périodicité |
|-------------------------------|--|---------------|
| Comité de pilotage | AP-HM Représentant du bureau de pôle CH Valvert Direction / Chef de pôle / CME Direction CMSMH Direction GROUPE SOS Solidarités Direction Clinique des Quatre Saisons – Ramsay Santé Chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale Equipe Article 51 National +ARS Paca DGOS National Représentants des usagers du dispositif SIIS – Santé Mentale | 2/fois par an |
| Comité de suivi EMI | Chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale Chef de pôle / chef de service CH Valvert Chef de pôle / chef de service Clinique des Quatre Saisons – Ramsay Santé Chef de service CMSMH Professionnels EMI Représentants des usagers du programme Partenaires présents sur les secteurs Marseille Est | 4/fois par an |
| Comité de suivi SIDIIS | Chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale Chef de pôle /chef de service AP-HM Chef de service SIDIIS Professionnels SIDIIS Représentants des usagers du programme Partenaires présents sur Marseille Sud | 4/fois par an |

VII. Financement de l'expérimentation

1. Les crédits d'amorçage et d'ingénierie

A. Les coûts d'investissement

Les investissements sont destinés à équiper les professionnels en moyens informatiques et mobiliers de bureau. Ces coûts s'élèvent à 40 000€ (20 000€ par équipe) pour des équipements de bureaux et des ordinateurs. Ces financements portent sur le FIR. Le détail est présenté en annexe 4.

B. Les frais d'exploitation

Il convient de distinguer les différentes étapes du projet :

1. Le recrutement d'un.e chargé.e de projet pour le suivi et la coordination des équipes de l'expérimentation (financé dans le cadre d'un budget spécifique FIR d'ingénierie sur l'ensemble de la période). Ce poste sera dédié à l'expérimentation globale sur les deux territoires définis.
2. La phase d'amorçage du dispositif qui se déroulera sur 4 mois jusqu'à l'admission de la première personne accompagnée (financée dans le cadre d'un budget spécifique FIR).
3. L'expérimentation (financement FISS) qui se déroulera sur 5 ans à compter de la première admission, en deux phases :
 - phase 1 de 3 années,
 - phase 2 optionnelle en fonction des résultats de l'évaluation de la phase 1.

B1 – Crédits d'ingénierie pour l'ensemble des phases du projet

Le suivi de l'expérimentation, et la coordination des équipes qui la mènent requièrent la création d'un poste de chargé.e de projet dans le cadre d'un budget spécifique d'ingénierie sur l'ensemble de la période. Le.a chargé.e de projet sera recruté.e par l'un des deux porteurs de projet à savoir Groupe SOS Solidarités.

Ce budget ingénierie est nécessaire en raison du caractère expérimental du projet mais ne rentre pas stricto sensu dans les coûts de référence du dispositif et notamment pour le calcul des économies générées. En effet, en cas de généralisation du dispositif à l'issue de l'expérimentation, ces coûts n'auraient plus lieu d'être.

Au total, le budget Ingénierie tient compte du coût total salarial du chargé(e) de projet (environ 6 800 € mensuel), ainsi que de frais de fonctionnement correspondant à 20% des coûts salariaux afin de couvrir les dépenses locatives pour un bureau ainsi que les frais de téléphonie, informatique, déplacements, documentation et les frais de gestion liés à la paie et à la comptabilité.

| | ETP | Coûts mensuel | Phase d'amorçage (4 mois) | Phase 1 (3 ans) | Phase 2 (2 ans - optionnelle) * | Total |
|--------------------------------|----------|----------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|
| Chargé.e de projet | 1 | 6 794 € | | | | |
| Frais de fonctionnement (20%) | | 1 359 € | | | | |
| Total budget Ingénierie | 1 | 8 152 € | 32 609 € | 293 481 € | 195 655 € | 521 745 € |

*Sous réserve des résultats de l'évaluation de la phase 1

B2 – Crédits d'amorçage pour la phase d'amorçage du projet

La phase d'amorçage consiste en une période préparatoire de quatre mois au cours de laquelle un nombre restreint de salariés développeront les partenariats, mettront en place la structure et les outils, recruteront l'ensemble de l'équipe. Cette phase d'amorçage s'achève à l'inclusion de la première personne accompagnée sur le dispositif.

Les coûts de fonctionnement de cette période préparatoire, hors coûts d'ingénierie de 32 609€ sur cette période déjà inclus dans le budget d'ingénierie ci-dessus, se décomposent comme suit :

Tableau 1 - Synthèse des besoins de la phase d'amorçage (hors ingénierie)

| | Coûts € pour 2 équipes | Commentaires |
|--------------------------------------|---------------------------|--|
| Salaires & charges | 190 474 € | Selon détail ci-dessous |
| Autres charges de personnel | 61 720 € | Honoraires divers, personnel mutualisé et formations |
| Achats non stockés | 5 573 € | Consommables bureaux |
| Autres services extérieurs | 32 906 € | Frais de déplacements, télécom., paie & comptabilité |
| Loyer & charges | 10 400 € | Loyer bureau pour l'équipe |
| Locations mobilières | 6 000 € | Véhicules & copieurs |
| Services extérieurs | 19 547 € | Entretien, maintenance, assurances, logiciel usagers |
| TOTAL FRAIS DE FONCTIONNEMENT | 326 620 € | |

Le montant total de la phase d'amorçage s'élève donc à 326 620 euros (2 fois 163 310 euros).

Les salariés de chaque équipe seront recrutés en contrat à durée indéterminée par chacun des porteurs de projet.

Le coordinateur de l'équipe et les deux psychiatres sont les trois premiers salariés recrutés.

Le coordinateur assurera notamment la mise en place de l'organisation administrative et logistique et procédera aux recrutements. Il sera rejoint au bout d'un mois sur la partie administrative par l'assistant administratif pour la mise en place des outils de gestion et la gestion administrative des recrutements.

Le psychiatre entamera le travail de réseau dans l'objectif d'une rapide montée en charge du dispositif. Les recrutements au bout d'un mois d'un IDE et d'un travailleur social viendront renforcer le travail de réseau et préparer les premières admissions. Une partie de l'équipe de prise en charge sera donc opérationnelle pour la première admission.

Les coûts de personnel sont calculés sur la base des obligations de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

Les charges de personnel sur ces 4 mois de préparation du dispositif sont présentées en annexe 4.

Les autres charges de personnel (cf. tableau 1), pour chacune des 2 équipes, s'élèvent à 61 720 euros et tiennent notamment compte, sur cette période, d'un budget de 20 160 euros pour les honoraires, billets d'avion et frais d'hébergement d'un consultant Canadien spécialisé dans l'Assertive Community Treatment (Suivi Intensif dans le Milieu au Québec) dont la mission devrait se dérouler comme suit :

- 1 semaine de formation de l'équipe au démarrage ;
- 3 semaines d'assistance lors des premières admissions ;
- 3 semaines d'assistance au bout de quelques mois de fonctionnement ;

- 1 assistance à distance (visio-conférence) en dehors des temps de présence sur le dispositif.

Également dans les autres charges de personnel par équipe, prise en compte d'un budget formation de 10 300 euros comme suit :

- les coûts de formation au rétablissement par le CoFoR (3 900 euros) et à la méthode IPS par Working First (4 800 euros) ;
- les coûts de la formation des travailleurs pairs par Esper Pro (1 600 euros).

Les autres services extérieurs comprennent notamment les coûts relatifs à la gestion externalisée de la paie et de la comptabilité de la structure. Les services extérieurs incluent 5 000 euros de frais de mise en service d'un logiciel de suivi des usagers, y compris la formation du personnel à son utilisation.

Récapitulatif du financement FIR nécessaire

Au global, le FIR doit donc permettre le financement des coûts d'investissements et d'ingénierie ainsi que des coûts de la période d'amorçage.

Le montant total du financement FIR nécessaire s'élève à 888 365 euros se décomposant en 692 710 euros pour la phase d'amorçage et la phase 1 de 3 années de l'expérimentation, et 195 655 euros pour la phase 2 optionnelle de l'expérimentation, selon le détail ci-dessous :

Tableau 2 - Synthèse des besoins FIR

| | Amorçage (4 mois) | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Sous total Amorçage et phase 1 | Année 4 | Année 5 | Sous-total phase 2 | Total 3 ans + 2 ans |
|---|----------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------|----------|----------|-----------------------|------------------------|
| Investissements | 40 000 € | | | | 40 000 € | | | | 40 000 € |
| Ingénierie | 32 609 € | 97 827 € | 97 827 € | 97 827 € | 326 090 € | 97 828 € | 97 827 € | 195 655 € | 521 745 € |
| Amorçage | 326 620 € | | | | 326 620 € | | | | |
| <i>dont Salaires & charges</i> | 190 474 € | | | | 190 474 € | | | | |
| <i>dont Autres charges de personnel</i> | 61 720 € | | | | 61 720 € | | | | |
| <i>dont Achats non stockés</i> | 5 573 € | | | | 5 573 € | | | | |
| <i>dont Autres services extérieurs</i> | 32 906 € | | | | 32 906 € | | | | |
| <i>dont Loyer & charges</i> | 10 400 € | | | | 10 400 € | | | | |
| <i>dont Locations mobilières</i> | 6 000 € | | | | 6 000 € | | | | |
| <i>dont Services extérieurs</i> | 19 547 € | | | | 19 547 € | | | | |
| Total | 399 229 € | | | | 692 710 € | | | 195 655 € | 888 365 € |

Le financement des formations complémentaires au cours de l'expérimentation n'est pas inclus dans le budget FIR ci-dessus. Ces formations pourront faire l'objet de financements spécifiques par l'ARS PACA au cas par cas.

2. Les charges annuelles de l'expérimentation constituant les prestations dérogatoires au titre du FISS

Les coûts de fonctionnement de la première année de l'expérimentation pour deux équipes s'élèvent à environ 1,8 M€ et se décomposent comme suit :

Tableau 3 - Synthèse des charges annuelles de l'expérimentation

| | Coût pour 2 équipes | Commentaires |
|--|---------------------|--|
| Salaires & charges | 1 472 747 € | Selon détail ci-dessous |
| Autres charges de personnel | 41 491 € | Honoraires divers et personnel mutualisé |
| Achats non stockés | 16 887 € | Consommables bureaux |
| Autres prestations à caractère sociale | 56 560 € | Aides financières et activités au bénéfice des usagers |
| Autres services extérieurs | 90 006 € | Déplacements, télécom., paie & comptabilité |
| Loyer & charges | 31 512 € | Loyer bureau pour l'équipe |
| Locations mobilières | 34 106 € | Véhicules & copieurs |
| Services extérieurs | 40 036 € | Entretien, maintenance, assurances, logiciel usagers |
| TOTAL FRAIS DE FONCTIONNEMENT | 1 783 345 € | |

Les salaires et charges et les hypothèses qui sous-tendent la construction de l'équipe, du temps de travail, du temps d'accompagnement des patients selon les volets de prise en charge et enfin les autres coûts de l'expérimentation sont détaillés en annexe 4.

Au total, pour une file active de 160 personnes, les coûts annuels au titre des prestations dérogatoires peuvent se traduire par un forfait de 11 145,91€ par an et par patient. Il reste que le modèle économique qui sous-tend la phase 1 du projet repose sur une dotation annuelle de 1 783 345€ pour la prise en charge de 160 patients par an. Le porteur s'engage à inclure 160 patients dans les 4 premiers mois de l'expérimentation.

Tableau 4 - File Active et coût annuel

| | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Cumul Phase 1 |
|-------------------------------|--------------------|-------------|-------------|---------------|
| Nbre d'inclusion | 160 | 16 | 16 | 192 |
| File active | 160 | 160 | 160 | 480 |
| Coûts annuels | 1 783 345 € | 1 783 345 € | 1 783 345 € | 5 350 035 € |
| Coût par patient année | 11 145,91 € | | | |

3. L'impact financier

L'impact financier repose sur la diminution du nombre de jours d'hospitalisation des personnes accompagnées par le dispositif.

Les économies réalisées par le financeur le seront à terme sur les financements accordés aux établissements hospitaliers. Au montant de ces économies doit être retranché le coût du dispositif.

L'impact financier peut donc se modéliser ainsi :

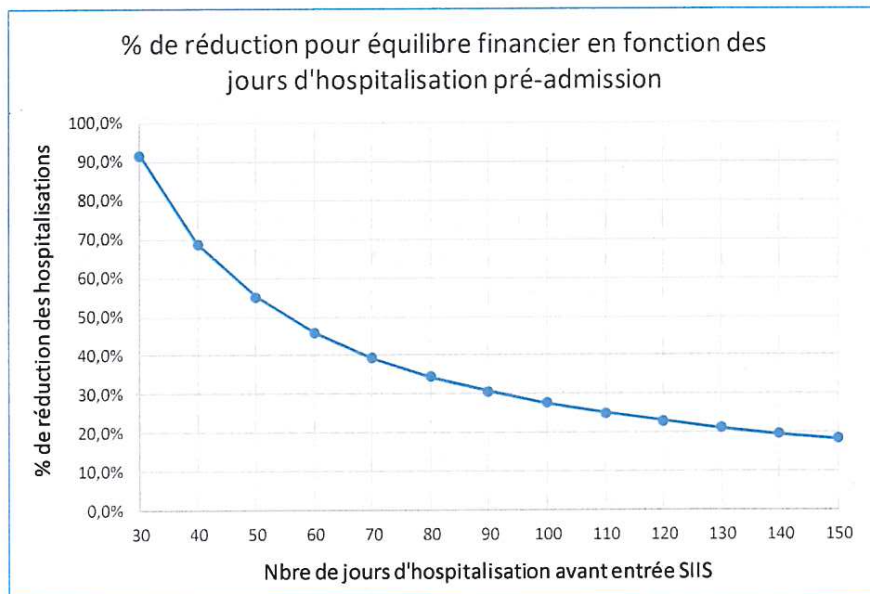
- Diminution du coût des hospitalisations
- Coûts du dispositif
- = Economie nette

Le montant de l'économie dépend donc du niveau de réduction du nombre de jours d'hospitalisation des 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 11 145,91 euros (analyse basée sur le coût moyen des 3 années de la phase 1 - voir B3 ci-dessus), le point d'équilibre financier pour

le financeur est atteint à compter d'une réduction du nombre de jours d'hospitalisation de 27,5 jours en moyenne pour chacune des 160 personnes accompagnées (11 145,91 / 405).

Ce point d'équilibre financier peut donc s'exprimer en pourcentage de réduction du nombre de jours d'hospitalisation. Ce pourcentage de réduction sera d'autant plus faible que le nombre moyen de jours d'hospitalisation avant l'entrée dans le dispositif aura été élevé comme l'illustre ce graphique :



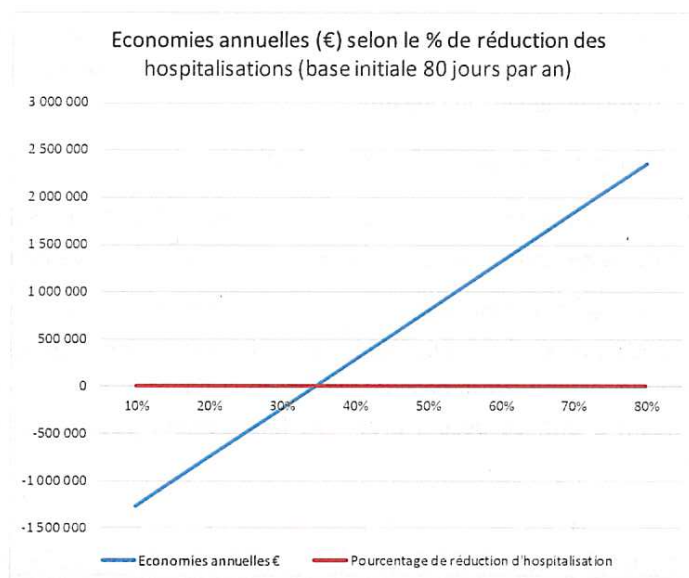
Si l'on ne considère que les patients de Valvert, 39 patients ont comptabilisé plus de 50 jours d'hospitalisation en 2018 et en 2019.

Si l'on ne considère que les patients de Ramsay Santé, 21 patients ont comptabilisé plus de 50 jours d'hospitalisation en 2018 et 30 patients en 2019.

Par ailleurs, sur la base de statistiques réalisées sur les années 2017 et 2018 au sein de l'Hôpital Sainte Marguerite de Marseille, 69 personnes ont eu un nombre de jours d'hospitalisation supérieur à 50 jours par an sur chacune de ces deux années.

Au cours de chacune des années 2017 et 2018, ces 69 personnes ont été hospitalisées en moyenne 3 fois pour une durée annuelle cumulée moyenne de 143 jours. Cependant, l'écart type par rapport à cette moyenne est de 61 jours et l'écart moyen est de 48 jours.

En tenant compte d'une hypothèse prudente de 80 jours d'hospitalisation annuelle avant le début de l'accompagnement par le dispositif, l'évolution des économies réalisées en fonction du pourcentage de réduction des jours d'hospitalisation est représentée dans le graphique suivant :



Le point d'équilibre financier est atteint lorsque le nombre de jours d'hospitalisation est réduit en moyenne de 34,4 % sur l'ensemble des 160 personnes accompagnées.

Les études scientifiques rapportent une diminution d'environ 70% du nombre de jours d'hospitalisation durant les 2 premières années d'implantation du dispositif. Sur cette hypothèse, l'économie annuelle générée par l'expérimentation serait de 1 845 397 € pour 160 personnes selon le calcul suivant :

- Diminution du coût des hospitalisations = $80 \text{ j} * 405 \text{ €} * 160 * 70 \% = 3 628 800 \text{ €}$
- Coûts du dispositif (moyenne phase 1) = 1 783 345 €
- = Economie nette = 1 845 455 €

A ces économies calculables en fonction de la réduction du nombre de jours d'hospitalisation s'ajoute une diminution difficilement chiffrable, mais certaine, des coûts sociaux qui auront pu être évités (allocation personne handicapée, etc.).

4. Le modèle de financement envisagé

Le modèle de financement envisagé est substitutif.

En effet, en lieu et place du financement actuel par Dotation Annuelle de Financement des établissements hospitaliers publics ou du prix de journée pour les établissements privés, l'objectif de l'expérimentation sur le volet financier est de parvenir à définir à l'issue des trois premières années un système de financement par usager qui pourrait être modulé en fonction du parcours de la personne (selon la phase dans laquelle elle se trouve : inclusion, accompagnement, crise, ou préparation à la sortie du dispositif).

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 serait basé sur une enveloppe annuelle médico-sociale permettant de couvrir les frais du dispositif pour un nombre défini de personnes prises en charge.

Récapitulatif des financements demandés :

Le financement demandé pour la phase 1 (3 ans) est de 6 042 745 €. Une partie est versée par le FIR (crédits d'amorçage et d'ingénierie) et une autre par le FISS (prestations dérogatoires) qui sont non fongibles entre elles. Le découpage est le suivant :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie de 692 710 €
- Des financements dérogatoires du droit commun de 5 350 035 €, dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la Cnam.

A titre indicatif, la phase 2 optionnelle de l'expérimentation nécessiterait un financement complémentaire de 3 852 226 €, dont 3 656 571 € pour les prestations dérogatoires et 195 655 € pour les 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.

Tableau 5 - Synthèse des besoins de financement totaux

| | Amorçage | Phase 1 | | | Total amorçage + phase 1 | Phase 2 (optionnelle) | | | Total |
|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | 4 mois | Année 1 | Année 2 | Année 3 | | Année 4 | Année 5 | Sous Total phase 2 | Cumul |
| Investissements (FIR) | 40 000 € | | | | 40 000 € | | | | 40 000 € |
| Amorçage (FIR) | 326 620 € | | | | 326 620 € | | | | 326 620 € |
| Ingénierie (FIR) | 32 609 € | 97 827 € | 97 827 € | 97 827 € | 326 090 € | 97 828 € | 97 827 € | 195 655 € | 521 745 € |
| Sous-total FIR | 399 229 € | 97 827 € | 97 827 € | 97 827 € | 692 710 € | 97 828 € | 97 827 € | 195 655 € | 888 366 € |
| Montant FISS | | 1 783 345 € | 1 783 345 € | 1 783 345 € | 5 350 035 € | 1 819 189 € | 1 837 382 € | 3 656 571 € | 9 006 606 € |
| Montant total (FIR + FISS) | 399 229 € | 1 881 172 € | 1 881 172 € | 1 881 172 € | 6 042 745 € | 1 917 017 € | 1 935 209 € | 3 852 226 € | 9 894 972 € |
| File active | | 160 | 160 | 160 | | 160 | 144 | | |
| Coût FISS par patient par année | | 11 145,91 € | | | | | | | |

A titre indicatif, un tableau comparant les coûts de SIIS aux autres dispositifs marseillais d'accompagnement à domicile s'adressant à des publics aux besoins moins élevés est présenté en annexe 4 (SAMSAH, SAVS, Un Chez-Soi d'Abord).

Construction du modèle et suivi de l'activité

Les modalités de facturation et le rythme des versements seront définis dans une convention entre le porteur et la CNAM.

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 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 des équipes 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 devront être faits 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 déclinés par phases (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 | Logiciel Métier |
| Psychiatre : nombre d'heures de consultations/prescriptions par patient | | |

| | | |
|---|---------------------|--|
| IDE : nombre d'heures d'accompagnement/VAD par patient | première inclusion) | |
| 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^e au 9^e 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 est celui de la dotation globale. Les effectifs prévisionnels, et donc le financement, ne pourront être revus à la baisse en cours d'expérimentation compte tenu du 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.

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. Des pistes ont déjà été élaborées quant aux forfaits cibles à atteindre a priori en termes de découpage des différentes étapes de prise en charge (durée moyenne, intensité de la PEC, etc.), ainsi qu'en termes de montants. Ces pistes sont présentées à titre indicatif en annexe 5.

VIII. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

- Dérogation 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

Actuellement le financement de l'offre de soin et d'accompagnement de la population cible du projet est le suivant :

- Pour les établissements hospitaliers publics : la Dotation Annuelle de Financement de psychiatrie (DAF). La DAF est une enveloppe budgétaire attribuée sur l'année civile pour couvrir l'ensemble des dépenses.
- Pour les établissements de santé privés : le tarif journalier.

Ce financement n'est pas adapté aux besoins des personnes ayant un recours important aux hospitalisations en psychiatrie (population cible) :

- d'une part du fait de son inscription dans le champ du sanitaire à temps complet : cette population se retrouve de fait en situation d'exclusion sociale et de dépendance à l'institution sanitaire alors qu'elle pourrait retrouver un parcours de soin et d'inclusion sociale « classique » si elle pouvait bénéficier d'un accompagnement médico-social suffisamment intensif et personnalisé proposé par l'expérimentation SIIS-Santé Mentale. Ce type d'accompagnement, pour pouvoir couvrir l'ensemble de la population cible du territoire national et se substituer à l'offre actuelle, ne peut être opéré que par un **transfert de financement du champ intra-hospitalier sanitaire vers le champ ambulatoire médico-social**.
- D'autre part du fait d'une tarification forfaitaire peu flexible et ne tenant pas compte des spécificités du parcours de soins et du parcours de vie de chaque usager accompagné : Les usagers ayant besoin d'un accompagnement de type « suivi intensif » ont des besoins sanitaires et sociaux évoluant au fil de leur parcours. Cette évolution est difficile à décrire a priori mais les données de l'expérimentation devraient permettre d'identifier **des profils et des étapes de parcours types pouvant faire l'objet de modulation de la tarification de l'offre d'accompagnement**.

Le **modèle d'organisation** proposé dans le projet SIIS-Santé Mentale (équipe mobile de suivi intensif médico-social) est en lui-même dérogatoire, car la gouvernance et la répartition des métiers au sein du dispositif relève du champ du médico-social ambulatoire et non de la psychiatrie, alors que la population cible a accès, dans l'offre habituelle, à une offre de soins et d'accompagnement portée principalement par la psychiatrie à temps complet : Pour les motifs décrits plus haut, cette population bénéficie de soins psychiatriques et somatiques dans le système hospitalier plutôt qu'en médecine de ville, et n'accède que peu ou pas au milieu ordinaire dans son projet de vie (logement, emploi, liens sociaux principalement en milieu protégé et la plupart du temps en milieu psychiatrique). L'accompagnement ne sera pas conditionné aux soins, l'offre de soins psychiatriques fournie par l'équipe étant proposée uniquement comme outil au service du projet de vie, en fonction du choix et des préférences de chaque usager. Les outils guidant l'accompagnement seront issus du champ du médico-social (projet personnalisé, participation des usagers...). Cet accompagnement de type « projet de vie d'abord » (en référence au « logement d'abord »), s'appuiera d'ailleurs sur la **méthodologie « place and train »** (*placer et former*) qui privilégie l'accompagnement direct en milieu ordinaire plutôt que l'accompagnement « étape par étape » proposé dans la plupart des services de

soins psychiatriques et des équipes médico-sociales en santé mentale. Bien qu'en cours de diffusion en France grâce au développement des formations aux « pratiques orientées vers le rétablissement » initiées par le programme Un chez soi d'abord, ce type d'organisation et de méthodologie d'accompagnement reste très innovant pour la population cible du projet car repérée par la majorité des professionnels trop risquée pour celle-ci (cf. partie III B. C et annexe 6). Il a été introduit par le programme Un chez soi d'abord en France, et désormais généralisé à toute la France pour la population sans-abri, mais n'a pas eu d'effet « boule de neige » pour les autres sous-populations de personnes ayant des besoins élevés dans le champ de la Santé Mentale, notamment pour les personnes subissant un phénomène d'exclusion sociale du fait de leur recours important aux hospitalisations en psychiatrie.

IX. Impacts attendus

a. Impacts en termes de service rendu aux personnes accompagnées

La diminution des besoins médicaux et sociaux du public cible, grâce à l'accompagnement, devrait permettre de favoriser la possibilité pour ces personnes de consulter en psychiatrie de ville de première ligne (accès difficile car réorientées la plupart du temps vers le service public ce qui restreint le choix et peut augmenter la stigmatisation et donc les difficultés d'accès aux soins).

Une réduction des besoins en hospitalisation dans ces 3 services ainsi que dans les établissements privés des environs.

A court terme : diminution des séjours hospitaliers de longue durée et du recours aux urgences psychiatriques, amélioration de l'inclusion sociale et réduction de l'isolement/inactivité (augmentation de la participation à des activités sociales, culturelles et sportive), diminution du nombre de personnes sans logement et augmentation du nombre de jours par an passé dans le logement, diminution du recours aux structures d'hébergement d'urgence, amélioration du suivi ambulatoire des soins psychiatriques, addictologiques et somatiques, réduction des comportements à risques en lien avec les consommations de toxiques.

A moyen terme : diminution de tous les types de séjours hospitaliers ou en clinique (et notamment diminution de 75% du nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie par an), augmentation de la proportion d'usagers ayant une activité professionnelle ou non professionnelle en milieu ordinaire, diminution de l'auto-stigmatisation, augmentation de l'autonomie dans le suivi médical psychiatrique et somatique, diminution des soins sans consentement, diminution des décès par suicide.

b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

Tout en proposant une offre d'accompagnement et de soin extérieure au système de soin en psychiatrie (offre classique publique, privée et libérale inadaptée à la population cible), le projet d'expérimentation est fondé sur une coordination de proximité avec les services d'hospitalisation.

A court terme : Amélioration de la collaboration entre professionnels du médico-social, de la psychiatrie hospitalière, et de la médecine de ville, diminution de la sensation de « perte de sens » du travail des équipes hospitalières liées aux hospitalisations de longue durée et au phénomène de « porte tournante » (hospitalisations à répétition).

A moyen terme : clarification des missions entre les professionnels de la psychiatrie et les professionnels du médico-social, diminution des situations de violence à l'hôpital favorisées par l'absence d'alternative à l'hospitalisation, réduction des représentations négatives des professionnels de la population bénéficiaire (stigmates décrits plus haut), diversification des activités portées par les établissements de santé dans le domaine de la santé mentale (renforcement des activités médico-sociales).

A terme, la collaboration doit pouvoir créer un réseau informel ou formel proche des dispositifs mis en place en addictologie. La disponibilité, la mobilité et les compétences variées des équipes d'accompagnement sont essentielles pour éviter les ruptures de soins de santé somatiques des personnes ayant des troubles psychiques sévères et des besoins élevés (les médecins généralistes

mettent en avant les difficultés à suivre ces personnes étant donné la « lourdeur » de leur situation psychique et sociale).

c. Impact en termes d'efficacité pour les dépenses de santé

Ce modèle d'équipe pourrait être un levier pour une transformation globale du système de soins et d'accompagnement en santé mentale.

Après évaluation :

- Transfert, sur le territoire de l'expérimentation, de l'activité sanitaire temps plein vers une activité ambulatoire médico-sociale pérenne (création d'un nouveau dispositif complétant l'offre de SAVS, SAMSAH, appartements de coordination thérapeutiques, etc. en santé mentale) ;
- Dissémination du modèle dans d'autres territoires permettant progressivement le transfert d'activité sur tout le territoire français à raison d'environ une équipe pour 100000 habitants (portage par des associations et des établissements publics de santé +/- établissements privés) ;
- Expérimentation en parallèle ou par la suite d'autres modèles d'équipes sanitaires et médico-sociales permettant de réduire les besoins en hospitalisation en psychiatrie (temps complet et temps partiel), d'intégrer les soins dans le système global de soins de santé primaire, et de renforcer les dispositifs communautaires et médico-sociaux luttant contre l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques :
 - o Dispositifs sanitaires : équipes mobiles de résolution de crise (suivi intensif médico-psychologique de courte durée), maisons de santé pluridisciplinaires intégrant des professionnels de la santé mentale...
 - o Dispositifs médico-sociaux et communautaires : maisons de répit/ de crise, équipes de suivi d'intensité variable (population ayant des besoins modérés), accompagnement vers l'emploi et les activités sociales en milieu ordinaire, pair-aidants « libéraux ».

L'impact financier attendu repose sur une baisse de la durée de séjour en hospitalisation psychiatrique temps plein. Les coûts du dispositif « suivi intensif » seraient au minimum compensés par cette baisse des coûts hospitaliers. La baisse du nombre de jours d'hospitalisation constatée en contexte nord-américain est de l'ordre de 80%, reposant sur une revue des évaluations de bonne qualité scientifique [24].

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Le tableau ci-dessous présente, en plus des indicateurs énumérés dans le tableau opérationnel du projet (p24), différents critères qu'il nous paraîtrait important de prendre en compte dans le cahier des charges d'évaluation.

| Critères d'évaluation des projets Article 51 | Critères d'évaluation du dispositif SIIS – Santé Mentale |
|--|--|
| Faisabilité | Acceptation du projet et perception des professionnels de la psychiatrie hospitalière Acceptation du projet et perception des autres professionnels du sanitaire Acceptation du projet et perception des professionnels du social et médico-social |
| Efficacité – Efficience | Satisfaction / perception des personnes accompagnées Perception des acteurs du territoire (sanitaire, social, médico-social) Comparaison du devenir des patients répondant aux critères d'inclusion sur les deux années précédant l'expérimentation (donc patients non pris en charge par le dispositif) et des patients pris en charge par le dispositif SIIS |
| Reproductibilité | Le suivi et l'évaluation en parallèle des deux équipes devra permettre, entre autres, d'identifier les modalités d'intervention les plus adaptées en fonction des caractéristiques du territoire et de faciliter par la suite la généralisation du modèle à tous les territoires français. Comparaison des indicateurs recueillis pour chaque équipe SIIS – Santé Mentale (EMI / SIDIIS) : <ul style="list-style-type: none"> - Impact des données socio-démographiques des territoires, - Analyse du profil « partenarial » et de son impact notamment : présence ou non de CMP, de CPTS, de professionnels libéraux, etc. impact de leur implication sur la mise en œuvre du projet |

XI. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Les équipes SIIS – Santé Mentale bénéficieront de la mise en place d'un logiciel métier spécialement paramétré pour leurs activités : le logiciel TAGALIS. La CMSMH utilise déjà ce logiciel pour le suivi de l'activité de ses autres dispositifs. Il présente de nombreux avantages :

- Flexibilité : là où la plupart des logiciels sont figés, le modèle de développement de TAGALIS permettait de créer un logiciel spécialement adapté à nos activités,
- Réactivité : il sera possible de lui apporter des modifications et des compléments tout au long de son utilisation et dans des délais très courts,
- Simplicité d'utilisation : l'interface est très ergonomique et intuitive ce qui en fait un outil très simple d'utilisation qui ne nécessite qu'une simple formation d'une journée pour sa prise en main,
- Coût : comparativement à d'autres logiciels, TAGALIS est particulièrement abordable.

Comme tous les logiciels médico-sociaux, TAGALIS permet le suivi de l'activité (suivi des actes par bénéficiaire) et son monitoring grâce à des tableaux de bord en temps réel.

Ce logiciel sera commun aux deux équipes et il permettra une traçabilité optimale de tous les documents écrits, renforçant et améliorant ainsi le cadre et la cohérence de l'accompagnement. Les membres de l'équipe auront ainsi accès à tout moment et de manière centralisée aux données concernant les personnes accompagnées, selon les droits d'accès accordés en fonction de leur mission. Ils bénéficieront d'une visibilité et d'une veille permanente sur le suivi de la prise en charge. Enfin, le dossier informatisé permettra de mettre en œuvre une gestion dématérialisée et informatisée des supports de l'accompagnement.

L'inclusion des personnes accompagnées dans le dispositif sera validée par la signature du règlement de fonctionnement. Cela permettra d'attester que la personne a bien eu connaissance des règles de fonctionnement et qu'elle donne son consentement pour la collecte, le stockage, le partage et l'utilisation de ses données personnelles qui seront recueillies tout au long de son accompagnement.

L'application TAGALIS ainsi que les données collectées seront hébergées par Exodata, entreprise certifiée Hébergeur Infrastructures et Infogéreur HDS. Exodata a été certifié⁶ pour l'ensemble des activités 1, 2, 3, 4, 5 et 6 :

1. la mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle des sites physiques permettant d'héberger l'infrastructure matérielle du système d'information utilisé pour le traitement des données de santé ;
2. la mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l'infrastructure matérielle du système d'information utilisé pour le traitement de données de santé ;
3. la mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de la plateforme d'hébergement d'applications du système d'information ;
4. la mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l'infrastructure virtuelle du système d'information utilisé pour le traitement des données de santé ;
5. l'administration et l'exploitation du système d'information contenant les données de santé;

⁶ Lien vers la liste des hébergeurs certifiés sur le site [esante.gouv.fr](https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-certifies) : <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-certifies>

6. la sauvegarde de données de santé.

XII. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Au regard du RGPD, le responsable de traitement est dans l'obligation de mettre en place toutes les mesures organisationnelles et techniques nécessaires pour protéger les données personnelles notamment de santé.

On entend par mesures organisationnelles : la nomination du DPO, la tenue à jour du registre de traitements de données, la réalisation d'analyses d'impact, la déclinaison du RGPD dans les processus via des procédures : information des personnes, recueil du consentement, gestion des droits, Alerte de violation des données, privacy by design, la gestion de la sous-traitance.

Les mesures techniques consistent en la mise en place d'une façon systématique des précautions élémentaires (14 mesures) objet du [guide de la sécurité des données personnelles](#) à savoir :

- Sécurisation des accès logiques et physiques
- Mise en œuvre d'une Politique de mots de passe conformément aux recommandations de la CNIL
- Réalisation d'une revue annuelle des droits et des habilitations en supprimant les autorisations d'accès obsolètes
- Mise en place d'un système de journalisation permettant de tracer les accès et gérer les incidents
- Mise en place d'une politique de purge technique et physique des données
- Réalisation d'audits périodiques des SI
- Sécurisation des postes de travail (verrouillage automatique des sessions, pare-feu, antivirus à jour).
- Sécurisation des équipements nomades
- Sécurisation des serveurs (mises à jour critiques, sauvegardes régulières)
- Sécurisation des échanges sur internet en adoptant un protocole de chiffrement et d'authentification

XIII. Liens d'intérêts

Les porteurs, représentés par Emilie Coutret (Cheffe de service faisant fonction de direction) et Pascal Fraichard (Directeur), n'ont aucun lien d'intérêt avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

XIV. Éléments bibliographiques / expériences étrangères

- [1] Maeva Jego, Emilia Debaty, Leila Ouirini, Hélène Carrier, Emma Beetlestone. *Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs*. Family Practice, Oxford University Press (OUP): Policy B - Oxford Open Option D, 2019, 36 (1), pp.72-76.
- [2] Fiat, C., Hammouche, B., et Wonner, M. *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*, 2018.
- [3] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, *Rapport d'activité 2019*, Mars 2019.
- [4] Saravane, D., et al. *Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologiquement sévère*. L'Encéphale (2009)35, 330—339.
- [5] Bungener, M. *Trajectoires brisées, familles captives*, Inserm Ed., 1995.
- [6] Bungener M. *Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique : le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle*. Sciences Sociales et Santé, Vol.19, n]1, mars 2001.
- [7] Laporte, A., Chauvin, P. *Samenta : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Observatoire du Samu social, pp.227, 2004. (Inserm-00471925)
- [8] ANAP, *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Anticiper et comprendre*, p. 8, Août 2015
- [9] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- [10] Feuille de route Santé mentale et psychiatrie – Comité stratégique de la Santé Mentale et Psychiatrie, Juin 2018. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- [11] Chow WS, Priebe S. *Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review*. BMC Psychiatry. 2013 Jun 18;13:169. doi: 10.1186/1471-244X-13-169. PMID: 23773398; PMCID: PMC3702490.
- [12] Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale"*, décembre 2011
- [13] Taylor Salisbury, T., Killaspy, H., & King, M. (2016). *An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit)*. BMC Psychiatry, 16(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0762-4>
- [14] Statistique annuelle des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

[15] Base de données de l'OCDE sur la santé 2011. URL : <https://data.oecd.org/fr/healthq/lits-d-hopitaux.htm>

[16] Coldefy, M., Le Neindre, C., & Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). (2014). *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique*. Paris: IRDES.

[17] Gold P, Meisler N, Santos A, et al. The programme of assertive community treatment : implementation and dissemination of an evidence-based model of community based care for persons with severe and persistent mental illness, *Cognitive and Behavioural practice*, 2003, vol 10 (4), p290-303 28

[18] Hardy-Bayle MC, 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 en santé mentale* (2015)

[19] Ramonet M, Roelandt JL, Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve, *ann med-psychol* 2013, 171(8) : 524-530

[20] Latimer, E., Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of The Literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999. 44(5): p. 443-454.

[21] Dieterich M, Irving CB, Park B, et al. Intensive case management for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD007906.

[22] Ziguras SJ, Stuart GW, A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years, *Psychiatr Serv*. 2000 Nov;51(11):1410-21.



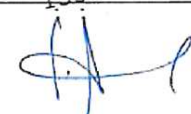


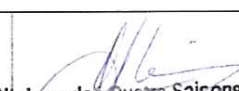


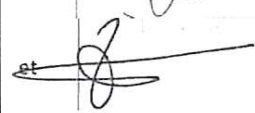
[23] Paul B Gold, Neil Meisler, Alberto B Santos, Mark A Carnemolla, Olivia H Williams, Jennie Keleher, Randomized Trial of Supported Employment Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness. *Schizophr Bull*. 2006 Apr; 32(2): 378–395.


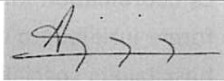

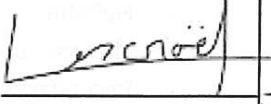

[24] ANAP, *Organisation territoriale au service de la coordination*, p.8, Septembre 2017

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

[26] Association des hôpitaux du Québec Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté, Nov 2004. URL : <https://www.cnesm.org/wp-content/uploads/AssociationdeshopitauxduQuebec.pdf>

Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

| | Entité juridique et/ou statut ; Adresse | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone | Signatures numérisées |
|--------------------|---|---|---|
| Porteur | GCSMS - Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat | Mr Dominique TESTART Administrateur de la CMSMH et directeur financier du CHET dominique.testart@ch-edouard-toulouse.fr - 06 82 38 03 75 Mme Emilie COUTRET Cheffe de service faisant fonction de direction e.coutret@cmsmh.fr 07 64 43 44 37 |  CMSMH SIREN : 827872763 19 traverse de la Trevarresse 13012 Marseille  CMSMH SIREN : 827872763 19 traverse de la Trevarresse 13012 Marseille |
| Porteur | GROUPE SOS Solidarités | Mr Pascal FRAICHARD Directeur Régional pascal.fraichard@groupe-sos.org 06 86 30 59 46 |  |
| Partenaire associé | CH Valvert | Mme Laurence MILLIAT Directrice laurence.milliat@ch-valvert.fr Dr Christian VEDIE Président de CME Christian.vedie@ch-valvert.fr |   CENTRE HOSPITALIER VALVERT La Directrice Laurence MILLIAT |
| Partenaire associé | Clinique des Quatre Saisons – Ramsay Santé | Mme Nolwenn PHILIPPE Directrice n.philippe@ramsaygds.fr Dr Alexandre EL OMEIRI Psychiatre coordinateur, président de CME a.elomeiri@ramsaygds.fr |  Clinique des Quatre Saisons 165 Route des Camoins 13356 MARSEILLE CEDEX 11 Tél. : 04 91 43 00 94 Fax : 04 91 27 20 13 N° Siret : 635 520 646 00020 N° Finess : 130734697  |
| Partenaire associé | AP-HM | Mme Sylvia BRETON Directrice générale adjointe APHM sylvia.breton@ap-hm.fr Dr Xavier ZENDJIDJIAN et Dr Michel CERMOLACCE pour Le Bureau de Pôle Pôle de psychiatrie, addictologie, pedopsychiatrie michel.cermolacce@ap-hm.fr |  La Directrice Générale Adjointe de l'Assistance Publique - H. Pitaux de Marseille Sylvia BRETON  |

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | | |  |
| Partenaire connexe | CPTS VITALE SANTE 10 (Marseille 10 ^{ème}) | M. Sylvain AZILAZIAN Infirmier coordonnateur |  |
| Partenaire connexe | CPTS Littoral Sud (Marseille 8 et 9 ^{ème}) | Mme Alexandra DEGLIN Présidente Perless13@gmail.com |  |
| Partenaire connexe | Esper Pro | M. Yves BANCELIN Coordinateur yvesbancelin@gmail.com | Association ESPER PRO Plateforme Régionale PACA 15 Avenue Robinet-Schuman 13002 - MARSEILLE Siret : 807 574 897 80029 mediation.esperpro.com ☎ 07 49 30 39 70 - 04 88 01 28 45 |
| Partenaire connexe | Association Solidarité Réhabilitation / COFOR | Mme Geneviève AUBOIROUX Présidente | SOLIDARITE REHABILITATION Siège Social Hôpital Sud Service du Professeur LANÇON 270, Bd de la République-13274 MARSEILLE Cedex Siret 404 347 875 00010 N° Formation 93131472313 |
| Partenaire connexe | Association Just / Lieu de répit | Dr Thomas BOSETTI Psychiatre - Président | JUST Justice and Union toward Social Transformation 28 Boulevard National 13001 Marseille E-mail : ca@just.earth N° Siret : 812 047 884 00026 - APE 9499Z |
| Partenaire connexe | Laboratoire de santé publique - Aix Marseille Université | Dr Aurélie TINLAND Psychiatre Aurelie.tinland@ap-hm.fr |  |
| Partenaire connexe | Atelier Santé Ville Santé Mentale Métropole Aix- Marseille-Provence | Franck LECSROEL Coordinateur franck.lescroel@ampmetropole.fr |  |
| Partenaire connexe | GCS GALILE | Mme Virginie LEBAILLY Directrice v.lebailly@gcsgalile.fr |  |
| Partenaire connexe | SOLIHA PROVENCE | Christine Charnay Heitzler Directrice pôle développement et Innovation Sociale c.charnay@solihaprovence.fr | SOLIHA PROVENCE SOLIDAIRES POUR L'HABITAT Siège social : l'Acqueduc 10, rue Marc Doradille 13013 MARSEILLE Tél. 04 91 11 63 10 SIRET : 782 886 147 00043 |

Annexe 2 - Description des porteurs

❖ Le GCSMS- Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat

La Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat – CMSMH a été créée en juillet 2016 sous la forme juridique d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale. Elle réunit les centres hospitaliers spécialisés, les acteurs du secteur médico-social, les représentants des bailleurs sociaux, des usagers et des familles d'usagers, la ville de Marseille ainsi que la Métropole Aix-Marseille.

Les partenaires membres sont : Association Appart 13, Association ISATIS, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Centre Hospitalier Valvert, la Ville de Marseille, SOLIHA Provence.

Les partenaires associés sont : ALOTRA, ARGOS 2001, Ar Hlm PACA & Corse, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, GCS GALILE, Habitat Alternatif Social, La Métropole Aix Marseille, La Sauvegarde 13, l'UDAF 13, l'UNAFAM.

a. Ses missions

La CMSMH s'applique avec ses membres à décloisonner les pratiques de chaque secteur d'activité afin de construire des réponses concertées sur le développement de l'offre de dispositifs liées aux questions d'accès et de maintien dans des logements pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

b. Ses objectifs

- Fluidifier les parcours des personnes concernées par une problématique de santé mentale et aller vers un accompagnement global en lien avec l'habitat ;
- Reconnaître l'intérêt et la plus-value de l'action des structures membres, en vue de proposer de nouveaux modèles de coopération ;
- Partager une culture commune concernant les modes d'intervention rattachés à la problématique santé mentale et habitat. En travaillant sur des groupes de réflexion afin de pérenniser des actions innovantes ;
- Articuler les politiques et développer les synergies entre les différents partenaires membre de la convention et consolider le partenariat autour de chaque structure, pour développer l'offre de logement, d'hébergement et d'accompagnements adaptés.

c. Son principe de coopération

La coopération issue de la CMSMH construit ses actions à partir de constats partagés. Elle s'organise autour d'approches qui conduisent à renforcer les activités de ses membres dans les domaines de l'action sociale, sanitaire et médico-sociale, de l'habitat en associant les représentants d'usagers et leur famille. Elle a vocation à créer, mutualiser ou gérer des services d'intérêts communs et à encourager des actions améliorant le déploiement d'activités en lien avec son objet, via une gestion moderne.

Ces actions reposent sur le dynamisme et l'initiative de ces promoteurs, notamment en matière de recomposition de l'offre, en prenant en compte, les publics concernés, les professionnels, ainsi que les spécificités territoriales et partenariales de la ville de Marseille.

La coopération, implique un engagement volontaire et réciproque entre les parties prenantes qui, au-delà d'un simple lien contractuel et d'une convergence d'intérêts, favorisera des approches de coopération, de mutualisation et d'entraide.

Le GCSMS permet des échanges et une synergie de compétences pour structurer des filières rattachées à différents secteurs d'activités et/ou des innovations socio-économiques.

L'expertise des membres de la CMSMH est reconnue et s'illustre notamment à travers les services et établissements portés par chacun d'entre eux : SAMSAH, SAVS, dispositifs d'hébergement (résidences sociales, famille gouvernante, IML, Un chez Soi d'Abord, etc.), dispositifs d'accompagnement à domicile, etc. Une collaboration spécifique pour la population cible du projet SIIS sera développée au cas par cas avec ces différents dispositifs.

d. Ses actions

Projet RSML : les Réseaux Santé Mentale et Logement, initiés en 2008 à l'initiative de la ville de Marseille et de l'ARS PACA, sont des espaces de travail plurisectoriels et pluridisciplinaires unissant les professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, de la justice, et de l'habitat. Ce réseau permet d'assurer le suivi de personnes relevant de situations complexes afin de favoriser leur maintien dans le logement, la continuité ou la reprise de soins grâce aux ressources déjà existantes sur le territoire et la mobilisation des acteurs impliqués dans cette logique de résolution. Les réseaux fonctionnent à l'échelle des territoires du CH Edouard Toulouse (quartier Nord et Centre-ville de Marseille et du CH Valvert (quartier Est de la ville).

Projet EDI : Expérimentation d'une équipe destinée aux problématiques Diogène et Incurie, ce dispositif initié en 2019 a pour objectif d'accompagner les personnes concernées par des problématiques Diogène et incurie. Initié par les membres de la CMSMH, l'équipe d'intervention constituée sur le principe de coopération, via des mises à disposition de personnels des centres hospitaliers et de la ville de Marseille, a pour mission d'intervenir au domicile des personnes faisant l'objet d'un signalement auprès du service d'hygiène de la ville de Marseille, tout en assurant un relai avec les partenaires nécessaires à ce type de prise en charge complexe. L'équipe dédiée se déploie à l'échelle du territoire de la ville de Marseille.

Projet IRS : Renforcement des CMP et Intervention en Résidence Sociale, ce dispositif initié en 2019 a pour finalité de renforcer les CMP afin d'améliorer la prise en charge et l'organisation de l'offre de soin. Des interventions à domicile, d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement sont mises en place auprès des résidents issus des bailleurs Alotra et Adoma qui de leur côté ouvrent des accès à des logements au sein de leurs résidences. Ce dispositif s'opère sur les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille.

Projet PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale, ce dispositif de formation à destination du grand public ainsi qu'aux acteurs de premières lignes permet d'apporter les premières réponses face à des personnes souffrant d'un trouble psychique. La formation permet de repérer et d'appréhender ces situations jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une

aide physique à la personne en difficulté. Ce dispositif de formation s'inscrit dans la feuille de route stratégique nationale du plan en santé mentale et psychiatrie communiqué en 2018.

Inscription de la CMSMH dans la démarche de projet d'élaboration du PTSM Bouches-du-Rhône : les membres de la coordination marseillaise se sont engagés dans la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale opérationnel début d'année 2021. Le CMSMH est membre du comité de pilotage et travaille plus particulièrement sur la question des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture.

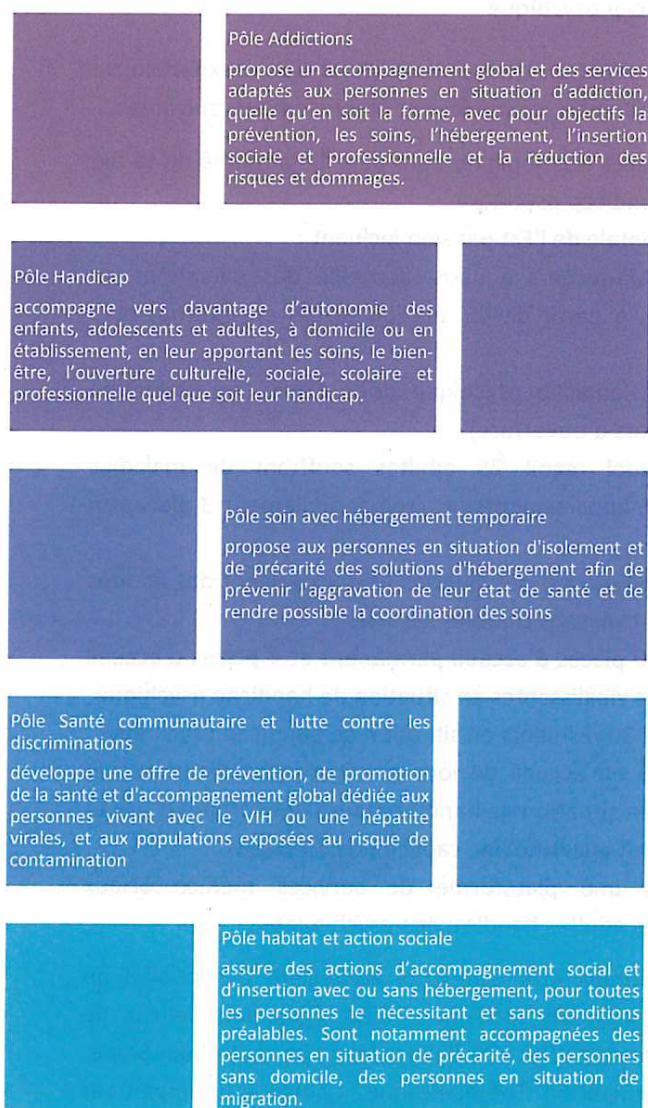
❖ **Le GROUPE SOS Solidarités**

L'Association GROUPE SOS Solidarités regroupe les métiers historiques du GROUPE SOS. Depuis 35 ans, elle s'est construite par la recherche constante de solutions innovantes, pour répondre aux difficultés des personnes en situation de vulnérabilité. Elle porte l'ambition de faire reculer la précarité et de favoriser l'inclusion sociale. A cette fin, GROUPE SOS Solidarités s'est appuyé en 2018 sur 176 établissements et services et a accueilli et accompagné plus de 46.000 bénéficiaires.

Elle se mobilise pour créer de nouveaux dispositifs (voir plus bas) et dispose pour cela d'une organisation régionale et de fonctions supports mobilisables.

Issue de la fusion de deux associations historiques membres du GROUPE SOS, Ex-Habitat et Soins et ex-Prévention et Soins des addictions (PSA), GROUPE SOS Solidarités embrasse une grande diversité de champs d'intervention.

a. Une organisation par grands pôles d'activités



Depuis 35 ans, GROUPE SOS Solidarités se construit par la recherche constate de solutions innovantes, pour répondre aux difficultés des personnes en situation de vulnérabilité, avec l'ambition de faire reculer la précarité, lutter contre les discriminations et favoriser l'inclusion sociale.

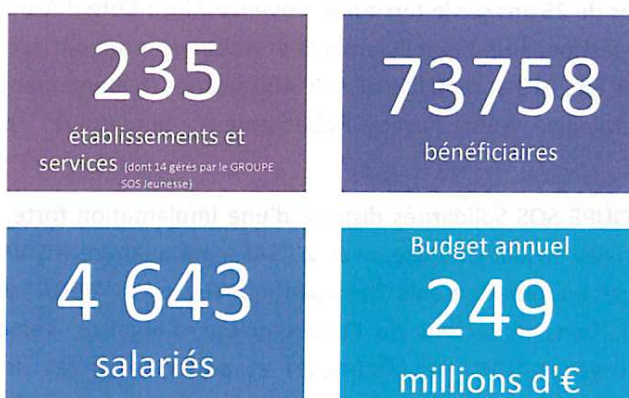
GROUPE SOS Solidarités regroupe également en son sein des associations filiales ayant rejoint GROUPE SOS. Elles sont aujourd'hui au nombre de 9 et viennent compléter et enrichir l'offre.

GROUPE SOS Solidarités est également un secteur du GROUPE SOS.

Forte de l'expérience de ses équipes, l'association propose, initie et expérimente des formes renouvelées d'accompagnement des personnes. Dans l'ensemble de ses activités, GROUPE SOS Solidarités cherche à favoriser l'autonomie et l'implication des personnes accompagnées.

Les établissements de GROUPE SOS Solidarités travaillent en partenariat avec les associations, les fédérations et les pouvoirs publics, en cohérence avec les besoins identifiés.

b. Les chiffres-clefs 2019 du secteur GROUPE SOS Solidarités



c. GROUPE SOS Solidarités, une expertise reconnue dans la gestion d'établissements médico-sociaux pour adultes en situation de handicap psychique

Concernant l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique, l'expertise de l'association est reconnue et s'illustre notamment à travers les services et établissements suivants :

- Le SAMSAH de Bordeaux (33) de 30 places accompagne pour plus de la moitié de sa file active des personnes en situation de handicap psychique ;
- Création en cours plateforme Santé mentale de l'Est parisien incluant :
 - o Le Foyer d'Accueil Médicalisé Maraîchers à Paris, accueille des personnes en situation de handicap psychique, à partir de 45 ans (56 places en internat et 5 places en appartements diffus)
 - o SAMSAH Maraîchers 30 places Handicap psychique dont places en évaluation accompagnement précoce (en cours d'ouverture)
 - o Le Foyer de vie Camille Claudel reçoit 29 adultes souffrant de maladies psychiatriques (24 chambres et 5 appartements) et crée actuellement 8 places en diffus)
- Le Foyer de vie (40 places) et le FAM (4 places) des Guérins (05) accueillent des adultes présentant un handicap psychique, avec ou sans troubles associés ;
- Le FAM Le Haut d'Antibes (06) avec 40 places d'accueil permanent et 4 places d'accueil temporaire accompagne des personnes vieillissantes en situation de handicap psychique
- Enfin le FAS de Marly (59) accompagne 20 résidents en situation de handicap psychique.
- MAS de Kourou de 63 places dont 3 en accueil de jour et 40 places domotisées et équipées de lits médicalisés : adultes en situation de handicap lourd dont troubles psy et en création un nouveau service d'habitat inclusif d'une capacité de 10 places
- Cayenne : en cours de création, une plateforme de services médico-sociaux expérimentale en faveur des personnes adultes handicapées psychiques

Par ailleurs, au sein du pôle handicap, de nombreux établissements accueillent des publics en situation de handicap psychique sans avoir d'agrément spécifique. C'est également le cas de multiples structures gérées par les autres pôles de GROUPE SOS Solidarités : Lits Halte Soins Santé, Lits d'Accueil Médicalisé, Appartement de Coordination Thérapeutique, Centre d'Hébergement d'Urgence, maisons relais, CSAPA, CAARUD, etc.

d. Le GROUPE SOS Solidarités sur Marseille

Implanté depuis plus de 25 ans sur le territoire Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) Ouest, le GROUPE SOS Solidarités est gestionnaire d'établissements et de services qui ont accueilli sur ce territoire près de 13688 personnes en 2019 et mobilisé plus de 400 salariés (hébergement d'urgence et d'insertion, d'insertion, Addictologie, Soins avec Hébergement temporaire, prévention et insertion professionnelle).

A Marseille, le GROUPE SOS Solidarités dispose d'une implantation forte, il gère plusieurs équipes médico-psycho-sociales en Addictologie, avec 2 CSAPA ambulatoire (CSAPA Danielle CASANOVA), 1 CSAPA avec 36 places en Appartements Thérapeutique Relais, 1 CAARUD avec hébergement collectif (CAARUD Sleep'In). Dans le secteur de l'hébergement d'urgence, l'association gère 280 places d'hébergement d'urgence (UHU La Madrague) et porte un projet de déménagement de cet

établissement avec une humanisation qui impactera la qualité de prise en charge. Elle gère aussi 50 places d'hébergement d'urgence pour femmes, ainsi que 40 places en appartement diffus.

Elle ouvre une Résidence Hôtelière à Vocation Sociale de 80 places au sein du projet expérimental d'occupation temporaire COCOVELTEN.

L'association s'est engagée dans un processus de formation à l'approche rétablissement (COFOR) de toutes ses équipes. Elle dispose :

- D'un agrément IML afin de déployer des projets d'accès au logement
- D'une capacité d'accompagnement social lié au logement. Un partenariat s'enrichit régulièrement avec des bailleurs sociaux, elle vient de signer une convention avec le bailleur 13 H, une convention est en cours de signature avec SOLIHA Provence (IML / gestion locative adaptée).

Sur le territoire marseillais, le GROUPE SOS Solidarités travaille en proximité avec une entreprise d'insertion ACTA VISTA, qui œuvre dans la valorisation du patrimoine par l'organisation de chantiers d'insertion. Les 2 entités ont mis en place des instances de coordination des parcours des personnes en emploi et accueillies dans les établissements déjà cités.

Pour les personnes qui ne sont pas encore « prêtes » à travailler en chantier d'insertion, un groupe de travail évalue la possibilité de créer des actions spécifiques de remobilisation et de valorisation des compétences. Le GROUPE SOS Solidarités déploie sur la région PACA le programme TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) et de ce fait, est proche d'une association intermédiaire (ADAPEI avec laquelle des projets peuvent être pensés. Une collaboration spécifique pour la population cible du projet SIIS sera développée au cas par cas avec ces différents dispositifs.

Annexe 3. Catégories d'expérimentations

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 | X | Pendant les 3 premières années de l'expérimentation, financement en DGF |
| b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins | X | L'objectif est de définir pour les années 4 et 5 un financement par parcours de soins |
| 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 projets 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 | | |
| 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 | Il s'agit de substituer autant que possible à des hospitalisations un suivi pluridisciplinaire dans le milieu de vie de l'utilisateur |
| 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°)⁷ : | 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. | | |

⁷ 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)

Annexe 4 Construction et synthèse du besoin de financement

➤ Les crédits d'amorçage et d'ingénierie

1) Les coûts d'investissement

Les coûts d'investissement s'élèvent à 20 000 euros par équipe et se décomposent comme suit :

| | Nbre | Coût unitaire | € par équipe | € 2 équipes |
|------------------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| Ordinateurs | 13 | 1 000 | 13 000 | 26 000 |
| Equipements bureaux | 1 | 7 000 | 7 000 | 14 000 |
| Total budget Investissement | 14 | 8 000 | 20 000 | 40 000 |

Le coût total des investissements pour les 2 équipes s'élève donc à 40 000 euros et est demandé en financement FIR.

2) Les crédits d'amorçage

- **Tableau - Détail des charges de personnel pendant la phase d'amorçage**

| | Coûts pour une équipe | | | | Coûts € pour 2 équipes |
|--|-----------------------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| | ETP | Coûts mensuel | Nbre de mois | Coûts € | |
| Coordonnateur d'équipe | 1 | 5 255 € | 4 | 21 020 € | 42 040 € |
| Assistant administratif | 0,6 | 2 103 € | 3 | 6 310 € | 12 620 € |
| Psychiatre | 1 | 10 861 € | 4 | 43 442 € | 86 885 € |
| IDE | 1 | 4 177 € | 3 | 12 531 € | 25 061 € |
| Travailleur social | 1 | 3 978 € | 3 | 11 934 € | 23 869 € |
| Sous-total salaires & charges | 4,6 | 26 374 € | | 95 237 € | 190 474 € |

➤ les charges annuelles de l'expérimentation

Tableau 6 - détails des salaires & charges

| | Coûts pour une équipe | | | | Coûts € pour 2 équipes |
|--|-----------------------|-----------------|--------------|------------------|------------------------|
| | ETP / équipe | Coût mensuel | Nbre de mois | Coûts € | |
| Coordonnateur d'équipe | 1 | 5 230 € | 12 | 62 762 € | 125 525 € |
| Assistant administratif | 0,6 | 2 077 € | 12 | 24 925 € | 49 850 € |
| Psychiatre | 1 | 10 836 € | 12 | 130 029 € | 260 058 € |
| Assistant social | 1 | 3 953 € | 12 | 47 439 € | 94 879 € |
| Educateur spécialisé | 2 | 7 907 € | 12 | 94 879 € | 189 757 € |
| Conseiller Insertion Professionnelle | 1 | 4 077 € | 12 | 48 924 € | 97 847 € |
| Psychologue | 2 | 8 671 € | 12 | 104 053 € | 208 107 € |
| IDE | 2 | 8 304 € | 12 | 99 649 € | 199 299 € |
| Travailleur Pair | 2 | 6 241 € | 12 | 74 890 € | 149 780 € |
| Astreinte | | 2 568 € | 12 | 30 821 € | 61 641 € |
| Dimanches et jours fériés | | 893 € | 12 | 10 711 € | 21 422 € |
| Sous-total salaires & charges | 12,6 | 60 757 € | | 729 083 € | 1 458 165 € |

La composition de l'équipe et les effectifs sont basés sur les hypothèses suivantes :

- Temps de travail par ETP :

| Répartition des heures de travail / tâches pour 1 ETP | | | |
|---|------------------|------------------|--|
| <u>En année pleine</u> | Nb d'heures / an | Nb d'h / semaine | Ratio (% du temps de travail effectif) |
| Total temps de travail effectif (hors congés) | 1582 | 33,66 | |
| Tâches liées au fonctionnement du dispositif | 176 | 3,74 | 11% |
| Réunions | 94 | 2 | 6% |
| Coordination partenariale | 47 | 1 | 3% |
| Formations | 35 | 0,74 | 2% |
| Tâches liées au suivi des personnes accompagnées | 1406 | 29,91 | 89% |
| Déplacements | 235 | 5 | 15% |
| Débrief journalier en équipe | 235 | 5 | 15% |
| Coordination des soins | 94 | 2 | 6% |
| Tenue de dossier usager | 141 | 3 | 9% |
| VAD et autres accompagnements | 701 | 14,91 | 44% |

Selon le tableau ci-dessus, le temps de travail disponible par ETP pour la prise en charge des personnes accompagnées (accompagnements et VAD) est de 701 heures par an, soit 13,5 heures par semaine en moyenne (sur la base de 52 semaines / an).

Le tableau ci-dessous présente le temps de travail annuel disponible pour la prise en charge (accompagnements et VAD) cumulé sur les 2 équipes :

| <u>En année pleine</u> | Par équipe | | Pour les deux équipes |
|--------------------------------------|------------|-------------------|-----------------------|
| | ETP | Nb d'heures hebdo | Nb d'heures annuel |
| Coordinateur | 1 | 6,7 | 701 |
| Psychiatre | 1 | 13,5 | 1402 |
| IDE | 2 | 27,0 | 2804 |
| Psychologue | 2 | 27,0 | 2804 |
| Travailleurs sociaux | 3 | 40,4 | 4206 |
| Pair aidant | 2 | 27,0 | 2804 |
| Conseiller Insertion Professionnelle | 1 | 13,5 | 1402 |
| Total | 12 | 155,0 | 16 123 |

Les coûts de personnel sont calculés sur la base des obligations de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

Les autres coûts de personnel pour chacune des deux équipes comprennent notamment :

- les coûts de l'accompagnement spécifique des travailleurs pairs par Esper Pro (2 040 euros) ;
- les coûts des séances d'analyse des pratiques professionnelles de l'équipe par un intervenant externe (4 800 euros) ;
- les coûts de fonctions support en conseil RH, juridique et finances (12 500 euros) ;

- les honoraires de commissariat aux comptes (1 200 euros) ;

Les autres services extérieurs comprennent notamment les coûts relatifs à la gestion externalisée de la paie et de la comptabilité de la structure. Les services extérieurs incluent la redevance annuelle (10 000 euros pour chacune des équipes) pour l'utilisation d'un logiciel usager.

Le financement de ces frais sera ré-analysé au regard des résultats de l'évaluation de la phase 1 de l'expérimentation (pertinence, calibrage et catégorisation en frais d'ingénierie, frais de structure et frais de prise en charge) et en vue le cas échéant de la phase 2.

Les coûts d'exploitation en année pleine s'élèvent à environ 882 844 euros pour chacune des deux équipes la première année soit 1 765 688 euros au total pour 160 personnes accompagnées soit un coût unitaire annuel par personne de 11 036 euros en année 1.

Sur la base des coûts annuels ci-dessus pour la première année et d'un taux d'inflation de 1% par an les années suivantes, le coût par personne/année sur la phase 1 (3 années) de l'expérimentation s'élèverait à 11 145,91 euros comme présenté dans le tableau ci-après :

➤ **Comparaison des coûts moyens avec d'autres dispositifs**

| | Samsah 1 | Samsah 2 | SAVS 1 | UCSA | SIIS (moyenne phase 1) |
|--------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|------------------------|
| | Portage Associatif | Portage Hospitalier | Portage associatif | | |
| Financier | ARS/CD | ARS/CD | CD | ARS/DREETS | ART51/ARS |
| Offre de soins | oui | oui | non | oui | oui |
| Niveau de besoins | Besoins modérés | Besoins modérés | Besoins légers à modérés | Besoins élevés | Besoins élevés |
| Nbres de places | 28 places | 40 places | 60 places | 200 places | 160 places |
| ETP | 10 | 13,1 | 10 | 25 | 22 |
| Contact maxi | 2 contacts/semaine | 2 contacts/semaine | 1 contact/semaine | 5 contacts/semaine | 7 contacts /semaine |
| Cout global | 510 000 € | 957 000 € | 659 600 € | 2 800 000 € | 1 783 345 € |
| Cout /personne | 18 214 € | 18 057 € | 10 993 € | 14 000 € | 11 145,91 € |
| Moyenne nationale Samsah | 14 446,00 | | | | |

Annexe 5. Piste de réflexion pour le financement en phase 2

Le montant du budget cumulé de l'expérimentation ne peut être connu avec certitude puisque le mode de financement innovant sera défini à l'issue des trois premières années.

Les enseignements des trois premières années devront permettre de valider :

- l'existence éventuelle de différents profils de personnes accompagnées,
- les besoins en accompagnement pour chaque profil selon les différents stades de prise en charge (inclusion, accompagnement, crise, sortie),
- leur impact sur les temps d'accompagnement par catégorie de professionnel.

Il est cependant possible à ce stade d'envisager une hypothèse de financement innovant définie à partir d'un profil type et à tester au cours des années 4 et 5 de l'expérimentation. Cette hypothèse sera à confirmer au vu des résultats de l'évaluation de la 1ère phase et lors de la proposition du modèle de financement au parcours pour la 2ème phase de l'expérimentation. Ce financement pourrait être basé sur une facturation différenciée selon le stade de prise en charge de chaque personne accompagnée et se décomposerait de :

- une facturation annuelle des coûts de la structure indépendamment de la file active (estimation 223 599 euros par équipe soit 447 198 euros pour l'ensemble du dispositif),

+

- une facturation mensuelle des coûts de prise en charge (hors coûts de la structure) en fonction du stade de prise en charge de chaque personne accompagnée selon l'estimation de tarif ci-dessous :

| | Inclusion | Acc | Crise | Sortie |
|---|-----------|-------|---------|--------|
| Coûts mensuels par PEC hors coûts structure | 698 € | 467 € | 2 692 € | 189 € |

Attention : au cas où le nombre de personnes prises en charge est inférieur aux hypothèses (8 sorties par an, 16 inclusions et 160 personnes accompagnées), cette facturation ne permettrait pas d'absorber les coûts du dispositif.

Cette hypothèse de mode de financement donnerait, pour un parcours constitué de 1 mois d'inclusion, 29 mois d'accompagnement (dont 3 mois de crise) et 6 mois de sortie du dispositif, le coût au parcours suivant :

| | Inclusion | Acc | Crise | Sortie | Durée totale PEC |
|--------------------|-----------|----------|----------------------------|---------|------------------|
| Parcours en mois | 1 | 29 | 3 | 6 | 36 |
| Coûts PEC mensuels | 698 € | 467 € | 2 692 € | 189 € | |
| Coût PEC Total | 698 € | 13 554 € | 8 077 € | 1 133 € | 23 463 € |
| Coûts structures | | | | | 8 385 € |
| | | | TOTAL COÛT PARCOURS | | 31 848 € |

A ce financement au parcours, à définir pour la phase 2, pourrait s'ajouter un financement complémentaire au prorata des économies générées selon la formule de calcul explicitée dans le point 3 « L'impact financier ».

Il est envisagé que ce financement complémentaire permette de développer les activités suivantes :

1. Agir sur les déterminants en santé des personnes accompagnées
 - Logement / habitat (paiement de cautions, rénovations et amélioration des logements)
 - Emploi / ressources : lever les freins à l'emploi (mobilité, formations)
 - Estime de soi (activités socio-esthétiques, culturelles)

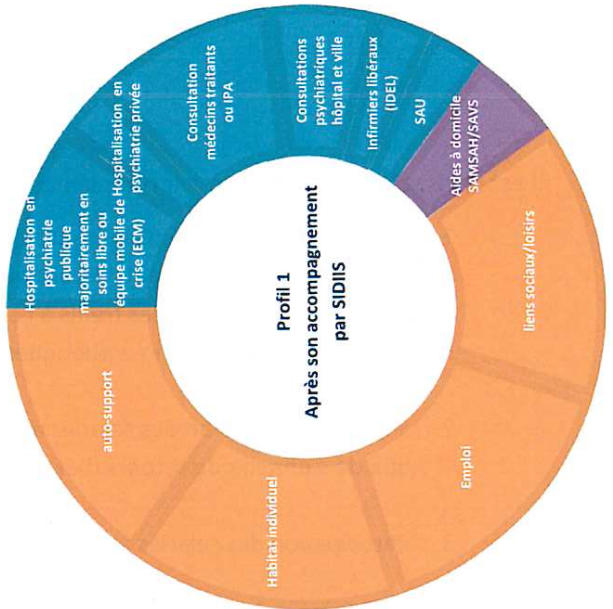
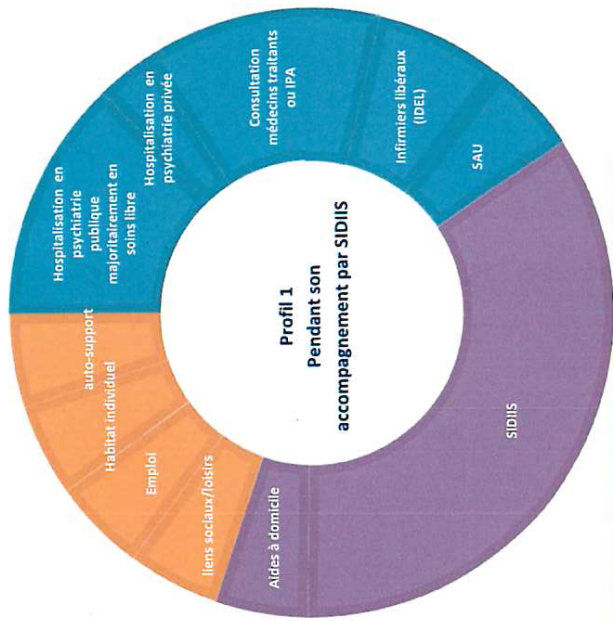
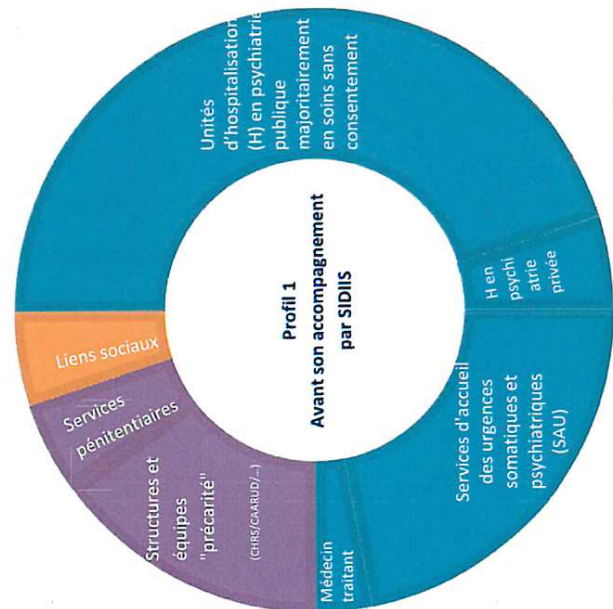
2. Séjours d'immersion des salariés au sein de dispositifs similaires en France et à l'étranger afin de s'enrichir de retours d'expériences.

3. Participation des salariés à l'essaiage du dispositif.

Annexe 6. Hypothèse de parcours

Profil 1

- Homme
- 28 ans
- Diagnostic de Schizophrénie
- Consommateur de substance psychoactive
- Sans emploi, touche l'AAH
- A déjà été incarcéré
- Vit chez ses parents, a gardé quelques amis d'enfance
- Hospitalisé en moyenne 2 fois par an durant 2 mois, en soins sans consentement
- Arrête les soins psychiatriques en sortie d'hospitalisation
- N'a pas de médecin traitant
- Aimerais travailler et vivre seul mais est jugé trop instable par les professionnels et ses proches



Ressources sanitaires

Ressources médico-sociales

Ressources communautaires

GRUPE SOS solidarités, 28 septembre 2021

Page 80 sur 96

Mohamed a 28 ans. Il vit chez ses parents dans le 10^{ème} arrondissement de Marseille. Il est très régulièrement hospitalisé en psychiatrie sans son consentement depuis l'âge de 22 ans pour des crises de « paranoia » qui ont amenés le psychiatre référent de Mohamed à diagnostiquer une schizophrénie. Lors de ces crises, Mohamed devient souvent agressif avec son entourage, ce qui l'a amené à être incarcéré et à être hospitalisé en soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) à 2 reprises. Pour lui, ce sont les fous, ou encore les faibles, qui ont recours à la psychiatrie, il ne voit donc pas pourquoi on lui demande de prendre un traitement et parfois d'être hospitalisé. Il ne supporte pas l'enfermement et l'isolement qu'il subit lors des hospitalisations d'autant plus qu'il n'a aucune idée de la durée de cette privation de liberté. Il a l'habitude de se « calmer » en consommant du cannabis associé à du tabac ce qui renforce sa colère et son agressivité lorsqu'il en est privé lors des hospitalisations. Malgré les tentatives de suivi en programme de soin ambulatoire (soins sans consentement après une hospitalisation) mis en œuvre par son psychiatre référent, Mohamed met systématiquement fin à la prise en charge et arrête le traitement qui lui a été prescrit. Il perçoit ce traitement injectable mensuel comme une punition et une humiliation, et a la sensation d'aller mieux après l'hospitalisation uniquement parce qu'il a pu être éloigné de sa famille avec qui il est en conflit. Son psychiatre référent lui a proposé des activités thérapeutiques et a fait une demande d'accompagnement par un SAMSAH mais il ne s'est jamais présenté aux rendez-vous fixés car il veut s'en sortir seul et ne veut rien avoir à faire ni avec la psychiatrie, ni avec les travailleurs sociaux qui lui demande toujours de se « soigner d'abord ». Il a un BEP vente et voudrait travailler pour pouvoir s'installer seul dans un appartement et fonder une famille « comme tout le monde ». En mai 2020, il est de nouveau hospitalisé à Sainte Marguerite en soins à la demande d'un tiers suite à l'intervention du SAMU que ses parents ont appelé car il les menaçait de mort. Aux urgences, il est hospitalisé pour « idées délirantes persécution » et est mis en chambre d'isolement car il profère des menaces au professionnels et aux autres patients, et tente de partir de l'hôpital dès son arrivée. Une semaine après son admission, le Dr B., psychiatre travaillant pour l'Hôpital Sainte Marguerite ainsi qu'au SIDIS, va le rencontrer après la réunion médicale hebdomadaire lors de laquelle les psychiatres de l'unité ont évoqué sa situation. D'abord très agressif envers le Dr B., lui disant qu'elle fait partie du complot monté par ses parents et ses voisins contre lui, il s'apaise lorsqu'elle lui propose de poursuivre les soins à l'extérieur de l'hôpital s'il accepte de voir l'équipe du SIDIS et des infirmiers libéraux tous les jours le temps que son état se stabilise. La sortie est organisée pour le lendemain, en « programme de soin ambulatoire sans consentement » parce que Mohamed reste très délirant et donc incapable de consentir aux soins pour le moment. Pour les rassurer et leur expliquer le suivi proposé, une rencontre est organisée avant la sortie avec ses parents chez qui il vit. Lors de cette rencontre, Mohamed fait la connaissance de Greg, pair-aidant, qui discute informellement avec lui après la rencontre, et lui propose de l'accompagner, la semaine d'après, à une journée de recrutement organisée par des entrepreneurs.

Mohamed rentre donc chez ses parents après 8 jours d'hospitalisation, alors qu'il est habitué à y rester plus de 2 mois. Greg et Myriam, conseillère d'insertion professionnelle au SIDIS, commencent à élaborer avec lui son projet de vie et lui propose d'inviter une personne de confiance de son choix lors d'une prochaine rencontre avec l'équipe, d'autant plus que Mohamed exprime le souhait de ne pas impliquer ses parents. L'équipe donne le contact d'une association de familles aux parents de Mohamed, pour qu'ils puissent être soutenus tout en respectant le choix de Mohamed. Mohamed est parfois absent lors des passages des infirmiers libéraux qui doivent surveiller la prise du traitement dans le cadre du programme de soin, et son discours reste centré sur le complot dont il est victime. Le Dr B., les infirmiers et les pair-aidants de l'équipe, habitués aux situations de crise comme celle que vit Mohamed, passent beaucoup de temps à soutenir le reste de l'équipe, à assurer des entretiens avec Mohamed et à coordonner les soins avec les infirmiers libéraux et le médecin traitant. Au fil des jours,

Mohamed devient cependant de moins en moins agressif avec son entourage et les professionnels du SIDIS, et il parvient à mettre de côté ses idées délirantes lors des rendez-vous professionnels : il a repris espoir après la rencontre de recrutement où il a eu une proposition d'embauche.

Après 3 semaines de suivi quasi quotidien par l'équipe du SIDIS et les infirmiers libéraux, le Dr B. décide, en collaboration avec Mohamed et sa personne de confiance, de lever la mesure de soins sans consentement car il est désormais suffisamment bien pour prendre des décisions concernant ses soins. Il dit vouloir continuer à fumer le cannabis pour dormir et demande à diminuer progressivement le traitement par comprimés parce qu'il ne pense pas en avoir besoin sur le long terme. Sur le trajet vers une agence immobilière (il a décidé de chercher un appartement même si son embauche ne s'est finalement pas concrétisée), Greg évoque son passé d'hospitalisations à répétition en psychiatrie et son parcours de rétablissement grâce à la rencontre avec le réseau des Entendeurs de voix. Mohamed admet alors entendre régulièrement des voix l'insulter, même lorsqu'il est seul. Il a longtemps cru que ces voix venaient des voisins et de ses parents et c'est ce qui le faisait réagir de manière aussi violente. Greg lui parle aussi de sa consommation de cannabis qu'il a choisi d'arrêter parce qu'elle le rendait « parano » mais en donnant aussi l'exemple d'amis entendeurs de voix qui sont parvenus à maintenir une consommation ponctuelle. Suite à cette conversation Mohamed se rend à un groupe des Entendeurs de voix à Marseille mais il n'apprécie pas le contexte de groupe. Thomas, psychologue au SIDIS, lui propose alors des entretiens fondés sur des techniques de thérapie cognitive pour apprendre à gérer ses voix. Ne supportant toujours pas de se rendre dans les lieux de soin, Mohamed suit donc cette thérapie en alternance chez lui et dans un parc, lorsque le temps le permet. Il rédige aussi avec l'aide de l'équipe, et en particulier des pair-aidants ses « directives anticipées », pour limiter les risques d'une nouvelle hospitalisation sous contrainte.

Six mois après son inclusion au SIDIS, Mohamed vit de nouveau une crise délirante très forte, malgré l'aide de l'équipe et l'avancée de ses projets de logement et emploi. Il a arrêté le traitement par comprimé plus rapidement que ce qu'il avait convenu avec le Dr B. qui le voit ponctuellement au domicile, en collaboration avec un médecin généraliste choisi par Mohamed parmi les médecins participant à la CPTS santé mentale Marseille Sud. Il vit désormais dans un petit studio dont il paye le loyer avec l'AAH et les heures de travail en intérim qu'il réalise régulièrement. De nouveau, il devient très agressif avec son entourage et a peu conscience que ce sont les voix qui l'envahissent. Après quelques jours de discussions, parfois tendues, avec les différents membres du SIDIS qui lui rendent visite, il accepte de reprendre un traitement prescrit à domicile par le Dr S., le second psychiatre du SIDIS, et cette fois par injection retard parce qu'il ne supporte plus d'être renvoyé à l'image de « malade » en prenant des comprimés tous les jours. Son état, comme lors de la précédente crise, met quelques semaines à se stabiliser, entraînant des difficultés avec le voisinage. Cathy, une pair-aidante de l'équipe, lui propose de participer à un groupe d'autogestion de la médication (GAM) qu'elle anime, pour qu'il puisse prendre une décision la plus éclairée possible sur son traitement. Après une première injection d'un traitement qu'il n'avait pas souhaité choisir, il demande deux mois après au Dr B. à changer de molécule après avoir suivi plusieurs séances d'un GAM. Son médecin traitant renouvelle ses ordonnances et les Dr B. et S. le renvoient ponctuellement, lorsqu'il souhaite un avis spécialisé.

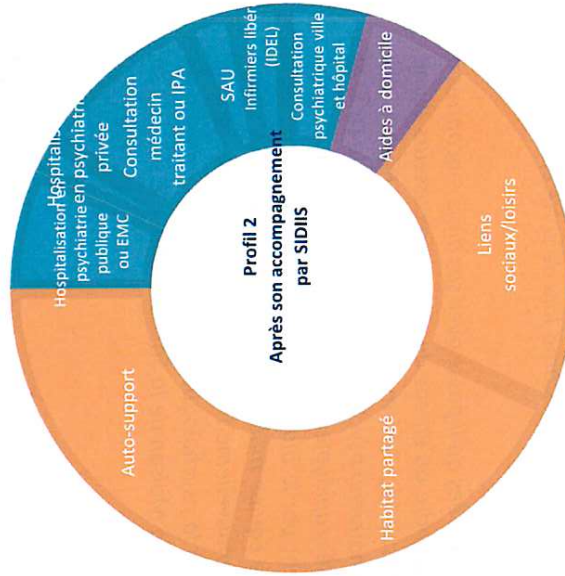
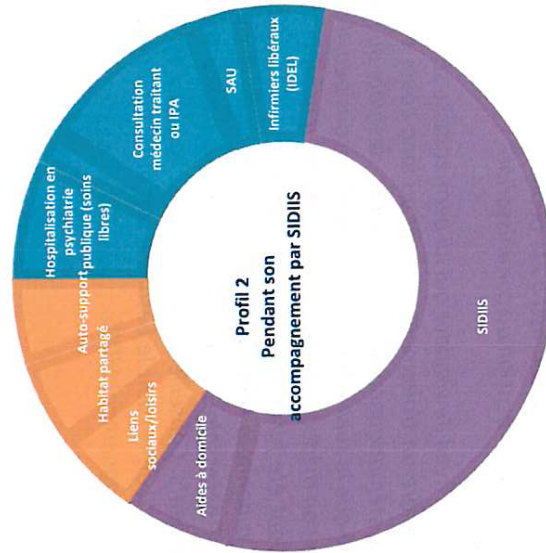
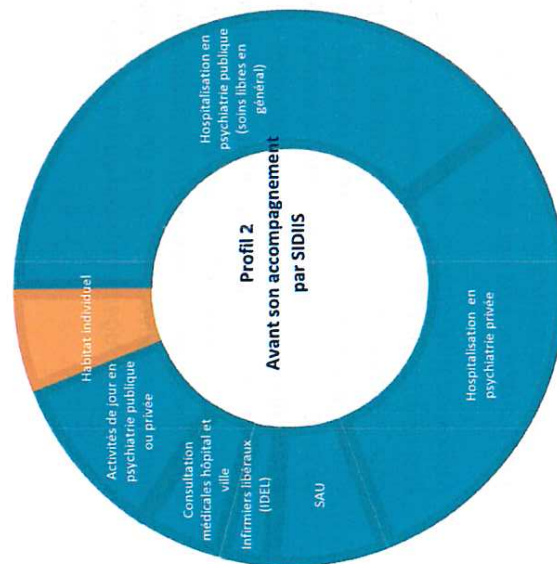
Se sentant stigmatisé par ses voisins, Mohamed entreprend des recherches pour changer de logement. Épuisé par la dernière crise et par la réaction de rejet de ses voisins, il demande à être hospitalisé quelques semaines en clinique psychiatrique pour se reposer et se mettre à distance de son appartement. Pour l'aider à trouver des solutions pour se ressourcer, tout en évitant une hospitalisation en psychiatrie qui ne semble pas justifiée, l'équipe du SIDIS le met en lien avec une association culturelle et sportive qui a été repérée par l'équipe comme particulièrement accueillante et impliquée dans l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap ou d'exclusion. Mohamed s'y rend d'abord passivement, « coaché » par Pierre, éducateur au SIDIS, qui connaît bien les membres de l'association, puis avec une motivation de plus en plus grande. Il y rencontre le fils d'un gérant de magasin qui recherche des vendeurs. Mohamed débute alors

un emploi à temps plein et se rend régulièrement en salle de sport avec son nouvel ami. Il se sent finalement de mieux en mieux dans son studio. Les voix et la paranoïa prennent progressivement moins de place dans la vie de Mohamed. Ses voisins et ses parents ont aussi appris à se comporter avec lui comme avec n'importe qui, sans l'infantiliser ni craindre excessivement son tempérament « sanguin ». Après une altercation, plutôt que d'appeler le SAMU, un de ses voisins a déposé une plainte contre lui, ce qui lui a voulu un rappel à la loi. Mohamed a été beaucoup soutenu par l'équipe du SIDIIS et ses amis lors de cette épreuve, ce qui l'a aidé à ne pas apparaître comme « malade » lors de sa convocation au commissariat.

Mohamed a désormais une vie qui le satisfait, grâce à son travail de vendeur qui lui permet de se sentir utile et aux soirées qu'il passe avec ses amis rencontrés à l'association et à la salle de sport. Il hésite encore à prendre un traitement de fond au long cours ou à ne le reprendre qu'en cas de signes précurseurs d'une crise. Mohamed parvient désormais à ne plus suivre systématiquement les injonctions des voix qu'il entend. Il suit régulièrement l'actualité du Réseau des entendeurs de voix sur internet. Le SIDIIS l'ayant informé que le suivi intensif allait s'arrêter sous peu, il a choisi un nouveau psychiatre, sur les conseils du Dr S. et du Dr B., qui exerce dans la même maison de santé que son médecin traitant. Ce psychiatre a accepté de le voir très rapidement en cas de crise, et s'est engagé à tout faire pour respecter ses directives anticipées, ayant été formé aux pratiques orientées vers le rétablissement par le biais de la CPTS santé mentale dans laquelle est aussi impliqué le SIDIIS. L'équipe du SIDIIS a donné à Mohamed et à son psychiatre le contact d'une équipe mobile de crise qui pourrait le suivre quelques semaines en alternative à l'hospitalisation si nécessaire. Son médecin traitant assure toujours le renouvellement des prescriptions ainsi que la surveillance des éventuels effets indésirables des traitements. Conseillé par Thomas, Mohamed s'est rapproché de la psychologue exerçant dans la maison de santé pour pouvoir reprendre un suivi en psychothérapie s'il en ressent le besoin. Il sait aussi qu'il peut se rendre à la Maison de la Solidarité pour le suivi de sa demande de logement social qu'il a déposé durant l'accompagnement SIDIIS.

Profil 2

- Femme
- 52 ans
- Diagnostic de bipolarité et de trouble grave de la personnalité
- Sans emploi, touche une pension d'invalidité
- Vit seule
- Très isolée, n'a de contacts qu'avec les soignants et les patients des services de psychiatrie qu'elle fréquente
- Hospitalisée en soin libre en moyenne 3 fois par an durant 3 semaines en psychiatrie publique et 4 mois en psychiatrie privée
- Voit tous les mois son psychiatre (Sainte Marguerite) qui est aussi son médecin traitant, et se rend fréquemment dans un hôpital de jour



Ressources sanitaires

Ressources médico-sociales

Ressources communautaires

Sylvie a 52 ans, elle vit seule en location dans un appartement du 8^{ème} arrondissement de Marseille. Elle a suivi des études de droit et a exercé quelques années comme juriste dans une association mais a dû arrêter de travailler et demander une pension d'invalidité après avoir subi un harcèlement professionnel qui a aggravé ses troubles psychiques. Elle a une fille de 17 ans qui vit avec son père hors de Marseille et avec qui elle a très peu de contacts. Elle a déménagé à Marseille il y a 10 ans pour s'éloigner de son milieu familial. Elle est suivie en psychiatrie depuis son adolescence, et depuis 10 ans par le Dr P. qui exerce au Centre médico-psychologique (CMP) dépendant de l'Hôpital Sainte Marguerite. Elle se décrit comme « dépressive », et vit très fréquemment des moments de profond désespoir lors desquels elle ne perçoit pas d'autres solutions que de mettre fin à ses jours. Elle a ainsi déjà fait, depuis l'âge de quinze ans, douze tentatives de suicide par ingestion de médicaments ou en s'ouvrant les veines. Elle a mal vécu les premières hospitalisations en psychiatrie, lors desquelles elle a de nouveau tenté de se suicider, puis s'est habituée à faire appel à l'aide des soignants du centre médico-psychologique ou d'un service d'hospitalisation dès qu'elle sentait les premiers signes de son mal-être revenir. Les psychiatres l'ayant suivie ont posé des diagnostics différents (trouble bipolaire, trouble grave de la personnalité, état de stress post-traumatique...) mais lui ont toujours donné les mêmes traitements associant anti-dépresseurs, régulateurs de l'humeur, anxiolytiques et hypnotiques de type benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs. Elle a six molécules psychotropes différentes sur son ordonnance auxquelles s'associent les traitements pour ses troubles digestifs, son diabète et son hypercholestérolémie apparus depuis quelques années. Elle augmente d'elle-même la prise d'anxiolytiques lorsqu'elle est angoissée, en dépassant les doses prescrites par son psychiatre, et ne peut se passer de son somnifère. Les psychologues qu'elle a rencontrés durant son parcours de soins en psychiatrie l'ont trouvée trop instable et ralentie par les médicaments pour lui proposer une psychothérapie structurée.

Elle a une confiance absolue en son psychiatre, le Dr P. qu'elle a choisi comme médecin traitant et qu'elle voit une à deux fois par mois. Avant de déménager à Marseille Sud, elle fréquentait régulièrement l'Hôpital de jour puis le Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel du service de psychiatrie qui la suivait. Constatant son isolement et ses grandes difficultés à gérer ses changements d'humeur, le Dr P. l'a adressée il y a quelques années à l'hôpital de jour d'une clinique privée proche de chez elle. Elle s'y rend trois jours par semaine, en transport médicalisé car trop fatiguée et angoissée pour prendre les transports en commun, et demande aussi régulièrement des séjours dans les unités temps plein de cette clinique, lorsqu'elle se sent plus déprimée, en particulier pendant la période des fêtes. Environ deux fois par an, lorsque les idées de suicide ou la nervosité deviennent trop fortes, le Dr P. organise une hospitalisation en soins libres de quelques semaines à Sainte Marguerite qui permet en général à Sylvie de surmonter la crise grâce au soutien de l'équipe et à l'adaptation de son traitement. L'équipe du CMP lui a parlé de différentes structures qui pourraient l'aider à rompre la solitude et à mieux vivre (groupes d'entraide mutuelle, CoFor, centre de réhabilitation psychosociale...) mais elle a peur d'aller à la rencontre d'inconnus qui pourraient porter un jugement négatif sur elle. De plus, son psychiatre trouve qu'elle n'est pas prête à reprendre des activités sociales hors du milieu soignant, craignant une nouvelle rechute et donc le risque d'une énième tentative de suicide.

En juin 2020, Mme T. l'assistante sociale chargée de son suivi au CMP la revoit pour l'aider à renouveler sa mutuelle. Elle lui parle de l'équipe du SIDIS, nouvellement créée, qui pourrait l'aider à sortir du cycle des hospitalisations à répétitions. Sylvie ressent cette proposition comme une attaque, et refuse donc de rencontrer l'équipe dans un premier temps. C'est le Dr P. qui finit par la convaincre car il la reçoit en présence de Malik, infirmier au SIDIS, qui la rassure sur l'absence de condition préalable au suivi par l'équipe : Sylvie pourra prendre son temps avant de débiter un accompagnement sur un projet précis, l'équipe pouvant tout simplement aller la voir chez elle pour discuter si elle se sent seule.

Malik et Lucie, assistante sociale au SIDIS, proposent à Sylvie une rencontre au café en bas de chez elle, dans lequel il y a une terrasse peu fréquentée. Sylvie accepte de se livrer un peu à l'équipe et fait quelques demandes à Lucie car elle a accumulé des dettes et dont elle n'a pas osé parler à l'assistante sociale du CMP. Malik et Lucie rédigent donc un premier volet du projet de vie à partir de ces éléments et le remettent à Sylvie. Des rencontres informelles sont réalisées avec Sylvie, environ 2 à 3 fois par semaine, lors desquelles elle rencontre tous les membres du SIDIS, dont les deux psychiatres. Sylvie est de nouveau hospitalisée à Sainte Marguerite en septembre 2020 mais elle préfère retourner chez elle accompagnée par le SIDIS plutôt que de poursuivre les soins en clinique après l'hospitalisation comme elle en a l'habitude. Le Dr P. lui annonce que pour favoriser la coordination de son suivi, il est préférable qu'elle choisisse un des psychiatres du SIDIS comme psychiatre référent. Sylvie ayant apprécié le contact qu'elle a eu avec le Dr S. qui est venue la voir plusieurs fois chez elle, elle accepte de changer de psychiatre mais demande au Dr P. de continuer de s'occuper d'elle durant les hospitalisations à Sainte Marguerite dont elle ne peut se passer. Le Dr S. maintient dans un premier temps le rythme d'un entretien par mois, à son domicile.

Lors des 1ers mois du suivi l'équipe du SIDIS voit Sylvie au moins trois fois par semaine (et une à deux fois par semaine durant les hospitalisations) afin de lui apporter un soutien équivalent à ce qu'elle demande habituellement aux équipes hospitalières. En mai 2021, elle rédige elle-même pour la première fois une réactualisation de son projet de vie et en donne une copie à l'équipe. Au fil des rencontres, chez elle et dans différents lieux de la ville, l'équipe parvient à lui faire découvrir des ressources pouvant lui permettre de s'épanouir et de se percevoir autrement que comme « malade » : elle va visiter le CoFor accompagnée d'Awa, pair-aidante, et suit la formation grâce à la rencontre avec un autre étudiant qui peut l'y accompagner en covoiturage ; elle participe à un projet créé sous l'impulsion de Pierre et Karim, visant à favoriser l'accès à l'habitat partagé en milieu ordinaire (colocation) pour des personnes accompagnées du SIDIS et plus largement, les personnes en situation d'isolement social : elle trouve rapidement deux colocataires avec qui elle pense pouvoir vivre et recherche avec eux un appartement de type T4 ; après l'avoir fréquenté comme simple adhérente pendant quelques mois, elle devient animatrice bénévole d'un atelier musical dans un groupe d'entraide mutuelle (GEM)...

En octobre 2021, dans les suites d'une visite de sa fille qu'elle a mal vécue, Sylvie fait une tentative de suicide par ingestion de médicaments. Elle est hospitalisée en réanimation où elle voit un psychiatre de l'équipe de liaison. Celui-ci se met en lien avec les psychiatres du SIDIS qui proposent qu'elle rentre chez elle (elle vit en colocation) avec des visites quotidiennes de l'équipe dont deux entretiens médicaux par semaine et la délivrance matin et soir du traitement par des infirmiers libéraux, avec par conséquent une surveillance rapprochée du risque suicidaire, une disponibilité pour du soutien 24h/24 grâce à l'astreinte

téléphonique, et la possibilité d'assurer l'adaptation du traitement. L'équipe soignante du SIDIIS (psychiatres, infirmiers, psychologues) s'investit de manière plus importante dans le suivi durant environ deux mois. Alors qu'elle avait toujours refusé de faire participer un ou des proches aux rencontres avec l'équipe, Sylvie invite régulièrement ses colocataires et ses infirmières libérales aux entretiens qui sont en général animés par Patricia, psychologue au SIDIIS, formée à l'approche systémique et à l'Open Dialogue. Ayant retrouvé des forces et se sentant soutenue, elle décide de proposer à sa fille de participer à des rencontres avec l'équipe. Cette crise suicidaire a été moins dévastatrice que précédemment, et Sylvie en sort avec un entourage sur lequel elle peut s'appuyer (ses colocataires dont l'une est devenue sa personne de confiance, sa fille, ses infirmières libérales), et de nouvelles stratégies pour « vivre avec » ses troubles : elle ne garde plus aucun médicament chez elle, elle pratique la marche nordique avec un groupe du centre social près de chez elle, elle appelle le SIDIIS ou des amis lorsqu'elle sent l'angoisse arriver plutôt que de prendre un anxiolytique, elle pratique des techniques d'auto-hypnose, apprise avec Patricia, pour l'endormissement... En janvier 2022, elle n'a plus que deux psychotropes sur son ordonnance et elle se rend régulièrement chez son médecin généraliste qu'elle ne voyait que ponctuellement avant le SIDIIS car les bilans somatiques étaient réalisés lors de ses hospitalisations et son psychiatre assurant le renouvellement de l'ensemble de son ordonnance. Le diabète et le cholestérol s'étant stabilisés, son médecin généraliste l'oriente vers un infirmier de pratique avancée (IPA) pour qu'il assure le suivi régulier. Dans un premier temps, le Dr S. continue à voir régulièrement Sylvie pour l'adaptation de son traitement psychotrope, puis il l'adresse aussi à l'IPA qui a une double compétence « maladies chroniques » et « santé mentale ». Sylvie accepte difficilement l'arrêt progressif du SIDIIS et refuse de rencontrer un autre psychiatre. Cependant, elle donne des nouvelles à l'équipe par courrier régulièrement durant les cinq années qui suivent l'arrêt du SIDIIS : elle anime toujours bénévolement des ateliers au GEM, elle est devenue représentante des usagers de la psychiatrie dans différentes instances institutionnelles et est très active sur les réseaux sociaux du champ de la santé mentale, les relations avec sa fille restent tumultueuses mais elle la voit régulièrement, elle a changé de colocation mais est toujours satisfaite du soutien que lui apporte ce mode de vie, elle a suivi une psychothérapie et des thérapies spécialisées dans le psycho trauma au centre hospitalier universitaire lui ayant permis d'arrêter progressivement tous les traitements psychotropes sans rechute.

Annexe 7. Descriptifs Métier



LE CADRE SOCIO-EDUCATIF (1 ETP)

Le cadre socio-éducatif représente l'employeur sur site. Il est en lien direct avec la direction de la structure (Direction Régionale de Groupe SOS Solidarités ou Direction de la CMSMH). Il est l'interlocuteur des différentes fonctions support (RH – Finance – budget – Qualité) et assure une communication ascendante et descendante. Il est garant de la réalisation de l'expérimentation et s'appuie sur les psychiatres sur le volet sanitaire. Il est garant des valeurs et positionnements (approche rétablissement / inclusion sociale etc..) et organise, anime les instances de coordination des suivis intensifs. Il participe activement au travail de réseau avec les partenaires



L'ASSISTANT ADMINISTRATIF (0,5 ETP)

Il assiste le coordonnateur dans les tâches administratives du service, en lien avec les fonctions supports : RDV médecine du travail, élaboration des contrats de travail, relevés des heures hebdomadaires, demandes de congés, plan de formation, réception et envoi du courrier etc. Il n'assume pas les plannings de l'équipe, il n'y a pas de standard téléphonique, ni d'accueil physique dans les locaux. Il s'occupe de mettre en forme et d'envoyer les courriers médicaux et administratifs entrant dans le cadre de l'accompagnement SIDIIS




LES PSYCHIATRES (2 x 0,5 ETP)

La coordination et la fluidité des soins psychiatriques seront favorisées par le recrutement d'au moins 1 psychiatre participant aux deux types d'activité (psychiatrie hospitalière et équipe de suivi intensif). De même une pratique libérale chez le second psychiatre serait un atout pour favoriser l'orientation vers la médecine de ville en fin de suivi. Ils assurent le suivi psychiatrique (évaluations, prescriptions des traitements, orientations, éducation thérapeutique), notamment dans les périodes de crise, des personnes accompagnées. Ils participent activement au travail de réseau avec les professionnels de santé hospitaliers et de ville



LES TRAVAILLEURS SOCIAUX (3 ETP)


(Assistant social et/ou éducateur spécialisé et/ou CESF)
L'assistant de service social (ASS) intervient auprès de personnes confrontées à diverses difficultés : économiques, d'insertion, familiales, de santé, de logement. Il accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets en tenant compte des potentialités des personnes et des possibilités offertes par la collectivité. L'éducateur spécialisé apporte un soutien dans les projets qu'il élabore avec la personne, il aide les personnes à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer leurs capacités de socialisation, d'intégration et d'insertion. Le conseiller en économie sociale familiale (CESF) est un travailleur social qualifié dont le cœur de métier est fondé sur une expertise dans les domaines de la vie quotidienne. Son intervention privilégie une finalité éducative et vise la valorisation et/ou l'appropriation de compétences par les personnes.



**LES INFIRMIERS
(2 ETP)**


Ils coordonnent les soins psychiatriques et somatiques des personnes accompagnées en lien avec les partenaires (infirmiers libéraux, médecins généralistes, et spécialistes, dentistes, pharmacies...). Ils participent à l'éducation thérapeutique et à l'évaluation de l'état de santé physique et psychique des personnes accompagnées. Ils peuvent ponctuellement assurer une délivrance de traitement.

Ils partagent avec le reste de l'équipe leur expérience de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et de la gestion de la crise pour assurer un transfert de compétences et de savoirs notamment aux travailleurs sociaux.



**LES PSYCHOLOGUES CLINIENS
(2 ETP)**


Ils proposent des psychothérapies structurées aux personnes accompagnées, en s'adaptant au rythme et aux lieux choisis par la personne. Au moins un des psychologues a des compétences en thérapies cognitives des troubles psychotiques (neuropsychologue ou psychologue spécialisée). Les autres compétences nécessaires seront : l'approche systémique et/ou techniques de thérapies de groupe ; psychothérapies spécialisées dans le psycho trauma ; psychoéducation.



**LE CONSEILLER D'INSERTION PROFESSIONNELLE
(1 ETP)**

Son rôle est d'aider à résoudre des problèmes à finalité professionnelle. Il conseille et propose des actions d'accompagnement professionnel afin de favoriser l'emploi et l'insertion en milieu ordinaire. Il applique la méthode « individual placement and support » : soutien des personnes accompagnées, travail de réseau, de médiation et de plaidoyer auprès des employeurs.

Il accompagne les personnes dans le choix, la recherche, et le maintien dans un emploi en milieu ordinaire. Il collabore étroitement avec le reste de l'équipe qui s'occupe de l'accompagnement médical et social de la personne. Il soutient également l'employeur, selon des modalités qui sont concertées avec la personne accompagnée.



**LES PAIRS-AIDANTS
(2 ETP)**

Les pair-aidants ont tous une expérience personnelle des troubles psychiques et des soins en psychiatrie. Ils sont tous bénévoles et ont des parcours de soins avancés dans leurs parcours de rétablissement. L'un d'entre eux a une expérience de l'usage de substances psychoactives et de la réduction des risques. Ils partagent leur expérience avec la personne accompagnée et lui communiquent de l'espoir, l'aide et le soutien. Ils ont élaboré un plan de bien-être et de rétablissement (et en particulier des directives anticipées). Ils aident la personne à s'appuyer sur ses forces et ses ressources et l'accompagnent vers des dispositifs d'auto-soutien, de défense des droits et d'entraide mutuelle. Ils sont garantis des « pratiques orientées vers le rétablissement » dans le travail de l'équipe. Ils éclairent l'équipe sur le point de vue subjectif des personnes accompagnées.

Annexe 8. Fiche de poste du chargé.e de projet SIIS – Santé Mentale

INTITULE DU POSTE : CHARGE.E DE PROJET SIIS – SANTE MENTALE

IDENTIFICATION DU POSTE

Le poste est rattaché au GROUPE SOS Solidarités

Emploi/Métier de référence : niveau Bac+5 en santé publique, économie de la santé, management des organisations de santé et/ou des établissements médico-sociaux, gestion de projets ou équivalent.

Cadre(s) d'emplois, grade(s) de référence : Cadre

- Filière médico-sociale
- Expérience exigé de 5 ans en tant que chargé de projet

Contexte :

Les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients, l'Article 51 propose aux acteurs de santé de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun et d'organisation, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Le projet SIIS - Santé Mentale, co-piloté par la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat et le GROUPE SOS Solidarités ont répondu aux cahiers des charges définis par l'équipe de l'Article 51 en lien avec la Direction Générale de la Santé et l'ARS PACA. Ce projet s'inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale qui a introduit, en son Article 51, (*dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits*) la possibilité d'émarger sur de nouveaux crédits compte tenu du caractère expérimental du projet.

Le projet SIIS - Santé Mentale porte sur la création de deux équipes mobiles de suivi intensif à domicile en vue de proposer une alternative aux hospitalisations en psychiatrie : une équipe interviendra sur les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements et l'autre équipe sur les 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Marseille.

Il vise à améliorer l'efficacité de la prise en charge sanitaire et sociale en milieu ordinaire d'une population hautement consommatrice de soins psychiatriques et n'ayant pas accès aux dispositifs d'accompagnement existants.

Pour cela, le projet se décline en trois objectifs spécifiques (OS) :

- OS1 : Favoriser la prise en charge des personnes en milieu ordinaire ;
- OS2 : Accompagner la personne dans tous les aspects de la mise en œuvre de son projet de vie ;
- OS3 : Garantir l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques en coordination avec les différents acteurs et respectueux des choix et préférences des personnes accompagnées ;
- OS4 : Améliorer la pertinence du modèle de financement.

C'est dans ce contexte que nous créons un poste de chargé.e de projet afin d'assurer la mise en œuvre et le pilotage du projet SIIS - Santé Mentale.

Spécificités du poste : le poste de chargé.e de projet fera partie intégrante des deux équipes pluridisciplinaires constituées de coordinateur.trices, psychiatres, psychologues, infirmier.es, éducateur.rices spécialisé.es, pairs aidants, assistant.es social.es, CESF, chargé.es d’insertion professionnelle. Il sera en lien régulier avec les porteurs du projet ainsi que les équipes de l’Article 51.

Lieu de travail : Siège du GROUPE SOS Solidarités

Déplacements : Déplacements réguliers sur le territoire Marseillais.

Horaires : 9h-17h

Salaire : indexé sur la CCN 51

Amplitudes hebdomadaires : du lundi au vendredi

Permis de conduire B : Indispensable + défraiement véhicule personnel

POSITIONNEMENT HIERARCHIQUE DU POSTE

Responsable hiérarchique direct

Directeur Régional PACA Ouest Groupe SOS Solidarités

Direction fonctionnelle

Direction de la Coordination marseillaise en santé mentale et habitat

Directeur Régional PACA Ouest Groupe SOS Solidarités

DEFINITION DU POSTE : MISSION ET FINALITE

En lien avec les directeur.trices des deux co-porteurs, le chargé.e de projet garantit l’enjeu stratégique du projet, pilote l’exécution de l’évaluation des deux dispositifs, assure la responsabilité et la représentativité du projet dans toutes ses dimensions, s’assure de l’atteinte des objectifs comme définis, mets en place les outils nécessaires au suivi de projet.

ACTIVITES PRINCIPALES, COMPLEMENTAIRES ET ANNEXES

Activités principales

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

- de prendre en main le cahier des charges du projet SIIS – Santé Mentale et de veiller à sa bonne mise en œuvre,
- 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,
- préparer un calendrier précis des différentes étapes du projet,
- piloter l’évaluation du dispositif (en lien avec l’équipe de l’Article 51 en charge de l’évaluation).

COMPETENCES ET SAVOIR FAIRE REQUIS POUR REALISER LES ACTIVITES

ACTIVITES PRINCIPALES

Libellé de l'activité principale 1 : prendre en main le cahier des charges du projet SIIS – Santé Mentale et veiller à sa bonne mise en œuvre.

Compétences associées et savoir-faire :

- Être à l'aise avec les méthodologies de projets complexes et mettre en place les outils de pilotage en lien le cahier des charges (tableaux de bord des finances, des RH, des coûts, analyse des besoins, mettre en place une démarche qualité...),
- Connaître des publics relevant de la santé mentale, le principe de rétablissement et les outils qui en découlent,
- organiser les différentes instances ou réunions liées au projet (comité de pilotage, comité de suivi, comité des financeurs) : logistique, invitation et relevés décisionnels

Libellé de l'activité principale 2 : piloter les activités en lien avec l'objectif spécifique 4 portant sur la modélisation des parcours patient et le perfectionnement du modèle de financement.

Compétences associées et savoir-faire :

- Être en capacité de saisir les enjeux des nouveaux modes de financement en lien avec la modélisation des parcours patient,
- Animer le recueil et l'analyse des données sur les parcours des patients inclus (Années 1 à 3),
- Être en capacité de modéliser les parcours patient et de formaliser un modèle de financement innovant (Années 4 et 5).

Libellé de l'activité principale 3 : préparer un calendrier précis des différentes étapes du projet.

Compétences associées et savoir-faire :

- Être en capacité de planifier les étapes du projet afin d'identifier l'ensemble des tâches à réaliser, en estimer la durée, identifier l'enchaînement des étapes (dont celles qui peuvent être conduites en parallèle - ordonnancement des tâches),
- Être capable d'affecter des ressources (financières et humaines),
- Savoir modéliser l'organisation sur un document opérationnel partagé entre tous les acteurs concernés pour optimiser le déroulement et le suivi de la réalisation.

Libellé de l'activité principale 4 : piloter l'évaluation du dispositif, en lien avec l'équipe de l'Article 51 en charge de l'évaluation

Compétences associées et savoir-faire :

- Mettre en place un process capable de collecter les données à partir de différentes sources,
- Savoir présenter les données collectées afin qu'elles soient prêtes à être analysées,
- Mettre en place une démarche de reporting : traduction des données afin qu'elles se transforment en information claire et compréhensible par tous.

COMPETENCES ET SAVOIR FAIRE REQUIS POUR REALISER LES ACTIVITES

| Savoirs sociotechniques (1) | Savoirs être et compétences (2) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pilotage et management de plusieurs projets - Définition et suivi d'un budget prévisionnel - Animation de réunions ou de comités de pilotage - Gestion de la relation entre les différents niveaux décisionnels - Prise en charge de la relation avec partenaires - Compréhension des enjeux liés au cahier des charges - Connaissance des outils de pilotage - Maîtrise des outils informatiques | <ul style="list-style-type: none"> - Fortes qualités relationnelles - Communication orale et écrite - Gestion des situations conflictuelles - Capacité d'analyse systémique - Capacité à travailler en interdisciplinarité - Capacité à gérer des situations de stress |

| Qualités requises |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Sens du travail en équipe pluridisciplinaire - Faculté d'adaptation - Rigueur, ponctualité |

CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE

| |
|--|
| <p>Temps de travail : Temps de travail hebdomadaire : 35H Horaires : 9h-17h</p> |
| <p>Moyens mis à disposition de manière permanente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Téléphone mobile - Véhicule de service/et ou personnel - Poste informatique |

Annexe 9. Présentation des dispositifs portés par les partenaires hospitaliers associés au projet

❖ Le Centre Hospitalier Valvert

Le CH Valvert est porteur de plusieurs projets en lien avec des problématiques de santé mentale et habitat :

- Habitats inclusifs collectifs avec soins : les maisons partagées sont gérées en partenariat avec une association médicosociale et prennent en charge des patients à haut besoin de soins avec l'intervention d'IDE libéraux et aides à la personne rémunérés par la Prestation de Compensation du Handicap. Les résidents vivent en collectivité en appartement où est prise en compte la dynamique groupale, qui comporte par elle-même une dimension thérapeutique (ex : systèmes coopératifs...).
- 4 maisons partagées sont installées, réparties sur les 4 secteurs du pôle adulte, ce qui représente 17 places. Une convention est signée avec l'association médicosociale SAJ qui se montre très impliquée dans les projets de maison partagée. Elle recrute les aides à la personne et participe activement à l'élaboration des projets collectifs et à leur coordination.
- Appartements gouvernés : le CH Valvert travaille en partenariat avec l'UDAF qui gère les appartements gouvernés. Au début du fonctionnement, les patients venaient surtout des arrondissements nord de la ville avec des sorties de longs séjours sanitaires. La présence d'un praticien hospitalier de Valvert dans la commission d'attribution a permis également de faire bénéficier les patients originaires des secteurs de Valvert de ce type d'hébergement.
- Appartements associatifs : une association dont le siège est au CMP du 12ème arrondissement « Revivre aux Caillols ». Il dispose depuis 40 ans de 2 appartements associatifs de 3 places chacun. La durée de présence est limitée à 2 ans et l'orientation ultérieure est l'obtention d'un bail dans un appartement individuel. Ils sont accessibles à l'ensemble des secteurs de l'hôpital.
- Appartements thérapeutiques : les appartements thérapeutiques restent un outil pertinent dans l'offre de soin de l'hôpital, permettant une prise en charge soutenue "hors les murs" en lien avec les équipes de secteur, pour un processus de réhabilitation et d'accès au logement autonome. La capacité de 4 places est maintenue et une relocalisation est prévue vers un quartier plus attractif et au plus près des autres dispositifs de logement inclusif de l'établissement.

De plus, le CH Valvert souhaite renforcer ses actions au titre de la précarité en direction des publics vulnérables dans son futur projet d'établissement 2021-2025. Ces publics, en particulier les personnes sans domicile fixe reçues sur les CMP des 11ème et 12ème arrondissements, cumulent les vulnérabilités sociales, médicales, administratives et juridiques.

Il est souvent compliqué pour ces publics d'accéder aux soins, d'exercer leurs droits tant la maladie, ses contraintes et répercussions sociales peuvent être handicapantes et envahissantes. En dépit d'une diversification des dispositifs, ces publics cumulant de grandes vulnérabilités, parviennent difficilement à s'inscrire durablement dans les circuits d'affiliation classiques. Ce volet du projet d'établissement comprend 5 objectifs dont l'accès au logement.

En 2019-2020, le Service social a renforcé sa collaboration avec l'équipe du SIAO (rencontres et formations) afin d'optimiser l'accès aux dispositifs logement du SIAO et au « Logement d'abord » pour les patients en situation d'itinérance ou de logement précaire. Le CH Valvert va proposer sa candidature de membre de la Commission partenariale d'orientation vers le « Un chez soi d'abord Marseille », afin d'optimiser les demandes d'orientation pour les patients durablement sans-abri, en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire avec une pathologie mentale sévère.

❖ Les services de psychiatrie du CHU Sainte Marguerite – AP-HM

Les services de Ste Marguerite ont initié et porté plusieurs projets orientés vers le rétablissement :

- Équipe de santé communautaire MARSS et projets expérimentaux « Un chez soi d'abord »,
- Équipe Réhab et centre ressource régional pour la réhabilitation psychosociale ambulatoire ;
- Équipe ULICE pour l'alternative à l'hospitalisation dans les situations de crise psychique (population peu institutionnalisée) ;
- Équipe LEAF pour l'accompagnement vers les loisirs en milieu ordinaire
- Working First 13 pour l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire de type « individual placement and support - IPS » (partenariat avec HAS) ;
- Centre de formation au Rétablissement (partenariat avec Solidarité Réhabilitation) pour l'autonomisation en santé et l'auto-support ;

❖ La clinique des Quatre Saisons – Ramsay Santé

Le projet médical de la Clinique des Quatre Saisons tourne autour de la réhabilitation psycho-sociale avec un axe prioritaire de création d'un Séjour Psycho-Educatif Programme (SPEP). Cette prise en charge s'adresse à des patients engagés dans une démarche de rétablissement ayant une volonté de mieux connaître sa maladie et mieux comprendre la place historique et sociale de la psychiatrie et des patients psychiatriques, place qui a nécessairement pour eux des implications d'ordre existentiel.

- Séjour d'1 mois ;
- Programme intensif d'ateliers basé sur :
 - les savoirs psychiatriques scientifiquement validés (psycho-éducation classique, science cognitive, neuroscience) ;
 - et une approche épistémologique basée sur le savoir expérientiel des patients (d'où l'intérêt de la dynamique de groupe) et la mise en perspective critique des connaissances actuelles grâce à l'histoire de la psychiatrie et à une approche portée par la philosophie ;
- Dynamique de groupe, intégration de Pair Aidant au sein de l'équipe (en collaboration avec Esper Pro), intervention d'acteurs associatifs du territoire (le Cofor notamment).

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT : Assertive Community Treatment
AP-HM : Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille
ARHLM : Agence Régionale des organismes HLM (Habitations à loyers modérés)
ARS : Agence Régionale de Santé
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CATT : Centre d'Activité Thérapeutique à temps Partiel
CH : Centre Hospitalier
CHET : Centre Hospitalier Edouard Toulouse
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIP : Conseiller d'Insertion Professionnel
CMP : Centre Médico-psychologique
CMSMH : Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CoFoR : Centre de Formation en Rétablissement
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DA : Directives Anticipées
EDI : Equipe Diogène / Incurie
EMI : Equipe Mobile Inclusive
FAM : Foyer D'Accueil Médicalisé
GCS : Groupement de Coopération Sociale
GCSMS : Groupement de coopération Sociale et Médico-sociale
HAS : Habitat Alternatif Social
HC : Hospitalisation Complète
HDJ : Hôpital De Jour
HDN : Hospitalisation De Nuit
IML : Intermédiation Locative
IPA : Infirmier en Pratiques Avancées
IPS : Individual Placement and Support
IRS : Intervention en Résidences Sociales
LAM : Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MAD : Mise à disposition
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MG : Médecin Généraliste
PACA : Région Provence- Alpes- Côte d'Azur
PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale
PV : Projet de Vie
RSML : Réseaux Santé Mentale et Logement
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIDIIS : Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale
SIIS : Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques