



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE REGION ILE  
DE FRANCE

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°IDF-001-2020-01

PUBLIÉ LE 2 JANVIER 2020

# Sommaire

## **Agence Régionale de Santé**

IDF-2019-12-30-017 - ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13 relatif au projet  
d'expérimentation PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES  
SEVERES (32 pages) Page 3

IDF-2019-12-30-018 - ARRÊTÉ n° DIRNOV-2019/12 relatif au projet d'expérimentation  
Equip'Addict – Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales  
addictions (38 pages) Page 36

IDF-2019-12-20-072 - ARRÊTÉ n° DIRNOV/2019/11 Portant approbation de la  
convention constitutive du Groupement d'intérêt public « Numéro Unique Régional  
(NUR) » (27 pages) Page 75

## **Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France**

IDF-2019-12-31-011 - Arrêté portant agrément pour l'activité de séjours de "vacances  
adaptées organisées" (2 pages) Page 103

Agence Régionale de Santé

IDF-2019-12-30-017

**ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13**  
relatif au projet d'expérimentation  
**PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS**  
**CARDIAQUES SEVERES**

**ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13**  
**relatif au projet d'expérimentation**  
**PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES**

**Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,**

**Vu** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

**Vu** le décret du 25 juillet 2018 portant nomination de Monsieur Aurélien ROUSSEAU, maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, à compter du 3 septembre 2018 ;

**Vu** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

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

**Vu** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 27 décembre 2019 concernant le cahier des charges du projet d'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » ;

**Vu** le cahier des charges du projet d'expérimentation annexé au présent arrêté ;

**ARRETE**

**Article 1 :** L'expérimentation innovante en santé du projet « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté pour une durée de 4 ans, telle que précisée dans le cahier des charges ;

**Article 2 :** L'expérimentation est mise en œuvre sur cinq sites d'Ile-de-France. Le projet est expérimenté par cinq groupements hospitaliers universitaires de l'AP-HP que sont :

- AP-HP Mondor ;
- AP-HP Sorbonne Université ;
- AP-HP Centre – Université de Paris ;
- AP-HP Nord – Université de Paris ;
- AP-HP Université Paris Saclay.



**Article 3 :** La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

**Article 4 :** Le Directeur de la l'innovation, de la recherche et de la transformation numérique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la région Ile-de-France.

**Article 5 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Fait à Paris, le 30 décembre 2019

Le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

**SIGNE**

Aurélien ROUSSEAU

**Cahier des charges**  
**pour les projets d'expérimentation d'innovation en santé**

**PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES**  
**25 novembre 2019**

## SOMMAIRE

### Table des matières

Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation .....	3
Présentation du projet innovant .....	6
Objectifs du dispositif et population cible .....	11
Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation.....	13
Durée de l'expérimentation envisagée .....	14
Champ d'application territorial proposé.....	16
Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs).....	21
Catégories d'expérimentations .....	22
Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	23
Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement .....	24
Modalités de financement de l'expérimentation .....	28
Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées .....	31
Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées.....	32
Liens d'intérêts .....	32
Éléments bibliographiques.....	33
ANNEXE A : Patients très sévères.....	36
ANNEXE B : GHU APHP.Saclay .....	37
ANNEXE C : GHU APHP.Centre .....	49
ANNEXE D : GHU APHP. Mondor.....	54
ANNEXE E : GHU APHP. Nord .....	64
ANNEXE F : GHU APHP. Sorbonne.....	69
ANNEXE G : Réhospitalisations et recette moyenne annuelle .....	76
ANNEXE H : Détails calcul budget et gains .....	77
ANNEXE I Modèle de montée en charge CECICS.....	78

# Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

## 1. L'insuffisance cardiaque en France, dans les pays occidentaux et les recommandations européennes

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie grave et fréquente qui touche 2,3% de la population adulte (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2016 ; DREES 2017) soit environ 1,5 millions patients en France. L'insuffisance cardiaque est en augmentation constante du fait du vieillissement de la population. On dénombre 165 000 hospitalisations annuelles en France avec 45% de ré-hospitalisations dans l'année et 25% à trois mois après hospitalisation pour décompensation aiguë d'IC et 29% de décès dans l'année (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2014). Des résultats concordants ont été retrouvés dans une étude menée à l'AP-HP (Laveau F et al Arch Cardiovasc Dis. 2017). Ces ré-hospitalisations concernent majoritairement les 10% des patients atteints d'une insuffisance cardiaque sévère non stabilisée dont la gravité va conduire à des ré-hospitalisations et au décès.

Ces patients sévères requièrent une coordination importante et permanente entre domicile, ville et hôpital. Il s'agit d'une coordination (Médecin traitant (MT)-Hôpital) en amont de l'entrée à l'hôpital, directement dans la filière spécialisée pour éviter le passage aux urgences, et à la sortie de l'hôpital vers le médecin traitant ou le cardiologue afin d'optimiser le traitement médical ou rythmologique. Cette optimisation est fondamentale car elle seule permet d'améliorer la survie, la qualité de vie et de diminuer les ré-hospitalisations. Malheureusement, la chute de la démographie médicale (-15% de consultations en 15 ans) et l'absence de structure de coordination en France ne permettent pas d'envisager une amélioration à organisation constante.

Ainsi, malgré une recommandation très forte (niveau de preuve : I-A) basée sur des preuves scientifiques et économiques, de la société Européenne de cardiologie (ESC), il n'existe pas en France de structure multidisciplinaire pour coordonner, surveiller et optimiser le traitement des patients en insuffisance cardiaque (Ponikowski P et al, European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200). Pour autant dans des pays comme le Royaume-Uni, ces structures multidisciplinaires existent impliquant des infirmières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque coordonnant le parcours des patients et optimisant la thérapeutique. Ces structures ont démontré leur impact sur la réduction des hospitalisations (-25% au Royaume-Uni par rapport à la France). L'ESC a créé un référentiel pour ce métier (Rilley JP, European Journal of Heart Failure (2016) 18, 736–743). Ces infirmières spécialisées existent depuis de nombreuses années dans d'autres pays occidentaux et notamment comme les Pays-Bas, aux USA, en Suisse et/ou au Québec avec des démonstrations scientifiques de leur bénéfice en termes de coût et de prévention des ré-hospitalisations.

## 2. La problématique française de l'insuffisance cardiaque et le projet d'expérimentation

Ce projet propose de mettre en place et d'évaluer une nouvelle structure de coordination, de télésurveillance et d'optimisation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques sévères, adaptée au fonctionnement du système de soins français et s'appuyant sur un protocole de coopération. Il s'agit d'une prise en charge graduée en fonction de la sévérité de l'insuffisance cardiaque et de son caractère stable ou non, du fait des **problématiques actuelles** :

- **L'absence d'organisation actuelle du parcours** de soin (ville-hôpital-ville) est particulièrement délétère pour ces patients sévères et les soignants car la prise en charge est souvent réalisée dans

l'urgence conduisant à l'orientation des patients vers des professionnels ou des lieux non adaptés à leur prise en charge (urgences surchargées, services non spécialisés, sortie non organisée).

- **L'insuffisante optimisation thérapeutique** : on estime que la moitié des patients ayant une insuffisance cardiaque ne bénéficie pas de l'ensemble des traitements recommandés et s'ils les ont environ 50% n'ont pas la dose maximale (de Groote P, Eur J Heart Fail. 2009 ; Groote P, M. Eur J Heart Fail. 2007 ; Logeart D et al Eur J Heart Fail. 2013 ; et DGOS/ATIH <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination> accès 31 mai 2018). Une optimisation de leur traitement pourrait améliorer leur pronostic (Vorilhon C et al, Arch Cardiovasc Dis. 2016). Les causes de l'absence d'optimisation des traitements sont multiples. La principale est la chute de la démographie médicale responsable de l'impossibilité pour les patients en sortie d'hospitalisation d'avoir une prise en charge rapide et également de l'impossibilité pour les médecins d'avoir accès à des formations sur toutes les pathologies et notamment l'insuffisance cardiaque. Un médecin généraliste (MG) dispose de 17 minutes par consultation et voit moins de 10 patients insuffisants cardiaques par an (Données Syndicat de la MG).

- Ces patients insuffisants cardiaques sévères présentent une **situation médicale complexe**. Ils sont porteurs de comorbidités combinées (BPCO, diabète, insuffisance rénale), sont d'un âge élevé, sont atteints de cardiomyopathies complexes (post-cancer, infiltratives) et/ou peuvent nécessiter une transplantation cardiaque. Ces patients sont souvent sous traités du point de vue de l'insuffisance cardiaque du fait de la difficulté à les prendre en charge (Gastelurrutia P, et al Int J Cardiol. 2014, Vaillant-Roussel H et al, Int J Clin Pharmacol Ther. 2018 May 24).

- En outre, plus de la moitié des patients insuffisants cardiaques (sévéres) sont **porteurs de prothèses rythmiques** (pacemakers ou défibrillateurs), dont la **prise en charge est aujourd'hui insuffisante** et pourrait être optimisée tant sur le plan médical que rythmologique par une coordination des équipes (Massoulié G et al. Am J Cardiol. 2018 et Crisan S et al Clin Inter Aging. 2018).

- **Des difficultés dans le développement de la télémédecine**. Les balances et boîtiers connectés permettraient de prévenir les décompensations cardiaques. Actuellement, leur développement est essentiellement réalisé dans le cadre du programme "ETAPes". Le premier obstacle au développement de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque est la gestion des alertes médicales qui sont extrêmement chronophage du fait du temps nécessaire quotidien pour surveiller les patients et également du temps nécessaire pour gérer les alertes (interrogatoire des patients sur leur pathologie, leur traitement, sur le facteur déclenchant, coordination de la prise en charge avec le médecin traitant, le cardiologue, l'IDE (infirmier), organisation du transfert vers l'hôpital si nécessaire...). Le deuxième obstacle est d'avoir une masse critique suffisante de patients atteints d'une même pathologie dans son cabinet pour se lancer dans la télésurveillance spécifique à cette pathologie. Tout ceci explique pourquoi les médecins de ville se retrouvent en difficulté pour utiliser la télésurveillance chez les patients insuffisants cardiaques.

- **Une filière d'expertise non visible et non accessible à la ville** pour des avis ou transferts et une non coordination du parcours ville-hôpital-ville. En cas d'urgence, les patients consultent leur médecin généraliste qui se retrouve souvent obligé d'adresser ces patients aux urgences faute de possibilité d'avoir un avis cardiologique ou une consultation dans l'urgence. Il en résulte un encombrement des urgences et une hospitalisation dans des services ou structures non spécialisés dans l'insuffisance cardiaque (IC). Le parcours des patients intra-hospitaliers n'étant pas coordonné,

les patients sortent sans être optimisés et sans avoir une coordination de leur parcours vers la ville. Pour autant, un certain nombre de patients auraient pu être mieux pris en charge en ville si les MG avaient pu avoir l'avis spécialisé et l'accès à une filière spécialisée. L'absence de visibilité de la filière de soins insuffisance cardiaque nuit à la bonne orientation des patients et à leur optimisation.

Ainsi, les médecins libéraux et hospitaliers sont dans l'incapacité de faire face seuls à l'afflux des patients IC, à la gestion de leur parcours de soins dans l'urgence ou non (ville-hôpital-ville), à l'optimisation de leur traitement, et sont en difficulté pour intégrer des outils innovants (télésurveillance) du fait du temps nécessaire pour traiter les alertes (appeler les patients et améliorer le plan de soins) et pour former les acteurs paramédicaux, en sus de leur travail quotidien. Les médecins de ville (principalement généralistes) ne peuvent bénéficier d'avis thérapeutique et ou d'orientation de leurs patients vers des consultations spécialisées ou d'orientation directe dans une filière d'expertise.

#### Qu'est ce qui est proposé dans ce nouveau dispositif?

La politique régionale menée par l'ARS vise à développer une organisation territoriale avec 2 volets complémentaires, selon la gravité de l'état du patient :

-1<sup>er</sup> volet : prise en charge des malades les plus graves, avec une organisation à point de départ hospitalier,

-2<sup>e</sup> volet : prise en charge en ville pour les patients moins sévères.

Il a été acté de débiter par les malades les plus graves avec un point de départ hospitalier, objet de cette expérimentation, et de développer ensuite l'intégration de la ville pour les moins sévères et le transfert de la prise en charge des patients les plus stables dans un parcours de soins usuel.

Le nouveau dispositif porté par le présent projet se concentre ainsi sur la prise en charge des malades les plus graves, et repose sur une nouvelle organisation comportant :

- la structuration d'une **cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS)**, dispositif coopératif, pluri professionnel (cardiologues et infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) assurant la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétence. Elle met ses compétences à disposition pour les patients et les professionnels de santé (ville et hôpital) du territoire.
- la mise en œuvre de **différents modules de prise en charge** visant à lever les principales difficultés actuelles de prise en charge, adaptés à chaque patient (médecine personnalisée) en fonction de ses besoins, de son accord et de celui de son médecin traitant et de son cardiologue ; ces modules viennent en appui du suivi réalisé par les médecins de ville (traitants et cardiologues) si ils le jugent nécessaire.
- le développement du **maillage territorial avec les acteurs hospitaliers**, selon les territoires GHT/ESPIC/HIA/FINC94...
- le développement de la **coopération avec la médecine de ville** (cabinets, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé) **au fur et à mesure de la structuration territoriale** notamment *via* les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Un tel dispositif ne peut pas être mis en place et financé dans le cadre de la réglementation actuelle.

## Présentation du projet innovant

Cette partie présente l'organisation de la CECICS dans le parcours de soins des malades les plus sévères, ses missions, sa composition, les différents modules de prise en charge du patient et enfin, pour construire un dispositif territorial, un focus est fait sur la coopération avec les organisations de ville.

### 1. Le dispositif coopératif appuyé sur la CECICS

La CECICS assure la prise en charge coordonnée des patients entre les professionnels de santé de ville et les autres professionnels hospitaliers dans une optique transversale pour permettre le maintien à domicile des patients suivis dans le dispositif.

Ainsi, la stratégie de prise en charge cardiologique globale reste du ressort du cardiologue référent du patient. La prise en charge globale du patient relève toujours de son médecin traitant. Les équipes de soins de ville déjà impliquées autour du patient seront respectées et informées.

La CECICS intervient comme une équipe pluri professionnelle en appui, associant cardiologue et personnels paramédicaux, qui assure des **activités d'expertise ciblées** (évaluation orientation des patients, télésurveillance (TLS) avec gestion des alertes, titration) et une **fonction de coordination** (ex : s'assurer qu'un suivi est bien prévu avec le cardiologue référent du patient selon les modalités de son choix et informer les médecins de ville de tout ce qui a pu être fait par la CECICS).

La CECICS s'insère dans un maillage territorial impliquant les médecins hospitaliers (cardiologues, gériatres, réanimateurs...) et de ville (médecins généralistes et cardiologues), d'autres professionnels de santé (pharmaciens, IDE, diététiciens, ...) ainsi que les dispositifs d'appui à la coordination (au fur et à mesure de leur structuration). La proposition d'adhésion à une charte partagée de fonctionnement qui permette d'avoir une filière visible et coordonnée pour une meilleure orientation des patients (téléphone, email, plateforme de téléexpertise,...) sera faite.

Les missions de la CECICS comportent des activités d'expertise et des activités de coordination :

- Mettre à disposition un **service d'expertise à distance** :
  - o Pour les professionnels de santé particulièrement de ville, la CECICS apporte un appui afin de limiter l'errance diagnostique et le retard de prise en charge. Elle peut aider les médecins (si besoin) dans l'optique de maintenir les patients au domicile et d'éviter les passages aux urgences. Elle est accessible notamment via un numéro dédié et via l'outil régional de téléexpertise Ortif.
  - o Pour les patients, la CECICS répond aux questions des patients suivis, avec orientation selon la situation (passage de l'infirmier PRADO, envoi vers son médecin traitant ou cardiologue de ville, consultation hospitalière...).
- **Coordonner le parcours intra-hospitalier** : repérage des patients y compris hors cardiologie, orientation et intégration dans la filière spécialisée de l'insuffisance cardiaque.
- **Evaluer la situation du patient en lien avec son médecin traitant et son cardiologue référent** et proposer des modules adaptés de prise en charge (cf détail ci-dessous)
  - o En particulier : repérage de la fragilité et orientation vers les services gériatriques ambulatoires ou hospitaliers.
- **Mettre en œuvre certains modules proposés** (cf ci-après) en fonction du patient et du souhait de son équipe de soins
  - o Télésurveillance (toutes solutions agréées par la DGOS possibles)
    - Education/accompagnement thérapeutique sur l'IC,
    - Mise en place et explications aux patients des outils de télésurveillance,
    - Gestion des alertes et adaptation du plan de soins et des thérapeutiques
  - o Consultations de titration pour optimisation du traitement de fond de l'IC

- Consultations non programmées en cas de déstabilisation du patient
- Sortie précoce pour poursuivre la prise en charge au domicile (traitement diurétique intraveineux) en Hospitalisation à domicile (HAD - cf ci-dessous).
- **Contribuer, en lien avec les autres acteurs du territoire, à initier le DMP/ dossier Terr-e santé** dans sa version adaptée (formalisation nécessaire pour l'échange des informations avec les acteurs de ville en cours).
- **Assurer la coordination avec les médecins référents du patient** (cardiologue et médecin traitant) et autres professionnels de santé de ville impliqués :
  - Organisation de la sortie en accord avec les médecins de ville (information MT et cardiologue et consultation rapide en post-hospitalisation) et inscription complémentaire dans PRADO (CPAM).
  - Transmission d'informations par la CECICS tout au long de la prise en charge qu'elle assure pour le patient, avec comptes- rendus de gestion d'alerte, de consultation de titration, d'urgence....
  - Vérification que le suivi classique du patient est bien en place (rendez-vous MT, cardiologues....).

Ainsi, la CECICS ne se substitue pas au cardiologue référent qui assure la bonne prise en charge cardiologique (suivi habituel pour les patients sous TLS, réévaluation en fin de titration, indication de traitements spécifiques comme PM / CRT / DAI, bilan pré-greffe), ni au médecin traitant qui coordonne la prise en charge globale du patient. Elle permet de les soulager de tâche de suivi et surveillance en lien avec eux. Elle s'articule avec les dispositifs de coordination territoriaux organisés par l'ARS, quand ils sont effectifs sur le territoire.

Le tableau ci-dessous, explique en quoi la structure proposée diffère de l'expérimentation ETAPES et comment elle peut-être complémentaire de PRADO :

	ETAPES	CECICS	PRADO
Télésurveillance	Oui	Oui : Sont inclus en plus d'ETAPES les patients non hospitalisés à haut risque d'aggravation (prévention de l'hospitalisation)	Non
Avis expert urgent pour les soignants de ville	Non	Oui	Non
Coordination			
- Ville vers hôpital (entrée)	Non	Oui	Non
- Intra-hospitalière	Non	Oui	Non
- Hôpital vers ville (sortie)	Non	Oui	Oui
Education thérapeutique	Oui	Oui	Oui
Optimisation des traitements médicaux et rythmologiques	Non	Oui	Non

## 2. Composition et fonctionnement de la CECICS :

La CECICS est composée d'une équipe pluri professionnelle : au minimum cardiologue et IDE mais pouvant être élargie à d'autres paramédicaux (diététicien,..), pharmacien et à un minimum de personnel administratif. Elle est sous la responsabilité d'un cardiologue, médecin coordonnateur de la CECICS. Les modalités d'organisation et de travail reposent sur un protocole de coopération qui a reçu **un avis favorable de la HAS le 20 novembre 2019**. Associé à une formation conséquente *ad hoc* (programme institutionnel AP-HP monté par l'équipe d'Henri Mondor, 1<sup>ère</sup> session réalisée en février 2019), ce protocole de coopération permet de garantir une prise en charge commune et partagée avec les médecins de l'IC dans la CECICS.

Rôle des IDE :

Elles sont en interaction permanente avec le cardiologue de la CECIS et en lien autant que nécessaire avec l'équipe de soins de ville du patient pour les missions suivantes :

- coordination du parcours intra hospitalier ;
- liaison avec la prise en charge de ville ;
- information, accompagnement thérapeutique, éducation thérapeutique du patient ;
- gestion de la télésurveillance ;
- consultations de titration ;
- consultations non programmées.

Le détail de leurs actions dans le cadre de la délégation de tâches ainsi que les outils et la formation sont détaillés dans le protocole de coopération.

Rôle du cardiologue :

- coordination de la cellule ;
- rôle spécifique, tel que prévu, dans le cadre du protocole de coopération entre cardiologue et IDE :
  - o être joignable pendant tout le temps de travail de l'IDE délégué
  - o réviser au moins 10% des dossiers
  - o superviser systématiquement les nouveaux patients inclus au protocole
  - o superviser systématiquement les fins / sorties / suspensions de protocole
  - o intervenir dans les consultations où le délégué a besoin d'un avis (téléphonique ou en présentiel) ;
- consultations/téléconsultations de titration des patients très complexes (cardiopathies carentielles, cardiopathies restrictives, cardiopathies infiltratives, cardiopathies post-chimiothérapie, suivis de myocardite du sujet jeune, etc.) et sortant du cadre du protocole de coopération ;
- consultations non programmées complexes (multiples facteurs déclenchants, hors champ du protocole de coopération : infection, arythmies...);
- réponse aux demandes d'avis médical venant des médecins de ville sur la plateforme téléphonique, ou par télé expertise.

Rôle du diététicien (quel que soit son mode d'exercice), si présent :

- adaptation du régime alimentaire en complément des indications de l'IDE ;
- éducation en présentiel ou en télé-entretien.

Le projet mobilise aussi en tant que de besoin pour la prise en charge du patient, les médecins hospitaliers (cardio-rythmologues, gériatres, urgentistes, réanimateurs...), les professionnels de santé de ville (MT, cardiologue, pharmacien, IDE, diététicien....), les assistantes sociales, ainsi que tout autre compétence nécessaire au parcours de soins en coopération avec les structures existantes et les médecins du patient (cardiologue référent et médecin traitant).

### **3. Les modules de prise en charge des patients**

Les modules répondent aux principales difficultés de prise en charge identifiées et sont complémentaires d'un suivi classique. Ils sont proposés au patient selon ses besoins. La plupart sont mis en œuvre par la CECICS en lien avec l'équipe de soins du patient:

**Module 1 : Télésurveillance avec accompagnement thérapeutique** proposée par la CECICS (toutes solutions techniques/fournisseurs agréés par la DGOS possibles).

**Module 2 : Optimisation du traitement de fond des patients** le nécessitant soit par le cardiologue de ville, soit en relais par la CECICS avec des consultations rapprochées de titration des médicaments (présentielle/ou à terme téléconsultation) incluant un temps d'éducation thérapeutique à chaque consultation.

**Module 3 : Réalisation, en cas de besoin (suite à un appel via la plateforme téléphonique ou une alerte de TLS), de consultations non programmées** pour éviter le passage SAU et si nécessaire (soignants de ville non disponibles) par les IDE de la CECICS.

**Module 4 : Identification de la fragilité gériatrique par la CECICS, puis orientation et prise en charge cardio-gériatrique spécialisée** en ambulatoire (consultations, HDJ...) pour le traitement et prévention de la fragilité pour maintien à domicile des personnes âgées, en cas de besoin.

**Module 5 : Hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique si possible** pour les patients nécessitant des traitements diurétiques intraveineux à forte dose (Ex : protocole CHU Mondor-HAD-APHP en place à Mondor depuis 4 ans dont la validation est en cours).

**Module 6 : Télésuivi des prothèses rythmiques implantées liées à l'insuffisance cardiaque** (DAI et CRT) si nécessaire avec prise en charge des alertes selon le cahier des charges ETAPES par un rythmologue, en liaison avec cardiologue et médecin traitant

Les modules adaptés aux besoins d'un patient sont identifiés notamment à partir des éléments suivants :

- Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) réduite ( $\leq 40\%$ )
- Traitement médicamenteux non optimisé
- En cours d'aggravation récente avec haut risque de décompensation
- Age et comorbidités (score de fragilité, échelle SEIGA)
- Troubles du rythme e/o choc électrique
- Souhait du cardiologue référent et du médecin traitant
- Conditions de vie du patient.

#### **4. Construction du dispositif territorial et coopération avec la ville**

Sur l'approche territoriale de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et notamment l'articulation avec le premier recours et les dispositifs d'appui existants, il est acté un pilotage conjoint AP-HP et ARS en cohérence avec le projet régional porté par l'ARSIF qui vise à organiser le parcours des patients insuffisants cardiaques en 2 volets complémentaires selon la gravité.

Dans tous les cas, les CECICS, intervenant dans la prise en charge des patients sévères, développent une « offre de services socle », en mettant à disposition des médecins du territoire :

- un numéro d'appel pour avis médical *via* l'Appli Direct AP-HP (cf *infra*),
- un accès pour des demandes d'avis en téléexpertise *via* notamment les outils régionaux comme ORTIF,
- une organisation, sur simple demande, de formations et staffs croisés.

La structuration de projets avancés de coopération se met en place, dans le cadre de la stratégie régionale, à partir des « animations territoriales pour l'amélioration du parcours des insuffisants cardiaques », organisées par l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement de santé dans le cadre du volet pertinence du CAQES. Cela permet d'ajuster le modèle à la situation de chaque territoire et de développer des actions en fonction de sa maturité, dans le but de construire les organisations territoriales selon le modèle proposé. A ce jour 14 « animations territoriales » ont eu lieu en Ile de France, dont 3 sur les territoires des hôpitaux de l'AP-HP. L'état d'avancement des projets est présenté ci-après (cf tableau par DMU page 19).

Cette démarche s'inscrit également dans le plan stratégique de l'AP-HP qui comporte un objectif affirmé de meilleure coopération avec la médecine de ville pour améliorer le parcours des patients. Dans ce cadre, l'AP-HP met en œuvre depuis 2015 un plan d'actions structuré avec notamment :

- Le programme «Médecins Partenaires» qui propose à tout médecin d’Ile de France d’entrer dans un réseau et de bénéficier d’informations régulières *via* une newsletter. L’AP-HP travaillant à 3 engagements :
  - o La mise à disposition de numéros de téléphone permettant aux médecins de ville de joindre directement un médecin senior de l’AP-HP pour avis médical. Près de 250 lignes, dont une cinquantaine 24h24, sont désormais disponibles dans l’ «Appli Direct AP-HP »,
  - o Possibilité offerte aux médecins traitants de prendre RV en ligne pour le compte de leurs patients,
  - o Envoi des documents dès la sortie, par mail sécurisé si le médecin de ville en dispose.
- Le développement de coopérations partenariales avec des structures de ville : les hôpitaux de l’AP-HP et une cinquantaine de structures de ville ont développé soixante coopérations. Les structures partenaires sont majoritairement des centres de santé mais aussi des maisons de santé et déjà 2 CPTS. Ce dernier type de partenaires ne fera que se développer au fur et à mesure de leur structuration.

Ce plan d’action est porté dans le cadre d’un COPIL ville-Hôpital avec la mise en place de référents ville-hôpital dans tous les groupes hospitaliers depuis 2016.

Des éléments de précision des démarches propres aux GHU et aux DMU de cardiologie sont résumés dans le tableau (page 19) et détaillés dans les fiches d’engagement en annexe.

## Objectifs du dispositif et population cible

### 1. Quels sont les objectifs du projet d'expérimentation ?

Les données de la littérature montrent que l'on peut attendre :

- Une diminution (Agrinier et al., *Int J Cardiol.* 2013, François Alla, et al. *European Journal of Heart Failure*, 2018, Laborde-Castérot et al. "Medicine 2018.) du nombre de jours d'hospitalisations sur l'année et une diminution du nombre d'hospitalisations sur l'année (-8% selon l'étude d'Agrinier et al pour un réseau de soin avec moins d'intervention- figure ci-dessous)

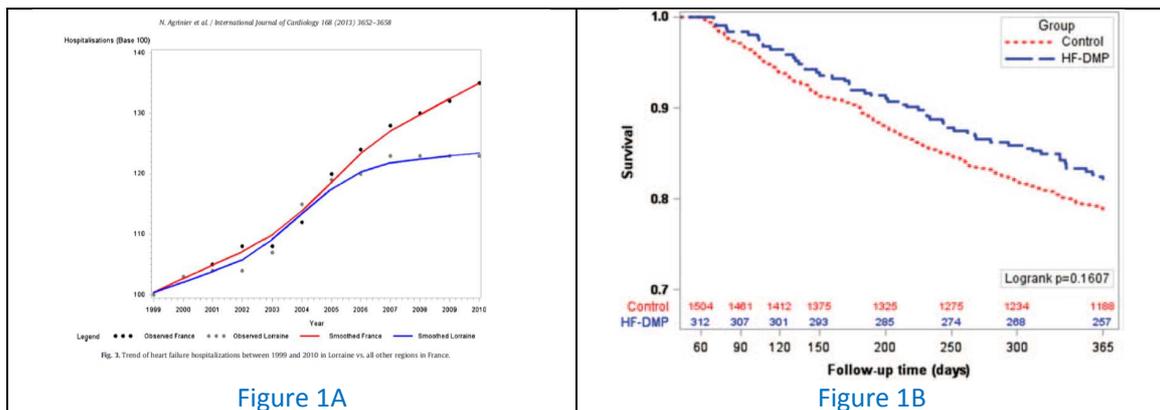


Figure 1A : Résultat du réseau ICALOR (Agrinier et al); Figure 1B: Kaplan-Meier survival curves according to the group (heart failure disease management programme [HF-DMP] and control). The numbers of patients still at risk of death are indicated. From Laborde-Castérot et al. *Medicine* (2016) 95:37

- Une diminution de la mortalité (environ -3 à 5% d'après les études)
- Pour les patients porteurs de prothèse, une diminution des chocs appropriés et inappropriés, une diminution des consultations pour le contrôle des prothèses, une diminution des hospitalisations pour arythmies atriales et AVC (Guedon Moreau et al. *Eur Heart J* 2013; Guedon Moreau et al, *Europace* 2014 ; Mabo et al *Eur Heart Journal* 2012)

Ces études ont aussi montré la nécessité de prendre en compte la vulnérabilité et la sévérité des patients et notamment leur fragilité.

Ainsi, les **objectifs du projet** sont :

- Augmenter la proportion de patients ayant les traitements recommandés et ce à dose maximale efficace : hypothèse d'une cible de 80% des patients pris en charge dans le dispositif ;
- Augmenter la proportion de patients bénéficiant d'une réadaptation à l'effort : hypothèse d'une cible de 15 à 20% de prescriptions d'activité physique ou de réadaptation, la réalisation dépendant des places disponibles);
- Diminuer le nombre annuel de jours cumulés d'hospitalisation conventionnelle pour IC (séjours de plus d'1 nuit) : hypothèse d'une cible ambitieuse de -20% ;
- Diminuer la mortalité : hypothèse d'une environ -3 à 5% d'après les études ;
- Pour les patients porteurs de prothèses, diminuer les chocs appropriés et inappropriés, diminuer les consultations pour le contrôle des prothèses, diminuer les hospitalisations pour arythmies atriales et AVC.
- Améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients.

Il faut prendre en compte la sévérité, les comorbidités, le syndrome de fragilité et les conditions de vie pour interpréter les indicateurs.

## 2. Quelle est la population ciblée par le projet d'expérimentation ?

La population ciblée par le projet est celle des patients insuffisants cardiaques graves/ sévères qui représentent environ 10% des insuffisants cardiaques.

Les patients inclus sont tout d'abord des patients hospitalisés présentant l'une des situations suivantes

- Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'IC (séjours avec un diagnostic principal – DP- I500, I501, I502 ou I509 ; I110 cardiopathie hypertensive avec IC, I130 et I132 cardionéphropathie hypertensive avec IC et R 570 choc cardiogénique)  
OU
- Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'IC aiguë ou décompensée et actuellement en NYHA<sup>1</sup> >= II avec BNP >100 pg/ml ou NT Pro BNP >300 pg/ml

Parmi ces patients ayant un antécédent d'hospitalisation, nous avons identifié une catégorie de « patients très sévères » définis par des critères (choc cardiogénique, cardiopathie infiltrative...) recueillis lors de l'hospitalisation index ([Annexe A](#)). Cette catégorie de patients est caractérisée par une gravité alliée à des coûts et des risques plus importants. La population-cible «très sévère» peut être estimée à 23% des hospitalisations index. *NB: le nombre de patients ayant une cardiopathie infiltrative est probablement sous-estimé actuellement.*

Les patients inclus seront enfin aussi ceux qui présentent une aggravation récente (dans le mois) d'une insuffisance cardiaque sans hospitalisation pour IC aiguë, le but étant de la prévenir, incluant :

- o NYHA classe ≥ III avec BNP>300 ou NTpro BNP>1000
- o Et/ou majoration du traitement diurétique avec au moins doublement de la dose (intensification du traitement pour déstabilisation).

Ces patients seront identifiés selon 2 voies : soit à partir des consultations hospitalières, soit par les médecins de ville. Ils ne seront inclus que les 2 dernières années de l'expérimentation afin de laisser le temps nécessaire à la structuration territoriale et à la construction des liens avec la ville.

### Les patients inclus dans le projet sont donc répartis en 3 groupes :

- Les patients « **très sévères** » avec antécédents d'hospitalisations avec critères de gravité particulière
- Les patients « **sévères** » : les autres patients hospitalisés pour décompensation d'insuffisance cardiaque
- Les patients « **instables** » jamais hospitalisés mais à risque fort d'aggravation

<sup>1</sup> Classification fonctionnelle NYHA pour les IC : classe I pas de limitation, classe II limitation légère de l'activité, classe III limitation marquée de l'activité, classe IV symptômes présents même au repos.

## Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation

Les impacts attendus dans les deux ans de mise en place du projet puis rapidement au niveau national sont :

### **1. Pour les patients**

- Pouvoir devenir acteur de sa maladie grâce à l'amélioration de la diffusion de l'éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique en complément des actions de ville ;
- Renforcement de la prise en charge à domicile et diminution du recours à l'hospitalisation non programmée :
  - o Diminution des passages au SAU et meilleure visibilité des acteurs et du parcours.
  - o Diminution du nombre de jours d'hospitalisations en HC sur l'année
  - o Développement de l'hospitalisation à domicile ;
- Amélioration de la survie et de la qualité de vie ;
- Prévention de la fragilité, des effets secondaires des médicaments et limitation des institutionnalisations ;
- Prise en charge coordonnée, organisée, avec visibilité de la filière de soin et accès facilité à l'expertise.

### **2. Pour les professionnels de santé en ville et à l'hôpital**

- Mise en place d'une organisation interprofessionnelle repensée à l'aide de protocoles de coopération ;
- Une anticipation des difficultés/complications avec gestion des alertes ;
- Amélioration de la coordination ville-domicile-hôpital et moins de consultations urgentes désorganisées ;
- Optimisation de la gestion des transferts vers l'hôpital et de la gestion des lits et des entrées et des sorties ;
- Participation à des projets innovants ;
- Satisfaction d'un travail coordonné avec diminution des facteurs de stress liés à la prise en charge de malades complexes à forte mortalité ;
- Diminution de l'isolement et possibilité de recours immédiat à une filière de soin coordonnée.

### **3. Pour l'assurance maladie :**

- Permettre une expérimentation de la mise en place d'un parcours de soins, avec une coordination médico infirmière, réaliste et de grande ampleur dans différents types de territoires. Le tout dans le cadre d'une évaluation de l'impact ;
- Intégration du programme PRADO dans un dispositif plus complet ou positionnement en relais le cas échéant ;
- Validation du modèle pour le financement du parcours de soin des patients IC ;
- Meilleure utilisation des médicaments, meilleure observance et moins d'effets secondaires ;
- Meilleure qualité des soins à coûts constants (voir diminution) ;
- Amélioration des critères de morbi-mortalité ;
- Validation d'un modèle pour lutter contre l'hétérogénéité de la prise en charge.

## Durée de l'expérimentation envisagée

### 1. Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

Il faut prévoir une expérimentation sur **4 ans** pour arriver à l'inclusion des patients cibles.

### 2. Quel est le planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation ?

Le protocole de coopération entre professionnels de santé qui structure l'organisation des CECICS envoyé à la HAS le 12 octobre 2018 pour avis conforme, a reçu un **avis positif du collège de la HAS le 20 novembre 2019**.

Les étapes pour mettre en œuvre une CECICS sont :

- Mise en place du personnel de la CECICS
  - o Recrutement de personnels
  - o Formation du personnel
    - au protocole de coopération : des IDE sont formées dans chaque GHU (de premières IDE ont bénéficié d'une session en février 2019)
    - sur l'insuffisance cardiaque
- Mise en place du protocole de coopération (une fois l'arrêté ARS pris)
  - o Adhésion des équipes au protocole de coopération
- Mise en place de la télésurveillance (y compris accompagnement thérapeutique)
  - o Choix du prestataire
  - o Installation du matériel
  - o Mise en œuvre des organisations,
- Organisation du module de rythmologie le cas échéant
- Organisation du parcours gériatrique
- Déclinaison de la stratégie de coopération ville-hôpital-ville.

Pour le site pilote Henri Mondor, la mise en œuvre a été anticipée et le développement se mettra en place avec l'avis positif de la HAS sur le protocole. Dans les autres sites, le nombre d'étapes à remplir est variable selon ce qui a déjà mis en œuvre et planifié (cf fiches d'engagement avec réponse aux critères d'éligibilité de chaque site et tableau de synthèse ci-après).

Nous pouvons prévoir une mise en œuvre dans un délai maximum de 6 mois après l'autorisation du ministère. Puis, une phase de montée en charge progressive des inclusions site par site, en sachant que le nombre de malades pris en charge par un IDE dans la CECICS dépend de la lourdeur des patients (cf modèle économique).

Nous avons réalisé des estimations du nombre de patients qui seront inclus sur 4 ans progressivement à partir du nombre de patients hospitalisés pour décompensation d'insuffisance cardiaque (6087 dans les GHU de l'AP-HP). La cible est difficile à fixer de manière certaine car il faut tenir compte des décès, des patients qui refuseront, de ceux qui seront transférés en SSR, des patients poly pathologiques dont l'IC ne sera pas au 1<sup>er</sup> plan, des patients inclus avant hospitalisation...

Néanmoins, pour assurer une maîtrise du budget prévisionnel, nous proposons de limiter le nombre de patients suivis par les CECICS, avec une **cible autour 2000 patients suivis la 4<sup>ème</sup> année d'expérimentation**, soit en cumulé un total de 4880 suivis annuels.

Nous prévoyons une montée en charge progressive sur 4 ans.

CECICS APHP	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Nb de suivis annuels cumulés
<b>Montée en charge (en %)</b>	<b>30%</b>	<b>45%</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>	
<b>Montée en charge du nb patients suivis</b>	<b>580</b>	<b>900</b>	<b>1400</b>	<b>2000</b>	<b>4 880</b>
<i>HMN</i>	<i>200</i>	<i>280</i>	<i>350</i>	<i>400</i>	<i>1230</i>
<i>APHP.5</i>	<i>100</i>	<i>150</i>	<i>300</i>	<i>450</i>	<i>1000</i>
<i>APHP.6</i>	<i>80</i>	<i>120</i>	<i>200</i>	<i>300</i>	<i>700</i>
<i>APHP.7</i>	<i>100</i>	<i>170</i>	<i>250</i>	<i>400</i>	<i>920</i>
<i>Saclay</i>	<i>100</i>	<i>180</i>	<i>300</i>	<i>450</i>	<i>1030</i>

## Champ d'application territorial proposé

### 1. Éléments de diagnostic

- Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.
- Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?
- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?
- Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Comme nous l'avons montré en introduction, l'insuffisance cardiaque est une maladie grave, fréquente, en augmentation constante du fait du vieillissement de la population. Elle touche 2,3% de la population adulte (Tuppin P, Arch Cardiovasc Dis. 2016 ; DREES 2017). En Ile-de-France, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque sont en continuelle augmentation.

De la même façon, nous avons indiqué les principales difficultés de prise en charge : absence d'organisation du parcours de soin, situation complexe des malades, manque de temps médical pour le développement de la télémédecine ou l'optimisation du traitement, filière spécialisée non visible ou accessible pour la ville.

Les difficultés de temps médical sont retrouvées en Ile de France et le PRS 2 (p 101) pose précisément les constats suivants :

- La région Île-de-France est la première région de France métropolitaine touchée par les difficultés d'accès à un médecin généraliste : 37% de la population francilienne est en effet située dans une « zone d'intervention prioritaire », soit plus de 4,5 millions d'habitants,
- Une très forte hétérogénéité dans la répartition des professionnels de santé,
- Un dispositif de formation très riche mais qu'il convient de coordonner et de renforcer,
- Des conditions de travail de plus en plus difficiles, aussi bien en établissement de santé qu'en exercice libéral, avec notamment en petite couronne des surcoûts liés à la cherté de la région.

C'est pourquoi nous proposons, via les CECICS, un modèle plus intégré de prise en charge de l'IC, centré sur les malades sévères, qui assure et/ou coordonne, selon les cas, les aspects de la prise en charge non effectifs à ce jour afin d'améliorer le pronostic des malades.

Ce dispositif pour les insuffisants cardiaques sévères doit être pensé en articulation avec l'organisation à mettre en place dans les territoires pour les malades les moins sévères (et les plus nombreux). Selon les situations locales ce dispositif se coordonnera donc avec les structures existantes ou en développement (CPTS, PTA, ...).

Ce projet est cohérent avec le plan « Ma santé 2022 » et s'intègre dans le PRS 2 de l'ARS Ile de France dans la mesure où il répond à plusieurs objectifs de l'axe 1 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2-schema-regional-sante.pdf>

- ⇒ Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs
- ⇒ Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques
- ⇒ Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
- ⇒ Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours

Ce projet concerne les territoires desservis par les Départements médicaux universitaires (DMU) assurant la prise en charge de l'IC sévère de 5 Groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP. Cette candidature par DMU est cohérente avec la réorganisation de l'AP-HP et l'implication de la collégiale de cardiologie. Les DMU candidats sont listés dans le tableau ci-dessous.

GHU	DMU candidat	Coordinateur CECICS AP-HP
<b>APHP. Mondor</b>	Le DMU médecine est structuré en 3 axes : cardiovasculaire (service de cardiologie et UF de cardiologie interventionnelle), neurologie/ rééducation (MPR) et médecine aiguë (SAU, DAU, SAMU, réanimation médicale, médecine interne, rhumatologie, gériatrie, néphrologie, immunologie, soins palliatifs...). Ses principaux objectifs sont d'optimiser les parcours patient et les réseaux ville-Hôpital, de proposer une expertise médicale dans la prise en charge pluri thématique et d'intégrer des soins de support. Le service de cardiologie a conçu et le projet d'organisation du parcours de l'IC sévère à l'aide des CECICS.	Pr Thibaud Damy
<b>APHP. Sorbonne Université</b>	DMU ARCHIMEDE : Alliance Réanimation Cardiologie Chirurgie cardiothoracique et vasculaire, Médecine Interne, Endocrinologie, Diabète et nutrition. Le DMU a une implication forte et ancienne dans le suivi de l'insuffisance cardiaque aussi bien sur l'implantation territoriale, l'ETP que la prise en charge de l'IC grave et terminale.	Pr Richard Isnard
<b>APHP. Centre - Université de Paris</b>	DMU CARTE (cardiovasculaire, rénal, transplantations et neurovasculaire) qui inclut les services de cardiologie de Cochin et HEGP et celui de réadaptation cardio-vasculaire de Corentin Celton. Avec comme projets : unité bi-site sur insuffisance cardiaque, développement du diagnostic de l'IC/ cardiomyopathies, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe).	Pr Albert Hagège
<b>APHP. Nord - Université de Paris</b>	Le DMU regroupe les services de cardiologie et diabétologie de Bichat et Lariboisière, la chirurgie cardiaque de Bichat et la réanimation médicale de Lariboisière. L'insuffisance cardiaque est un thème privilégié : expertise et notoriété de longue date des 2 sites ; mise en place d'une équipe mobile, de consultation post-hospitalisation ; greffe cardiaque et activité importante d'assistance circulatoire ; structure ambulatoire de réadaptation cardiaque et ETP (CERCA).	Pr Damien Logeart
<b>APHP. Université Paris Saclay</b>	Le DMU CORREVE comprend les services de médecine intensive réanimation, de cardiologie, de néphrologie, de chirurgie vasculaire, d'explorations fonctionnelles et de génétique. Sur le plan cardiologique, il s'articule entre les services de cardiologie de Bicêtre et d'Ambroise Paré (bi site, regroupant les activités cardiologiques de Raymond Poincaré). L'insuffisance cardiaque est un thème prioritaire du DMU. Cela est renforcé de part un focus particulier sur les Co pathologies comme l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique.	Pr Patrick Jourdain

Ces candidatures répondent aux critères d'éligibilité identifiés c'est-à-dire qu'ils disposent à la fois du potentiel humain, de la structuration et de la volonté pour débiter rapidement :

- **Avoir 1 cardiologue clinicien expérimenté en insuffisance cardiaque chargé du projet**
- **Avoir au moins 1 IDE identifié**, dédié au projet et formé au protocole de coopération insuffisance cardiaque clinique organisée par l'AP-HP.
- **Être prêt à débiter la télésurveillance de l'IC /rythmologie** pour ceux qui n'ont pas déjà commencé.
- **Avoir un parcours gériatrique structuré** au sein des services avec une collaboration avec les gériatres et les unités gériatriques aiguës (UGA).
- **Avoir une stratégie de travail partagée** pour informer et travailler avec les acteurs de ville dans le projet. Et notamment proposer un numéro pour avis médical pour les médecins de ville.
- **S'engager dans une stratégie de reporting** dans le cadre du projet

Ces candidatures ont pris en compte les critères de priorisation identifiés par l'ARS Ile de France et qui visent essentiellement à apprécier la maturité des organisations et des liens de l'ensemble des acteurs concernés au niveau territorial :

- Forte implication dans la prise en charge de l'ICC décompensée, avec des files actives de séjours MCO importantes
- Présence sur le territoire d'une structure de coordination territoriale opérationnelle (PTA, Dispositif d'Appui à la Coordination, CPTS..) permettant d'appuyer la structuration et le développement du lien ville-hôpital,

- Mobilisation effective des différentes structures et dispositifs d'aval au MCO (transfert en SSR cardio, implication dans PRADO, intérêt pour la télésurveillance des patients ICC,...),
- Organisation effective de l'établissement pour hospitaliser les patients en cardiologie ou gériatrie directement, sans passer par les urgences.

Le résumé de l'avancement de chaque DMU au regard des critères d'éligibilité et de priorisation de l'ARS est présenté dans le tableau ci-après, le détail est disponible dans les fiches de chaque DMU en Annexe ([ANNEXES B, C, D, E et F](#)).

	<b>APHP.Saclay</b>	<b>APHP. Centre</b>	<b>APHP.Mondor</b>	<b>APHP.Nord</b>	<b>APHP. Sorbonne</b>
<b>Coordonnateur</b>	Pr P Jourdain	Pr A Hagège	Pr T Damy	Pr D Logeart	Pr R. Isnard
<b>Formation des IDE pour la CECIS</b>					
<b>Nb IDE formés au protocole de coop</b>	3 en 2019	3 en 2019	5 dont 2 ont écrit le protocole de coopération et forment	1 en 2019	3 en 2019
<b>Critère de priorisation ARS 1 : organisation de la ville et coopérations</b>					
<b>Structure sur le territoire</b>	PTA onco 94 Osmose	CPTS 14 - Projet M2A	Futur DAC 94 est (réseau Partage). Club des CPTS. Réseau FINC	M2A 9-10-19 Projet de CPTS 10e, 18e	CPTS 13 Réseau des cardios libéraux .
<b>Avancement des projets de coordination avec la ville</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GHU : Terr eSanté, coopération avec centres de santé ...</li> <li>• Coopération avec médecins de ville (via PTA, réseau de cardios de ville, amicale de MG) avis rapide, consultations</li> <li>• Elaboration d'outils communs avec PTA et CPTS, Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GHU : eparcours Particip 13-14</li> <li>• Partenariat avec cardiologues et MG correspondants pour les patients IC : circuit court admission, consultation urgentes, formations</li> <li>• ETP incluant IC accessible sur site web</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion territoriale du parcours ICC (CAQES) en octobre 2018</li> <li>• Réseau de cardios de ville : avis et conseils thérapeutiques faible taux de passage au SAU</li> <li>• Création 2017 CECICS pour pec à domicile avec ligne tél</li> <li>• Formations MG et Cardiologue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GHU : COPIL ville-hôpital, Portail ville-hôpital, postes partagés (9 dont 1 cardiologue)</li> <li>• Réunion du parcours IC fixée le 27/11/19 (CAQES)</li> <li>• Formations médecins de ville</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GHU : coopération CPTS 13, Particip 13-14, postes partagés</li> <li>• Réunion territoriale du parcours IC (CAQES) réalisée en 10/19</li> <li>• Réseau cardios de ville : ligne tél pour pec urgente directe, gestion alertes de TLS.</li> <li>• Réseau RESICARD avec ETP</li> </ul>
<b>Critère de priorisation ARS 2 : mobilisation effective des différentes structures et dispositifs d'aval</b>					
<b>Organisation de la filière avec le SSR</b>	OUI	OUI : SSR cardiovasculaire de Corentin Celton dans DMU	OUI	OUI : centre de réadaptation cardiaque IC dans DMU	OUI
<b>PRADO IC nb adhésions 2018</b>	34	13	115	49	16
<b>Télesurveillance IC</b>	OUI	OUI	OUI	En cours de mise en place.	OUI
<b>Télesurveillance rythmologie</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Organisation parcours gériatrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUI avec la gériatrie du GHU</li> <li>• RCP, cours anticoagulants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUI avec la gériatrie du GHU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUI avec la gériatrie du GHU</li> <li>• UFcardiogériatrie, Télémed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUI avec la gériatrie du GHU</li> <li>• Implication dans PAERPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUI avec la gériatrie du GHU</li> <li>• Implication ds IPEP 13-14</li> </ul>
<b>Critère de priorisation ARS 3 : organisation effective de l'établissement pour hospitaliser directement en cardiologie/gériatrie</b>					
<b>Ligne dédiées pour médecins de ville</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Diffusion des lignes</b>	Mise en service mi-juillet 2019 d'une application « Direct AP-HP » permettant aux médecins de ville d'Ile de France de joindre plus de 200 lignes téléphoniques (dont près de 50 dites d'urgences joignables 24h/24) de médecins seniors de l'AP-HP pour avis médical direct				
<b>Critère de priorisation ARS 4 : file active importante en I Cardiaque</b>					
<b>File active</b>	1141	1139	969	1072	1307
<b>Expertise particulière liée à l'insuffisance cardiaque</b>	Centre de référence cardio myopathies et trouble du rythme Plan stratégique (2018) centré sur l'insuffisance cardiaque en lien avec le territoire .	Objectifs DMU : unité bi-site sur IC, développement du diagnostic, prise en charge de l'IC grave (assistance circulatoire et greffe)	Centre de référence amylose A l'origine du projet avec création CECICS ; Projet d'optimisation du parcours IC, ETP, Expertise télémedecine	Expertise (RCP, travaux scientifiques). Projets IC : ETP, réadaptation cardiaque ambu, greffe, assistance circulat, équipe mobile, consultation post-hospit	Centre de référence Maladies Cardiaques Héritaires, Implication ancienne en IC : réseau ville-hôpital resicard, ETP, greffe, rythmologie, TLS

## 2. Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional	X	
Interrégional		
National	X	

Le champ d'application peut être national. Nous proposons, dans le cadre de cet article 51, une première série d'implantations en Ile de France centrées sur certains sites clés en termes de pré requis et de population.

## Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

Le porteur de ce projet est l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Ce projet est soutenu et réalisé avec la Collégiale de Cardiologie de l'APHP (Président Pr Damien Logeart). Ce projet mobilise également un ensemble large de professionnels hospitaliers et de ville autour du patient dans l'objectif de favoriser sa prise en charge à son domicile.

L'AP-HP étant un hôpital universitaire, elle est à même d'assurer la formation des futurs acteurs des CECICS. Ce point est important à souligner car la rapidité et l'efficacité de la mise en action de ce projet dépend de la capacité à former les acteurs notamment au protocole de coopération sur un temps court.

Au-delà des sites engagés dans le présent cahier des charges, l'expérimentation pourra être élargie à d'autres structures disposant d'un service de cardiologie (AP-HP ou hors AP-HP) dans une 2<sup>ème</sup> phase pour peu qu'elles répondent aux mêmes critères d'éligibilité.

- Compléter le tableau ci-dessous pour :
  - o Présenter le porteur du projet d'expérimentation.
  - o Préciser l'implication d'autres acteurs
  - o Préciser les modalités d'organisation et de pilotage (gouvernance) du projet d'expérimentation.

	Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	AP-HP 3 avenue Victoria 75004 Paris	Jérôme Marchand-Arvier, DGA AP-HP <a href="mailto:jerome.marchand-arvier@aphp.fr">jerome.marchand-arvier@aphp.fr</a> Prs Damien Logeart - Thibaud Damy- Patrick Jourdain, Collégiale de cardiologie. <a href="mailto:damien.logeart@aphp.fr">damien.logeart@aphp.fr</a> <a href="mailto:thibaud.damy@aphp.fr">thibaud.damy@aphp.fr</a> <a href="mailto:patrick.jourdain@aphp.fr">patrick.jourdain@aphp.fr</a>  Correspondant : Dr Sophie de Chambine 01.40.27.36.86 - <a href="mailto:sophie.dechambine@aphp.fr">sophie.dechambine@aphp.fr</a>

Un COPIL interne AP-HP sera mis en place associant notamment des représentants des sites engagés, de la collégiale et du siège afin d'assurer l'organisation globale du projet et son suivi.

## Catégories d'expérimentations

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

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)</b>	<b>Cocher</b>
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<b>X</b>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	<b>X</b>
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 au projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

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

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

<sup>2</sup> Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

## Déroptions envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

***Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.***

<b>I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites du financement actuel	<p><i>Non financement des activités réalisées pour des patients externes par un infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération</i></p> <p><i>Financement partiel et pour une patientèle spécifique d'activités à distance (télésurveillance, télé conseil...).</i></p> <p><i>Le financement actuel n'incite pas à réaliser les actions préventives visant à diminuer les ré-hospitalisations</i></p>
<p><u>Déroptions de financement</u> envisagées (<a href="#">article L162-31-1-II-1°</a> et 3°) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarifcation,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> <li>• <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i></li> <li>• <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i></li> <li>• <i>Participation de l'assuré</i></li> <li>• <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i></li> </ul>	<p><i>Déroptions à la tarification à l'acte,</i></p> <p><i>Déroptions pour les critères d'admission, de contenu et le mode de financement de l'équipe de soins par rapport au cahier des charges Etapes de télésurveillance de l'IC</i></p> <p><i>Intégration des actions des diététiciens dans le forfait</i></p>

<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Décrire</i>
<p><u>Déroptions organisationnelles</u> envisagées (<a href="#">article L162-31-1-II-2°</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i></li> <li>• <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i></li> <li>• <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i></li> <li>• <i>Dispensation à domicile des dialysats</i></li> </ul>	<i>Décrire</i>

# Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

## 1. Volumétrie de patients

Pour les 10 sites de l'AP-HP, les données issues de l'année 2017 montrent 6087 hospitalisations liées à une poussée d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie). Les taux de ré-hospitalisation pour motif d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie) sont particulièrement élevés, avec une moyenne de 63%. Nous proposons de limiter à 2000 patients à la 4<sup>ème</sup> année d'expérimentation avec une répartition entre les 3 catégories de patients définies (cf [Population cible](#)).

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Nb suivis annuels cumulés sur 4 ans
<b>Nombre de patients suivis</b>	<b>580</b>	<b>900</b>	<b>1 400</b>	<b>2 000</b>	<b>4 880</b>
<i>dont déjà hospitalisés "très sévères"</i>	<i>580</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>2 380</i>
<i>dont déjà hospitalisés "sévères"</i>		<i>300</i>	<i>750</i>	<i>1 300</i>	<i>2 350</i>
<i>dont "instables" (non hospitalisés mais à fort risque)</i>			<i>50</i>	<i>100</i>	<i>150</i>

Une première estimation peut être formulée dans l'hypothèse d'une montée en charge, initialement centrée sur les patients « très sévères », qui représenteront à terme 25% des patients suivis (part équivalente dans les hospitalisations 2017). Pour les patients « instables » et donc non hospitalisés à fort risque, il est proposé qu'ils représentent 5% des patients pris en charge en fin d'expérimentation quand les liens avec la ville seront mieux structurés.

## 2. Périmètre de financement

Les éléments indiqués en gras ne sont pas financés et pour la télésurveillance sont dérogatoires à Etapes.

Activités CECICS			Financement existant à ce jour	Financement dans le cadre du projet article 51
Plateforme téléphonique pour PS et patient			<b>0</b>	Forfait art 51
Coordination du parcours intra hospitalier			Dans le séjour mais mal mis en œuvre	Forfait art 51
Evaluation de la situation du patient pour orientation dans les différents modules			<b>0</b>	Forfait art 51
Mise en œuvre de certains modules	Module 1	PEC en télésurveillance	Etapes pour patients éligibles - <b>0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation</b>	Forfait art 51 + Etapes pour solution technique
		Traitement des alertes	Etapes pour patients éligibles - <b>0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation</b>	Forfait art 51 + Etapes pour solution technique (alertes niveau 1)
		Accompagnement thérapeutique	Etapes pour patients éligibles - <b>0 pour les patients non hospitalisés mais à haut risque d'aggravation</b>	Forfait art 51
	Module 2	Consultation titration	<b>0 pour IDE / cs pour médecins (mais pas de disponibilité)</b>	Forfait art 51 pour IDE
	Module 3	Consultations non programmées	<b>0 pour IDE / cs pour médecins (mais pas de disponibilité)</b>	Forfait art 51 pour IDE
Coordination avec les médecins du patient			<b>0 pour les patients externes</b>	Forfait art 51
Modules complémentaires hors CECICS	Module 4	Cardiogériatrie	T2A hors forfait	T2A hors forfait
	Module 5	HAD	T2A hors forfait	T2A hors forfait
	Module 6	TLS rythme Etapes	Etapes Rythmo	Etapes Rythmo

### 3. Modèle économique

Il repose sur :

- la définition d'un **forfait par patient** pour les 3 catégories de patients (très sévères, sévères, instables) et calculé à partir de l'expérience de l'équipe de cardiologie d'Henri Mondor. Ce forfait **vient en complément du forfait Etapes** de télésurveillance médicale et éducation du patient dans le suivi de l'IC.
- le **forfait industriel pour la solution technique de télésurveillance** (dans Etapes ou dans le FISS selon les catégories de patients, *cf infra*)

#### FORFAIT PATIENT CECICS

Le montant de ce forfait a été évalué à partir des temps passés par l'équipe de la CECICS préfiguratrice de Mondor pour la prise en charge des différentes catégories de patients.

- Modélisation pour les patients « très sévères »

Ce type de patients nécessitant **19 heures de travail infirmier par patient et par an**, l'organisation de la cellule permettrait le suivi de 80 patients par ETP d'infirmier. Le temps de travail des infirmiers se décomposerait de la façon suivante :

- 1 heure d'inclusion et orientation du patient dans les différents modules de prise en charge;
- 30 minutes de formation à la solution technique ;
- 8 heures de traitement des alertes (ex : 2 alertes par patient et par an, durée de 4h/ alerte) ;
- 4,5 heures d'accompagnement thérapeutique ;
- 2 heures pour les consultations de titration (pour 50% des patients) ;
- 3 heures d'autres missions (consultations non programmées, coordination intra hospitalière, temps de coordination dans l'équipe, permanence téléphonique, terri-santé).

Ces activités CECICS représentent **1000€ par an par patient**, équivalent à ces 19h de travail infirmier. **Le financement demandé pour le forfait article 51 des patients « très sévères » est donc de 660€ annuels** venant en complément du forfait patient Etapes (télésurveillance + ETP) de **340€ annuels**. Le versement est demandé par période de six mois.

- Modélisation pour les patients « sévères »

Pour les patients ne répondant pas aux critères de haute gravité présentés ci-dessus, le temps effectif mobilisé par les infirmiers est plus incertain. Il est proposé de s'appuyer sur l'hypothèse de **10,5h d'infirmier par an et par patient**, soit un infirmier pour 150 patients. Le temps de travail se décomposerait de la façon suivante :

- 1 heure d'inclusion et orientation du patient ;
- 30 minutes de formation à la solution technique ;
- 4 heures de traitement des alertes (2 alertes par patient et par an, durée de 2h par alerte)
- 3 heures d'accompagnement thérapeutique ;
- 2 heures pour les consultations de titration (4h pour 50% des patients).

Ces activités CECICS représentent **600€ par an par patient**, équivalent à ces 10,5h de travail infirmier. **Le financement demandé pour le forfait article 51 des « patients sévères est donc de 260€ annuel** venant en complément du forfait patient Etapes (télésurveillance + ETP) de **340€ annuel**. Le versement est demandé par période de six mois.

- Modélisation pour les patients « instables »

L'instabilité de la situation et la forte mobilisation de moyen pour gérer la situation aiguë et éviter l'hospitalisation les a fait traiter comme des « patients très sévères ».

**Le financement demandé est donc un forfait global patient couvrant l'ensemble du parcours de soins en CECICS**, versé par période de six mois. Ce forfait représente environ **1000€ par an** pour ces patients « instables ». Il couvre les coûts mobilisés pour les patients, et sera complété par le forfait technique des industriels (hors critères Etapes) pris dans ce seul cas sur FISS (*cf infra*).

#### FORFAIT INDUSTRIEL POUR LA SOLUTION TECHNIQUE

Le financement de la solution technique de télésurveillance adopterait un modèle proche d'ETAPES, 600€ par an et patient quelle que soit la gravité du patient, directement versé par l'assurance maladie aux prestataires techniques. Le modèle se démarquerait d'ETAPES sur trois points :

- Obligation de traitement des alertes techniques de 1<sup>er</sup> niveau pour le prestataire ;
- Ouverture aux patients encore non hospitalisés mais à fort risque de dégradation ;
- Pas de « bonus » versé en cas de réduction des dépenses.

En termes d'enveloppe de financement, pour les patients « très sévères » et « sévères », le forfait technique télésurveillance peut entrer dans Etapes au vu des critères d'inclusion ; en revanche **pour les « patients instables » jamais hospitalisés, le forfait pour les industriels devra être pris sur le FISS (et versé directement aux industriels) car hors des critères d'inclusion d'Etapes.**

#### Synthèse des forfaits CECICS patients et industriels

3 forfaits annuels	GLOBAL	ETAPES		FISS	
		Industriel	Forfait patient CECICS	Industriel	Forfait patient CECICS
Forfait annuel pour patients très sévères	1 600 €	600 €	340 €	- €	660 €
Forfait annuel pour patients sévères	1 200 €	600 €	340 €	- €	260 €
Forfait annuel pour patients instables à risque élevé d'hospitalisation	1 600 €	- €	- €	600 €	1 000 €

#### 4. Potentiel de gains pour la collectivité

L'équilibre économique associé à ces forfaits (patients et industriels) est lié à la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

Pour les sites de l'AP-HP, les données issues de l'année 2017 montrent que, pour 6087 hospitalisations liées à une poussée d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie), les taux de ré-hospitalisations pour motif d'insuffisance cardiaque (hors chirurgie) sont particulièrement élevés, avec une moyenne de 63%.

Nous avons analysé les recettes moyennes annuelles des hospitalisations et ré hospitalisation pour les différentes catégories de patients (détail du mode de calcul en [ANNEXE G](#)).

Le modèle est donc équilibré dans les conditions suivantes (par an):

Type de population	Coût équipe de soins	Coût solution technique	Estimation frais annuels d'hospitalisation (à affiner)	Hypothèse de gains	Conditions d'équilibre
Patient déjà hospitalisés « très sévères »	1000€	600€	11 851 €	-20% hospitalisation pour IC	-13% HC IC
Patients déjà hospitalisés « sévères »	600€	600€	7 489€	-20% hospitalisation pour IC	-16% HC IC
Patients non hospitalisés mais à fort risque d'aggravation	1000€	600€	8180€	-20% hospitalisation pour IC	-19,5% HC IC

Pour la cohorte des patients entrés dans l'étude (4880 « suivis annuels »), les gains possibles ont été estimés en tenant compte :

- Des dépenses annuelles d'hospitalisation estimées pour chaque catégorie de patients
- De l'hypothèse d'une diminution de 20% des hospitalisations
- Du montant des forfaits Patient de cet article 51 pour chaque catégorie de patients
- Du montant des forfaits industriels pour la solution technique (Etapes et hors Etapes).

Synthèse	GLOBAL	ETAPES	FISS
Financement total CECICS sur les 4 ans	<b>6 868 000 €</b>	4 446 200 €	<b>2 421 800 €</b>
Frais d'hospitalisations sans CECICS sur les 4 ans	47 031 530 €		
Frais d'hospitalisations avec CECICS sur les 4 ans	37 625 224 €		
Différence de frais d'hospitalisation sur les 4 ans	<b>9 406 306 €</b>		
<b>Gains sur les 4 ans</b>	<b>2 538 306 €</b>		

Le détail des modalités de calcul est présenté en [ANNEXE H](#).

## Modalités de financement de l'expérimentation

- Préciser les besoins de financement pour le plan de montée en charge prévisionnelle du projet d'expérimentation et les éventuels besoins d'aide au démarrage.

L'AP-HP demande un financement correspondant à l'investissement réalisé pour concevoir ce projet et pour permettre son déploiement pluri sites de manière simultanée : écriture du protocole de coopération, des algorithmes décisionnels, conception des modules de formation et organisation de la 1<sup>ère</sup> session (50 000€, pour un temps passé de 0,4 ETP IDE + 0,25 ETP cadre + 0,2 ETP PHC) réalisé en 2019.

- Pour toute la durée du projet d'expérimentation, détailler les besoins nécessaires en termes de :
  - Ingénierie et fonctions support.

Pour l'ensemble des sites, il est nécessaire **d'accompagner le pilotage et la montée en charge du projet**, de suivre la qualité de l'activité dans chaque DMU, d'animer le lien inter CECICS, de favoriser l'harmonisation des pratiques et de participer à la structuration des liens avec la ville, de gérer le secrétariat du COFIL du projet.

**Ces missions seront menées par :**

- **Un chef de projet (80000€/an)** qui aurait un profil de cadre de santé expérimenté
  - Assure la gestion de ce projet multi sites
  - Feuille de route du déploiement du projet
  - Aide au montage des CECICS de chaque GHU avec adaptation aux situations locales
  - Coordination des différentes équipes IDEC, suivi des IDEC, harmonisation des pratiques,
  - Implication forte dans la coordination avec les partenaires de la ville
  - Organisation des COFIL
- **Aidé d'un (55000€/an) puis 2 chargés de mission, le 2<sup>ème</sup> sur les 2 dernières années du projet**
  - Chargé du suivi d'avancement du projet,
  - Déploiement de l'outil de suivi des patients
  - Assure le contrôle qualité longitudinal et transversal des données
  - Réalise le secrétariat de la gestion de projet : planification des réunions, convocation, comptes rendus...
  - Structure le reporting pour les tutelles, pour le financement...
  - Le 2<sup>ème</sup> poste pour les années 3 et 4, permettra particulièrement d'organiser et structurer les liens avec la ville pour la prise en charge de la 3<sup>ème</sup> catégorie de patients en situation d'aggravation rapide et n'ayant pas été encore hospitalisés.

Pour la **formation** (CECICS pilote Mondor) : organisation des formations au protocole de coopération des IDE intervenant dans les CECICS. Une 1 session de 7 jours/an et l'organisation des stages seront assurées, 35 000€/an.

- Besoins en systèmes d'information.

Les professionnels de chaque CECICS utilisent différents outils en interne : le dossier patient ORBIS et des outils de suivi infirmier de la traçabilité des actions engagées. Ce projet nécessite la convergence des outils de suivi afin d'assurer le pilotage global de cette expérimentation multi sites. Devant l'absence d'outils disponibles, un outil de suivi a été développé à Mondor sur une base locale. Il permet d'assurer la traçabilité des actions, de faciliter la continuité des soins dans l'équipe CECICS, de piloter la montée en charge du dispositif et les critères de qualité.

Lorsque qu'un outil régional/institutionnel sera opérationnel, les conditions de migration seront immédiatement analysées.

Dans l'intervalle, le budget de 30 000€ doit permettre de développer un outil de pilotage de même structure que celui fait en local à Mondor mais sur une base partagée permettant à toutes les CECICS de disposer du même outil et facilitant le pilotage de la montée en charge du projet.

**Pour le projet** : pilotage, sécurité et qualité, tableau de bord

- File actives (patients suivis et à programmer), modules engagés,
- volumes et types alertes
- Traçabilité des actions et des contacts.

**Pour chaque CECICS** : traçabilité, continuité des soins et sécurisation de la délégation

- listing des patients suivis et à programmer
- suivi des alertes
- Un support regroupant les contacts de ville du patient (médecins laboratoires)
- suivi de toutes les modifications thérapeutiques et données vitales (ex potassium)

**Pour les patients et les professionnels de ville**

- Réponse rapide
- Sécurité assurée des décisions d'adaptation thérapeutique

- Evaluation (si l'évaluateur est proposé par le porteur du projet).

L'évaluation est confiée par l'Assurance Maladie à un prestataire extérieur (budget non prévu dans ce cahier des charges) qui assurera, le cas échéant, le recueil des données nécessaires.

- Présenter un budget prévisionnel distinguant les dépenses d'investissement, les dépenses de fonctionnement ainsi que les recettes prévisionnelles.

## BUDGET INGENIERIE

Site	Type	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Transversal AP-HP	Chefferie de projet et chargés de mission	135 000 €	135 000 €	190 000 €	190 000 €	650 000 €
	Outil informatique	30 000 €	- €	- €	- €	30 000 €
	Ecriture protocole de coopération, algorithmes et montage formation	50 000 €	- €	- €	- €	50 000 €
CECICS Henri Mondor	Formation annuelle au protocole de coopération	35 000 €	35 000€	35 000 €	35 000 €	140 000 €
<b>TOTAL</b>		<b>250 000 €</b>	<b>170000 €</b>	<b>225 000 €</b>	<b>225 000 €</b>	<b>870 000 €</b>

### BUDGET FORFAITS FISS (patients et industriels)

Dans cette hypothèse, le coût annuel de l'expérimentation ne dépasserait pas **0,9 M€ sur le FISS** et un **coût global inférieur à 2,5 M€ sur la durée de l'expérimentation** :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Nombre de patients suivis	580	900	1 400	2 000
<i>dont patients "très sévères"</i>	<i>580</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>
<i>dont patients "sévères"</i>		<i>300</i>	<i>750</i>	<i>1 300</i>
<i>dont patients « instables »</i>			<i>50</i>	<i>100</i>
Somme forfaits patients CECICS "très sévères"	382 800 €	396 000 €	396 000 €	396 000 €
Somme forfaits patients CECICS "sévères"	- €	78 000 €	195 000€	338 000 €
Somme forfaits patients CECICS "instables"	- €	- €	50 000 €	100 000 €
Somme forfaits industriels pour patients instables			30 000 €	60 000€
<b>Total annuel budget FISS</b>	<b>382 800 €</b>	<b>474 000 €</b>	<b>671 000 €</b>	<b>894 000 €</b>
<b>Total budget FISS sur 4 ans</b>	<b>2 421 800 €</b>			

Des exemples de montée en charge sont présentés en [Annexe I](#). Les estimations présentées de montée en charge sont indicatives, la répartition entre patients « très sévères » et « patients sévères » pouvant varier fortement suivant les sites hospitaliers.

Agence Régionale de Santé

IDF-2019-12-30-018

ARRÊTÉ n° DIRNOV-2019/12

relatif au projet d'expérimentation Equip'Addict –  
Développement harmonisé du dispositif des  
microstructures médicales addictions

**ARRÊTÉ n° DIRNOV-2019/12**  
**relatif au projet d'expérimentation Equip'Addict –**  
**Développement harmonisé du dispositif des microstructures**  
**médicales addictions**

**Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,**

**Vu** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

**Vu** le décret du 25 juillet 2018 portant nomination de Monsieur Aurélien ROUSSEAU, maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, à compter du 3 septembre 2018 ;

**Vu** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

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

**Vu** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 3 octobre 2019 concernant le projet d'expérimentation dénommé « Equip'Addict – développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions »;

**Vu** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 24 décembre 2019 concernant l'annexe spécifique de l'ARS Ile-de-France au cahier des charges du projet d'expérimentation « Equip'Addict – développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions »;

**Vu** le cahier des charges du projet d'expérimentation et son annexe régionale spécifique à la région Ile-de-France annexés au présent arrêté ;

**ARRETE**

**Article 1 :** L'expérimentation innovante en santé du projet « Equip'Addict – développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté pour une durée de 3 ans, telle que précisée dans le cahier des charges en annexe 1 ;

**Article 2 :** L'expérimentation est mise en œuvre sur l'ensemble de la région Ile-de-France.

La liste des microstructures médicales addictions participantes à l'expérimentation est détaillée en annexe 2.

**Article 3 :** La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé ; Assurance Maladie).



**Article 4** : Le Directeur de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la région Ile-de-France.

**Article 5** : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Fait à Paris, le 30 décembre 2019

Le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

**SIGNE**

Aurélien ROUSSEAU

## EQUIP'ADDICT

---

### Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions

---

### REGIONS : BFC / GRAND-EST / HDF / IDF / OCCITANIE

---

#### I. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

##### 1. Contexte et enjeu

###### a. Les addictions : un enjeu de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le ministère des solidarités et de la santé, l'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. En ce sens, la notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeux, par exemple). La notion de drogue renvoie à l'ensemble des substances ou produits psychoactifs dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience. L'addiction se définit comme un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa pertinence en dépit des conséquences négatives. » Les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs qui interagissent : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Ainsi, toute intervention visant à modifier ces conduites doit se déployer dans ces trois domaines.

Les addictions posent, en France, comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % des décès avant 65 ans (également appelée mortalité prématurée).

La prévention et la prise en charge des addictions représentent une priorité de santé publique, du Plan Priorité Prévention, et sont l'objet du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

En 2015, le tabac (73 000 décès) et la consommation nocive d'alcool (41 000 décès) sont les deux premières causes de mortalité évitables. Enfin, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins des 15 ans et plus sont attribuables à l'alcool, avec un âge moyen au décès égal à 63 ans. Le tabac est responsable de 49 000 nouveaux cas de cancers en 2017, dont 32 000 sont des hommes : broncho-pulmonaires, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, poumons.

1,4 millions de personnes souffrent de pathologies liées à l'alcool et les hospitalisations s'élevaient, en 2013, au nombre de 246 000. La consommation nocive d'alcool peut être à l'origine de nombreux cancers : voies aéro-digestives ; œsophage ; foie ; colorectal ; sein et maladies : appareil digestif ; maladies cardio-vasculaires (conjointement au tabac) ; système nerveux ; traumatismes (accidents de la route) ... Les indicateurs de morbidité présentés dans le rapport de l'OFDT font état de 28 000 nouveaux cas de cancer en 2015 attribuables à l'alcool, soit 8% de l'ensemble des nouveaux cas de la même année. Les auteurs du rapport estiment la prévalence des cancers attribuables à l'alcool entre 150 000 à 190 000 personnes en ALD. En termes d'hospitalisation, les maladies alcooliques du foie représentaient 37 300 hospitalisations (en diagnostic principal) en 2016 et 87 000 entre 2008 et 2013 pour une démence liée à l'alcool.

D'une part, les usagers de drogues sont souvent confrontés à des difficultés d'accès aux services de soins (crainte de stigmatisation, délais, refus de prise en charge...) et d'autre part, bien des professionnels de santé se sentent démunis pour les prendre en charge entraînant ainsi des ruptures fréquentes des parcours des personnes confrontées à des addictions. Ainsi, le déploiement des microstructures médicales addictions trouve tout son intérêt dans le parcours de soins des usagers.

La population féminine est exposée à des freins pour accéder aux services d'addictologie : forte précarité sociale, sanitaire et familiale ; crainte importante du stigmat. Les situations d'addiction lors des grossesses sont particulièrement délicates. De manière indirecte, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) provoquant des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations de la face et du crâne en particulier touchait 0,48 ‰ naissances vivantes entre 2006 et 2013 (soit environ 3 200 nouveaux nés).

Par ailleurs, les consommateurs de stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois supérieur à âge égal.

Autrement dit, les addictions aux substances psychoactives sont responsables chaque année en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeur.

#### b. Le système de prise en charge de l'addiction

L'offre de santé en addictologie est constituée de trois pôles complémentaires : la médecine de premier recours ; le secteur hospitalier structuré sous forme de filière addictologie et le secteur médico-social.

Le dispositif de prise en charge de l'addictologie des consommateurs engagés dans une démarche de soins peut être présenté de la manière suivante :

#### **Médecine de premier recours**

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin généraliste constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Selon le rapport de l'OFDT, en 2009, 70 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique (soit environ 90 000 patients) et 50 % pour un sevrage à l'alcool (soit environ 50 000 patients). Ce même rapport stipule

que les médecins généralistes sont prescripteurs de Traitement de Substitution aux Opioides (TSO) pour 141 000 patients en 2017.

La médecine de premier de recours est constituée des cabinets de médecine générale, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ainsi que des Centres de Santé, tels qu'évoqué dans le Plan de Mobilisation contre les Addictions 2018-2022. La médecine de premier recours constitue un maillon essentiel, elle représente l'une des trois dimensions, avec l'hôpital et le dispositif médicosocial, de l'offre de soins en addictologie. La médecine de premier recours sera nommée dans ce document « équipe de soins primaire » comprenant ainsi tous les modes d'exercice possible d'un médecin généraliste.

Selon le Plan de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la MILDECA « *Le secteur spécialisé en addictologie est rarement le premier point de contact avec le système de santé pour une personne ayant une conduite addictive ; en outre, au regard du niveau de prévalence des conduites addictives et de l'impact de celles-ci sur l'état de santé général, il ne serait pas pertinent de restreindre au seul secteur spécialisé la prise en compte de cette problématique. Dès lors, la priorité au cours des prochaines années sera de faire des professionnels de premier recours – en premier lieu, les médecins généralistes - les acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé. La mise à disposition de ressources et référentiels doit également leur permettre de prendre en charge et d'accompagner directement davantage de patients (hors situations complexes) sans référer au secteur spécialisé (p 5).* »

*S'agissant des patients présentant une dépendance aux opiacés, une étude montre que 80% d'entre eux sont suivis par 5% des médecins généralistes et que l'âge moyen de ces derniers est particulièrement élevé, faisant craindre, à moyen terme un important problème des prises en charge. Ce constat est aggravé par une diffusion en hausse de l'héroïne dans certaines régions et le risque de survenue d'une véritable crise liée aux opioïdes de synthèse, contre lesquels le suivi de ces patients, associé à la qualité de la prescription de substitution aux opiacés, reste essentiel (p. 53).*

Les Maisons de Santé Pluri professionnelles, les centres de santé constituent d'autres dispositifs de premier recours dont la mobilisation est requise dans le cadre d'une offre de soins et de prise en charge des addictions de proximité. Certains de ces dispositifs accueillent d'ores et déjà des microstructures en leur sein.

### **Secteur médico-social**

D'après la circulaire du 16 mai 2007<sup>1</sup>, « *le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion.* » Les pratiques professionnelles du secteur répondent à la diversité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

---

<sup>1</sup> Circulaire N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 17 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

La circulaire du 28 février 2008 crée les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie<sup>2</sup> (CSAPA), aujourd'hui au nombre de 380 au niveau national, afin de décloisonner la prise en charge qui était jusque-là organisée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, le dispositif médico-social en addictologie comprend également les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), au nombre de 150 au niveau national à ce jour. Selon l'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique, les CAARUD sont des établissements médico-sociaux qui ont pour missions : l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ; le soutien aux usagers dans l'accès aux droits ; le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. En ce sens, l'objectif de ces derniers est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas engagés dans une démarche de soins.

Les CSAPA sont des structures médico-sociales permettant aux usagers un service de proximité et une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sociale et éducative. La mission d'accueil consiste à recevoir toute personne, qu'il s'agisse de la personne en situation d'addiction ou d'un membre de son entourage. Le CSAPA est aussi un lieu d'écoute, d'information, d'orientation, et un lieu de prise en charge médicale, psychologique et sociale. Il peut assurer la prescription voire la délivrance de traitement en lien avec l'addiction, dont les TSO.

### **Secteur hospitalier**

La circulaire<sup>3</sup> du 26 septembre 2008, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, permet une structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques. La filière répond à l'objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

La prise en charge en hospitalisation est particulièrement indiquée pour :

- ✓ Les intoxications aiguës sévères, overdoses
- ✓ Sevrage justifiant une hospitalisation
- ✓ Soins complexes
- ✓ Pathologies somatiques associées (cardiaque par exemple)
- ✓ Echecs antérieurs de traitement entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires
- ✓ Comorbidité psychiatrique grave, troubles cognitifs associés

<sup>2</sup> Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

<sup>3</sup> Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

La filière hospitalière est constituée de trois niveaux :

- **Niveau 1 - Proximité** (166<sup>4</sup> établissements au niveau national) : structures de proximité composées d'unités de sevrage simples, de consultations hospitalières en addictologie et d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les ELSA sont des équipes pluridisciplinaires (318<sup>5</sup> équipes au niveau national) qui ont pour mission de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé. Elles interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui des équipes soignantes. Par ailleurs, elles développent des liens avec les différents acteurs en intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.
- **Niveau 2 – Soins résidentiels complexes et SSR-A** (112<sup>6</sup> établissements au niveau national) : structures offrant les mêmes services que celles de niveau 1, auxquelles s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes (unités de sevrage et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A).  
Le SSR-A a pour objet de prévenir et de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et doit promouvoir leur réadaptation. La prise en charge vise à consolider l'abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.
- **Niveau 3 - Formation et coordination** (6<sup>7</sup> établissements au niveau national) : structures assurant les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale. Coordonné aux soins de ville, au secteur sanitaire et aux acteurs des réseaux de santé en addictologie, le dispositif spécialisé des CSAPA constitue une des pièces maîtresses de la politique publique de santé en addictologie dans ces trois composantes : la prévention, les soins et l'accompagnement (médical, social et psychologique).

### *Etat des lieux*

D'après la circulaire du 16 mai 2007, la mise en place d'un dispositif en addictologie devait permettre l'accès aux soins pour tous y compris pour des groupes de population spécifiques : les jeunes, les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité, les personnes sous-main de justice. Incitant aussi à une proximité dans le cadre des territoires de santé et de bassin de vie.

La place du médecin généraliste est donc réelle dans le système de prise en charge des addictions. Pour autant, ils sont nombreux à être en difficulté devant cette patientèle pour différentes raisons : manque de formation ; temporalité des consultations ; situations complexes faisant appel à des compétences en dehors du champ de compétences d'un médecin généraliste.

<sup>4</sup> Données issues du rapport OFDT (2012)

<sup>5</sup> Données issues du rapport OFDT (DGOS 2017, PIRAMIG)

<sup>6</sup> Données issues du rapport OFDT (données DGOS, 2012 « enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie)

<sup>7</sup> Données issues du rapport OFDT (données DGOS, 2012 « enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie)

La création des microstructures addictions est née d'une volonté d'améliorer les capacités de prise en charge des personnes sujettes à des conduites addictives dans le champ des soins primaires et les pratiques médicales par une démarche thérapeutique associant au suivi médical une prise en charge psychosociale systématique. Les microstructures sont nées du souci de répondre à deux types de difficultés : celles rencontrées par les patients souffrant d'addiction ; celles rencontrées par les médecins généralistes dans leur activité quotidienne pour la prise en charge de cette population. Elles sont dénommées ici « MicroStructure Médicale Addiction » (MSMA) par souci de montrer la structuration pluriprofessionnelle de la prise en charge en addictologie autour du médecin généraliste.

De par son expérience dans le domaine de l'addiction, le CSAPA met à disposition de la MSMA les compétences psychologiques et sociales dans une structure médicale d'exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé...) ou d'un cabinet médical. L'association des compétences médicales de premier recours et des professionnels du CSAPA comprenant le travailleur social et le psychologue permet à l'utilisateur de bénéficier d'une offre de prise en charge de l'addiction pluriprofessionnelle de qualité. Il est possible, selon la configuration territoriale, que la MSMA fasse appel aux compétences d'un psychologue libéral, qui parfois fait déjà partie de l'équipe de soins primaires, sous réserve qu'il soit formé aux addictions. Dans le cas du travailleur social, ce dernier est forcément salarié d'une structure. En ce sens, l'appui du CSAPA de proximité est le plus cohérent. Si l'offre de proximité le nécessite, le travailleur social et/ou le psychologue peut/peuvent être salarié(s) d'un CAARUD.

La microstructure médicale addiction est une organisation souple, en appui au médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions.

### **Organisation recherchée**

Entre 2007 et 2016, plusieurs études ont permis de dégager un consensus partagé, quant à la pertinence, à l'efficacité et à l'efficience du dispositif des réseaux de microstructures médicales addictions. Il s'agit de faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers portant une ou plusieurs conduites addictives et présentant une situation complexe ; de promouvoir l'articulation entre secteurs (ambulatoire et médico-sociale) pour favoriser une prise en charge adaptée, graduée et transdisciplinaire des personnes.

A ce jour, des MSMA se sont développées dans plusieurs régions de France : Bourgogne-Franche-Comté ; Grand-Est ; Hauts de France ; PACA ; Ile-de-France ; Auvergne-Rhône-Alpes ; Occitanie. Le Plan de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la MILDECA stipule que « *Les microstructures semblent favoriser la pratique du repérage des consommations des substances psychoactives : 42 microstructures organisées en réseaux, sont actuellement déployées sur le territoire. Il s'agit d'une équipe pluriprofessionnelle, constituée d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social, intervenant au cabinet du médecin généraliste. Les professionnels de la microstructure travaillent également en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial. Ce suivi médico-psycho-social de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles hépatiques, hépatites,)* (p.53).

Entre 2002 et 2014, à l'initiative du réseau national des microstructures, plusieurs études de validation internes ou externes de la pertinence ou de l'impact positif des microstructures ont été menées.

Toutefois, le financement de ces structures n'est pas pérenne ce qui pose la question de la soutenabilité de leur développement, de leur reproductibilité, alors même que les nouveaux projets régionaux de santé arrêtés en 2018 affichent clairement une volonté de certaines ARS de développer les microstructures médicales addictions pour répondre aux problématiques régionales.

Le récent rapport – publié en mai 2018 – « L'évaluation action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefite-sur-Seine » de François-Olivier Mordohay énonce des recommandations en termes de transposabilité des microstructures. Elles s'orientent dans trois principales directions :

- ✓ La poursuite de la réflexion sur le concept de microstructures et sa mise en œuvre ;
- ✓ L'inscription plus grande des microstructures dans les nouvelles politiques publiques de santé ;
- ✓ L'étaiyage des moyens et des ressources de fonctionnement autonome de la CNRMS et des réseaux dans la logique de démultiplication des microstructures et de leur valeur ajoutée.

La réaffirmation dans le plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 de la valeur ajoutée des microstructures médicales addictions, dont le développement devient un objectif prioritaire, renforce l'argument de la pertinence d'un travail concerté sur un cahier des charges et un modèle économique communs : « Ce suivi médico-psychosocial de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles psychiatriques, hépatites...) ».

## **2. Description du projet et caractère innovant**

Il est proposé d'expérimenter un nouveau mode de financement d'une équipe de soins primaire en exercice coordonné : les microstructures médicales addictions. Ces MSMA ont pour mission d'offrir des soins de proximité et de qualité aux personnes atteintes d'addiction, présentant une situation complexe et n'étant pas pris en charge dans le cadre d'un dispositif destiné aux personnes souffrant d'addiction préexistant en ville. Sur la base de l'expérimentation de ce nouveau modèle économique, l'augmentation du nombre de ces microstructures devrait permettre l'amélioration de l'accès aux soins d'addictologie à cette population.

Les **objectifs du projet d'expérimentation** sont les suivants :

### **Objectif stratégique :**

Améliorer le maillage territorial des prises en charge et l'accès à des soins de proximité pour les patients avec une ou plusieurs conduites addictives et présentant une situation complexe par une approche pluriprofessionnelle centrée autour du médecin traitant. L'ensemble est construit sur un modèle de cahier des charges harmonisé, un modèle économique unique et des modalités de financement homogènes valorisant l'expérience des microstructures médicales addictions existantes.

### **Objectifs opérationnels :**

- ✓ Faciliter l'accès des patients à une offre de prise en charge pluridisciplinaire et de proximité en soins primaires des addictions ;
- ✓ Développer une offre de soin de l'addiction de proximité en soins primaires ;
- ✓ Améliorer la cohérence et la coordination de la prise en charge des différents acteurs ;
- ✓ Articuler les secteurs de prise en charge des addictions et développer la transversalité intersectorielle pour fluidifier les parcours de prise en charge en addictologie ;
- ✓ Repérer, dépister et traiter les comorbidités, notamment celles liées au VIH et aux hépatites ;
- ✓ Amener les patients à mieux appréhender leurs problèmes d'addiction et les difficultés sociales et psychologiques associées ;
- ✓ Définir et tester un modèle économique unique des microstructures médicales addictions ;
- ✓ Conforter l'évaluation de la pertinence de ce type de prise en charge dans un contexte de changement d'échelle

### 3. L'organisation proposée

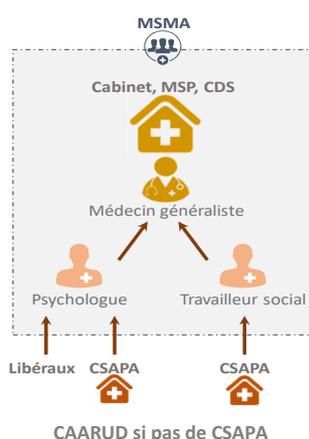
#### a. Description de la MSMA

La microstructure médicale addiction est constituée d'une équipe de soins primaires pluridisciplinaire comprenant *a minima* un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Le lieu d'exercice de la MSMA peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé.

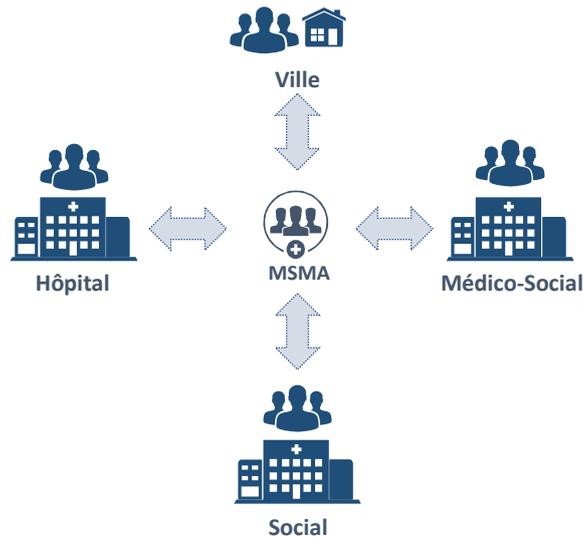
La MSMA repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre une ou plusieurs équipes de soins primaires ou un médecin généraliste en exercice isolé et une structure médicosociale spécialisée dans la prise en charge des addictions notamment les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), voire les CAARUD le cas échéant.

#### Schéma. Organisation de la MSMA

Les MSMA sont organisées en réseau et travaillent notamment en partenariat avec l'hôpital et le secteur médico-social.



#### Schéma. Interactions de la MSMA



La MSMA permet des soins de proximité, non stigmatisants, ainsi qu'un accès et une continuité des soins pour les personnes présentant des troubles addictifs. Elle offre un soutien pluridisciplinaire avec une porte d'entrée médicale, au sein de la patientèle du médecin traitant. Ce dispositif agit en faveur de la réduction des inégalités territoriales de santé en permettant à la médecine de ville d'avoir les moyens adaptés pour ces soins. Il facilite l'accès aux soins grâce à la pratique de l'exercice coordonné en renforçant le maillage territorial. Il faut noter que l'intérêt des MSMA tient à la construction d'une coopération renforcée entre la médecine de ville et le secteur médico-social. S'il est judicieux et pragmatique de s'appuyer prioritairement sur les CSAPA pour une mise à disposition des deux professionnels (psychologue et travailleur social), il convient de s'adapter à l'organisation existante au sein de la structure de médecine générale car certains psychologues font déjà partir d'équipes de soins primaires et participent à différentes réunions de concertation de patients. Dans ces cas, l'équipe de la MSMA n'aurait pas forcément besoin de mise à disposition de psychologue par une structure spécialisée en addictologie. Ceci bien entendu sous la condition que le psychologue soit formé en addictologie.

Les MSMA développent donc un partenariat avec : les services hospitaliers (suivi partagés des situations complexes, consultations experts, transferts de compétences de l'hôpital vers la ville) des établissements de santé (MCO, SSR), les services d'addictologie, de gastroentérologie, de virologie, d'infectiologie, de dermatologie, de maternité, les services hospitaliers spécialisés en psychiatrie; les établissements médico-sociaux en addictologie ; les réseaux addiction lorsqu'ils existent et les dispositifs d'appui à la coordination (PTA).

### c. La composition de l'équipe pluridisciplinaire de la microstructure médicale addiction

Au sein de la structure d'exercice coordonné, porteuse de la MSMA, le **médecin traitant** assure le suivi médical des personnes appartenant à sa patientèle présentant des conduites addictives, décide de l'inclusion des patients dans la MSMA avec le psychologue et/ou le travailleur social. La collégialité est particulièrement importante dans l'élaboration du parcours de soin de chaque patient : un psychologue et un travailleur social viennent ainsi en appui au médecin généraliste, dont le cabinet est le cœur de l'inclusion. L'inclusion est, bien entendu, soumise au consentement et donc à l'adhésion du patient ou de son représentant légal s'il est mineur.

### Le médecin :

- ✓ Intervient dans l'évaluation de la dépendance du patient ;
- ✓ Réalise l'examen clinique ;
- ✓ Réalise le diagnostic et le dépistage des facteurs de risque ;
- ✓ Réalise la prise en charge médicale du patient ;
- ✓ Dépiste les complications et comorbidités liées à l'addiction ;
- ✓ Oriente le patient pour des examens complémentaires le cas échéant ;
- ✓ Accompagne et soigne son patient tout au long de la démarche de soins entreprise par ce dernier.

Il participe également aux réunions de synthèse, et à la tenue du dossier du patient. La coordination des soins et du parcours patient relève bien du médecin traitant et de l'équipe de soins primaires de proximité, à ne pas confondre avec la coordination médicale du dispositif régional exposée plus loin.

Dans le cadre du suivi du médecin généraliste, les activités suivantes sont réalisables :

- ✓ Le dépistage VIH, VHB, VHC est proposé au patient tous les ans et tous les 6 mois pour les usagers de drogues par voie injectable notamment par examen sanguin ou par proposition de TROD avec un protocole défini précisant les modalités d'entretien et les suites données. Il s'agit ici d'une intervention du médecin généraliste, du travailleur social et du psychologue habilités. En cas de sérologie positive, l'organisation prévoit la mobilisation immédiate du médecin généraliste pour l'annonce auprès du patient et l'explication du traitement et de la prise en charge.
- ✓ Le Fibroscan tous les ans pour les patients ayant une fibrose alcoolique ou porteurs du VHC et tous les 6 mois pour les usagers de drogues par voie injectable. Le médecin généraliste peut assurer cette prise en charge après formation auprès du service en hépatologie hospitalier, en cas de fibroscan mobile ou auprès du CSAPA disposant d'un fibroscan.

Dépistage et Fibroscan sont des actes de droit commun pour lesquels le présent projet ne sollicite aucun financement particulier. Certains médecins pourront être amenés à les pratiquer ou à orienter leur patient vers une structure adaptée.

Le travailleur social, salarié de structures sociales ou médicosociales (principalement des CSAPA et mis à disposition des MSMA) prend en charge et accompagne les situations sociales des patients orientés dont la mise à jour des droits, la prise en charge des urgences sociales, un accompagnement personnalisé, une aide à la réinsertion sociale ou encore un soutien aux familles.

Le travailleur social intervient à la demande du médecin généraliste au sein du cabinet de ce dernier. Il gère l'ouverture et l'actualisation des droits aux soins, le maintien dans le logement, la recherche ou le maintien dans l'emploi, c'est-à-dire dans l'ensemble des actions relevant de la ré-affiliation sociale en générale. La facilitation de l'accès aux droits et aux soins constitue l'essentiel de son action.

Il peut aider le médecin généraliste à délivrer des conseils en matière de pratiques de réduction des risques.

Il informe, oriente vers un service spécialisé et travaille en coordination avec les autres acteurs sociaux. Il participe aux réunions de synthèse.

Le **psychologue** prend en charge et accompagne la personne orientée ainsi que ses proches. Il a une fonction thérapeutique dans le suivi au long cours de la personne présentant une ou des addictions, et de son évolution, ainsi qu'éventuellement l'entourage du patient. Il participe aux réunions de synthèse.

Le psychologue, libéral ou salarié (principalement des CSAPA et mis à disposition de la MSMA) intervient au sein du cabinet du médecin généraliste. Les permanences, effectuées par le psychologue et le travailleur social au sein des équipes de soins primaires, sont adaptées au nombre de patients inclus et aux besoins. Pour assurer le suivi des patients, le psychologue et le travailleur social sont présents régulièrement à des plages horaires hebdomadaires fixes.

Le temps passé est estimé à 3h par semaine en moyenne, au titre d'une permanence de soins pour les psychologues et travailleurs sociaux, qui sont majoritairement salariés de structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD,...), de réseaux ville hôpital, de réseaux de santé ou de psychologues libéraux pouvant exercer au sein de certaines maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il est envisagé de possibles interventions d'**autres professionnels** dans la prise en charge :

- ✓ Le **pharmacien d'officine** pour le traitement par substitution aux opiacés, le suivi du traitement, la veille sur le non-chevauchement des traitements.
- ✓ La prise en charge et un avis psychiatrique peut être sollicité à un médecin psychiatre libéral ou de secteur.
- ✓ Les autres spécialistes : il peut s'agir d'un gynécologue-obstétricien, d'un hépato gastroentérologue, d'un tabacologue, d'un infectiologue, d'une sage-femme
- ✓ Le diététicien pour le suivi diététique

Pour une prise en charge pertinente et de qualité, la MSMA est amenée à travailler avec un ou plusieurs **centres hospitaliers** et notamment les services en hépatologie.

d. **Le parcours du patient**

**Repérage du patient**

Tout patient qui présente une ou plusieurs addictions complexes objectivées peut se voir proposer un suivi par la microstructure médicale addiction. L'adhésion du patient et /ou du représentant légal, le cas échéant, est nécessaire pour la mise en place d'une prise en charge. En cas d'inadéquation à une prise en charge en ville, le patient est orienté vers un autre dispositif plus adapté à son état de santé.

Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes :

- soit il est déjà suivi par le médecin de la MSMA, dans le cadre de son activité de médecine générale. Dans ce cas, c'est ce médecin qui lui propose une prise en charge au sein de sa microstructure
- soit il est repéré par un autre acteur du système de santé (CSAPA, maison de santé, unité d'addictologie, autre médecin généraliste...) qui l'adresse à la MSMA.

### **Début du parcours : évaluation, diagnostic, RCP et PPS**

La prise en charge du patient par la microstructure médicale addiction passe nécessairement par le médecin généraliste de la MSMA. Ce dernier, tout en vérifiant l'éligibilité du patient, effectue en parallèle un bilan de ses comorbidités ainsi qu'une première évaluation de ses besoins en termes de suivi psychologique ou d'aide sociale.

L'inclusion du patient est décidée collégalement par le médecin traitant, le psychologue et le travailleur social. Elle peut être renouvelée annuellement à sa date anniversaire. L'inclusion du patient déclenche la prise en charge forfaitaire.

Le patient est ensuite suivi selon ses besoins par le psychologue et/ou le travailleur social de la MSMA. La rencontre et le suivi avec ces derniers se déroule au cabinet de l'équipe de soins primaire.

La situation du patient est ensuite analysée lors d'une première réunion de synthèse dénommée ici RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, rassemblant les différents acteurs participant à la prise en charge du patient). C'est au cours de cette RCP qu'est validé le PPS (Plan Personnalisé de Santé) élaboré avec le patient.

### **Prise en charge au long cours du patient**

Après cette première RCP, la MSMA est ainsi capable d'effectuer un suivi adapté aux besoins identifiés du patient. Le suivi peut relever à la fois du champ d'action du médecin, du psychologue et/ou du travailleur social.

Le parcours du patient au sein de la MSMA passe donc par des entretiens réguliers avec les différents professionnels de la MSMA. La périodicité de ces entretiens est définie dans le PPS en fonction des besoins identifiés.

Cette prise en charge sera ponctuée d'autres RCP *a minima* une fois par trimestre au cours desquelles il sera décidé collégalement de la reconduction, de l'adaptation ou de l'arrêt de la prise en charge par la MSMA. Le patient pourra participer à ces RCP s'il le souhaite.

### **Articulation avec les autres acteurs de soins**

Tout au long de ce parcours, d'autres professionnels ou structures (CSAPA, CAARUD, services d'urgences, services d'hospitalisation classique, pharmaciens pour la délivrance de traitements, psychiatres, hépatologues, autres médecins spécialistes et les sages-femmes...) peuvent être impliqués dans la prise en charge – addictologique ou non - de ce patient. La microstructure médicale addiction est ainsi chargée de centraliser les informations pertinentes et de coordonner les différents soins prodigués au patient dans le cadre de cette prise en charge addictologique. Dans le cas où le médecin de la MSMA n'est pas le même que le médecin traitant du patient, la MSMA est aussi chargée de le maintenir au fait du déroulement de la prise en charge.

### **Fin de suivi du patient**

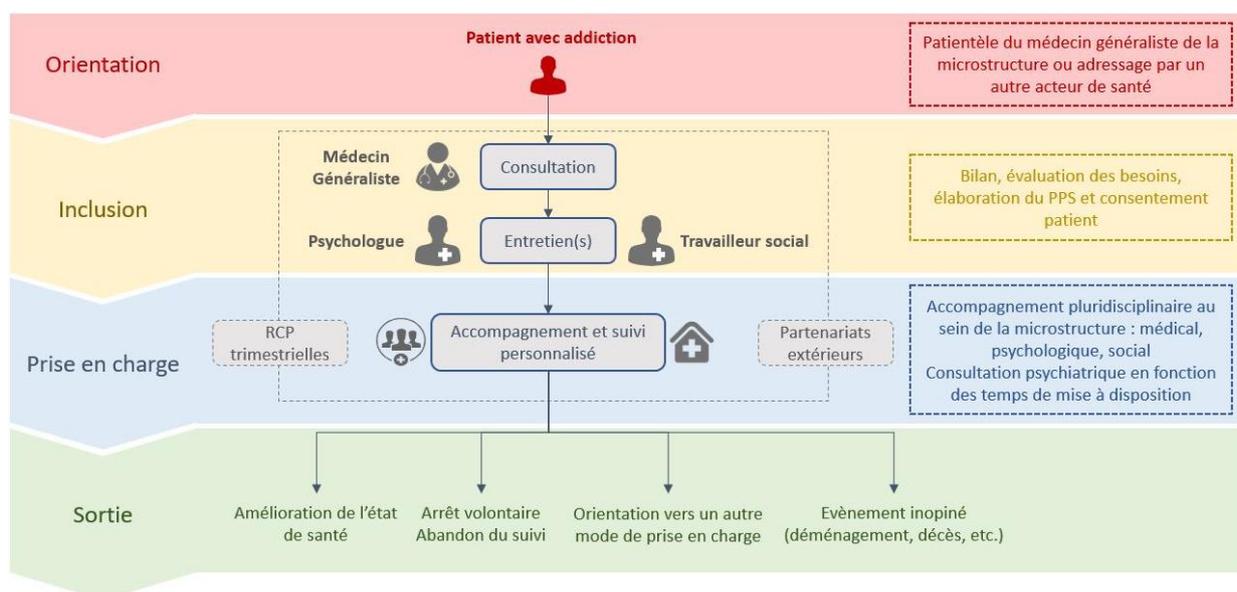
Le suivi peut prendre fin pour plusieurs raisons :

- ✓ Par volonté du patient ;
- ✓ Par l'objectivation en RCP d'une amélioration de l'état de santé du patient justifiant une fin de suivi ;

- ✓ Par l'objectivation en RCP d'un état de santé du patient justifiant une orientation vers un autre mode de prise en charge ;
- ✓ Événements inopinés (déménagement, décès...).

Tout arrêt du suivi sera motivé et tracé afin que ces éléments soient évalués.

### Schéma. Parcours individualisé du patient – Médecine de ville



Les **critères d'exclusion** sont :

- ✓ La non-compliance au traitement à la prise en charge incluant le suivi psychologique et/ou social ;
- ✓ La non-adéquation à une prise en charge en ville. Dans ce cas, le patient est réorienté vers le dispositif adapté à son état de santé.

#### e. La nécessaire coordination territoriale

Afin de bénéficier d'un maximum de visibilité pour atteindre le maximum de patients concernés, d'harmoniser les pratiques professionnelles et d'avoir un mode de fonctionnement commun à toutes ces microstructures médicales addictions, une coordination en plusieurs niveaux est nécessaire. Elle peut être régionale ou territoriale selon les régions expérimentatrices.

La coordination vise d'une part à assurer un fonctionnement homogène des MSMA et à harmoniser les pratiques et d'autre part permet au médecin généraliste de bénéficier d'un avis expert dans le domaine de l'addictologie.

Chaque fois, une coordination médicale et administrative est mise en place. Elles forment le binôme minimal qui assure le fonctionnement de chaque dispositif régional. Elle veille à son bon fonctionnement (bonne tenue des permanences dans le dispositif, recueil des données administratives et sanitaires, organisation des formations.) Cette coordination a pour tâche

également le développement des partenariats territoriaux devant faciliter le parcours de soin et de santé de chaque patient suivi en microstructure médicale addiction.

### ***La coordination médicale***

La coordination médicale est effectuée par des médecins coordinateurs et a trois missions :

- ✓ La facilitation des parcours de soins et la recherche d'expertise ;
- ✓ L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués ;
- ✓ La centralisation des données.

### ***La facilitation des parcours de soins et la recherche d'expertise***

Cette coordination s'effectue à la fois au niveau individuel et aux niveaux local et régional.

Au niveau individuel, le médecin de la MSMA ainsi que son équipe guident le patient tout du long de son parcours, que le parcours ait lieu au sein de la MSMA ou avec d'autres offreurs de soins (psychiatre, hépatologue...). Une telle mission exige que l'équipe soit au courant des différentes offres de soins disponibles à proximité ainsi que des besoins du patient.

L'organisation du dispositif entre les différentes MSMA et les différents partenaires permet à chaque médecin de MSMA d'avoir des correspondants disponibles afin de disposer d'un avis médical spécialisé en cas de situation difficile.

Au niveau territorial (local et/ou régional), la coordination a pour tâche de développer des partenariats pertinents :

- ✓ Les services hospitaliers ;
- ✓ Les associations gestionnaires d'établissements médicosociaux en addictologie (CSAPA, CAARUD...);
- ✓ Les différentes MSP ;
- ✓ Les pharmaciens d'officine ;
- ✓ L'ensemble des dispositifs sociaux d'hébergement, d'insertion, de formation ;
- ✓ Les structures administratives (CPAM, CAF, Pôle Emploi, ASE...);
- ✓ Les associations caritatives ;
- ✓ Les CPTS ou PTA.

A terme, les microstructures médicales addictions doivent s'intégrer dans l'organisation territoriale de la CPTS, dont une des missions socle est d'organiser le parcours pluriprofessionnel autour du patient. Elle peut être une ressource pour le territoire sur sollicitation de la part de la PTA ou des réseaux experts par exemple.

### ***L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués***

La formation initiale ainsi que continue est indispensable afin de s'assurer de la qualité et de la cohérence des soins prodigués dans les MSMA.

Des formations présentielles sont organisées et assurées, le plus souvent au niveau régional mais aussi local ou national. L'organisation des formations est dépendante de l'existant dans les régions expérimentatrices (cf. précisions régionales).

En termes de formation continue, la coordination médicale assure une bonne communication entre les membres du dispositif (rédaction de lettres d'information sur l'évolution de la demande des patients, les choix des thèmes de formation...). Elle facilite le partenariat entre le dispositif et les partenaires médicaux en hospitalier ou en libéral.

#### La centralisation des données

La coordination médicale a aussi pour mission de récolter les données de prise en charge à des fins de recherche ou de veille sanitaire. Elle les centralise ensuite du niveau local jusqu'au niveau national. Ce recueil de données se fait par le biais de fiches sanitaires<sup>8</sup>.

#### **Fiche de poste coordonnateur médical**

Le coordonnateur médical du dispositif de microstructure médicale addiction aura pour mission :

1. Organiser la réponse aux besoins de formation en addictologie des professionnels des MS
2. Expert en addictologie, ressource pour les MG engagés dans une MS
3. Animer et coordonner les réunions synthèses et journées d'échanges sur les pratiques des MS
4. Organiser la réponse aux besoins de recherche clinique et veiller au recueil des données sanitaires
5. Assurer l'interface avec la CNRMS
6. Participer à l'évaluation de l'expérimentation en lien avec le comité de pilotage du dispositif
7. Développer un lien partenarial avec les professionnels libéraux du secteur médico-social, de la psychiatrie, les réseaux de santé, les PTA, le secteur hospitalier

Le temps affecté à cette mission se situe entre 0,3 et 0,5 ETP selon l'implication du coordonnateur médicale dans le suivi de l'expérimentation et de l'évaluation. *A minima*, le forfait

#### **La coordination administrative**

La coordination administrative a pour mission principale la gestion des ressources humaines ainsi que la planification des interventions des travailleurs sociaux et des psychologues, la gestion de la facturation, le versement des forfaits et leur ventilation. Elle rédige le rapport d'activité annuel du dispositif en région.

Elle est en lien régulier avec la (les) coordination(s) médicale(s) et la coordination nationale en vue notamment de faciliter le recueil de données.

Il est à noter que la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures) s'occupe de la coordination nationale. Cette dernière coordonne l'action des différentes coordinations régionales. Elle est garante de la mise en œuvre effective du concept et du modèle de fonctionnement qui en découle. Son rôle d'appui, de soutien à cette pratique étayée de la médecine des addictions en Ville (mise à disposition d'outils spécifiques, partage d'expériences, développement d'études et de

<sup>8</sup> Cf. Dictionnaire des données du système d'information de la CNRMS

recherches) est financé par une contribution annuelle de chaque Région participant à l'expérimentation.

Dans le cadre de l'expérimentation, la CNRMS assure le suivi et l'harmonisation du recueil des données et met à disposition des évaluateurs la base de données constituées. L'implication de cinq régions nécessite une démarche centralisée au niveau de la CNRMS pour assurer la cohérence de l'évaluation de l'expérimentation.

#### **Fiche de poste coordonnateur administratif**

Le coordonnateur administratif du dispositif aura pour mission :

1. La gestion des ressources humaines
2. La planification des interventions
3. La gestion de la facturation
4. Le versement des forfaits
5. La coordination de la rédaction et la rédaction du rapport d'activité du dispositif
6. Assurer l'interface avec la coordination médicale
7. Participer à l'évaluation

Le temps affecté à cette mission se situe entre 0,5 ETP à 1 ETP selon l'implication du coordonnateur administratif dans chefferie de projet. *A minima*, le forfait comprend 0,5 ETP.

#### f. Expérimentation

L'expérimentation dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie doit permettre d'évaluer un modèle économique et organisationnel répliquable. La constitution de dispositifs régionaux des microstructures médicales addictions présente l'avantage de garantir une approche équitable et homogène d'un territoire à un autre.

Le présent cahier des charges comprend une base socle et des organisations régionales en annexe permettant ainsi de proposer un dispositif homogène en respectant les particularités locales.

En termes de gouvernance, il est proposé d'installer deux niveaux de pilotage :

- ✓ Un COPIL inter-régional se réunissant une fois par an. Il aura pour mission de s'assurer du déploiement de l'expérimentation au niveau national mais aussi de suivre les étapes de l'évaluation.
- ✓ Un COPIL dans chaque région sera composé des acteurs locaux impliqués dans l'expérimentation et des partenaires.

## **II. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?**

- a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?
  - Facilitation de l'accès aux soins des patients présentant une ou plusieurs addictions

- Meilleure adéquation entre les besoins propres à chaque individu et le parcours thérapeutique
  - Réduction des délais de prise en charge
  - Appui aux difficultés sociales et psychologiques
  - Accès à un dépistage et à un suivi des pathologies associées
  - Meilleure compliance au traitement
  - Inclusion de l'entourage pouvant devenir un soutien et un acteur de la démarche thérapeutique
  - Accès simplifié à une équipe pluriprofessionnelle à proximité du lieu de vie
  - Diminution du coût en lien avec les prises en charges psychologique et sociale
- b. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?
- Diminution des « perdus de vue »
  - Cohérence de la prise en charge
  - Décision collégiale pour le PPS et appui aux médecins traitants pour la prise en charge
  - Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique
  - Repérage des complications de la conduite addictive
  - Repérage du manque de compliance
  - Meilleure cohérence entre les différents niveaux de recours
- c. En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?

Le récent rapport de l'OFDT expose un certain nombre de données de consommations de soins en addictologie : globalement, le coût social des drogues en France en 2010 est estimé à : 122 milliards d'euros pour le tabac (risque de surestimation au regard des évolutions de ces dernières années) ; 118 milliards d'euros pour l'alcool et 9 milliards pour les drogues illicites. Ces coûts se recoupent et ne peuvent être additionnés.

### III. Durée de l'expérimentation envisagée

#### 1. Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

L'expérience des microstructures existantes permet d'appréhender une durée de prise en charge de 3 à 5 ans, l'expérimentation est donc envisagée pour une durée de **3 ans** à compter des premières inclusions patients. En envisageant trois années de prise en charge, la mise en place des MSMA nécessite de prendre en compte un temps de formation et d'appropriation par les professionnels.

Une éventuelle ouverture à d'autres régions allongerait la durée de l'expérimentation. En ce sens, il n'est pas envisagé d'ouvrir l'expérimentation à d'autres régions à ce jour.

#### Planning prévisionnel

Evènement	Echéance
-----------	----------

Passage en CTIS : cahiers des charges régionaux	avant octobre 2019
Premières inclusions - Microstructures déjà existantes, compte-tenu des délais courts -	01/01/2020
Intégration de nouvelles microstructures pour les quatre régions identifiées	01/01/2021

#### IV. Champ d'application territorial proposé :

##### Eléments de diagnostic

###### 1. Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.

« L'évaluation action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefite-sur-Seine » de François-Olivier Mordohay publié en mai 2018 souligne les atouts mais aussi les freins du développement des microstructures.

Tout d'abord, les **atouts des microstructures** sont les suivants :

- ✓ Elles se situent au plus près des patients qu'elles accueillent et *a fortiori* quand elles se trouvent en milieu rural, dans des zones éloignées des principaux centres hospitaliers et des autres services spécialisés des plus grandes agglomérations ;
- ✓ Leur développement s'inscrit clairement dans une optique concrète de réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, renforcée par l'implication des médecins dans ces prises en charge et une prévention de proximité ;
- ✓ L'offre des microstructures, en cabinet médical, s'avère beaucoup moins problématique et stigmatisante, voire discriminatoire pour les patients qui ne se rendent pas nécessairement dans des services « dédiés » et/ou hospitalier. La remarque vaut particulièrement en ce qui concerne les interventions du psychologue et du travailleur social ;
- ✓ Plus largement encore, les microstructures rencontrent incontestablement une patientèle et un public qui choisit cette offre (on peut, par exemple, envisager une comparaison entre le pourcentage de femmes suivies annuellement en CSAPA et en CAARUD et celui du dispositif de MSMA dans chaque Région participant à l'expérimentation) ;
- ✓ Dès leur apparition, elles se sont, conjointement à la problématique de l'accès des patients aux traitements, constituées en réponse à l'isolement professionnel des médecins de ville, puis des autres intervenants qui y sont associés ;
- ✓ La configuration pluriprofessionnelle à géométrie variable des microstructures est génératrice d'un partenariat à la fois fluide et plus dense au plan territorial, mais aussi de décloisonnement avec les services d'action sociale, avec l'hôpital et les autres acteurs de santé libéraux ;
- ✓ La création des réseaux locaux, puis de la CNRMS, ainsi que sa capacité de recherche et d'évaluation ont aussi contribué et continuent de participer à la recherche des progrès dans la pratique médicale.

Cependant, il existe des **freins** réels :

- ✓ La dispersion territoriale des projets qui entraîne des coûts élevés en temps pour la réalisation de l'ensemble des modalités techniques, administratives, financières, partenariales puisque ces démarches ne peuvent pas mobiliser d'effets d'échelle.
- ✓ La dépendance vis-à-vis des concours publics. *A fortiori*, une partie des financements qui ont été attribués, l'ont été à titre expérimentale ou d'innovation ce qui ne facilite pas leur pérennité.
- ✓ Le développement des microstructures s'est fondé pendant des années sur des professionnels engagés et militants pour des nouvelles pratiques de santé, notamment en médecine de ville. Or, ces engagements individuels, qui ont représenté un vecteur majeur de l'application du concept de microstructures, pourraient d'ores et déjà, si les transitions et les relais ne sont pas bien assurés, devenir un frein pour la transposabilité des microstructures.

Ce même rapport précise que les moyens actuels de la CNRMS apparaissent aujourd'hui structurellement insuffisants pour envisager efficacement une démultiplication et pour répondre aux attentes et aux besoins spontanés exprimés par des acteurs dispersés sur le territoire national. La CNRMS, hors ses ressources propres (engagement personnel des dirigeants, montant des adhésions, subventions spécifiques...), a été en quelque sorte adossée, dans son financement, au réseau alsacien et à l'ARS à laquelle il est rattaché, avec des risques de confusion et spécifiquement celui, effectif, qu'elle ne soit pas réellement soutenue en tant que telle. En ce sens, pour dépasser cette situation, il est recommandé que la CNRMS puisse, dans une optique prévisionnelle et évaluée, être soutenue dans trois directions :

- ✓ Le développement de la fonction ressource et de conseil ;
- ✓ La poursuite de la réalisation des recherches et des études relatives aux résultats et aux impacts des microstructures ;
- ✓ L'organisation interne de la CNRMS et des relations avec les réseaux.

d. Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?

*Voir précisions régionales*

e. Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

*Voir précisions régionales*

f. Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

*Voir précisions régionales*

## Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		

Régional		
Interrégional	OUI	BFC ; Occitanie ; IDF ; HDF et Grand-Est
National		

Voir précisions régionales

#### V. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteur :	ARS	BFC Grand-Est HDF IDF Occitanie	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	FEMASCO Fédération addiction ANPAA		<i>Participation à l'expérimentation par le portage des coordinations et par une coopération opérationnelle resserrée.</i>

#### VI. Catégories d'expérimentations

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

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

<b>Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)<sup>9</sup> :</b>	<b>Cocher</b>
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	<b>NC</b>
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	<b>NC</b>
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.	<b>NC</b>

## **VII. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation**

<b>I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites du financement actuel	<i>Reste à charge des prises en charge psychologiques et sociales en ville et risque d'abandon ou de refus des soins prescrits</i>
<u>Dérogations de financement</u> envisagées (article <u>L162-31-1-II-1°</u> et 3°) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarifcation,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> </ul>	<i>Remboursement :</i> <i>L.162-1-7</i> <i>L.162-2</i>

<sup>9</sup> Ne concernent pas les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement direct des honoraires par le malade</li> <li>• Participation de l'assuré</li> </ul>	L.160-8
<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	L. 4113-5
<u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées ( <a href="#">article L162-31-1-II-2°</a> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage d'honoraires entre professionnels de santé</li> <li>• Prestations d'hébergement non médicalisé</li> <li>• Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</li> <li>• Dispensation à domicile des dialysats</li> </ul>	<i>Définition d'un forfait pluridisciplinaire : partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social. Prise en compte des temps de concertation (RCP) + autres intervenants de type pharmacien, spécialistes...</i>

### **VIII. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :**

- Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,

Au regard de l'expérience, la volumétrie est estimée à 42 patients par microstructure médicale addiction. Le projet de montée en charge cible à terme environ 7 000 patients annuels représentant près de 124 microstructures médicales addictions sur l'ensemble des régions concernées.

Les porteurs de projet proposent une montée en charge avec deux temps d'inclusion de nouvelles microstructures médicales addictions, à savoir le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

- Estimation financière du modèle

*Voir précisions régionales*

- Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles...)

Le coût global des addictions est estimé à 249 milliards d'euros (cf. partie II). Les régions impliquées dans l'expérimentation représentent 41 % de la population de France métropolitaine. Le projet agit potentiellement sur un coût actuel de l'addiction pour la société de 102 milliards d'euros, soit un

montant à investir pour l'expérimentation à hauteur d'environ 2 % du coût actuel pour l'assurance maladie.

## IX. Modalités de financement de l'expérimentation

### 1. Construction du forfait annuel par patient en microstructure médicale addiction

L'objectif de la mise en place d'un forfait par patient en MSMA est double, d'une part prendre en compte la montée en charge de la file active d'une MSMA, d'autre part assurer de façon pérenne le suivi des patients pris en charge.

Pour la construction de ce forfait, il a été retenu les hypothèses suivantes :

- 5 consultations d'un psychologue d'une heure chacune et de 6 consultations d'un travailleur social d'une heure chacune ;
- des coûts horaire moyens de 45€ pour un psychologue et de 31€ pour le travailleur social ;
- des frais de déplacement annuels par patient de 5€ : ce montant peut être modulé par les acteurs de terrain dans la limite du montant global du forfait ;
- 4 réunions de concertation pluri-professionnelle (RCP) d'une heure trente chacune en moyenne par an par patient, rassemblant l'équipe de prise en charge principale de la MSMA, sur la base des coûts horaire annuels suivants : 75€ pour le médecin généraliste du patient (souvent son médecin traitant), 45€ pour le psychologue et 31€ pour le travailleur social ;
- un temps de coordination médicale évalué sur la base de 0,3 ETP d'un médecin généraliste à 75 000€ chargé, pour le suivi de 42 patients sur 10 MSMA en moyenne ;
- un temps de coordination administrative évalué sur la base de 0,5 ETP administratif de 31 500€ chargé.

Ainsi, le forfait annuel d'un patient suivi en MSMA s'élève à **529€** (cf. tableau ci-dessous).

**Tableau. Construction du forfait annuel par patient d'une microstructure médicale addiction**

	Nb d'actes par patient par an	Coût horaire	Hypothèses	Forfait annuel par patient
Consultation psychologue	5	45 €	Nb d'actes = médiane	225 €
Consultation travailleur social	6	31 €	Nb d'actes = médiane	186 €
Déplacements annuels	-	-	-	5 €
RCP médecin généraliste	4	75 €	Durée moyenne d'une RCP : 1h30 sur la base de 42 patients par MS en moyenne	11 €
RCP psychologue	4	45 €		6 €
RCP travailleur social	4	31 €		4 €
Coordination administrative	-	-	Mi-temps administratif à 31 500€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	38 €
Coordination médicale	-	-	0,3 ETP d'un MG à 75 000€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	54 €
				<b>529 €</b>

Sur cette base, le besoin de financement pour le fonds pour l'innovation du système de santé est estimé pour la durée de l'expérimentation à environ **8,55 M€** pour les 5 régions concernées. Les besoins du financement par région sont détaillés dans les annexes régionales.

Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la caisse nationale d'assurance maladie.

## **X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées**

Au regard des objectifs définis, l'évaluation pourra porter sur plusieurs dimensions. D'abord, l'évaluation du service rendu et de la pertinence de la prise en charge. L'historique des MSMA et les évaluations publiées depuis leur mise en place permet d'argumenter en faveur de la pertinence d'une telle prise en charge. Expérimenter un modèle économique unique nécessite de confirmer ou d'affirmer cette pertinence. Réinterroger le service rendu dans le cadre de l'expérimentation est essentiel dans un objectif de généralisation. Ensuite, développer la coordination de la prise en charge doit avoir un double impact. En premier lieu, la réduction des risques pour le patient en l'amenant à mieux appréhender ses problèmes d'addiction et leurs conséquences et en second lieu, l'accès à une prise en charge au plus près de son lieu de résidence et au plus tôt des besoins. Le second impact concerne l'approche coordonnée et pluriprofessionnelle amenant à un décloisonnement entre les secteurs du système de santé et favorisant ainsi une prise en charge de proximité. Enfin, l'organisation de dispositifs régionaux autour de coordinations médicale et administrative doit représenter une sécurisation et un soutien à la pratique des médecins généralistes. L'impact sur les pratiques professionnelles est un point tout aussi essentiel de l'évaluation.

Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, la liste des indicateurs du tableau ci-dessous n'est pas exhaustive et pourra être complétée par les variables recueillies durant l'expérimentation et centralisée au niveau de la CNRMS. Ainsi, les interventions du psychologue et du travailleur social pourront être évaluées. L'évaluation devra également permettre d'identifier, le cas échéant, une variabilité du nombre de consultations de psychologue et/ ou travailleur social par patient liée à des profils cliniques différenciés ou des situations. Cette analyse sera de nature à permettre d'affiner le modèle économique et la détermination des forfaits par patient.

<b>Social</b>	<b>Relationnel</b>	<b>Santé</b>	<b>Réduction des risques</b>
Ouverture des droits	Fréquence relationnelle familiale	% de patients / psychologue	Arrêt du tabac
Accès à un travail / une scolarité	Autorité parentale	% de patients inclus	Intensité de la consommation
Accès à un logement	Troubles	% primo-accédants	Réduction des consommations
Gestion financière	Activités	Nbre de RCP /patient / an	Arrêt de la

(ouverture de compte)			consommation
Problèmes judiciaires	Problématiques familiales	Fréquence de RCP	
		% TSO	
		Consommation problématique / Consommation	
		Nbre de traitements lancées	
		Précocité de la prise en charge	
		% Traitements VHC/VHB	
		Nbre de dépistages	
		Consultation après reprise de consommation	

### **XI. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

- Le projet nécessite-t-il de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Les données recueillies lors de l'expérimentation le seront par les médecins et transmises à la coordination nationale. Le système d'information de la CNRMS hébergera ces données et seront mises à la disposition de l'évaluateur. Un consentement sera systématiquement demandé aux patients.

- Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?

La transmission des données se fera de médecin à médecin par le biais de la coordination médicale pour être finalement intégrée au SI de la CNRMS.

- Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.

Le consentement du patient sera systématiquement demandé et l'utilisation des données aura pour unique vocation l'évaluation.

### **XII. Liens d'intérêts**

Il n'y a pas de lien d'intérêt à déclarer

### **XIII. Le cas échéant, fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères**

Cf. notes de bas de page

## EQUIP'ADDICT

---

**Organisation type et modèle économique unique des microstructures médicales**

**addictions pour un développement harmonisé du dispositif au service de la  
population**

**Ile-de-France**

---

### Sommaire

I.	Contexte .....	27
II.	Territoire d'expérimentation .....	28
III.	Stratégie, gouvernance et pilotage du projet.....	32
IV.	Modalités de financement de l'expérimentation .....	33
V.	Sigles et acronymes .....	35

## I. Contexte

### Etat des lieux des consommations en Ile-de-France

La prévalence du tabagisme, chez la population adulte, est moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France (en 2017, 21,3% versus 31,9% au niveau national)<sup>10</sup>. Il est néanmoins observé de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

Les hommes franciliens ont des niveaux d'usage d'alcool quotidien inférieurs à ceux des autres régions (13,0 % en Île-de-France contre 20,3% dans le reste de la France)<sup>11</sup>. En revanche, chez les femmes, les consommations sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Concernant les drogues illicites, la région se caractérise par des expérimentations inquiétantes et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis (37,0 % en Île-de-France contre 31,3 % hors Île-de-France), le poppers (6,6 % contre 5,0 %) et la cocaïne (4,7 % contre 3,4 %)<sup>12</sup>.

Chez les jeunes, les données comparant la région Île-de-France au reste de la France montrent des consommations moindres des Franciliens. Néanmoins, l'Île-de-France est un territoire très hétérogène et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement avec notamment la diffusion d'autres modes de consommation. Il est aussi observé des niveaux d'usage encore relativement élevés et problématiques, des expérimentations inquiétantes, le développement de poly-consommations marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massives, un tabagisme qui reste élevé notamment chez les filles avec une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien, une persistance de la consommation de cannabis avec près de 1 jeune Francilien sur 2 qui en a fait l'expérimentation.

### Politique régionale

Les conduites addictives constituent une priorité du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022. L'ARS Île-de-France, dans la continuité de la politique développée à travers les plans gouvernementaux successifs, s'est donné pour objectif de :

- Renforcer la prévention et réduire les risques et les dommages ;
- Poursuivre la structuration et le renforcement de l'offre médico-sociale et hospitalière en addictologie ;
- Poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement pour garantir l'adéquation du parcours de vie et de soins aux besoins des personnes.

Le projet d'expérimentation « Equip'addict » s'inscrit tout particulièrement dans l'axe 1 du PRS « Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires » en permettant de renforcer les passerelles entre les dispositifs spécialisés en addictologie et la médecine de ville.

<sup>10</sup> La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017

<sup>11</sup> Consommation d'alcool : fréquence et usages à risque chez les Franciliens, résultats du baromètre santé 2010

<sup>12</sup> Consommation du cannabis et d'autres drogues illicites chez les Franciliens, ORS 2013

## Enjeu de l'expérimentation

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin généraliste constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Pour autant, ils sont nombreux à être en difficulté devant cette patientèle pour différentes raisons : manque de formation ; temporalité des consultations ; situations complexes faisant appel à des compétences en dehors du champ de compétences d'un médecin généraliste.

La création des microstructures addictions est née de la volonté d'améliorer la prise en charge de certains patients complexes du cabinet, confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies, en proposant un suivi médico-psychosocial de proximité. L'originalité de cette pratique tient à la réunion dans un seul lieu, le cabinet du médecin généraliste, d'intervenants jusque-là dispersés dans diverses institutions. Elle positionne le premier recours comme entrée dans le parcours et les CSAPA et les CAARUD comme « centres ressources ».

Les microstructures fonctionnent en réseau et s'inscrivent en complémentarité de l'existant. Chaque microstructure est une entité d'un maillage territorial et partenarial avec le secteur hospitalier, le secteur psychiatrique, le dispositif spécialisé médico-social, le champ social...

En trouvant chez leur médecin les compétences nécessaires, la démarche des patients s'en trouve grandement facilitée.

## II. Territoire d'expérimentation

### Offre territoriale actuelle

La région Île-de-France dispose d'une offre médico-sociale globale diversifiée avec 69 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique) et 19 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

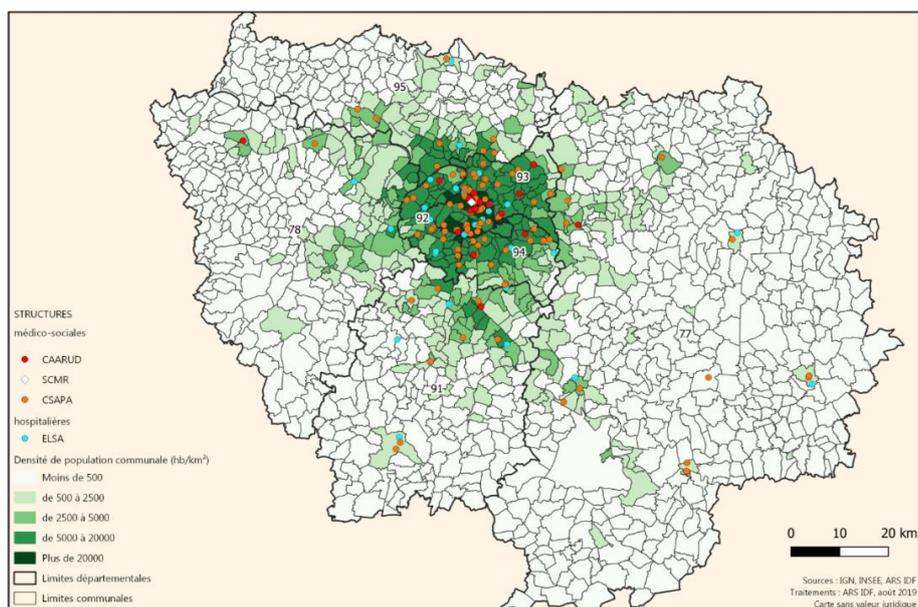
La région compte également une salle de consommation à moindre risque portée par un CAARUD dans le cadre d'une expérimentation nationale.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'offre à destination des jeunes consommateurs, 41 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) adossées aux CSAPA sont recensées.

L'offre hospitalière en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par 45 ELSA (équipe de liaison et de soin en addictologie), 59 consultations d'addictologie (parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes rattachées au milieu hospitalier), 7 unités de sevrage simple, 3 HDJA (hôpital de jour en addictologie), 11 unités de sevrage complexe, 4 soins de suite et de réadaptation, 5 unités de recherche.

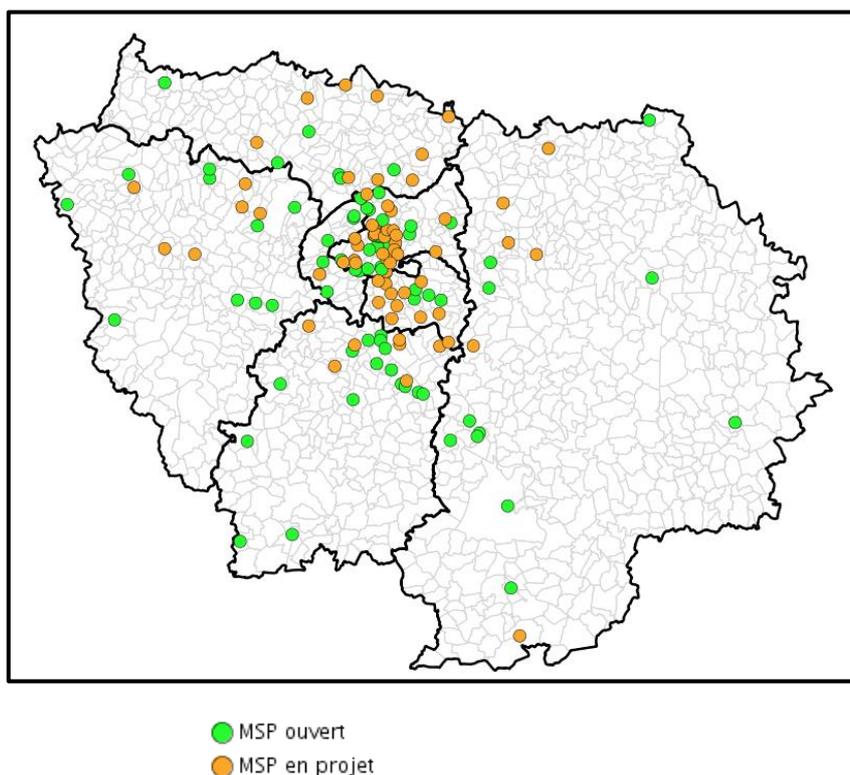
Au 31 décembre 2018, l'Île-de-France compte 912 places autorisées d'appartements de coordination thérapeutiques (ACT), 413 places autorisées de lits haltes soins santé (LHSS) ainsi que 72 places autorisées de lits d'accueil médicalisés (LAM).

### Cartographie de l'offre de soins en addictologie dans la région Ile-de-France en 2019

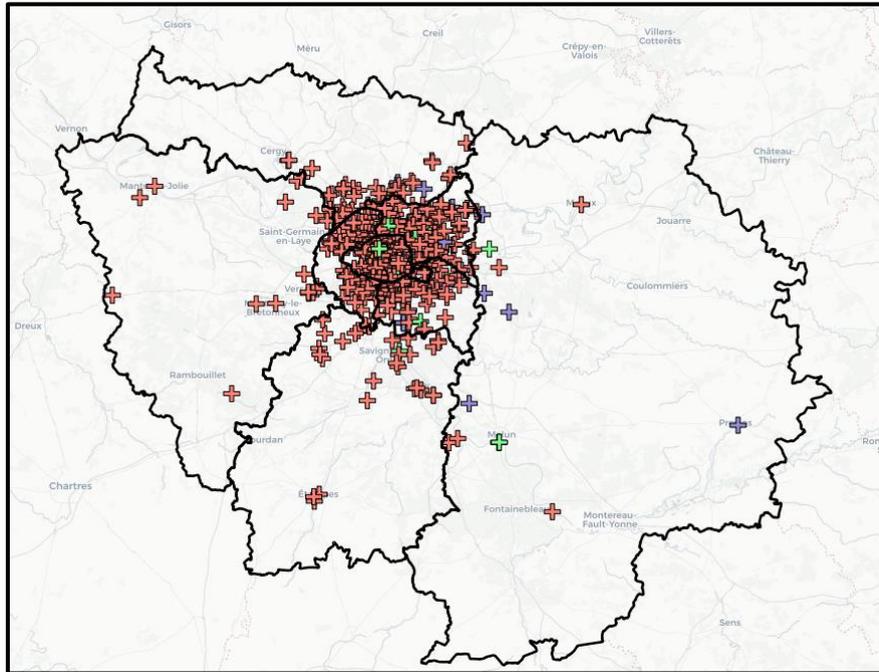


Le territoire francilien recense par ailleurs 101 maisons et pôles de santé pluri-professionnels et près de 500 centres de santé sur son territoire. Ce large déploiement des structures d'exercice coordonné permet un maillage territorial particulièrement riche et complémentaire à l'implantation des structures spécialisée en addictologie.

### Cartographie de l'implantation des maisons et pôles de santé pluri-professionnels



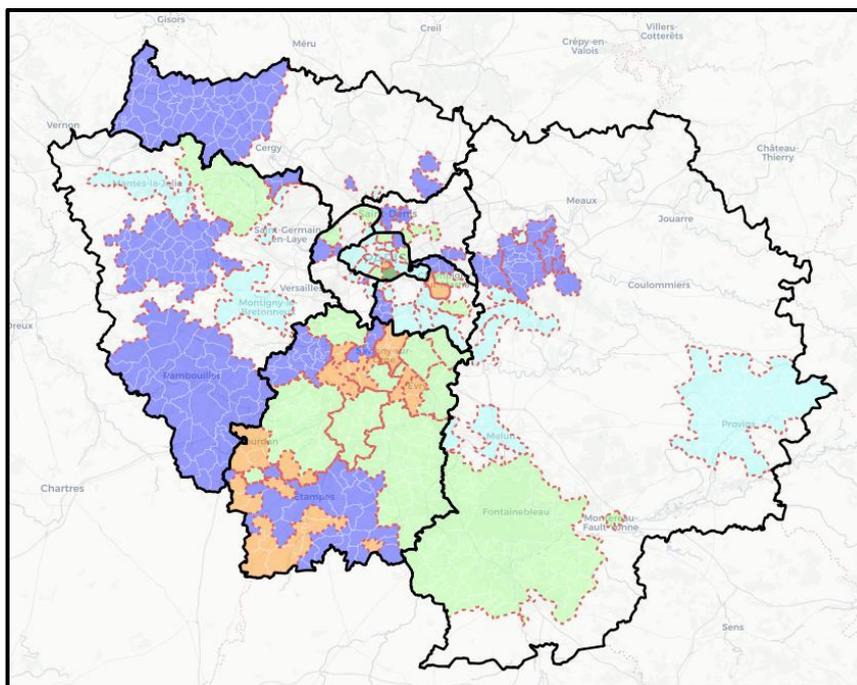
## Cartographie des centres de santé d'Île-de-France



- + Centre de Santé
- + Centre Santé Polyvalent
- + Centre de soins et de prévention
- + Centre de Soins Médicaux

Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constitue également un axe fort de l'Agence pour structurer les soins primaires et favoriser des prises en charge coordonnées. À ce jour, 78 projets sont en cours et une CPTS est d'ores et déjà opérationnelle. Ces initiatives émanent pour la plupart de professionnels ayant déjà une expérience de coordination dans des territoires de proximité, représentant ainsi une porte d'entrée intéressante pour consolider les parcours en addictologie.

## Cartographie des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en cours de constitution ou constitués



- Phase 2 : CPTS en fonctionnement
- Phase 1 : Projet en cours de constitution, accompagné par l'ARS
- Initiative connue de l'ARS : initiative en début de formalisation
- Initiative connue de l'ARS : déclaration d'intérêt, pas de projet formalisé
- Territoire en cours de conciliation (2 projets sur le même territoire)

L'ARS Île-de-France entend s'appuyer sur des dispositifs de coordination, type plateforme territoriale d'appui (PTA) et communauté professionnelle territoriales de santé (CPTS), ainsi que sur les structures d'exercice coordonné déjà existantes pour créer des passerelles entre les dispositifs spécialisés en addictologie et la médecine de ville.

Elle veillera également à articuler le déploiement territorial des MSMA avec des projets tels que les « coopératives d'acteurs » et le dispositif « ACT un chez soi d'abord » afin de développer un « panier de services » pour les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage.

### III. Stratégie, gouvernance et pilotage du projet

L'ARS Île-de-France se donne pour objectif de déployer 40 microstructures médicales addictions à l'horizon de 2022. La montée en charge du réseau de microstructures se réalisera en deux temps :

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 – avec l'intégration des 4 MSMA existantes et la création de 8 nouvelles MSMA qui seront sélectionnées en cours d'année (au fil de l'eau ou suite à l'appel à candidature) et intégrées dans l'expérimentation via un arrêté rectificatif.  
Il s'agira de :
  - doubler l'offre existante en Seine-Saint-Denis
  - étendre l'expérimentation sur des territoires déficitaires, tels que par exemple la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise
  - déployer les MSMA en articulation avec le dispositif « ACT un chez soi d'abord » (Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis) pour bâtir une offre de prise en charge globale répondant aux besoins des personnes en grande précarité souffrant de comorbidités psychiatriques et ayant des conduites addictives
  - s'inscrire en complémentarité d'autres outils de coordination tels que les CPTS, CLS et les coopératives d'acteurs
- Au 1<sup>er</sup> janvier 2021 – avec l'inclusion de 28 MSMA supplémentaires, intégrées dans l'expérimentation via un autre arrêté modificatif.

Le projet de montée en charge des 40 microstructures médicales addictions franciliennes cible un total de 3 384 patients au terme de l'expérimentation.

Un appel à candidatures sera lancé dès la publication de l'arrêté d'autorisation pour identifier les nouvelles MSMA qui intégreront l'expérimentation soit courant 2020, soit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021. Aussi, des réunions partenaires seront organisées dès novembre 2019 et tout au long de l'année 2020 pour présenter la démarche et mobiliser les acteurs susceptibles de répondre à l'appel à candidatures.

Les MSMA ont vocation à être développées sur l'ensemble des départements de l'Île-de-France, en s'appuyant sur les besoins identifiés, pour mieux relever le défi de l'organisation des parcours des conduites addictives. Toutefois, le déploiement des MSMA s'organisera en fonction des candidatures reçues et priorisera les zones d'implantation cumulant des indicateurs de santé défavorables et de fortes inégalités sociales de santé.

Le réseau régional des MSMA Ile-de-France s'inscrit pleinement dans le cadre établi par le cahier des charges socle. La coordination médicale et administrative sera réalisée à une échelle infrarégionale par les CSAPA et/ou CAARUD portés volontaires.

Des formations régionales seront proposées aux acteurs retenus dans le cadre de l'appel à candidatures afin d'assurer la qualité et la cohérence des soins prodigués dans les MSMA. La coordination nationale des réseaux de microstructures sera chargée de former les acteurs au concept de microstructure dès la fin de l'année 2019. Par ailleurs, les médecins des MSMA bénéficieront de formations sur les conduites addictives (RPIB, prescriptions TSN – TSO – traitements hépatite C) ainsi que sur les approches motivationnelles (entretien motivationnel). Ces dernières seront mises en place en 2020 et 2021 en coopération étroite avec des acteurs régionaux spécialisés en addictologie.

Le pilotage et la coordination régionale seront assurés par l'ARS Île-de-France. Aussi, deux instances de gouvernance sont prévues dans le cadre de l'expérimentation francilienne : un COPIL régional et un comité de suivi départemental.

Sous l'égide du directeur de l'ARS Île-de-France, le COPIL régional, associe la DCGDR, la MILDECA, la coordination médicale des MSMA, la FémaSIF, FNCS, des représentants des URPS médecins et pharmaciens, des représentants des collectivités territoriales, ainsi que la coordination nationale des microstructures addictions le cas échéant. Le COPIL régional définit et valide les orientations stratégiques, suit le déploiement des MSMA et s'assure de leur bon fonctionnement. Cette instance se réunit une à deux fois par an.

Le comité de suivi départemental, plus opérationnel, apporte un soutien à la mise en œuvre, assure le suivi technique et veille à la cohérence territoriale des actions. L'instance est pilotée par les délégations départementales ARS et réunie la coordination médicale des MSMA, les professionnels des MSMA, la CPAM, des représentants des collectivités, les établissements de santé et médico-sociaux, le secteur associatif, les acteurs sociaux, les structures de soins psychiatriques, etc.

#### **IV. Modalités de financement de l'expérimentation**

Les forfaits sont versés à l'inclusion du patient. Selon les modalités retenues par la CNAM le versement se fera en une ou deux fois. La mise à disposition de personnels de la part des CSAPA et/ou CAARUD nécessite de poser pour règle que tout forfait débuté est dû. En ce sens, le circuit de contrôle des interventions des professionnels est essentiel et s'organisera avec la coordination médicale et par le biais du système d'information de la coordination nationale.

Les financements seront versés directement au médecin pour sa part de coordination soit 11€ par forfait. Il sera donc privilégié un circuit direct par le biais de la plateforme CNAM.

Le reste du forfait sera redistribué aux différents intervenants par la coordination administrative. Le circuit de facturation sera défini de manière plus précise avec la CNAM après validation du présent cahier des charges et une fois les MSMA retenues identifiées.

	2020		2021		2022		TOTAL
<b>Prise en charge forfaitaire des patients par l'Assurance Maladie au titre du FISS</b>							
MSMA	File active	Coût	File active	Coût	File active	Coût	
12 MSMA	504	266 616 €					266 616 €
40 MSMA (30 patients)			1200	634 800 €			634 800 €
40 MSMA (42 patients)					1680	888 720 €	888 720 €
							<b>1 790 136 €</b>

	2019	2020	2021	2022	
<b>Contribution mutualisée avec les autres régions expérimentatrices aux prestations fournies par la CNRMS</b>					
<b>Prestations CNRMS</b>	<b>Coût</b>	<b>Coût</b>	<b>Coût</b>	<b>Coût</b>	
Recueil et préparation des données <i>0,5 ETP x 60000€ par an/5 régions</i>	1 500 €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	
Maintenance du SI <i>1000€ par an par 5 an/5 régions</i>		200 €	200 €	200 €	
Hébergement des données <i>3600€ par an/5 régions</i>		720 €	720 €	720 €	
Participation au COPIL régional <i>1 déplacement annuel</i>		500 €	500 €	500 €	
Participation au COPIL national <i>2 déplacements annuels 1000€ par an/5 régions</i>		200 €	200 €	200 €	
Participation aux sessions de formation régionales <i>5 déplacements de 2 personnes pour les sessions de formation: 3 en 2019 et 5 en 2020</i>	3 000 €	5 000 €			
Frais de structure CNRMS <i>10000€ pour la durée de l'expérimentation/5 régions</i>	500 €	500 €	500 €	500 €	
<b>TOTAL prestation CNRMS</b>	<b>5 000 €</b>	<b>13 120 €</b>	<b>8 120 €</b>	<b>8 120 €</b>	
<b>Autres dépenses d'ingénierie de projet et crédits d'amorçage</b>					
Crédits d'amorçage	-	16 000 €	56 000 €	-	
<i>Permanences initiales psychologue et travailleur social sur 8 semaines 3h/semaine rémunérées à hauteur de 1824€, soit (31€+45€)*3h*8s, arrondis à 2000€ en incluant une contribution forfaitaire aux frais de déplacement: 8 MSMA en 2020 et 28 MSMA en 2021</i>					
Formation	-	23 700 €	7 900 €	-	
<i>Financement du coût pédagogique de modules de formation de 2 jours pour 3 professionnels de santé hors DPC Chaque session permettant de former 5 MSMA dont 6 sessions en 2020 et 2 sessions en 2021 - coût de la session : 1100 € + (950 € *3) = 3950 €</i>					
<b>TOTAL autres dépenses</b>	<b>-</b>	<b>39 700 €</b>	<b>63 900 €</b>	<b>-</b>	
<b>TOTAL FIR</b>	<b>5 000 €</b>	<b>52 820 €</b>	<b>72 020 €</b>	<b>8 120 €</b>	<b>137 960 €</b>

## V. Sigles et acronymes

ACT : appartements de coordination thérapeutiques

ARS : agence régionale de santé

CAARUD : centre d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CJC : consultations jeunes consommateurs

CLS : contrat local de santé

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriales de santé

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DCGDR : direction de la coordination de la gestion du risque

ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

FEMASIF : fédération des maisons et pôles de santé en Ile-de-France

FIR : fonds d'intervention régional

FISS : fonds pour l'innovation du système de santé

FNCS : fédération nationale des centres de santé

HDJA : hôpital de jour en addictologie

LAM : lits d'accueil médicalisés

LHSS : lits haltes soins santé

MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MSMA : microstructure médicale addiction

PRS : projet régional de santé 2018-2022

PTA : plateforme territoriale d'appui

RPIB : repérage précoce et à l'intervention brève

TSN : traitements de substitution nicotiques

TSO : traitements de substitution aux opiacés

URPS : unions régionales de professionnels de santé

---

## Annexe 2

### Liste des microstructures médicales addictions participantes à l'expérimentation

---

- **Centre Médical de Santé Pierrefitte, 20 rue Gueroux, 93380 Pierrefitt-sur-Seine**

Dr Salah Djouhri

Dr Béatrice Hubert

Dr Mohamed Gharmaoui

Dr Sylvie Vernerey

Dr Valérie Vinçon

Dr Sabine Taifour

- **Maison de Santé Pluriprofessionnelles des Joncherolles, 45 Chemin des Joncherolles, 93380 Pierrefitte-sur-Seine**

Dr Pascal Chaufourier

Dr Carine D'Almeida

- **Cabinet médical, Cité De La Saussaie 2 Rue Des Aulnes, 93200 Saint-Denis**

Dr Katia Toulotte

Dr Frédéric Courage

- **Maison de santé, 2 rue Lacepède, 93800 Epinay-sur-Seine**

Dr Dehbia Cherif

Dr Bruno Lapoutre

Dr Ahmed Hallouchi

Dr Valérie Zélin

Agence Régionale de Santé

IDF-2019-12-20-072

ARRÊTÉ n° DIRNOV/2019/11

Portant approbation de la convention constitutive du  
Groupement d'intérêt public « Numéro  
Unique Régional (NUR) »

## ARRÊTÉ n° DIRNOV/2019/11

Portant approbation de la convention constitutive du Groupement d'intérêt public « Numéro Unique Régional (NUR) »

Le directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

VU le chapitre II de la loi n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit ;

VU le décret n°2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public ;

VU l'arrêté du 23 mars 2012 pris en application de l'article 3 du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public ;

VU le décret n°2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit applicable aux personnels des groupements d'intérêt public ;

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU le décret du 25 juillet 2018 portant nomination du directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France, M. Aurélien ROUSSEAU ;

VU le procès-verbal de l'Assemblée générale constitutive du groupement du 30 septembre 2019 ;

VU l'avis favorable, du directeur régional des finances publiques d'Ile-de-France et de Paris, en date du 18 décembre 2019 ;

CONSIDERANT que le projet de convention constitutive présenté est conforme aux dispositions légales et réglementaires précitées.

### A R R Ê T E

**Article 1<sup>er</sup>** : La convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Numéro Unique Régional (NUR) », signée le 30 septembre 2019 et figurant en annexe du présent arrêté, est approuvée.



**Article 2** : Le siège social du groupement d'intérêt public « Numéro Unique Régional » est situé C/O URPS médecins libéraux d'Ile-de-France, 12 rue Cabanis, 75014 Paris.

**Article 3** : Le présent arrêté et la convention constitutive du groupement peuvent être consultés par toute personne intéressée au siège du groupement et de l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

Ils sont également mis à disposition du public sous forme électronique sur le site internet de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et de l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) - Médecins libéraux.

**Article 4** : Le directeur de l'innovation de la recherche et de la transformation numérique est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Ile-de-France.

Fait à Paris, le 20 décembre 2019

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France

**SIGNE**

Aurélien ROUSSEAU

**CONVENTION CONSTITUTIVE DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC**  
**« Numéro Unique Régional »**

## PRÉAMBULE

Les besoins de la population du territoire francilien en termes d'offre libérale de ville n'ont cessé de croître ces dernières années. Cette tendance devrait encore s'accroître à l'avenir et dans toutes les spécialités.

Ce constat, partagé par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France et l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins d'Ile-de-France a construit la volonté commune des Partenaires de renforcer l'offre de soins ambulatoire, objectif au cœur du Projet Régional de Santé 2018-2022.

Aussi, le 6 juillet 2017 était signé un protocole d'accord entre l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins d'Ile-de-France et l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France ayant pour objet « *de définir les axes de travail communs aux Parties ainsi que les engagements des Parties concernant leur réalisation* » afin notamment de redynamiser la présence des médecins libéraux dans la région.

Sur la base d'axes de travail partagés définis dans le Protocole et portant en priorité sur le maintien d'une offre de soins et d'un accès aux soins répondant aux besoins de la population en Ile-de-France, les deux Partenaires se sont accordés afin de conduire ensemble des actions concrètes en vue d'améliorer l'accès aux soins des patients en tout point du territoire francilien.

Dans cette perspective, l'Agence Régionale de Santé et l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins d'Ile-de-France ont d'ores-et-déjà mis en place au niveau départemental des APTA (Associations plateforme territoriale d'appui) dont l'objectif est de promouvoir auprès des professionnels de santé libéraux, en particulier des médecins, les dispositifs d'appui à la coordination et le déploiement d'une plate-forme numérique de services Terr-ESanté.

Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes en concertation avec les représentants des professionnels contribuent en effet à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

Parmi ces fonctions d'appui, la coordination de la prise en charge des parcours de santé complexes relève du champ de compétences de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (articles L.1431-2 et L. 6327-1 du code de la santé publique) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins d'Ile-de-France. Aussi, ces deux acteurs se sont rapprochés aux fins de déterminer le dispositif qui permettrait une meilleure articulation de leurs actions.

Au terme de leurs réflexions, les Partenaires sont convenus de constituer, au niveau régional, une plateforme téléphonique adossée à la plateforme numérique Terr-ESanté. Elle vise à permettre, par le biais d'un numéro téléphonique court à destination des professionnels de santé libéraux du bassin francilien, d'aider à leur information, et à les accompagner dans l'orientation et la coordination des parcours de santé complexe.

Il a été convenu que cette régulation devra se faire à l'échelon régional via la mise en œuvre d'une coopération organique propice à favoriser la mutualisation des moyens et le renforcement des liens entre les Partenaires (ARS et URPS médecins Île-de-France) grâce à la mise en place d'une structure commune, gérée conjointement.

Considérant la nature des missions d'intérêt général dévolues à l'Agence régionale de Santé Ile-de-France, établissement public administratif de l'Etat et le principe de spécialité auquel les Partenaires sont soumis, il a été convenu que la plateforme téléphonique d'appui à constituer devait être structurée par la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public.



Il est précisé que l'URPS médecins Île-de-France participe à la constitution du présent Groupement en sa qualité de représentant des médecins libéraux d'Île-de-France. Les contributions financières apportées par l'Union régionale des professionnels de santé médecins Île-de-France seront issues des cotisations de ses adhérents, au bénéfice desquels sera constituée la plateforme téléphonique d'appui.

*Vu la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit,*

*Vu le décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif au groupement d'intérêt public,*

*Vu le Code de la santé publique, et notamment les articles 1431-2 et L.6327-1 ;*

**CECI ÉTANT EXPOSÉ IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :**

Handwritten signature and mark in blue ink, consisting of a stylized 'S' or '5' shape followed by a signature.

**Titre I**  
**Constitution du Groupement**

**Article 1. Création**

Il est constitué :

**ENTRE :**

**L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

Etablissement public administratif de l'Etat

Dont le siège est Immeuble « Le Millénaire 2 » - 35 rue de la Gare à (75935) PARIS cedex 19

Représentée par son Directeur Général, Monsieur Aurélien ROUSSEAU, dûment habilité à cet effet

Ci-après désignée « *L'ARS Ile-de-France* »

**ET**

**L'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins d'Ile-de-France**

En sa qualité de représentant des médecins libéraux adhérents

Association déclarée régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901

Dont le siège est 12 rue Cabanis à (75014) PARIS

Représentée par son Président, Monsieur Bruno SILBERMAN, dûment habilité à cet effet

Ci-après désignée « *L'URPS médecins d'Ile-de-France* »

Un groupement d'intérêt public, ci-après désigné « *Le Groupement* » régi par les articles 98 et suivants de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit et ses textes d'application, par tous les textes subséquents, ainsi que la présente convention constitutive et le règlement intérieur s'il en est constitué un.

L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France et l'URPS médecins d'Ile-de-France sont collectivement désignées « *Les Membres* ».

**Article 2. Dénomination**

Le Groupement est dénommé :

**« Numéro Unique Régional »**

Il pourra également être désigné sous l'acronyme « NUR ».

Dans tous les actes et documents émanant du Groupement et destinés aux tiers, en particulier les lettres, factures, annonces et publications diverses, devra figurer la dénomination mentionnée ci-dessus suivie de la mention « groupement d'intérêt public ».

**Article 3. Objet et principes d'intervention**

Page 4 sur 25



### Article 3.1. Objet

Le Groupement a pour objet d'encadrer, d'organiser et de porter la création et la gestion de la plateforme téléphonique d'orientation et d'information des professionnels de santé du bassin francilien afin de les accompagner dans leur démarche d'orientation des patients complexes.

A ce titre, le Groupement :

- 1) Sollicite auprès des opérateurs du marché de la téléphonie l'attribution d'un numéro court à tarification gratuite à son bénéfice ;
- 2) Porte les financements nécessaires à l'attribution dudit numéro court ;
- 3) Organise l'exploitation de la ressource téléphonique qui lui sera attribuée ;
- 4) Assure la régulation de la plateforme téléphonique d'orientation et d'information.

A cet effet le Groupement :

- Se dote des infrastructures immobilières et mobilières indispensables à la réalisation de ses missions ;
- Permet la mutualisation des moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation de son objet ;
- Permet le recrutement à titre complémentaires de personnels ;
- Instaure des indicateurs de suivi de ses actions ;

Dans le cadre de ces missions, le Groupement peut notamment :

- Participer à toute structure en corrélation avec son objet ou permettant de le réaliser ;
- Répondre à des appels à projets concourant directement à son objet ;
- Intervenir en tant que centrale d'achats ou groupement de commandes pour tout ou partie de ses Membres dans des conditions précisées au règlement intérieur.

De manière générale, le Groupement est en charge de mener toute opération, validée en Assemblée générale, nécessaire à la réalisation de son objet.

Le Groupement pourra conclure tout contrat nécessaire à la réalisation de son objet social y compris faire appel à des prestataires extérieurs ou conclure des contrats de prêt nécessaires au financement d'acquisition de matériel utile à la réalisation de son objet.

Conformément au principe de spécialité opposable aux personnes morales tant de droit privé que de droit public, toute compétence que les Membres n'auraient pas expressément confiée au Groupement relève exclusivement de la responsabilité respective de chacun des Membres.

L'objet du Groupement peut être modifié par l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article 22 du présent contrat constitutif.

Le Groupement ne poursuit pas de but lucratif.

### Article 3.2. Principes d'intervention

Les activités du Groupement n'excéderont pas le ressort de la région Ile-de-France.

Cependant, le Groupement peut être amené à intervenir à un niveau interrégional voire national dans le cadre de coopérations.

Dans la réalisation de ses missions, le Groupement veille au respect des principes directeurs suivants et prend toute mesure nécessaire à leur effectivité :

- Il veille à respecter un principe général de transparence dans les actions qu'il conduit. En particulier, il prend toute mesure visant à prévenir toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés de nature à influencer l'exercice de ses missions d'intérêt général ;
- Dans ce cadre, l'admission de nouveaux Membres devra assurer le respect de l'intérêt général dans le cadre duquel s'inscrivent les missions du Groupement ;
- Il veille au respect des règles de la commande publique en cas de recours à des prestataires externes ;

Des procédures internes pourront en tant que de besoin venir préciser les modalités de mise en œuvre de ces principes. Elles seront alors précisées dans le règlement intérieur.

#### **Article 4. Siège social**

Le Groupement a son siège social :

C/O URPS médecins libéraux d'Ile-de-France  
12 rue Cabanis  
75014 Paris

Le siège pourra être transféré en tout autre lieu sur délibération de l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article 22 de la présente convention constitutive.

#### **Article 5. Durée**

Le Groupement est constitué pour une durée indéterminée qui commence à courir à compter de la publication de l'arrêté portant approbation la présente convention constitutive.

#### **Article 6. Personnalité morale**

Le Groupement jouit de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'arrêté portant approbation de la présente convention constitutive.

#### **Article 7. Nature juridique**

Le Groupement est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière.  
Son activité revêt un caractère industriel et commercial.

#### **Article 8. Capital**

Page 6 sur 25

Le Groupement est constitué sans capital.

Les Membres déclarent n'effectuer aucun apport en nature.

## Titre II

### Adhésion, Droits et Obligations des Membres

#### Article 9. Adhésion de nouveaux membres

Compte-tenu de son objet, le Groupement n'a pas vocation à accueillir de nouveaux membres.

Toutefois, dans l'hypothèse où la réalisation de l'objet du Groupement serait facilitée par de nouvelles adhésions, la procédure d'admission sera celle décrite ci-après :

Ne pourront solliciter leur admission au Groupement que les personnes morales répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- Être une personne morale de droit public ou de droit privé visée aux articles 98 et 103 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit ;
- Assurer une activité de représentation des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients complexes ;
- S'engager à respecter la présente convention constitutive et le règlement intérieur du Groupement ;

La décision d'admission d'un nouveau Membre au Groupement est adoptée en Assemblée Générale statuant à l'unanimité des droits des Membres.

Le nouveau Membre est tenu des dettes antérieurement contractées par le Groupement selon les modalités arrêtées par décision de l'Assemblée générale. Sauf dérogation, le nouveau Membre sera tenu des dettes antérieures à son admission au prorata de sa participation aux charges du Groupement, à compter de la publication de son admission.

Tout nouveau Membre est réputé adhérer aux dispositions de la présente convention et de ses annexes ; du règlement intérieur, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du Groupement et qui s'appliqueraient aux Membres de celui-ci.

La décision de l'Assemblée générale prise à l'unanimité des membres présents ou représentés porte avenant à la convention constitutive.

L'avenant soumis à l'approbation des autorités compétentes précise à minima :

- L'identité et la qualité du nouveau Membre ;
- La nouvelle répartition des droits au sein du Groupement ;
- Les conditions dans lesquelles le nouveau membre est tenu des dettes du Groupement existant à la date effective de son adhésion ;
- Le cas échéant, les autres modifications de la convention constitutive liées à cette adhésion.

Une fois approuvé, l'avenant à la présente convention fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

L'adhésion d'un membre en cours d'année ne lui confère les droits statutaires prévus qu'à compter de la date effective de son adhésion.

L'admission est définitive à la date fixée par l'Assemblée générale et opposable aux tiers à compter de la publication de l'acte d'approbation de l'avenant dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

#### **Article 10. Retrait d'un Membre**

- a) Dans l'hypothèse où, en cours d'exécution de la présente convention, le Groupement serait composé de plus de deux Membres, tout Membre pourra s'en retirer sous réserve du respect de la procédure décrite ci-après :

Le retrait ne pourra intervenir qu'à l'expiration d'un exercice budgétaire.

Le Membre du Groupement désirant se retirer doit notifier son intention au Directeur du Groupement par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, au moins six (6) mois avant la clôture de l'exercice budgétaire au terme duquel interviendra son retrait et sous réserve que les modalités, notamment financières, de ce retrait, aient reçu l'accord de l'Assemblée générale à la majorité des deux tiers des droits des Membres présents ou représentés. Les droits du Membre retrayant ne sont pas pris en compte dans le vote portant sur son retrait.

Le Directeur avise aussitôt chaque Membre de la demande de retrait et convoque une Assemblée générale qui doit se tenir au plus tard dans les soixante (60) jours.

L'Assemblée générale constate par délibération le retrait du Membre, détermine les conditions dans lesquelles les activités menées en commun pour le compte des Membres peuvent être continuées, arrête la date effective du retrait et procède à l'arrêté contradictoire des comptes.

A défaut de reprise par un tiers de tout ou partie de ses droits et obligations dans le Groupement, le retrayant doit supporter les conséquences financières de son retrait à proportion des droits et obligations qui n'ont pu être repris.

Le bilan fait état des dettes éventuelles du Groupement à la date du retrait, incluant les dettes échues et les dettes à échoir constatées en comptabilité ainsi que les annuités à échoir des emprunts, crédits-baux ou locations en cours à la date du retrait.

Dans le cas où l'arrêté des comptes fait apparaître un solde positif en faveur du retrayant, le Groupement lui verse les sommes dues dans les soixante (60) jours suivant l'Assemblée Générale qui approuve les comptes de l'exercice à la clôture duquel le retrait a été prononcé.

Dans le cas contraire où il apparaît un solde négatif, le retrayant procède au remboursement des sommes dues dans le même délai.

L'Assemblée générale prend une décision portant avenant à la convention constitutive.

L'avenant soumis à l'approbation des autorités compétentes précise à minima :

- L'identité et la qualité du membre qui se retire ;
- La date d'effet du retrait ;
- La nouvelle répartition des droits au sein du Groupement ;
- Le cas échéant les autres modifications de la convention constitutive liées à ce retrait.

L'avenant à la présente convention une fois approuvé fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

- b) Le Groupement ne comportant que deux Membres, le retrait de l'un des Membres entraîne de plein droit la dissolution du Groupement qui devra être constatée par l'Assemblée Générale, dans les conditions prévues à l'article 32 des présentes.

Dans cette hypothèse, les Membres rechercheront les solutions autorisant la continuité des activités dans le strict respect des intérêts de chacun.

Les modalités sont les suivantes :

Le Membre du Groupement désirant se retirer doit notifier son intention au Directeur du Groupement par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, au moins six (6) mois avant la clôture de l'exercice budgétaire.

A réception de la notification d'intention de retrait, le Directeur engage sans délai une procédure de conciliation prévue à l'article 31 de la présente convention constitutive, sauf si les Membres renoncent mutuellement et par écrit à recourir à ladite procédure.

En l'absence de conciliation, ou si les Membres décident de ne pas mettre en œuvre la procédure de conciliation, la procédure de retrait du Membre et de dissolution du Groupement se poursuivra.

En tout état de cause, le retrait du Membre et par conséquent la dissolution du Groupement, ne pourra intervenir qu'à l'expiration d'un exercice budgétaire.

#### **Article 11. Exclusion d'un membre**

- a) Le Groupement ne comportant, à sa création, que deux Membres, la procédure d'exclusion ne peut être engagée.

En cas de non-respect grave ou répété des obligations de l'un des Membres, son co-contractant peut alors engager une procédure de conciliation prévue à l'article 31 des présentes après mise en demeure adressée au Membre concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, de satisfaire à ses obligations et/ou faire cesser un trouble causé au Groupement.

- b) Dans l'hypothèse où le Groupement, serait constitué de plus de deux Membres, l'exclusion de l'un d'entre eux pourra être prononcée par décision de l'Assemblée Générale statuant à l'unanimité des droits des Membres présents ou représentés, en cas de non-respect grave ou répété de ses obligations et à défaut de régularisation dans le mois suivant réception de la mise en demeure adressée par courrier recommandé avec accusé de réception par le Directeur du Groupement.

Le membre défaillant est préalablement entendu par l'Assemblée Générale convoquée au minimum quinze (15) jours à l'avance mais il ne prend pas part au vote étant précisé que ses voix ne sont pas décomptées pour les règles de quorum et de majorité.

L'exclusion est notifiée au Membre exclu par lettre recommandée avec accusé de réception.

La décision de l'Assemblée Générale porte avenant à la convention constitutive et précise a minima :

- L'identité et la qualité du membre exclu ;
- La date d'effet de l'exclusion ;
- La nouvelle répartition des droits au sein dudit Groupement ;
- Le cas échéant, les autres modifications de la convention constitutive liées à cette exclusion.

L'avenant est soumis à l'approbation du des autorités compétentes et fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Le Membre exclu reste tenu des dettes échues ou à échoir contractées par le Groupement jusqu'à sa date d'exclusion.

Il est procédé à l'arrêté des comptes à la date de l'exclusion, selon les modalités et conditions définies dans les présentes.

La répartition des droits statutaires telle que définie à l'article 12 donnera lieu à régularisation à compter de la publication de l'acte d'approbation de l'avenant dans les conditions prévues par les textes en vigueur. Jusqu'à cette date, les voix du Membre exclu ne sont pas décomptées pour l'application des règles de quorum et majorité.

## **Article 12. Droits sociaux**

Le nombre de voix attribuées à chacun des membres lors des votes de l'Assemblée générale est proportionnel aux droits qui leur sont reconnus.

Chaque part donne droit à une voix.

L'attribution des droits sociaux au jour de la signature est la suivante :

- |  |     |
|--|-----|
| - Pour l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France : | 51% |
| - Pour l'URPS médecins d'Ile de France :           | 49% |

Les personnes morales de droit public ou chargées d'une mission de service public doivent nécessairement disposer ensemble de la majorité des voix au sein de l'Assemblée générale du Groupement.

Le total des droits sociaux et leur répartition pourront évoluer notamment au gré de l'adhésion de nouveaux membres ainsi que de l'exclusion ou du retrait de certains autres ou en cas de modification de la convention constitutive.

La régularisation qui en découlera sera effectuée à compter de la publication de l'acte d'approbation de l'avenant dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

## Titre III

### Fonctionnement du Groupement

#### **Article 13. Obligations des Membres**

Les Membres s'engagent à participer activement à la réalisation des objectifs du Groupement et à assurer les missions qui peuvent leur être confiées dans ce cadre.

Les Membres du Groupement ont les droits et obligations qui résultent des dispositions légales ou réglementaires, de la présente convention constitutive, du règlement intérieur et des délibérations prises par l'Assemblée générale.

En particulier, chaque Membre s'engage à respecter et à faire respecter par son personnel la présente convention constitutive et le règlement intérieur du Groupement.

Chaque Membre du Groupement a le droit, dans la proportion du nombre de ses droits sociaux rapportés au nombre total attribué à l'ensemble des Membres du Groupement, de participer avec voix délibérative aux assemblées générales du Groupement.

Les Membres du Groupement sont tenus d'adopter un comportement loyal et sincère propre à assurer la bonne réalisation par le Groupement des missions qui lui sont confiées conformément à l'article 3 des présentes.

En sus des informations données lors des assemblées générales, chaque Membre a le droit d'être informé à tout moment sur l'activité du Groupement, sauf à ce que ce droit dégénère en abus par sa fréquence ou l'importance disproportionnée des renseignements ou informations demandés.

Chaque Membre est tenu de communiquer aux autres, dans les conditions définies par l'Assemblée générale, toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du Groupement.

Dans les rapports entre eux, les membres du Groupement sont tenus des obligations de celui-ci.

#### **Article 14. Modalités d'intervention des personnels**

##### Article 14.1. Régime applicable aux personnels du Groupement

Les personnels du Groupement sont soumis aux dispositions du code du travail.

##### Article 14.2. Personnels mis à disposition

Les Membres du Groupement mettent à disposition de celui-ci leurs personnels, afin de répondre quantitativement et qualitativement aux moyens humains qui sont nécessaires à la réalisation de son objet social, conformément au budget adopté par l'Assemblée Générale.

La mise à la disposition n'est pas une position statutaire.

Les personnels mis à disposition conservent leur propre statut ainsi que les droits et obligations y afférents.

Les modalités de leurs interventions seront déterminées par le règlement intérieur du Groupement.

L'organisation mise en œuvre au sein dudit Groupement respecte l'autonomie et le fonctionnement interne des Membres.

En particulier, ils restent juridiquement rattachés à leur employeur d'origine, restent sous leur autorité hiérarchique et disciplinaire, conservent leur rémunération, leurs droits à avancement etc.

L'employeur d'origine garde la charge de leurs salaires et conserve la responsabilité de leur avancement.

Les mises à disposition du Groupement constituent des participations en nature, lesquelles sont valorisées et remboursées à l'euro près par le Groupement au membre concerné, sauf accord exprès de celui-ci pour que la mise à disposition soit faite à titre gratuit.

Ces personnels sont toutefois placés sous l'autorité fonctionnelle du Directeur du Groupement, à charge pour lui de référer à l'employeur d'origine toute difficulté ou tout manquement dont il aurait à connaître.

Ces personnels sont remis à disposition de leur employeur d'origine :

- Par décision de l'Assemblée générale sur proposition du Directeur ;
- Dans le cas où leur établissement d'origine se retire du Groupement ;
- En cas de dissolution du Groupement.

#### Article 14.3. Personnels propres au Groupement

Pour couvrir ses besoins en personnel par des profils de compétence adaptés à ses missions, le Groupement peut également procéder à des recrutements.

Ces personnels de droit privé relèvent des dispositions des conventions collectives nationales de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, dans les conditions et limites fixées par délibération de l'Assemblée Générale.

Les créations d'emploi au sein du Groupement sont soumises par le directeur à l'approbation de l'Assemblée générale.

Les personnels recrutés n'acquièrent pas de droit particulier à occuper ultérieurement des emplois dans la fonction publique ou dans les organismes participant au Groupement.

Les conditions générales de recrutement et d'emploi des personnels propres sont fixées par délibération de l'Assemblée générale.

En tant que de besoin, les Membres conviennent de mettre en place une institution représentative du personnel propre au Groupement qui serait installée en fonction de la réglementation applicable.

## **Article 15. Mise à disposition de moyens matériels et propriété des équipements**

Les matériels et locaux mis à disposition du Groupement par un membre restent la propriété de ce dernier.

Les mises à disposition du Groupement constituent des participations en nature, lesquelles sont valorisées comme un apport du Membre concerné.

Les conditions de ces mises à disposition seront établies par voie de convention selon les modalités définies au règlement intérieur et les textes en vigueur.

Le Groupement prendra toutes les dispositions pour souscrire les assurances nécessaires à l'utilisation de ces biens.

Les biens acquis par les Membres dans le cadre des activités du Groupement appartiennent au Groupement. En cas de dissolution du Groupement, ils sont dévolus à un ou plusieurs bénéficiaires dans des conditions définies par l'Assemblée générale.

## **Article 16. Budget et comptabilité**

### Article 16.1. Budget

#### 16.1.1. Principes

L'exercice budgétaire débute le 1<sup>er</sup> janvier et s'achève le 31 décembre de de chaque année.

Par exception, le premier exercice du Groupement commence au jour de la prise d'effet de la présente convention.

Le Directeur du Groupement élabore pour chaque exercice un programme d'activité et un projet de budget incluant l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice approuvé chaque année par l'Assemblée générale.

Le budget prévisionnel doit être voté en équilibre.

Un budget rectificatif peut être voté par l'Assemblée générale sur proposition du Directeur, l'Assemblée générale pouvant être convoquée à cette seule fin, notamment en cas de modification imprévisible des conditions économiques ou de la réalisation d'une nouvelle action confiée au GIP en cours d'exercice.

Pour assurer son fonctionnement, les Membres du Groupement peuvent procéder à des mises à disposition en équipements, matériels, personnels dans les conditions prévues aux articles 14 et 15 de la présente convention constitutive et par le règlement intérieur.

#### 16.1.2. Financement

Les ressources du Groupement permettant le financement de ses activités et de ses investissements peuvent être assurées par :

- Les contributions financières annuelles des membres, issues, pour l'URPS médecins Île-de-France, d'une partie des cotisations annuelles de ses adhérents, montant voté annuellement par l'Assemblée générale de l'URPS médecins Île-de-France ;
- La mise à disposition de moyens. Ces mises à disposition sont valorisées sur la base de leur coût réel comme un apport du Membre concerné ;
- De subventions ;
- Des emprunts et autres ressources d'origine contractuelle ;
- Des dons, legs et par le biais du mécénat ;
- Le cas échéant, des produits des biens propres ou mis à leur disposition, la rémunération des prestations et les produits de la propriété intellectuelle.

### **Article 17. Contribution des Membres aux charges du Groupement**

Les modalités de fixation et de contribution aux charges du Groupement sont fixées à proportion des droits sociaux détenus par chacun des Membres du Groupement.

Ces principes de répartition ne peuvent être modifiés que par décision de l'Assemblée générale adoptée à l'unanimité des Membres.

Les modalités de versement des contributions sont précisées dans le règlement intérieur.

### **Article 18. Comptabilité**

La comptabilité du Groupement est tenue et sa gestion est assurée selon les règles du droit privé.

Elle est confiée à un Cabinet d'expertise comptable désigné par l'Assemblée Générale des Membres.

La tenue des comptes est contrôlée par un Commissaire aux comptes nommé par délibération de l'Assemblée générale des Membres.

### **Article 19. Gestion**

Le Directeur du Groupement soumet dans les six (6) mois de la clôture d'un exercice, à l'Assemblée générale des membres, l'approbation des comptes de l'exercice écoulé, l'affectation des résultats et toute modification éventuelle à apporter à la gestion dans le respect du budget annuel.

Le compte financier du Groupement doit être approuvé au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel il se rapporte. Ce compte financier est annexé au compte financier de chaque Membre.

### **Article 20. Résultats**

Le Groupement ne donne pas lieu au partage de bénéfices.

Dans ces conditions, l'Assemblée générale propose les modalités d'affectation de l'excédent éventuel selon les règles suivantes :

Les excédents de recettes dégagés au titre d'un exercice sont :

- Soit reportés sur l'exercice suivant,
- Soit mis en réserve en vue, le cas échéant, de compenser les charges imputables à l'activité concernée,

Lorsqu'un déficit est constaté à la clôture de l'exercice, le résultat déficitaire est reporté sur les exercices suivants conformément à la réglementation comptable applicable au Groupement. L'Assemblée générale prend toute mesure pour rétablir l'équilibre budgétaire dans les meilleurs délais.

#### **Article 21. Responsabilité des Membres aux dettes du Groupement**

La contribution des Membres aux dettes du Groupement est déterminée à raison de leurs contributions aux charges du Groupement.

Ils ne sont pas solidaires à l'égard des tiers.

Le nouveau Membre n'est tenu que des dettes échues à compter de son admission, au prorata de sa contribution aux charges du Groupement.

En cas de retrait ou d'exclusion, et sauf décision contraire de l'Assemblée générale, prise à l'unanimité, un Membre est responsable des dettes du Groupement, échues à la date du retrait ou de l'exclusion, à raison de ses contributions statutaires aux charges du Groupement.

#### **Article 22. Contrôle du Groupement**

Le Groupement est soumis au contrôle des juridictions financières (Cour des comptes et chambres régionales des comptes) dans les conditions prévues aux articles L. 211-1 à L. 211-8 et R. 231-1 du Code des juridictions financières.

### **Titre IV**

#### **Gouvernance**

#### **Article 23. Assemblée générale**

##### Article 23.1. Composition

L'Assemblée générale est composée de l'ensemble des Membres du Groupement.

Chacun des Membres est représenté par trois représentants désignés par leur organe délibératif respectif dont le représentant légal ou son mandataire.

Hors le représentant légal de chacun des Membres, les représentants des Membres susvisés sont désignés pour une durée d'un (1) an renouvelable.

La composition de l'Assemblée générale et la représentation respective de chaque membre est revue autant que de besoin à chaque nouvelle adhésion.

Les représentants des Membres participent librement aux débats.

Toutefois, seul le représentant légal du Membre du Groupement ou, en son absence, son mandataire peut participer au vote.

Les droits de vote par Membre sont déterminés au prorata de leurs droits statutaires définis à l'article 12 de la présente convention.

Un pouvoir spécifique devra être adressé au Directeur du Groupement quarante-huit (48) heures avant l'Assemblée générale dans le cas où le représentant légal souhaiterait désigner un autre mandataire pour la séance.

La personne physique qui perd le titre ou la fonction pour lesquels elle a été désignée, perd sa qualité de représentant de la personne morale Membre à l'Assemblée générale (notamment cas de mutation ou de démission).

Il est de la responsabilité de chaque Membre de signaler cette situation par écrit au Directeur du Groupement et de pourvoir sans délai au remplacement de son représentant.

L'Assemblée générale désigne en son sein un Président qui en assure la présidence pour une durée de trois (3) ans renouvelable.

Le mandat de Président est assuré gratuitement.

L'Assemblée générale élit également en son sein un Vice-Président, pour une durée identique au mandat du Président. Le Vice-Président supplée le Président dans l'exercice de ses fonctions en cas d'empêchement de celui-ci.

En cas d'empêchement ou d'absence de ce dernier, la présidence est assurée dans les conditions définies au règlement intérieur.

Peut être invitée par le Président de l'Assemblée générale ou le Directeur du Groupement et participer aux débats avec voix consultative toute personne dont la présence serait utile à la tenue de l'assemblée.

Le Directeur du Groupement et l'Agent comptable assistent aux réunions de l'Assemblée générale avec voix consultative.

### Article 23.2. Délibérations de l'Assemblée générale

#### 23.2.1. Compétences

L'Assemblée générale délibère sur les questions mises à l'ordre du jour.

L'Assemblée générale des Membres du Groupement prend toute décision relative à l'administration du Groupement, sous réserve des pouvoirs dévolus aux autres instances.

Sont réputées relever de la compétence exclusive de l'Assemblée Générale :

1. Toute modification de la convention constitutive ;
2. Le transfert du siège social du Groupement en un autre lieu ;
3. La transformation du Groupement en une autre structure,
4. La modification de la répartition des droits sociaux ;
5. La dissolution du Groupement ;
6. La définition de la politique générale du Groupement ;
7. Le programme d'activités du Groupement ;
8. L'admission de nouveaux membres, retrait et exclusion,
9. L'adoption et la modification du règlement intérieur ;
10. L'autorisation d'acquisition ou d'aliénation, échange d'immeubles ;
11. Les décisions de recours à l'emprunt ;
12. L'approbation des comptes ;
13. La désignation du Cabinet d'experts comptable visé à l'article 18 de la présente convention ;
14. La désignation du Commissaire aux comptes visé à l'article 18 des présentes ;
15. La prise de participation dans d'autres entités juridiques ;
16. L'acceptation et refus des dons et legs ;
17. L'affectation des éventuels excédents ;
18. Les modalités de dévolution des biens du Groupement.

### 23.2.2. Modalités de délibération

#### a) Règles de quorum

L'Assemblée générale ne délibère valablement que sur les questions portées à l'ordre du jour et si l'ensemble des Membres sont présents ou représentés si le Groupement n'en comprend que deux ou s'il détiennent au moins conjointement les deux tiers des droits sociaux si le Groupement est composé d'au moins trois Membres.

Si le quorum n'est pas atteint, l'Assemblée générale est convoquée au plus tôt cinq (5) jours et au plus tard quinze (15) jours après la première convocation. Des convocations portant le même ordre du jour seront alors adressées aux Membres.

Lors de cette seconde séance, l'Assemblée générale délibère valablement, quels que soient les droits détenus par les membres présents ou représentés.

#### b) Adoption des délibérations

Toutes les délibérations sont adoptées à l'unanimité des droits des Membres si le Groupement n'est composé que de deux Membres ou à la majorité des droits des membres si le Groupement comprend plus de deux Membres.

En tout état de cause, quel que soit le nombre de Membres au Groupement, devront systématiquement être adoptées à l'unanimité des droits des Membres présents ou représentés les délibérations relatives :

1. A toute modification de la convention constitutive ;

2. Au transfert du siège social du Groupement en un autre lieu ;
3. A la transformation du Groupement en une autre structure,
4. A la modification de la répartition des droits sociaux ;
5. A la dissolution du Groupement ;
6. [...]

Les décisions de l'Assemblée Générale des Membres engagent tous les Membres.

### Article 23.3. Convocation et tenue de l'Assemblée générale des Membres

#### 23.3.1. Convocation et ordre du jour

##### a) Convocation

L'Assemblée générale se réunit aussi souvent que nécessaire et au moins une (1) fois par an, sur convocation de son Président.

L'Assemblée générale est convoquée par tout moyen quinze (15) jours au moins avant la tenue de la réunion.

En cas de liquidation, elle est convoquée par le Liquidateur.

Toutefois, l'Assemblée peut se réunir à tout moment sans qu'il soit besoin d'aucune formalité de convocation si tous les Membres du Groupement sont présents ou représentés.

L'Assemblée générale est réunie à la demande du quart au moins des Membres du Groupement ou à la demande d'un ou plusieurs Membres détenant au moins un quart des voix.

La convocation indique l'ordre du jour, la date, l'heure et le lieu de la réunion.

##### b) Ordre du jour

L'ordre du jour est fixé par l'auteur de la convocation et doit être annexé aux convocations.

Cependant, tout Membre du Groupement est en droit de demander l'inscription d'un ordre du jour à la condition que la demande soit adressée au Président cinq (5) jours au plus tard après réception de la convocation à ladite Assemblée.

Dans ce cas, le Président adresse ce nouvel ordre du jour aux Membres.

#### 23.3.2. Tenue de l'Assemblée générale

Il est établi une feuille de présence indiquant les noms, domiciles, dénominations, sièges des Membres et de leurs représentants.

La feuille de présence est émarginée par les Membres de l'Assemblée générale du Groupement.

Les décisions sont constatées par des procès-verbaux établis et signés par le Secrétaire de séance.

Les procès-verbaux sont rassemblés dans un registre spécial déposé avec la feuille de présence et les pouvoirs au siège du Groupement.

Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président et par le Secrétaire de séance.

Le Secrétaire de séance est le Directeur du Groupement.

Le Président de l'Assemblée assure notamment le bon déroulement de la séance, la tenue de l'émargement de la feuille de présence, la vérification du quorum et s'assure de la rédaction du procès-verbal qui est porté sur un registre coté et paraphé, tenu au siège du Groupement.

## **Article 24. Directeur du Groupement**

Le Groupement est doté d'un Directeur qui assure, sous l'autorité de l'Assemblée générale, le fonctionnement du Groupement.

### Article 24.1. Désignation

Le Directeur du Groupement est nommé par l'Assemblée générale pour une durée de trois (3) ans renouvelable.

Les modalités de sa désignation sont définies par le règlement intérieur du Groupement.

Ses modalités de rémunération sont arrêtées par l'Assemblée générale, sur proposition de son Président.

### Article 24.2. Compétences

Le Directeur assure la direction administrative et opérationnelle du Groupement.

A ce titre :

- Il structure l'activité et le fonctionnement du Groupement et a autorité sur les personnels du Groupement ;
- Dans ses rapports avec les tiers, il engage le Groupement pour tout acte entrant dans l'objet de celui-ci ;
- Il est le représentant légal du Groupement, et le représente dans tous les actes de la vie civile et en justice ;
- Il a compétence pour signer les contrats des personnels recrutés en propre par le Groupement et proposer les modalités de rémunération des personnels ;
- Dans le cadre des délibérations produites par l'Assemblée générale il peut être amené à signer des conventions et contrats en matière de dépenses ;
- Il veille aux équilibres budgétaires et financiers du Groupement ;
- Une fois par an, il soumet à l'Assemblée générale un rapport d'activité du Groupement.

Pour toute décision relative à l'organisation du Groupement, le Directeur sollicite préalablement l'agrément du Directoire, dans les conditions prévues à l'article 25 de la présente convention constitutive.

Le Directeur exerce personnellement ces attributions. Cependant, elles peuvent faire l'objet de délégations dans les conditions fixées par le règlement intérieur.

## **Article 25. Directoire**

Il est instauré un Directoire placé auprès du Directeur du Groupement et présidé par lui.

### Article 25.1. Composition

Le Directoire est composé :

- Du Directeur du Groupement ;
- D'un représentant de l'URPS ;
- D'un représentant de l'ARS.

Les représentants des Membres composant le Directoire sont désignés selon les procédures de désignation internes qui leurs sont propres.

Hors le Directeur du Groupement, nommé pour trois (3) ans, les représentants des Membres au sein du Directoire sont désignés pour une durée d'un (1) an renouvelable

### Article 25.2. Compétences

Le Directoire conseille et assiste le Directeur dans la gestion courante et l'organisation du Groupement.

Le Directoire se réunit aussi souvent que nécessaire et au moins une (1) fois par an, sur convocation du Directeur.

Toutefois, le Directoire peut se réunir à tout moment sans qu'il soit besoin d'aucune formalité de convocation si tous ses membres sont présents ou représentés.

Son agrément est sollicité par le Directeur préalablement à toute décision relative à l'organisation du Groupement.

Le Directeur du Groupement ne peut prendre aucune décision relative à l'organisation du Groupement sans avoir obtenu l'agrément préalable du Directoire.

L'agrément du Directoire est délivré au Directeur du Groupement à l'unanimité des voix des Membres qui le composent.

Sont notamment entendues comme concernant l'organisation du Groupement les décisions relatives :

- Au recrutement de personnels ;
- Aux engagements financiers supérieurs à vingt-cinq mille (25 000) €.

## **Article 26. Comité de suivi du Groupement**

Il est instauré un comité de suivi placé auprès du Directeur du Groupement et présidé par le Directeur du Groupement.

### Article 26.1. Composition

Le Comité de suivi comprend :

- Le Directoire ;
- Le Directeur ;
- Le Président de chaque APTA ou son représentant ;
- Un représentant de la fédération des Dispositifs d'Appui à la Coordination lorsqu'elle sera constituée, et à titre transitoire un représentant de l'Association des Réseaux de Santé d'Ile-de-France (RESIF).

Modalités de désignation, renouvellement du mandat, etc.

### Article 26.2. Compétences

Le comité de suivi est l'organe consultatif de pilotage, de suivi et d'évaluation de la coopération.

A ce titre, le comité de suivi est compétent pour :

- 1) Evaluer l'activité du Groupement

Des objectifs de fonctionnement seront fixés chaque année par l'Assemblée générale, sur proposition du comité de suivi, et feront l'objet d'une évaluation à la fin de chaque année civile.

Une évaluation annuelle quantitative et qualitative de l'activité du Groupement est effectuée par le comité de suivi et est présentée lors de la première réunion annuelle de l'Assemblée générale du Groupement.

Les indicateurs de suivi sont précisés par le règlement intérieur.

L'évaluation qualitative porte notamment sur le degré de satisfaction des Membres sur l'efficacité et la réactivité au regard des objectifs fixés.

Ces éléments sont repris dans le Rapport d'activité du Groupement qui doit être préparé par le directeur et soumis aux instances du Groupement.

- 2) Proposer au Directeur des inflexions stratégiques et des ajustements financiers qui seraient rendus nécessaires pour la réalisation de l'objet du Groupement ;
- 3) Proposer toute mesure permettant une meilleure régulation de la plateforme téléphonique ;

#### **Article 27. Instances diverses**

Aux fins d'assister le Directeur dans sa gestion du Groupement et de préparer les décisions de l'Assemblée Générale, les Membres pourront décider de mettre en place des commissions et comités dans le cadre du règlement Intérieur.

En tant que de besoin, les Parties conviennent de mettre en place une institution représentative du personnel propre au Groupement qui serait installée en fonction de la réglementation applicable.

### **Titre V**

#### **Conciliation, Dissolution, Liquidation**

##### **Article 28. Conciliation**

En cas de litige ou de différend survenant entre les Membres du Groupement ou encore entre le Groupement lui-même et l'un de ses Membres à raison de la présente convention, de son interprétation ou de son application, les Parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront respectivement désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de trois (3) mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre Partie.

La proposition de solution amiable sera soumise au Préfet de Paris après avis de l'Assemblée générale.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

##### **Article 29. Dissolution**

Le Groupement est dissous :

- Par l'extinction ou la réalisation de son objet social ;
- Par décision de dissolution anticipée prise par l'Assemblée générale délibérant à l'unanimité des Membres ;
- Par abrogation ou annulation de l'acte d'approbation par l'autorité compétente ;
- Par décision judiciaire pour justes motifs.

Le Groupement n'est pas dissous par la dissolution d'une personne morale Membre du Groupement sauf s'il n'en comporte que deux.

Le retrait d'un Membre ou son exclusion du Groupement ne sont pas des causes de dissolution, sauf lorsque le Groupement n'est constitué que de deux membres ou qu'il apparait manifestement que le Groupement ne peut plus fonctionner sans la participation de l'un de ses membres.

Les membres restent tenus des engagements conclus par le Groupement jusqu'à sa dissolution.

### **Article 30. Liquidation**

La dissolution du Groupement entraîne sa liquidation mais la personnalité morale du Groupement subsiste pour les besoins de celle-ci.

La liquidation est assurée par un liquidateur, désigné, en son sein ou non, par l'Assemblée générale qui définira les conditions de rémunérations, les attributions et l'étendue du pouvoir du liquidateur.

Il peut être révoqué dans les mêmes conditions par l'Assemblée générale.

En tout état de cause, sa nomination et sa révocation ne sont opposables aux tiers qu'à compter de leur publication.

Les Membres sont convoqués en Assemblée générale afin d'approuver le compte définitif et le quitus du liquidateur.

### **Article 31. Dévolution des biens**

Quelle que soit la cause de dissolution, les matériels, équipements et locaux mis à disposition du Groupement par les Membres reviendront en toute propriété au membre concerné, dans les conditions définies dans les conventions.

Après paiement des dettes, l'excédent d'actif éventuel est attribué à un ou plusieurs bénéficiaires conformément aux décisions prises par l'Assemblée générale du Groupement.

## Titre VI

### Dispositions diverses

#### Article 32. Achats

Les achats du Groupement respectent l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics ou tout texte qui leur serait substitué.

Dans le cadre de son objet, le Groupement peut agir comme centrale d'achats ou en qualité de coordonnateur d'un groupement de commandes.

#### Article 33. Partenariats

Le Groupement peut nouer tout partenariat, conclure toute convention et participer à tout groupement dans le respect de son objet social et des textes en vigueur.

#### Article 34. Règlement intérieur

L'Assemblée générale établit, dans les trois (3) mois de la constitution du Groupement, un règlement intérieur relatif au fonctionnement du Groupement, opposable à chacun des membres.

Ce règlement intérieur est modifié autant que de besoin selon la même procédure.

Le Règlement Intérieur devra notamment prévoir :

- Les modalités de désignation du Directeur du Groupement ;
- Les conditions dans lesquelles le Groupement peut intervenir en tant que centrale d'achat ou groupement de commande ;
- Les modalités financières du retrait du Membre ;
- Les modalités selon lesquelles les personnels des Membres sont mis à disposition du Groupement ;
- Les modalités selon lesquelles chacun des Membres met à disposition du Groupement les équipements, locaux, matériels nécessaires à la réalisation de son objet ;
- La détermination des clés de répartition fixant les contributions des Membres aux charges du Groupement et les modalités de leurs versements ;
- Les modalités d'application relatives au budget du Groupement ;
- Les conditions dans lesquelles la présidence de l'Assemblée générale est assurée en cas d'empêchement ou d'absence de son Vice-Président ;
- Les conditions dans lesquelles le Directeur du Groupement peut déléguer une partie de ses attributions ;
- Les indicateurs de suivi nécessaires à l'évaluation de l'activité du Groupement ;

L'adhésion d'un nouveau membre au groupement vaut acceptation du règlement Intérieur.

Chacun des membres veille à sa bonne application par son personnel.

Ce règlement est indissociable de la présente convention constitutive.

Le règlement intérieur est adopté en Assemblée générale par une majorité de deux tiers des voix.

Toute modification du règlement intérieur est adoptée par l'Assemblée générale par une majorité de deux tiers des voix.

### Article 35. Modification de la convention constitutive

La présente convention peut être modifiée par avenant dûment approuvé par l'Assemblée générale dans les conditions fixées aux présentes.

Ces modifications doivent faire l'objet d'une approbation par les autorités compétentes et d'une publication dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

### Article 36. Reprise des engagements antérieurs

Les actes accomplis et justifiés par les Membres pendant la période de formation du Groupement et antérieurement à la naissance juridique de sa personnalité morale, sont considérés comme engagés dans l'intérêt du Groupement et lui seront imputés après validation par l'Assemblée générale.

Fait à Paris, le 30 septembre deux mille dix-neuf,

Fait en autant d'exemplaires originaux que de membres plus deux, dont un pour rester au siège du Groupement, et un pour les formalités de publicité éventuelles, les autres pour être remis à raison d'un exemplaire à chaque Membre du Groupement.

Tous pouvoirs sont donnés au Directeur préfigurateur pour remplir toutes formalités, déclarations, significations, dépôts, publications et autres dont délivrance de copies certifiées conformes.

Pour l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France	Pour l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins Ile-de-France
Son Directeur Général  Monsieur Aurélien ROUSSEAU  	Son Président  Monsieur Bruno SILBERMAN   

Union Régionale des Professionnels de Santé  
Médecins Libéraux Ile-de-France  
12, rue Cabanis - 75014 Paris  
Tél. : 01 40 64 14 70 - Fax : 01 43 21 80 34  
E-mail : [secretariat@urps-med-idf.org](mailto:secretariat@urps-med-idf.org)

Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la  
cohésion sociale d'Ile-de-France

IDF-2019-12-31-011

Arrêté portant agrément pour l'activité de séjours de  
"vacances adaptées organisées"



PRÉFET DE LA RÉGION D'ILE-DE-FRANCE

Direction Régionale  
de la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale

### ARRETE 2019

Portant agrément pour l'activité de séjours de  
« vacances adaptées organisées »

**LE PREFET DE LA REGION D'ILE-DE-FRANCE  
PREFET DE PARIS  
COMMANDEUR DE LA LEGION D'HONNEUR  
COMMANDEUR DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE**

- VU le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 114 ;
- VU le code du tourisme, notamment ses articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R 412-8 à R 412-17
- VU le décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;
- VU la circulaire n° DGCS/SD3/2010/97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap ;
- VU le décret n° 2010-687 du 24 juin 2010 relatif à l'organisation et aux missions des services de l'État dans la région et les départements d'Ile-de-France ;
- VU le décret du 14 juin 2017 portant nomination de Monsieur Michel CADOT, préfet de la région d'Ile-de-France, préfet de Paris ;
- VU l'arrêté de la ministre des solidarités et de la santé, de la ministre du travail, du ministre de l'éducation nationale et de la ministre des sports, en date du 18 octobre 2017, nommant Monsieur Eric QUENAULT, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France, à compter du 1er novembre 2017 ;
- VU l'arrêté n°IDF-2017-10-24-005 du préfet de la région d'Île-de-France, préfet de Paris, en date du 24 octobre 2017 portant délégation de signature à Monsieur Eric QUENAULT, en matière administrative ;
- VU l'arrêté n° 2019-5358D969 portant subdélégation de la signature du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France, en matière administrative;
- VU le dossier de demande d'agrément « vacances adaptées organisées » produit ;

## ARRETE :

**Article 1<sup>er</sup>** : L'agrément « vacances adaptées organisées » prévu par l'article R 412-12 du code du tourisme est délivré à la société :

**LVEB – Belles Echappées Adaptées (BEA)**  
**26, rue de Maubeuge**  
**75009 PARIS**

**Article 2** : L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans à compter de la date du présent arrêté.

**Article 3** : L'agrément est délivré pour l'organisation de séjours **en France et à l'étranger**.

**Article 4** : En référence à l'article R 412-13, la société «**LVEB – Belles Échappées Adaptées (BEA)**» transmettra au préfet de région d'Ile-de-France, un bilan circonstancié quantitatif, qualitatif et financier des activités de vacances adaptées organisées mises en œuvre dans le courant de l'année écoulée. Le bilan précise les moyens mis en œuvre pour remédier aux dysfonctionnements éventuellement constatés lors des contrôles.

**Article 5** : En référence à l'article R 412-13-1, la société «**LVEB – Belles Échappées Adaptées (BEA)**» informera le préfet de région dans un délai de deux mois de tout changement substantiel affectant les éléments matériels au vu desquels l'agrément a été délivré.

**Article 6** : L'agrément pourra être retiré dans les conditions stipulées par l'article R412-17 du code du Tourisme.

**Article 7** : Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture et notifié à la société «**LVEB – Belles Échappées Adaptées (BEA)**».

Fait à Paris, le 31 décembre 2019

Pour le préfet de la région d'Ile-de-France,  
Préfet de Paris et par délégation,  
SIGNÉ  
ERIC QUENAULT