



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°IDF-033-2025-04

PUBLIÉ LE 11 AVRIL 2025

Sommaire

IDF-2025-04-02-00009 - Délibération n°2025-11 Approbation Budget supplémentaire 2025 (59 pages)

Page 3

IDF-2025-04-02-00010 - Délibération n°2025-12 Approbation des plafonds de remboursement des frais de déplacement (1 page)

Page 63

Agence Régionale de Santé / Agence régionale de santé d'Ile-de-France-Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation numérique

IDF-2025-04-11-00002 - Arrêté N° DIRNOV-2025/06 Portant modification de l'arrêté n° DIRNOV-2025-03 relatif au projet d'expérimentation « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France (59 pages)

Page 65

IDF-2025-04-02-00009

Délibération n°2025-11 Approbation Budget
supplémentaire 2025

DÉLIBÉRATION N°2025-11 EPCC CENTQUATRE-PARIS

Objet : Approbation du budget supplémentaire 2025

Le Conseil d'administration,

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1431-7;

Vu l'arrêté n°2008-267-2 du 23 septembre 2008 portant création de l'établissement public de coopération culturelle à caractère industriel et commercial Le CENTQUATRE et les arrêtés préfectoraux n°75-2019-12-26-005 du 26 décembre 2019 et n°75-2022-06-24-00010 du 24 juin 2022 portant modification des statuts de l'établissement ;

Vu les statuts du CENTQUATRE-PARIS notamment les articles 9 et 15.1 ;

Vu la délibération n°2020-18 du 13 novembre 2020 portant approbation du règlement intérieur du conseil d'administration du CENTQUATRE-PARIS ;

Vu la délibération n°2024-14 du 7 novembre 2024 portant approbation du rapport d'orientation budgétaire 2025 ;

Vu la délibération n°2025-03 du 10 janvier 2025 portant approbation du budget primitif 2025 ;

Vu le règlement du Conseil d'administration notamment les articles 12 et 13 ;

Vote à la majorité des deux tiers des membres du Conseil d'administration présents et représentés ;

DÉLIBÈRE

Article unique : APPROUVE le budget supplémentaire de l'exercice 2025 figurant en annexe.

__12_ Administrateurs présents ou représentés
12 Voix pour __Contre __Abstention

La délibération est adoptée

La Présidente du Conseil d'administration
Carine ROLLAND

SIGNÉ

CENT QUATRE #104 PARIS

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Numéro SIRET 50837292700014	COLLECTIVITE DE RATTACHEMENT 104 CENT QUATRE EPCC
--	--

POSTE COMPTABLE DE : Directeur Régional des Finances Publiques

SERVICE PUBLIC LOCAL

M. 4 (1)

Budget supplémentaire (2)

BUDGET : 02- BUDGET PRINCIPAL (3)

ANNEE 2025

(1) Compléter en fonction du service public local et du plan de comptes utilisé : M. 4, M. 41, M. 43 ou M. 49.

(2) Préciser s'il s'agit du budget supplémentaire ou d'une décision modificative.

(3) Indiquer le budget concerné : budget principal ou libellé du budget annexe.

Sommaire

I - Informations générales

Modalités de vote du budget	3
-----------------------------	---

II - Présentation générale du budget

A1 - Vue d'ensemble - Sections	4
A2 - Vue d'ensemble - Section d'exploitation - Chapitres	5
A3 - Vue d'ensemble - Section d'investissement - Chapitres	7
B1 - Balance générale du budget - Dépenses	9
B2 - Balance générale du budget - Recettes	10

III - Vote du budget

A1 - Section d'exploitation - Détail des dépenses	12
A2 - Section d'exploitation - Détail des recettes	14
B1 - Section d'investissement - Détail des dépenses	16
B2 - Section d'investissement - Détail des recettes	17
B3 - Opérations d'équipement - Détail des chapitres et articles	18

IV - Annexes

A - Eléments du bilan

A1.1 - Etat de la dette - Détail des crédits de trésorerie	19
A1.2 - Etat de la dette - Répartition par nature de dette	20
A1.3 - Etat de la dette - Répartition des emprunts par structure de taux	24
A1.4 - Etat de la dette - Typologie de la répartition de l'encours	25
A1.5 - Etat de la dette - Détail des opérations de couverture	26
A1.6 - Etat de la dette - Autres dettes	28
A2 - Méthodes utilisées pour les amortissements	29
A3.1 - Etat des provisions et des dépréciations	30
A3.2 - Etalement des provisions	31
A4.1 - Equilibre des opérations financières	32
A4.2 - Equilibre des opérations financières - Dépenses	34
A4.3 - Equilibre des opérations financières - Recettes	35
A5.1.1 - Etat de ventilation des dépenses et recettes des services d'eau et d'assainissement - Exploitation (1)	36
A5.1.2 - Etat de ventilation des dépenses et recettes des services d'eau et d'assainissement - Investissement (1)	37
A5.2.1 - Etat de ventilation des dép. et rec. des services d'assainissement collectif et non collectif - Exploitation (1)	38
A5.2.2 - Etat de ventilation des dép. et rec. des services d'assainissement collectif et non collectif - Investissement (1)	39
A6 - Etat des charges transférées	40
A7 - Détail des opérations pour compte de tiers	41

B - Engagements hors bilan

B1.1 - Etat des emprunts garantis par la régie	42
B1.2 - Calcul du ratio d'endettement relatif aux garanties d'emprunt	43
B1.3 - Subventions versées dans le cadre du vote du budget	44
B1.4 - Etat des contrats de crédit-bail	45
B1.5 - Etat des marchés de partenariat	46
B1.6 - Etat des autres engagements donnés	47
B1.7 - Etat des engagements reçus	48
B2.1 - Etat des autorisations de programme et des crédits de paiement afférents	49
B2.2 - Etat des autorisations d'engagement et des crédits de paiement afférents	50

C - Autres éléments d'informations

C1.1 - Etat du personnel	51
C1.2 - Etat du personnel de la collectivité ou de l'établissement de rattachement employé par la régie	53
C2 - Liste des organismes dans lesquels a été pris un engagement financier (2)	54
C3 - Liste des services individualisés dans un budget annexe (3)	55

D - Arrêté et signatures

D - Arrêté et signatures	56
--------------------------	----

(1) Ces états ne sont obligatoires que pour les régies rattachées à des communes et groupements de communes de moins de 3 000 habitants ayant décidé d'établir un budget unique pour leurs services de distribution d'eau potable et d'assainissement dans les conditions fixées par l'article L. 2224-6 du CGCT. Ils n'existent qu'en M. 49.

(2) Ces états ne sont obligatoires que pour les régies rattachées à des communes de 3 500 habitants et plus (art. L. 2313-1 du CGCT), à des groupements comprenant au moins une commune de 3 500 habitants et plus (art. L. 5211-36 du CGCT, art L. 5711-1 CGCT) et à leurs établissements publics.

(3) Uniquement pour les services dotés de l'autonomie financière et de la personnalité morale.

Préciser, pour chaque annexe, si l'état est sans objet le cas échéant.

I – INFORMATIONS GENERALES	I
MODALITES DE VOTE DU BUDGET	

<p>I – L'assemblée délibérante a voté le présent budget par nature :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au niveau (1) du chapitre pour la section de fonctionnement ; - au niveau (1) du chapitre pour la section d'investissement. <ul style="list-style-type: none"> - sans (2) les chapitres « opérations d'équipement » de l'état III B 3. <p>La liste des articles spécialisés sur lesquels l'ordonnateur ne peut procéder à des virements d'article à article est la suivante :</p> <p>II – En l'absence de mention au paragraphe I ci-dessus, le budget est réputé voté par chapitre, et, en section d'investissement, sans chapitre de dépense « opération d'équipement ».</p> <p>III – Les provisions sont (3) semi-budgétaires (pas d'inscriptions en recettes de la section d'investissement) .</p> <p>IV – La comparaison s'effectue par rapport au budget de l'exercice (4).</p> <p>V – Le présent budget a été voté (5) sans reprise des résultats de l'exercice N-1.</p>

(1) A compléter par « du chapitre » ou « de l'article ».

(2) Indiquer « avec » ou « sans » les chapitres opérations d'équipement.

(3) A compléter par un seul des deux choix suivants :

- semi-budgétaires (pas d'inscription en recette de la section d'investissement),

- budgétaires (délibération n° du).

(4) Budget de l'exercice = budget primitif + budget supplémentaire + décision modificative, s'il y a lieu.

(5) A compléter par un seul des trois choix suivants :

- sans reprise des résultats de l'exercice N-1,

- avec reprise des résultats de l'exercice N-1 après le vote du compte administratif,

- avec reprise anticipée des résultats de l'exercice N-1.

II – PRESENTATION GENERALE DU BUDGET	II
VUE D'ENSEMBLE	A1

EXPLOITATION

		DEPENSES DE LA SECTION D'EXPLOITATION	RECETTES DE LA SECTION D'EXPLOITATION
V O T E	CREDITS DE FONCTIONNEMENT VOTES AU TITRE DU PRESENT BUDGET (1)	272 632,00	68 197,00
+		+	+
R E P O R T S	RESTES A REALISER (R.A.R) DE L'EXERCICE PRECEDENT (2)	0,00	0,00
	002 RESULTAT D'EXPLOITATION REPORTE (2)	(si déficit) 0,00	(si excédent) 423 820,48
=		=	=
TOTAL DE LA SECTION D'EXPLOITATION (3)		272 632,00	492 017,48

INVESTISSEMENT

		DEPENSES DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT	RECETTES DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT
V O T E	CREDITS D'INVESTISSEMENT (1) VOTES AU TITRE DU PRESENT BUDGET (y compris les comptes 1064 et 1068)	646 475,00	226 900,00
+		+	+
R E P O R T S	RESTES A REALISER (R.A.R) DE L'EXERCICE PRECEDENT (2)	201 165,42	0,00
	001 SOLDE D'EXECUTION DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT REPORTE (2)	(si solde négatif) 0,00	(si solde positif) 1 152 516,67
=		=	=
TOTAL DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT (3)		847 640,42	1 379 416,67

TOTAL

TOTAL DU BUDGET (3)	1 120 272,42	1 871 434,15
----------------------------	---------------------	---------------------

(1) Au budget primitif, les crédits votés correspondent aux crédits votés lors de cette étape budgétaire. De même, pour les décisions modificatives et le budget supplémentaire, les crédits votés correspondent aux crédits votés lors de l'étape budgétaire sans sommation avec ceux antérieurement votés lors du même exercice.

(2) A servir uniquement à l'étape budgétaire de reprise des résultats de l'exercice précédent, soit après le vote du compte administratif, soit en cas de reprise anticipée des résultats.

Pour la section d'exploitation, les RAR sont constitués par l'ensemble des dépenses engagées et n'ayant pas donné lieu à service fait au 31 décembre de l'exercice précédent. En recettes, il s'agit des recettes certaines n'ayant pas donné lieu à l'émission d'un titre au 31/12 de l'exercice précédent.

Pour la section d'investissement, les RAR correspondent aux dépenses engagées non mandatées au 31/12 de l'exercice précédent telles qu'elles ressortent de la comptabilité des engagements et aux recettes certaines n'ayant pas donné lieu à l'émission d'un titre au 31/12 de l'exercice précédent.

(3) Total de la section d'exploitation = RAR + résultat reporté + crédits d'exploitation votés.

Total de la section d'investissement = RAR + solde d'exécution reporté + crédits d'investissement votés.

Total du budget = Total de la section d'exploitation + Total de la section d'investissement.

II – PRESENTATION GENERALE DU BUDGET	II
SECTION D'EXPLOITATION – CHAPITRES	A2

DEPENSES D'EXPLOITATION

Chap.	Libellé	Budget de l'exercice (1) I	Restes à réaliser N-1 (2) II	Propositions nouvelles	VOTE (3) III	TOTAL IV = I + II + III
011	Charges à caractère général	8 312 693,00	0,00	287 108,00	287 108,00	8 599 801,00
012	Charges de personnel, frais assimilés	8 991 210,00	0,00	-11 831,00	-11 831,00	8 979 379,00
014	Atténuations de produits	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
65	Autres charges de gestion courante	386 839,00	0,00	-34 545,00	-34 545,00	352 294,00
Total des dépenses de gestion des services		17 690 742,00	0,00	240 732,00	240 732,00	17 931 474,00
66	Charges financières	250,00	0,00	0,00	0,00	250,00
67	Charges exceptionnelles	19 500,00	0,00	5 000,00	5 000,00	24 500,00
68	Dotations aux provisions et dépréciat° (4)	10 000,00		0,00	0,00	10 000,00
69	Impôts sur les bénéfices et assimilés (5)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
022	Dépenses imprévues	0,00		0,00	0,00	0,00
Total des dépenses réelles d'exploitation		17 720 492,00	0,00	245 732,00	245 732,00	17 966 224,00
023	Virement à la section d'investissement (6)	0,00		0,00	0,00	0,00
042	Opérat° ordre transfert entre sections (6)	368 100,00		26 900,00	26 900,00	395 000,00
043	Opérat° ordre intérieur de la section (6)	0,00		0,00	0,00	0,00
Total des dépenses d'ordre d'exploitation		368 100,00		26 900,00	26 900,00	395 000,00
TOTAL		18 088 592,00	0,00	272 632,00	272 632,00	18 361 224,00

+

D 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE (2)	0,00
---	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'EXPLOITATION CUMULEES	18 361 224,00
---	----------------------

RECETTES D'EXPLOITATION

Chap.	Libellé	Budget de l'exercice (1) I	Restes à réaliser N-1 (2) II	Propositions nouvelles	VOTE (3) III	TOTAL IV = I + II + III
013	Atténuations de charges	30 000,00	0,00	0,00	0,00	30 000,00
70	Ventes produits fabriqués, prestations	4 694 422,00	0,00	72 530,00	72 530,00	4 766 952,00
73	Produits issus de la fiscalité (7)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
74	Subventions d'exploitation	10 096 738,00	0,00	153 500,00	153 500,00	10 250 238,00
75	Autres produits de gestion courante	1 472 629,00	0,00	82 120,00	82 120,00	1 554 749,00
Total des recettes de gestion des services		16 293 789,00	0,00	308 150,00	308 150,00	16 601 939,00
76	Produits financiers	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00
77	Produits exceptionnels	1 591 953,00	0,00	-370 053,00	-370 053,00	1 221 900,00
78	Reprises sur provisions et dépréciations (4)	0,00		130 000,00	130 000,00	130 000,00
Total des recettes réelles d'exploitation		17 885 742,00	0,00	68 197,00	68 197,00	17 953 939,00
042	Opérat° ordre transfert entre sections (6)	202 850,00		0,00	0,00	202 850,00
043	Opérat° ordre intérieur de la section (6)	0,00		0,00	0,00	0,00
Total des recettes d'ordre d'exploitation		202 850,00		0,00	0,00	202 850,00
TOTAL		18 088 592,00	0,00	68 197,00	68 197,00	18 156 789,00

+

R 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE (2)	423 820,48
---	-------------------

=

TOTAL DES RECETTES D'EXPLOITATION CUMULEES	18 580 609,48
---	----------------------

Pour information :

AUTOFINANCEMENT PREVISIONNEL DÉGAGÉ AU PROFIT DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT (8)	192 150,00
---	-------------------

Il s'agit, pour un budget voté en équilibre, des ressources propres correspondant à l'excédent des recettes réelles de fonctionnement sur les dépenses réelles de fonctionnement. Il sert à financer le remboursement du capital de la dette et les nouveaux investissements de la régie.

(1) Cf. Modalités de vote I.

(2) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

(3) Le vote de l'organe délibérant porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(4) Si la régie applique le régime des provisions semi-budgétaires, ainsi que pour la dotation aux dépréciations des stocks de fournitures et de marchandises, des créances et des valeurs mobilières de placement, aux dépréciations des comptes de tiers et aux dépréciations des comptes financiers.

(5) Ce chapitre n'existe pas en M. 49.

(6) $DE\ 023 = RI\ 021$; $DI\ 040 = RE\ 042$; $RI\ 040 = DE\ 042$; $DI\ 041 = RI\ 041$; $DE\ 043 = RE\ 043$.

(7) Ce chapitre existe uniquement en M. 4, M. 41 et M. 43.

(8) Solde de l'opération $DE\ 023 + DE\ 042 - RE\ 042$ ou solde de l'opération $RI\ 021 + RI\ 040 - DI\ 040$.

II – PRESENTATION GENERALE DU BUDGET	II
SECTION D'INVESTISSEMENT – CHAPITRES	A3

DEPENSES D'INVESTISSEMENT

Chap.	Libellé	Budget de l'exercice (1) I	Restes à réaliser N-1 (2) II	Propositions nouvelles	VOTE (3) III	TOTAL IV = I + II + III
20	Immobilisations incorporelles	0,00	20 287,74	20 840,00	20 840,00	41 127,74
21	Immobilisations corporelles	397 886,59	180 877,68	625 635,00	625 635,00	1 204 399,27
22	Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des opérations d'équipement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des dépenses d'équipement	397 886,59	201 165,42	646 475,00	646 475,00	1 245 527,01
10	Dotations, fonds divers et réserves	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	Subventions d'investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	Emprunts et dettes assimilées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	Compte de liaison : affectat° (BA,régie) (5)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	Participat° et créances rattachées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
020	Dépenses imprévues	0,00		0,00	0,00	0,00
	Total des dépenses financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45...	Total des opérations pour compte de tiers (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des dépenses réelles d'investissement	397 886,59	201 165,42	646 475,00	646 475,00	1 245 527,01
040	Opérat° ordre transfert entre sections (4)	202 850,00		0,00	0,00	202 850,00
041	Opérations patrimoniales (4)	0,00		0,00	0,00	0,00
	Total des dépenses d'ordre d'investissement	202 850,00		0,00	0,00	202 850,00
	TOTAL	600 736,59	201 165,42	646 475,00	646 475,00	1 448 377,01

+

D 001 SOLDE D'EXECUTION NEGATIF REPORTE OU ANTICIPE (2)	0,00
--	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	1 448 377,01
---	---------------------

RECETTES D'INVESTISSEMENT

Chap.	Libellé	Budget de l'exercice (1) I	Restes à réaliser N-1 (2) II	Propositions nouvelles	VOTE (3) III	TOTAL IV = I + II + III
13	Subventions d'investissement	232 636,59	0,00	200 000,00	200 000,00	432 636,59
16	Emprunts et dettes assimilées (hors 165)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20	Immobilisations incorporelles	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	Immobilisations corporelles	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22	Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des recettes d'équipement	232 636,59	0,00	200 000,00	200 000,00	432 636,59
10	Dotations, fonds divers et réserves	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
106	Réserves (7)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
165	Dépôts et cautionnements reçus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	Compte de liaison : affectat° (BA,régie) (5)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	Participat° et créances rattachées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des recettes financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45...	Total des opérations pour le compte de tiers (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total des recettes réelles d'investissement	232 636,59	0,00	200 000,00	200 000,00	432 636,59
021	Virement de la section d'exploitation (4)	0,00		0,00	0,00	0,00
040	Opérat° ordre transfert entre sections (4)	368 100,00		26 900,00	26 900,00	395 000,00
041	Opérations patrimoniales (4)	0,00		0,00	0,00	0,00
	Total des recettes d'ordre d'investissement	368 100,00		26 900,00	26 900,00	395 000,00
	TOTAL	600 736,59	0,00	226 900,00	226 900,00	827 636,59

+

R 001 SOLDE D'EXECUTION POSITIF REPORTE OU ANTICIPE (2)	1 152 516,67
=	
TOTAL DES RECETTES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	1 980 153,26

Pour information :

Il s'agit, pour un budget voté en équilibre, des ressources propres correspondant à l'excédent des recettes réelles de fonctionnement sur les dépenses réelles de fonctionnement. Il sert à financer le remboursement du capital de la dette et les nouveaux investissements de la régie.

AUTOFINANCEMENT PREVISIONNEL DÉGAGÉ PAR LA SECTION DE FONCTIONNEMENT (8)	192 150,00
---	-------------------

(1) Cf. Modalités de vote I.

(2) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

(3) Le vote de l'organe délibérant porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(4) $DE\ 023 = RI\ 021$; $DI\ 040 = RE\ 042$; $RI\ 040 = DE\ 042$; $DI\ 041 = RI\ 041$; $DE\ 043 = RE\ 043$.

(5) A servir uniquement, en dépense, lorsque la régie effectue une dotation initiale en espèces au profit d'un service public non personnalisé qu'elle crée et, en recettes, lorsque le service non personnalisé reçoit une dotation en espèces de la part de sa collectivité de rattachement.

(6) Seul le total des opérations réelles pour compte de tiers figure sur cet état (voir le détail Annexe IV-A7).

(7) Le compte 106 n'est pas un chapitre mais un article du chapitre 10.

(8) Solde de l'opération $DE\ 023 + DE\ 042 - RE\ 042$ ou solde de l'opération $RI\ 021 + RI\ 040 - DI\ 040$.

II – PRESENTATION GENERALE DU BUDGET	II
BALANCE GENERALE DU BUDGET	B1

1 – DEPENSES (du présent budget + restes à réaliser)

	EXPLOITATION	Opérations réelles (1)	Opérations d'ordre (2)	TOTAL
011	Charges à caractère général	287 108,00		287 108,00
012	Charges de personnel, frais assimilés	-11 831,00		-11 831,00
014	Atténuations de produits	0,00		0,00
60	<i>Achats et variation des stocks (3)</i>		0,00	0,00
65	Autres charges de gestion courante	-34 545,00		-34 545,00
66	Charges financières	0,00	0,00	0,00
67	Charges exceptionnelles	5 000,00	0,00	5 000,00
68	Dot. Amortist, dépréciat°, provisions	0,00	26 900,00	26 900,00
69	Impôts sur les bénéfices et assimilés (4)	0,00		0,00
71	<i>Production stockée (ou déstockage) (3)</i>		0,00	0,00
022	Dépenses imprévues	0,00		0,00
023	<i>Virement à la section d'investissement</i>		0,00	0,00
	Dépenses d'exploitation – Total	245 732,00	26 900,00	272 632,00

+

D 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE	0,00
---	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'EXPLOITATION CUMULEES	272 632,00
---	-------------------

	INVESTISSEMENT	Opérations réelles (1)	Opérations d'ordre (2)	TOTAL
10	Dotations, fonds divers et réserves	0,00	0,00	0,00
13	Subventions d'investissement reçues	0,00	0,00	0,00
14	<i>Prov. Réglementées, amort. dérogatoires</i>		0,00	0,00
15	<i>Provisions pour risques et charges (5)</i>		0,00	0,00
16	Emprunts et dettes assimilées (sauf 1688 non budgétaire)	0,00	0,00	0,00
18	Compte de liaison : affectat° (BA,régie)	0,00		0,00
	Total des opérations d'équipement	0,00		0,00
20	Immobilisations incorporelles (6)	41 127,74	0,00	41 127,74
21	Immobilisations corporelles (6)	806 512,68	0,00	806 512,68
22	Immobilisations reçues en affectation (6)	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours (6)	0,00	0,00	0,00
26	Participations et créances rattachées	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00
28	<i>Amortissement des immobilisations (reprises)</i>		0,00	0,00
29	<i>Dépréciation des immobilisations</i>		0,00	0,00
39	<i>Dépréciat° des stocks et en-cours</i>		0,00	0,00
45...	Opérations pour compte de tiers (7)	0,00	0,00	0,00
481	<i>Charges à répartir plusieurs exercices</i>		0,00	0,00
3...	Stocks	0,00	0,00	0,00
020	Dépenses imprévues	0,00		0,00
	Dépenses d'investissement – Total	847 640,42	0,00	847 640,42

+

D 001 SOLDE D'EXECUTION NEGATIF REPORTE OU ANTICIPE	0,00
--	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	847 640,42
---	-------------------

(1) Y compris les opérations relatives au rattachement des charges et des produits et les opérations d'ordre semi-budgétaires.

(2) Voir liste des opérations d'ordre.

(3) Permet de retracer les variations de stocks (sauf stocks de marchandises et de fournitures).

(4) Ce chapitre n'existe pas en M. 49.

(5) Si la régie applique le régime des provisions budgétaires.

(6) Hors chapitres « opérations d'équipement ».

(7) Seul le total des opérations pour compte de tiers figure sur cet état (voir le détail Annexe IV A7).

II – PRESENTATION GENERALE DU BUDGET	II
BALANCE GENERALE DU BUDGET	B2

2 – RECETTES (du présent budget + restes à réaliser)

	EXPLOITATION	Opérations réelles (1)	Opérations d'ordre (2)	TOTAL
013	Atténuations de charges	0,00		0,00
60	Achats et variation des stocks (3)		0,00	0,00
70	Ventes produits fabriqués, prestations	72 530,00		72 530,00
71	Production stockée (ou déstockage) (3)		0,00	0,00
72	Production immobilisée		0,00	0,00
73	Produits issus de la fiscalité (6)	0,00		0,00
74	Subventions d'exploitation	153 500,00		153 500,00
75	Autres produits de gestion courante	82 120,00		82 120,00
76	Produits financiers	100,00	0,00	100,00
77	Produits exceptionnels	-370 053,00	0,00	-370 053,00
78	Reprise amort., dépréciat° et provisions	130 000,00	0,00	130 000,00
79	Transferts de charges		0,00	0,00
	Recettes d'exploitation – Total	68 197,00	0,00	68 197,00

+

R 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE	423 820,48
---	-------------------

=

TOTAL DES RECETTES D'EXPLOITATION CUMULEES	492 017,48
---	-------------------

	INVESTISSEMENT	Opérations réelles (1)	Opérations d'ordre (2)	TOTAL
10	Dotations, fonds divers et réserves (sauf 106)	0,00	0,00	0,00
13	Subventions d'investissement reçues	200 000,00	0,00	200 000,00
14	Prov. Réglementées, amort. dérogatoires		0,00	0,00
15	Provisions pour risques et charges (4)		0,00	0,00
16	Emprunts et dettes assimilées (sauf 1688 non budgétaire)	0,00	0,00	0,00
18	Comptes liaison : affectat° BA, régies	0,00	0,00	0,00
20	Immobilisations incorporelles	0,00	0,00	0,00
21	Immobilisations corporelles	0,00	0,00	0,00
22	Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours	0,00	0,00	0,00
26	Participations et créances rattachées	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00
28	Amortissement des immobilisations		26 900,00	26 900,00
29	Dépréciation des immobilisations (4)		0,00	0,00
39	Dépréciat° des stocks et en-cours (4)		0,00	0,00
45...	Opérations pour compte de tiers (5)	0,00	0,00	0,00
481	Charges à répartir plusieurs exercices		0,00	0,00
491	Dépréciations des comptes de clients		0,00	0,00
3...	Stocks	0,00	0,00	0,00
021	Virement de la section d'exploitation		0,00	0,00
	Recettes d'investissement – Total	200 000,00	26 900,00	226 900,00

+

R 001 SOLDE D'EXECUTION POSITIF REPORTE OU ANTICIPE	1 152 516,67
--	---------------------

+

AFFECTATION AUX COMPTES 106	0,00
------------------------------------	-------------

=

TOTAL DES RECETTES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	1 379 416,67
---	---------------------

- (1) Y compris les opérations relatives au rattachement des charges et des produits et les opérations d'ordre semi-budgétaires.
- (2) Voir liste des opérations d'ordre.
- (3) Permet de retracer les variations de stocks (sauf stocks de marchandises et de fournitures).
- (4) Si la régie applique le régime des provisions budgétaires.
- (5) Seul le total des opérations pour compte de tiers figure sur cet état (voir le détail Annexe IV A7).
- (6) Ce chapitre existe uniquement en M. 4, en M. 41 et en M. 43.

III – VOTE DU BUDGET	III
SECTION D'EXPLOITATION – DETAIL DES DEPENSES	A1

Chap / art (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (2)	Propositions nouvelles (3)	Vote (4)
011	Charges à caractère général (5) (6)	8 312 693,00	287 108,00	287 108,00
6061	Fournitures non stockables (eau, énergie)	480 000,00	38 000,00	38 000,00
6063	Fournitures entretien et petit équipt	137 250,00	7 200,00	7 200,00
6064	Fournitures administratives	11 400,00	0,00	0,00
6066	Carburants	3 339,00	-40,00	-40,00
6068	Autres matières et fournitures	102 288,00	-7 787,00	-7 787,00
611	Sous-traitance générale	3 532 959,00	106 847,00	106 847,00
6132	Locations immobilières	45 450,00	42 500,00	42 500,00
6135	Locations mobilières	230 043,00	31 727,00	31 727,00
6137	Redevances, droits de passage, servitude	6 000,00	0,00	0,00
6156	Maintenance	1 121 900,00	32 100,00	32 100,00
6161	Multirisques	72 500,00	7 000,00	7 000,00
618	Divers	136 700,00	-9 000,00	-9 000,00
6226	Honoraires	86 965,00	6 375,00	6 375,00
6227	Frais d'actes et de contentieux	100,00	0,00	0,00
6228	Divers	1 300,00	0,00	0,00
6231	Annonces et insertions	533 850,00	52 500,00	52 500,00
6236	Catalogues et imprimés	84 900,00	150,00	150,00
6238	Divers	1 000,00	0,00	0,00
6241	Transports sur achats	150,00	0,00	0,00
6248	Divers	198 906,00	-16 700,00	-16 700,00
6251	Voyages et déplacements	229 258,00	-4 194,00	-4 194,00
6256	Missions	53 774,00	11 662,00	11 662,00
6257	Réceptions	297 762,00	-30 688,00	-30 688,00
6261	Frais d'affranchissement	24 320,00	-1 294,00	-1 294,00
6262	Frais de télécommunications	75 500,00	-2 600,00	-2 600,00
627	Services bancaires et assimilés	3 500,00	0,00	0,00
6281	Concours divers (cotisations)	4 250,00	0,00	0,00
6283	Frais de nettoyage des locaux	758 500,00	19 500,00	19 500,00
6288	Autres	11 400,00	4 000,00	4 000,00
63512	Taxes foncières	28 500,00	0,00	0,00
63513	Autres impôts locaux	20 500,00	0,00	0,00
6358	Autres droits	2 500,00	0,00	0,00
637	Autres impôts, taxes (autres organismes)	15 929,00	-150,00	-150,00
012	Charges de personnel, frais assimilés	8 991 210,00	-11 831,00	-11 831,00
6218	Autre personnel extérieur	145 700,00	2 575,00	2 575,00
6312	Taxe d'apprentissage	39 303,00	0,00	0,00
6318	Autres impôts, taxes et versements assim	1 000,00	0,00	0,00
6332	Cotisations versées au F.N.A.L.	26 950,00	0,00	0,00
6333	Particip. employeurs format° pro. cont.	117 534,00	-41 721,00	-41 721,00
6334	Particip. employeurs effort construct°	24 000,00	0,00	0,00
6411	Salaires, appointements, commissions	5 484 067,00	52 316,00	52 316,00
6412	Congés payés	400 000,00	-50 000,00	-50 000,00
6413	Primes et gratifications	30 000,00	0,00	0,00
6414	Indemnités et avantages divers	50 000,00	2 000,00	2 000,00
6451	Cotisations à l'U.R.S.S.A.F.	1 347 516,00	48 444,00	48 444,00
6452	Cotisations aux mutuelles	67 376,00	20 494,00	20 494,00
6453	Cotisations aux caisses de retraites	381 796,00	-1 954,00	-1 954,00
6454	Cotisations au Pôle emploi	235 815,00	2 212,00	2 212,00
6458	Cotizat° autres organismes sociaux	189 775,00	-1 244,00	-1 244,00
6472	Versements aux comités d'entreprise	45 000,00	6 721,00	6 721,00
6474	Versement aux autres oeuvres sociales	49 409,00	-14 372,00	-14 372,00
6475	Médecine du travail, pharmacie	19 090,00	-1 294,00	-1 294,00
648	Autres charges de personnel	336 879,00	-36 008,00	-36 008,00
014	Atténuations de produits (7)	0,00	0,00	0,00
65	Autres charges de gestion courante	386 839,00	-34 545,00	-34 545,00
6512	Droits d'utilisat° - informatique nuage	38 000,00	7 000,00	7 000,00
6518	Autres	338 829,00	-32 545,00	-32 545,00
6541	Créances admises en non-valeur	10 000,00	-9 000,00	-9 000,00

Chap / art (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (2)	Propositions nouvelles (3)	Vote (4)
6588	Autres ch. diverses de gestion courante	10,00	0,00	0,00
TOTAL = DEPENSES DE GESTION DES SERVICES (a) = (011 + 012 + 014 + 65)		17 690 742,00	240 732,00	240 732,00
66	Charges financières (b) (8)	250,00	0,00	0,00
666	Pertes de change	250,00	0,00	0,00
67	Charges exceptionnelles (c)	19 500,00	5 000,00	5 000,00
6711	Pénalités de retard sur marchés	500,00	0,00	0,00
6712	Amendes fiscales et pénales	6 000,00	0,00	0,00
6718	Autres charges exceptionnelles gestion	3 000,00	0,00	0,00
673	Titres annulés sur exercices antérieurs	10 000,00	5 000,00	5 000,00
68	Dotations aux provisions et dépréciat* (d) (9)	10 000,00	0,00	0,00
6817	Dot. dépréc. actifs circulants	10 000,00	0,00	0,00
69	Impôts sur les bénéfiques et assimilés (e) (10)	0,00	0,00	0,00
022	Dépenses imprévues (f)	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES DEPENSES REELLES = a + b + c + d + e + f		17 720 492,00	245 732,00	245 732,00
023	Virement à la section d'investissement	0,00	0,00	0,00
042	Opérat° ordre transfert entre sections (11) (12)	368 100,00	26 900,00	26 900,00
6811	Dot. amort. Immos incorp. et corporelles	368 100,00	26 900,00	26 900,00
TOTAL DES PRELEVEMENTS AU PROFIT DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT		368 100,00	26 900,00	26 900,00
043	Opérat° ordre intérieur de la section	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES DEPENSES D'ORDRE		368 100,00	26 900,00	26 900,00
TOTAL DES DEPENSES D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE (= Total des opérations réelles et d'ordre)		18 088 592,00	272 632,00	272 632,00

+

RESTES A REALISER N-1 (13)	0,00
-----------------------------------	-------------

+

D 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE (13)	0,00
--	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'EXPLOITATION CUMULEES	272 632,00
---	-------------------

Détail du calcul des ICNE au compte 66112 (8)

Montant des ICNE de l'exercice	0,00
- Montant des ICNE de l'exercice N-1	0,00
= Différence ICNE N – ICNE N-1	0,00

(1) Détailler les chapitres budgétaires par article conformément au plan de comptes appliqué par la commune ou l'établissement.

(2) cf. Modalités de vote I.

(3) Hors restes à réaliser.

(4) Le vote de l'organe délibérant porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(5) Le compte 621 est retracé au sein du chapitre 012.

(6) Le compte 634 est uniquement ouvert en M. 41.

(7) Le compte 739 est uniquement ouvert en M. 4 et en M. 43.

(8) Le montant des ICNE de l'exercice correspond au montant de l'étape en cours cumulé aux crédits de l'exercice. Si le montant des ICNE de l'exercice est inférieur au montant de l'exercice N-1, le montant du compte 66112 sera négatif.

(9) Si la régie applique le régime des provisions semi-budgétaires, ainsi que pour la dotation aux dépréciations des stocks de fournitures et de marchandises, des créances et des valeurs mobilières de placement, aux dépréciations des comptes de tiers et aux dépréciations des comptes financiers.

(10) Ce chapitre n'existe pas en M. 49.

(11) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, DE 042 = RI 040.

(12) Le compte 6815 peut figurer dans le détail du chapitre 042 si la régie applique le régime des provisions budgétaires.

(13) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

III – VOTE DU BUDGET	III
SECTION D'EXPLOITATION – DETAIL DES RECETTES	A2

Chap / art (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (2)	Propositions nouvelles (3)	Vote (4)
013	Atténuations de charges (5)	30 000,00	0,00	0,00
64198	Autres remboursements	30 000,00	0,00	0,00
70	Ventes produits fabriqués, prestations	4 694 422,00	72 530,00	72 530,00
706	Prestations de services	3 666 225,00	-210 126,00	-210 126,00
7082	Commissions et courtages	20 000,00	0,00	0,00
7083	Locations diverses	90 000,00	230 000,00	230 000,00
7084	Mise à disposition de personnel facturée	441 300,00	23 052,00	23 052,00
70878	Remb. frais par des tiers	146 897,00	29 604,00	29 604,00
7088	Autres produits activités annexes	330 000,00	0,00	0,00
73	Produits issus de la fiscalité (6)	0,00	0,00	0,00
74	Subventions d'exploitation	10 096 738,00	153 500,00	153 500,00
74	Subventions d'exploitation	10 096 738,00	153 500,00	153 500,00
75	Autres produits de gestion courante	1 472 629,00	82 120,00	82 120,00
751	Redevances pour licences, logiciels, ...	334 729,00	20 620,00	20 620,00
752	Revenus des immeubles	937 900,00	61 500,00	61 500,00
7588	Autres	200 000,00	0,00	0,00
TOTAL = RECETTES DE GESTION DES SERVICES (a) = 013 + 70 + 73 + 74 + 75		16 293 789,00	308 150,00	308 150,00
76	Produits financiers (b)	0,00	100,00	100,00
7688	Autres	0,00	100,00	100,00
77	Produits exceptionnels (c)	1 591 953,00	-370 053,00	-370 053,00
7718	Autres produits except. opérat° gestion	650 000,00	0,00	0,00
773	Mandats annulés (exercices antérieurs)	2 000,00	0,00	0,00
7741	Subvent° excep. coll. de rattachement	500 000,00	0,00	0,00
778	Autres produits exceptionnels	439 953,00	-370 053,00	-370 053,00
78	Reprises sur provisions et dépréciations (d) (7)	0,00	130 000,00	130 000,00
7817	Rep. dépréciat°. actifs circulants	0,00	130 000,00	130 000,00
TOTAL DES RECETTES REELLES = a + b + c + d		17 885 742,00	68 197,00	68 197,00
042	Opérat° ordre transfert entre sections (8) (9)	202 850,00	0,00	0,00
777	Quote-part subv invest transf cpte résul	202 850,00	0,00	0,00
043	Opérat° ordre intérieur de la section (8)	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES RECETTES D'ORDRE		202 850,00	0,00	0,00
TOTAL DES RECETTES D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE (= Total des opérations réelles et d'ordre)		18 088 592,00	68 197,00	68 197,00

+

RESTES A REALISER N-1 (10)	0,00
-----------------------------------	-------------

+

R 002 RESULTAT REPORTE OU ANTICIPE (10)	423 820,48
--	-------------------

=

TOTAL DES RECETTES D'EXPLOITATION CUMULEES	492 017,48
---	-------------------

Détail du calcul des ICNE au compte 7622 (11)

Montant des ICNE de l'exercice	0,00
- Montant des ICNE de l'exercice N-1	0,00
= Différence ICNE N – ICNE N-1	0,00

(1) Détailler les chapitres budgétaires par article conformément au plan de comptes appliqué par la régie.

(2) cf. Modalités de vote I.

(3) Hors restes à réaliser.

(4) Le vote de l'assemblée porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(5) Le compte 699 n'existe pas en M. 49.

(6) Ce chapitre existe uniquement en M. 4, M. 41 et M. 43.

(7) Si la régie applique le régime des provisions semi-budgétaires, ainsi que pour la dotation aux dépréciations des stocks de fournitures et de marchandises, des créances et des valeurs mobilières de placement, aux dépréciations des comptes de tiers et aux dépréciations des comptes financiers.

(8) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, *RE 042 = DI 040, RE 043 = DE 043*.

(9) Le compte 7815 peut figurer dans le détail du chapitre 042 si la régie applique le régime des provisions budgétaires.

(10) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

(11) Le montant des ICNE de l'exercice correspond au montant de l'étape en cours cumulé aux crédits de l'exercice. Si le montant des ICNE de l'exercice est inférieur au montant de l'exercice N-1, le montant du compte 7622 sera négatif.

III – VOTE DU BUDGET	III
SECTION D'INVESTISSEMENT – DETAIL DES DEPENSES	B1

Chap / art (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (2)	Propositions nouvelles (3)	Vote (4)
20	Immobilisations incorporelles (hors opérations)	0,00	20 840,00	20 840,00
2031	Frais d'études	0,00	20 840,00	20 840,00
21	Immobilisations corporelles (hors opérations)	397 886,59	625 635,00	625 635,00
2135	Installations générales, agencements	311 613,79	361 673,00	361 673,00
2151	Installations complexes spécialisées	0,00	18 946,00	18 946,00
2153	Installations à caractère spécifique	15 000,00	176 500,00	176 500,00
2183	Matériel de bureau et informatique	35 844,80	64 000,00	64 000,00
2184	Mobilier	35 428,00	4 516,00	4 516,00
22	Immobilisations reçues en affectation (hors opérations)	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours (hors opérations)	0,00	0,00	0,00
Total des dépenses d'équipement		397 886,59	646 475,00	646 475,00
10	Dotations, fonds divers et réserves	0,00	0,00	0,00
13	Subventions d'investissement	0,00	0,00	0,00
16	Emprunts et dettes assimilées	0,00	0,00	0,00
18	Compte de liaison : affectat° (BA,régie)	0,00	0,00	0,00
26	Participat° et créances rattachées	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00
020	Dépenses imprévues	0,00	0,00	0,00
Total des dépenses financières		0,00	0,00	0,00
Total des dépenses d'opérations pour compte de tiers		0,00	0,00	0,00
TOTAL DEPENSES REELLES		397 886,59	646 475,00	646 475,00
040	Opérat° ordre transfert entre sections (7) (8)	202 850,00	0,00	0,00
	<i>Reprises sur autofinancement antérieur</i>	<i>202 850,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
13912	<i>Sub. équipt cpte résult. Régions</i>	<i>7 250,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
13914	<i>Sub. équipt cpte résult. Communes</i>	<i>195 600,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
	Charges transférées	0,00	0,00	0,00
041	Opérations patrimoniales (9)	0,00	0,00	0,00
TOTAL DEPENSES D'ORDRE		202 850,00	0,00	0,00
TOTAL DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT DE L'EXERCICE (= Total des dépenses réelles et d'ordre)		600 736,59	646 475,00	646 475,00

+

RESTES A REALISER N-1 (10)	201 165,42
-----------------------------------	-------------------

+

D 001 SOLDE D'EXECUTION NEGATIF REPORTE OU ANTICIPE (10)	0,00
---	-------------

=

TOTAL DES DEPENSES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	847 640,42
---	-------------------

(1) Détailler les chapitres budgétaires par article conformément au plan de comptes appliqué par la régie.

(2) cf. Modalités de vote, I.

(3) Hors restes à réaliser.

(4) Le vote de l'organe délibérant porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(5) Voir état III B 3 pour le détail des opérations d'équipement.

(6) Voir annexe IV A7 pour le détail des opérations pour compte de tiers.

(7) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, *DI 040 = RE 042*.

(8) Le compte 15...2 peut figurer dans le détail du chapitre 042 si la régie applique le régime des provisions budgétaires.

(9) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, *DI 041 = RI 041*.

(10) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

III – VOTE DU BUDGET	III
SECTION D'INVESTISSEMENT – DETAIL DES RECETTES	B2

Chap / art (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (2)	Propositions nouvelles (3)	Vote (4)
13	Subventions d'investissement	232 636,59	200 000,00	200 000,00
1314	Subv. équipt Communes	200 000,00	200 000,00	200 000,00
1318	Autres subventions d'équipement	32 636,59	0,00	0,00
16	Emprunts et dettes assimilées (hors 165)	0,00	0,00	0,00
20	Immobilisations incorporelles	0,00	0,00	0,00
21	Immobilisations corporelles	0,00	0,00	0,00
22	Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00	0,00
23	Immobilisations en cours	0,00	0,00	0,00
Total des recettes d'équipement		232 636,59	200 000,00	200 000,00
10	Dotations, fonds divers et réserves	0,00	0,00	0,00
165	Dépôts et cautionnements reçus	0,00	0,00	0,00
18	Compte de liaison : affectat° (BA,régie)	0,00	0,00	0,00
26	Participat° et créances rattachées	0,00	0,00	0,00
27	Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00
Total des recettes financières		0,00	0,00	0,00
Total des recettes d'opérations pour compte de tiers		0,00	0,00	0,00
TOTAL RECETTES REELLES		232 636,59	200 000,00	200 000,00
021	Virement de la section d'exploitation	0,00	0,00	0,00
040	Opérat° ordre transfert entre sections (6) (7)	368 100,00	26 900,00	26 900,00
28031	Frais d'études	6 400,00	0,00	0,00
2805	Licences, logiciels, droits similaires	14 200,00	0,00	0,00
28135	Installations générales, agencements, ..	17 900,00	0,00	0,00
28151	Installations complexes spécialisées	1 000,00	0,00	0,00
28154	Matériel industriel	73 600,00	0,00	0,00
28157	Aménagements des matériels industriels	1 000,00	0,00	0,00
28181	Installations générales, agencements	119 500,00	0,00	0,00
28182	Matériel de transport	3 200,00	0,00	0,00
28183	Matériel de bureau et informatique	40 500,00	0,00	0,00
28184	Mobilier	18 600,00	0,00	0,00
28188	Autres	72 200,00	26 900,00	26 900,00
TOTAL DES PRELEVEMENTS PROVENANT DE LA SECTION D'EXPLOITATION		368 100,00	26 900,00	26 900,00
041	Opérations patrimoniales (8)	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECETTES D'ORDRE		368 100,00	26 900,00	26 900,00
TOTAL DES RECETTES D'INVESTISSEMENT DE L'EXERCICE (= Total des recettes réelles et d'ordre)		600 736,59	226 900,00	226 900,00

+

RESTES A REALISER N-1 (9)	0,00
----------------------------------	-------------

+

R 001 SOLDE D'EXECUTION POSITIF REPORTE OU ANTICIPE (9)	1 152 516,67
--	---------------------

=

TOTAL DES RECETTES D'INVESTISSEMENT CUMULEES	1 379 416,67
---	---------------------

(1) Détailler les chapitres budgétaires par article conformément au plan de comptes appliqué par la régie.

(2) cf. Modalités de vote, I.

(3) Hors restes à réaliser.

(4) Le vote de l'organe délibérant porte uniquement sur les propositions nouvelles.

(5) Voir annexe IV A7 pour le détail des opérations pour compte de tiers.

(6) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, RI 040 = DE 042.

(7) Le compte 15...2 peut figurer dans le détail du chapitre 042 si la régie applique le régime des provisions budgétaires.

(8) Cf. définitions du chapitre des opérations d'ordre, DI 041 = RI 041.

(9) Inscrire en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent (après vote du compte administratif ou si reprise anticipée des résultats).

III – VOTE DU BUDGET	III
DETAIL DES CHAPITRES D'OPERATION D'EQUIPEMENT	B3

Cet état ne contient pas d'information.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – DETAIL DES CREDITS DE TRESORERIE	A1.1

A1.1 – DETAIL DES CREDITS DE TRESORERIE (1)

Nature (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat)	Date de la décision de réaliser la ligne de trésorerie (2)	Montant maximum autorisé au 01/01/N	Montant des tirages N-1	Montant des remboursements N-1		Encours restant dû au 01/01/N
				Intérêts (3)	Remboursement du tirage	
51921 Avances de trésorerie de la collectivité de rattachement						
51928 Autres avances de trésorerie						
51931 Lignes de trésorerie						
51932 Lignes de trésorerie liées à un emprunt						
5194 Billets de trésorerie						
5198 Autres crédits de trésorerie						
519 Crédits de trésorerie (Total)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Circulaire n° NOR : INTB8900071C du 22/02/1989.

(2) Indiquer la date de la délibération de l'assemblée autorisant la ligne de trésorerie ou la date de la décision de l'ordonnateur de réaliser la ligne de trésorerie sur la base d'un montant maximum autorisé par l'organe délibérant (article L. 2122-22 du CGCT).

(3) Il s'agit des intérêts comptabilisés au compte 6615, sauf pour les emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie pour lesquels les intérêts sont comptabilisés au compte 66111 et sauf pour les billets de trésorerie pour lesquels les intérêts sont comptabilisés au compte 6618.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – REPARTITION PAR NATURE DE DETTE	A1.2

A1.2 – REPARTITION PAR NATURE DE DETTE (hors 16449 et 166)

Nature (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat)	Emprunts et dettes à l'origine du contrat													
	Organisme prêteur ou chef de file	Date de signature	Date d'émission ou date de mobilisation (1)	Date du premier remboursement	Nominal (2)	Type de taux d'intérêt (3)	Index (4)	Taux initial		Devise	Périodicité des remboursements (6)	Profil d'amortissement (7)	Possibilité de remboursement anticipé O/N	Catégorie d'emprunt (8)
								Niveau de taux (5)	Taux actuariel					
163 Emprunts obligataires (Total)					0,00									
164 Emprunts auprès d'établissement de crédit (Total)					0,00									
1641 Emprunts en euros (total)					0,00									
1643 Emprunts en devises (total)					0,00									
16441 Emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie (total)					0,00									
165 Dépôts et cautionnements reçus (Total)					0,00									
167 Emprunts et dettes assortis de conditions particulières (Total)					0,00									
1675 Dettes afférentes aux marchés de partenariat (total)					0,00									
1678 Autres emprunts et dettes (total)					0,00									
168 Emprunts et dettes assimilés (Total)					0,00									
1681 Autres emprunts (total)					0,00									
1682 Bons à moyen terme négociables (total)					0,00									
1687 Autres dettes (total)					0,00									
Total général					0,00									

- (1) Si un emprunt donne lieu à plusieurs mobilisations, indiquer la date de la première mobilisation.
- (2) Nominal : montant emprunté à l'origine.
- (3) Type de taux d'intérêt : F : fixe ; V : variable simple ; C : complexe (c'est-à-dire un taux variable qui n'est pas seulement défini comme la simple addition d'un taux usuel de référence et d'une marge exprimée en point de pourcentage).
- (4) Mentionner le ou les types d'index (ex : Euribor 3 mois).
- (5) Indiquer le niveau de taux à l'origine du contrat.
- (6) Indiquer la périodicité des remboursements : A : annuelle ; M : mensuelle, B : bimestrielle, S : semestrielle, T : trimestrielle, X autre.
- (7) Indiquer C pour amortissement constant, P pour amortissement progressif, F pour *in fine*, X pour autres à préciser.
- (8) Catégorie d'emprunt à l'origine. Exemple A-1 (cf. la classification des emprunts suivant la typologie de la circulaire IOCB1015077C du 25 juin 2010 sur les produits financiers offerts aux collectivités territoriales).

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – REPARTITION PAR NATURE DE DETTE	A1.2

A1.2 – REPARTITION PAR NATURE DE DETTE (hors 16449 et 166) (suite)

Nature (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat)	Emprunts et dettes au 01/01/N											
	Couverture ? O/N (10)	Montant couvert	Catégorie d'emprunt après couverture éventuelle (11)	Capital restant dû au 01/01/N	Durée résiduelle (en années)	Taux d'intérêt			Annuité de l'exercice			ICNE de l'exercice
						Type de taux (12)	Index (13)	Niveau de taux d'intérêt à la date de vote du budget (14)	Capital	Charges d'intérêt (15)	Intérêts perçus (le cas échéant) (16)	
163 Emprunts obligataires (Total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
164 Emprunts auprès d'établissement de crédit (Total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1641 Emprunts en euros (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1643 Emprunts en devises (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
16441 Emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie (total) (9)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
165 Dépôts et cautionnements reçus (Total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
167 Emprunts et dettes assortis de conditions particulières (Total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1675 Dettes afférentes aux marchés de partenariat (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1678 Autres emprunts et dettes (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
168 Emprunts et dettes assimilés (Total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1681 Autres emprunts (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1682 Bons à moyen terme négociables (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
1687 Autres dettes (total)		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00
Total général		0,00		0,00					0,00	0,00	0,00	0,00

(9) S'agissant des emprunts assortis d'une ligne de trésorerie, il faut faire ressortir le remboursement du capital de la dette prévue pour l'exercice correspondant au véritable endettement.

(10) Si l'emprunt est soumis à couverture, il convient de compléter le tableau « détail des opérations de couverture ».

(11) Catégorie d'emprunt. Exemple A-1 (cf. la classification des emprunts suivant la typologie de la circulaire IOCB1015077C du 25 juin 2010 sur les produits financiers offerts aux collectivités territoriales).

(12) Type de taux d'intérêt après opérations de couverture : F : fixe ; V : variable simple ; C : complexe (c'est-à-dire un taux variable qui n'est pas seulement défini comme la simple addition d'un taux usuel de référence et d'une marge exprimée en point de pourcentage).

104 CENT QUATRE EPCC - 02- BUDGET PRINCIPAL - BS - 2025

(13) Mentionner l'index en cours au 01/01/N après opérations de couverture.

(14) Taux après opérations de couverture éventuelles. Pour les emprunts à taux variable, indiquer le niveau à la date de vote du budget.

(15) Il s'agit des intérêts dus au titre du contrat initial et comptabilisés à l'article 66111 « Intérêts réglés à l'échéance » (intérêts décaissés) et intérêts éventuels dus au titre du contrat d'échange éventuel et comptabilisés à l'article 668.

(16) Indiquer les intérêts éventuellement reçus au titre du contrat d'échange éventuel et comptabilisés au 768.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – REPARTITION DES EMPRUNTS PAR STRUCTURE DE TAUX	A1.3

A1.3 – REPARTITION DES EMPRUNTS PAR STRUCTURE DE TAUX (HORS A1)

Emprunts ventilés par structure de taux selon le risque le plus élevé (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat) (1)	Organisme prêteur ou chef de file	Nominal (2)	Capital restant dû au 01/01/N (3)	Type d'indices (4)	Durée du contrat	Dates des périodes bonifiées	Taux minimal (5)	Taux maximal (6)	Coût de sortie (7)	Taux maximal après couverture éventuelle (8)	Niveau du taux à la date de vote du budget (9)	Intérêts à payer au cours de l'exercice (10)	Intérêts à percevoir au cours de l'exercice (le cas échéant) (11)	% par type de taux selon le capital restant dû
Echange de taux, taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel) (A)														
TOTAL (A)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
Barrière simple (B)														
TOTAL (B)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
Option d'échange (C)														
TOTAL (C)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
Multiplicateur jusqu'à 3 ou multiplicateur jusqu'à 5 capé (D)														
TOTAL (D)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
Multiplicateur jusqu'à 5 (E)														
TOTAL (E)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
Autres types de structures (F)														
TOTAL (F)		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00
TOTAL GENERAL		0,00	0,00						0,00			0,00	0,00	0,00

(1) Répartir les emprunts selon le type de structure de taux (de A à F selon la classification de la charte de bonne conduite) en fonction du risque le plus élevé à courir sur toute la durée de vie du contrat de prêt et après opérations de couverture éventuelles.

(2) Nominal : montant emprunté à l'origine. En cas de couverture partielle d'un emprunt, indiquer séparément sur deux lignes la part du nominal couvert et la part non couverte.

(3) En cas de couverture partielle d'un emprunt, indiquer séparément sur deux lignes la part du capital restant dû couvert et la part non couverte.

(4) Indiquer la classification de l'indice sous-jacent suivant la typologie de la circulaire du 25 juin 2010 sur les produits financiers (de 1 à 6). 1 : Indice zone euro / 2 : Indices inflation française ou zone euro ou écart entre ces indices / 3 : Ecart indice zone euro / 4 : Indices hors zone euro ou écart d'indices dont l'un est hors zone euro / 5 : écarts d'indices hors zone euro / 6 : autres indices.

(5) Taux hors opération de couverture. Indiquer le montant, l'index ou la formule correspondant au taux minimal du contrat de prêt sur toute la durée du contrat.

(6) Taux hors opération de couverture. Indiquer le montant, l'index ou la formule correspondant au taux maximal du contrat de prêt sur toute la durée du contrat.

(7) Coût de sortie : indiquer le montant de l'indemnité contractuelle de remboursement définitif de l'emprunt au 01/01/N ou le cas échéant, à la prochaine date d'échéance.

(8) Montant, index ou formule.

(9) Indiquer le niveau de taux après opérations de couverture éventuelles. Pour les emprunts à taux variables, indiquer le niveau du taux à la date de vote du budget.

(10) Indiquer les intérêts à payer au titre du contrat initial et comptabilisés à l'article 66111 et des intérêts éventuels à payer au titre du contrat d'échange et comptabilisés à l'article 668.

(11) Indiquer les intérêts à percevoir au titre du contrat d'échange et comptabilisés au 768.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – TYPOLOGIE DE LA REPARTITION DE L'ENCOURS	A1.4

A1.4 – TYPOLOGIE DE LA REPARTITION DE L'ENCOURS (1)

Indices sous-jacents		(1) Indices zone euro	(2) Indices inflation française ou zone euro ou écart entre ces indices	(3) Ecart d'indices zone euro	(4) Indices hors zone euro et écarts d'indices dont l'un est un indice hors zone euro	(5) Ecart d'indices hors zone euro	(6) Autres indices
Structure							
(A) Taux fixe simple. Taux variable simple. Echange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Echange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)	Nombre de produits	0	0	0	0	0	
	% de l'encours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Montant en euros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
(B) Barrière simple. Pas d'effet de levier	Nombre de produits	0	0	0	0	0	
	% de l'encours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Montant en euros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
(C) Option d'échange (swaption)	Nombre de produits	0	0	0	0	0	
	% de l'encours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Montant en euros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
(D) Multiplicateur jusqu'à 3 ; multiplicateur jusqu'à 5 capé	Nombre de produits	0	0	0	0	0	
	% de l'encours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Montant en euros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
(E) Multiplicateur jusqu'à 5	Nombre de produits	0	0	0	0	0	
	% de l'encours	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Montant en euros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
(F) Autres types de structures	Nombre de produits						0
	% de l'encours						0,00
	Montant en euros						0,00

(1) Cette annexe retrace le stock de dette au 01/01/N après opérations de couverture éventuelles.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – DETAIL DES OPERATIONS DE COUVERTURE	A1.5

A1.5 – DETAIL DES OPERATIONS DE COUVERTURE (1)

Instruments de couverture (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat)	Emprunt couvert			Instrument de couverture									
	Référence de l'emprunt couvert	Capital restant dû au 01/01/N	Date de fin du contrat	Organisme co-contractant	Type de couverture (3)	Nature de la couverture (change ou taux)	Notionnel de l'instrument de couverture	Date de début du contrat	Date de fin du contrat	Périodicité de règlement des intérêts (4)	Montant des commissions diverses	Primes éventuelles	
												Primes payées pour l'achat d'option	Primes reçues pour la vente d'option
Taux fixe (total)		0,00					0,00				0,00	0,00	0,00
Taux variable simple (total)		0,00					0,00				0,00	0,00	0,00
Taux complexe (total) (2)		0,00					0,00				0,00	0,00	0,00
Total		0,00					0,00				0,00	0,00	0,00

(1) Si un instrument couvre plusieurs emprunts, distinguer une ligne par emprunt couvert.

(2) Il s'agit d'un taux variable qui n'est pas défini comme la simple addition d'un taux usuel de référence et d'une marge exprimée en point de pourcentage.

(3) Indiquer s'il s'agit d'un *swap*, d'une option (*cap*, *floor*, *tunnel*, *swaption*).

(4) Indiquer la périodicité de règlement des intérêts : A : annuelle, M : mensuelle, B : bimestrielle, S : semestrielle, T : trimestrielle, X : autre.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE – DETAIL DES OPERATIONS DE COUVERTURE	A1.5

A1.5 – DETAIL DES OPERATIONS DE COUVERTURE (1) (suite)

Instruments de couverture (Pour chaque ligne, indiquer le numéro de contrat)	Effet de l'instrument de couverture								
	Référence de l'emprunt couvert	Taux payé		Taux reçu (7)		Charges et produits constatés depuis l'origine du contrat		Catégorie d'emprunt (8)	
		Index (5)	Niveau de taux (6)	Index	Niveau de taux	Charges c/668	Produits c/768	Avant opération de couverture	Après opération de couverture
Taux fixe (total)						0,00	0,00		
Taux variable simple (total)						0,00	0,00		
Taux complexe (total) (2)						0,00	0,00		
Total						0,00	0,00		

(5) Indiquer l'index utilisé ou la formule de taux.

(6) Pour les emprunts à taux variable, indiquer le niveau à la date de vote du budget.

(7) A compléter si l'instrument de couverture est un *swap*.

(8) Catégorie d'emprunt. Exemple A-1 (cf. la classification des emprunts suivant la typologie de la circulaire IOCB1015077C du 25 juin 2010 sur les produits financiers offerts aux collectivités territoriales).

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – ETAT DE LA DETTE AUTRES DETTES	A1.6

A1.6 – AUTRES DETTES

(Issues des engagements juridiques pris autres que ceux destinés à financer la prise en charge d'un emprunt)

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN METHODES UTILISEES POUR LES AMORTISSEMENTS	A2

A2 – AMORTISSEMENTS – METHODES UTILISEES

CHOIX DE L'ASSEMBLEE DELIBERANTE	Délibération du
Biens de faible valeur Seuil unitaire en deçà duquel les immobilisations de peu de valeur s'amortissent sur un an (article R. 2321-1 du CGCT) : 500.00 €	2014-12-08

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DES PROVISIONS ET DES DEPRECIATIONS	A3.1

A3.1 – ETAT DES PROVISIONS ET DES DEPRECIATIONS

Nature de la provision ou de la dépréciation	Dotations inscrites au budget de l'exercice (1)	Date de constitution	Montant des prov. et dépréciations constituées au 01/01/N	Montant total des prov. et dépréciations constituées	Reprises inscrites au budget de l'exercice	SOLDE prévisionnel au 31/12/N
PROVISIONS ET DEPRECIATIONS BUDGETAIRES						
Provisions réglementées et amortissements dérogatoires	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
Provisions pour risques et charges (2)	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
Dépréciations (2)	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL BUDGETAIRES	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
PROVISIONS ET DEPRECIATIONS SEMI-BUDGETAIRES						
Provisions pour risques et charges (2)	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
Dépréciations (2)	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL SEMI-BUDGETAIRES	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Provisions nouvelles ou abondement d'une provision déjà constituée.

(2) Indiquer l'objet de la provision (exemples : provision pour litiges au titre du procès ; provisions pour dépréciation des immobilisations de l'équipement ...).

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETALEMENT DES PROVISIONS	A3.2

A3.2 – ETALEMENT DES PROVISIONS

(1) Il s'agit des provisions pour risques et charges qui peuvent faire l'objet d'un étalement.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN EQUILIBRE DES OPERATIONS FINANCIERES	A4.1

DISPONIBILITE DE RESSOURCES PROPRES PROVENANT DES EXERCICES ANTERIEURS

Solde de la section d'investissement de l'exercice N-1 (1)

	Pour mémoire, budget précédent (BP+BS+DM)	Propositions nouvelles	Vote	Total (2)
	(a)		(b)	(c = a + b)
Solde d'exécution 001 (A) montant négatif si déficit (D001) montant positif si excédent (R001)	0,00	1 152 516,67	1 152 516,67	1 152 516,67
Solde des RAR (B) montant négatif si déficit montant positif si excédent	0,00	-201 165,42	-201 165,42	-201 165,42
Solde de la section investissement de l'exercice N-1 (Solde I = A + B) Solde positif : excédent de financement Solde négatif : besoin de financement	0,00	951 351,25	951 351,25	951 351,25

Disponibilité des ressources propres provenant des exercices antérieurs après financement de la section investissement de l'exercice N-1 (1)

	Pour mémoire, budget précédent (BP+BS+DM)	Propositions nouvelles	Vote	Total (2)
	(a)		(b)	(c = a + b)
Affectation au 106 (C)	0,00	0,00	0,00	0,00
Solde de la section investissement de l'exercice N-1 (Solde I) Solde positif : excédent de financement Solde négatif : besoin de financement	0,00	951 351,25	951 351,25	951 351,25
Disponibilité de ressources propres des exercices antérieurs (Solde II = C + Solde I) Solde positif : ressources disponibles pour la couverture de l'annuité Solde négatif : absence de ressources propres provenant des exercices antérieurs pour la couverture de l'annuité	0,00	951 351,25	951 351,25	951 351,25

COUVERTURE DE L'ANNUITE DE LA DETTE PAR LES RESSOURCES PROPRES - PETIT EQUILIBRE

	Pour mémoire, budget précédent (BP+BS+DM)	Propositions nouvelles	Vote	Total (2)
	(a)		(b)	(c = a + b)
Dépenses de l'exercice à couvrir par des ressources propres (D)(3)	202 850,00	0,00	0,00	202 850,00
Ressources propres externes et internes de l'exercice (E)(3)	368 100,00	26 900,00	26 900,00	395 000,00
Couverture de l'annuité de la dette (Solde III = E - D) Solde positif : annuité de la dette couverte Solde négatif : annuité de la dette non couverte par les ressources de l'exercice, vérifier la couverture par les éventuelles ressources disponibles des exercices antérieurs (cf. solde II)	165 250,00	26 900,00	26 900,00	192 150,00

104 CENT QUATRE EPCC - 02- BUDGET PRINCIPAL - BS - 2025

(1) Éléments à compléter uniquement s'il y a eu reprise des résultats, anticipée ou classique, lors de cette séance ou lors d'une séance précédente.

(2) Cumul des crédits de l'exercice votés ou reportés

(3) Seuls les crédits de l'exercice sont pris en compte donc hors RAR. Le détail est présenté aux états suivants : "Equilibre budgétaire - Dépenses" et "Equilibre budgétaire - Recette"

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN EQUILIBRE DES OPERATIONS FINANCIERES – DEPENSES	A4.2

DEPENSES A COUVRIR PAR DES RESSOURCES PROPRES

Art. (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (hors RAR) (BP + BS + DM)	Propositions nouvelles	Vote (2)
DEPENSES TOTALES A COUVRIR PAR DES RESSOURCES PROPRES =A + B		I 202 850,00	0,00	II 0,00
16 Emprunts et dettes assimilées (A)		0,00	0,00	0,00
1631	Emprunts obligataires	0,00	0,00	0,00
1641	Emprunts en euros	0,00	0,00	0,00
1643	Emprunts en devises	0,00	0,00	0,00
16441	Opérat° afférentes à l'emprunt	0,00	0,00	0,00
1678	Autres emprunts et dettes	0,00	0,00	0,00
1681	Autres emprunts	0,00	0,00	0,00
1682	Bons à moyen terme négociables	0,00	0,00	0,00
1687	Autres dettes	0,00	0,00	0,00
Dépenses et transferts à déduire des ressources propres (B)		202 850,00	0,00	0,00
10...	<i>Reprise de dotations, fonds divers et réserves</i>			
10...	Reversement de dotations, fonds divers et réserves			
139	<i>Subv. invest. transférées cpte résultat</i>	<i>202 850,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
020	Dépenses imprévues	0,00	0,00	0,00

(1) Détailler les chapitres budgétaires par article conformément au plan de comptes.

(2) Crédits de l'exercice votés lors de la séance.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN EQUILIBRE DES OPERATIONS FINANCIERES – RECETTES	A4.3

RESSOURCES PROPRES

Art. (1)	Libellé (1)	Budget de l'exercice (hors RAR) (BP + BS + DM)	Propositions nouvelles	Vote (2)
RECETTES (RESSOURCES PROPRES) = a + b		V 368 100,00	26 900,00	VI 26 900,00
Ressources propres externes de l'année (a)		0,00	0,00	0,00
10222	FCTVA	0,00	0,00	0,00
10228	Autres fonds globalisés	0,00	0,00	0,00
26...	Participations et créances rattachées			
27...	Autres immobilisations financières			
Ressources propres internes de l'année (b) (3)		368 100,00	26 900,00	26 900,00
15...	Provisions pour risques et charges			
169	Primes de remboursement des obligations	0,00	0,00	0,00
26...	Participations et créances rattachées			
27...	Autres immobilisations financières			
28...	Amortissement des immobilisations			
28031	Frais d'études	6 400,00	0,00	0,00
2805	Licences, logiciels, droits similaires	14 200,00	0,00	0,00
28135	Installations générales, agencements, ..	17 900,00	0,00	0,00
28151	Installations complexes spécialisées	1 000,00	0,00	0,00
28154	Matériel industriel	73 600,00	0,00	0,00
28157	Aménagements des matériels industriels	1 000,00	0,00	0,00
28181	Installations générales, agencements	119 500,00	0,00	0,00
28182	Matériel de transport	3 200,00	0,00	0,00
28183	Matériel de bureau et informatique	40 500,00	0,00	0,00
28184	Mobilier	18 600,00	0,00	0,00
28188	Autres	72 200,00	26 900,00	26 900,00
29...	Dépréciation des immobilisations			
39...	Dépréciat° des stocks et en-cours			
481...	Charges à répartir plusieurs exercices			
021	Virement de la section d'exploitation	0,00	0,00	0,00

(1) Les comptes 15, 169, 26, 27, 28, 29, 39 et 481 sont à détailler conformément au plan de comptes.

(2) Crédits de l'exercice votés lors de la séance.

(3) Les comptes 15, 29 et 39 sont présentés uniquement si la commune ou l'établissement applique le régime des provisions budgétaires.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DE VENTILATION DES DEPENSES ET RECETTES DES SERVICES D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT – SECTION D'EXPLOITATION	A5.1.1

Cet état ne contient pas d'information.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DE VENTILATION DES DEPENSES ET RECETTES DES SERVICES D’EAU ET D’ASSAINISSEMENT – SECTION D’INVESTISSEMENT	A5.1.2

Cet état ne contient pas d'information.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DE VENTILATION DES DEPENSES ET RECETTES DES SERVICES D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF ET NON COLLECTIF – SECTION D'EXPLOITATION	A5.2.1

Cet état ne contient pas d'information.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DE VENTILATION DES DEPENSES ET RECETTES DES SERVICES D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF ET NON COLLECTIF – SECTION D'INVESTISSEMENT	A5.2.2

Cet état ne contient pas d'information.

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN ETAT DES CHARGES TRANSFEREES	A6

A6 – ETAT DES CHARGES TRANSFEREES

Exercice	Nature de la dépense transférée	Durée de l'éta- lement	Date de la délibéra- tion	Montant de la dépense transférée au compte 481 (I)	Montant amorti au titre des exercices précédents (II)	Montant de la dotation aux amortissements de l'exercice (c/6812) (III)	Solde (1)
TOTAL				0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Correspond au montant de la charge restant à amortir = I – (II + III).

IV – ANNEXES	IV
ELEMENTS DU BILAN – DETAIL DES OPERATIONS POUR COMPTE DE TIERS	A7

A7 – CHAPITRE D'OPERATIONS POUR COMPTE DE TIERS (Détail) (1)

- (1) Ouvrir un cadre par opération pour compte de tiers.
- (2) Ensemble des réalisations connues (hors restes à réaliser).
- (3) A remplir uniquement en cas de reprise des résultats de l'exercice précédent, soit après le vote du compte administratif, soit en cas de reprise anticipée des résultats.
- (4) Total = Restes à réaliser N-1 + Nouveaux crédits votés.
- (5) Inscrire le chapitre et la nature des travaux.
- (6) Le chapitre 45 doit être détaillé conformément au plan de comptes, tant en dépenses qu'en recettes.
- (7) Indiquer le chapitre.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS EMPRUNTS GARANTIS PAR LA REGIE	B1.1

B1.1 – ETAT DES EMPRUNTS GARANTIS PAR LA REGIE

Désignation du bénéficiaire	Année de mobilisation et profil d'amortissement de l'emprunt (1)		Objet de l'emprunt garanti	Organisme prêteur ou chef de file	Montant initial	Capital restant dû au 01/01/N	Durée résiduelle	Périodicité des remboursements (2)	Taux initial			Taux à la date de vote du budget (6)			Catégorie d'emprunt (7)	Indices ou devises pouvant modifier l'emprunt	Annuité garantie au cours de l'exercice	
	Année	Profil							Taux (3)	Index (4)	Taux actuariel (5)	Taux (3)	Index (4)	Niveau de taux			En intérêts (8)	En capital
Total des emprunts contractés par des collectivités ou des EP (hors logements sociaux)					0,00	0,00										0,00	0,00	
Total des emprunts autres que ceux contractés par des collectivités ou des EP (hors logements sociaux)					0,00	0,00										0,00	0,00	
Total des emprunts contractés pour des opérations de logement social					0,00	0,00										0,00	0,00	
TOTAL GENERAL					0,00	0,00										0,00	0,00	

(1) Indiquer C pour amortissement constant, P pour amortissement progressif, F pour in fine, X pour autres (à préciser).

(2) Indiquer la périodicité des remboursements A : annuelle ; M : mensuelle ; B : bimestrielle ; S : semestrielle ; T : trimestrielle ; X : autre.

(3) Type de taux d'intérêt : F : fixe ; V : variable simple ; C : complexe (c'est-à-dire un taux variable qui n'est pas seulement défini comme la simple addition d'un taux usuel de référence et d'une marge exprimée en point de pourcentage).

(4) Indiquer le type d'index (ex. EURIBOR 3 mois ...).

(5) Taux annuel, tous frais compris.

(6) Taux hors opération de couverture. Pour les emprunts à taux variable, indiquer le niveau à la date de vote du budget.

(7) Catégorie d'emprunt hors opération de couverture. Exemple A-1 (cf. la classification des emprunts suivant la typologie de la circulaire IOCB1015077C du 25 juin 2010 sur les produits financiers offerts aux collectivités territoriales).

(8) Il s'agit des intérêts dus au titre du contrat initial et comptabilisés à l'article 66111 « Intérêts réglés à l'échéance » (intérêts décaissés).

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – CALCUL DU RATIO D'ENDETTEMENT RELATIF AUX GARANTIES D'EMPRUNT	B1.2

B1.2 – CALCUL DU RATIO D'ENDETTEMENT RELATIF AUX GARANTIES D'EMPRUNT

Calcul du ratio de l'article L. 2252-1 du CGCT	Valeur en euros	
Total des annuités déjà garanties à échoir dans l'exercice (1)	A	0,00
Total des premières annuités entières des nouvelles garanties de l'exercice (1)	B	0,00
Annuité nette de la dette de l'exercice (2)	C	0,00
Provisions pour garanties d'emprunts	D	0,00
Total des annuités d'emprunts garantis de l'exercice	I = A+ B + C - D	0,00
Recettes réelles de fonctionnement	II	0,00
Part des garanties d'emprunt accordées au titre de l'exercice en % (3)	I / II	0,00

(1) Hors opérations visées par l'article L. 2252-2 du CGCT.

(2) Cf. définition de l'article D. 1511-30 du CGCT.

(3) Les garanties d'emprunt accordées au titre d'un exercice ne doivent pas représenter plus de 50 % des recettes réelles de fonctionnement de ce même exercice.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS SUBVENTIONS VERSEES DANS LE CADRE DU VOTE DU BUDGET	B1.3

B1.3 – SUBVENTIONS VERSEES DANS LE CADRE DU VOTE DU BUDGET

- (1) Indiquer l'article d'imputation de la subvention.
(2) Dénomination ou numéro éventuel de la subvention.
(3) Objet pour lequel est versée la subvention.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS ETAT DES CONTRATS DE CREDIT-BAIL	B1.4

B1.4 – 8016 ETAT DES CONTRATS DE CREDIT-BAIL

- (1) Indiquer l'objet du bien mobilier ou immobilier.
- (2) Total = (N+1, N+2, N+3, N+4) + restant cumul.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS ETAT DES MARCHES DE PARTENARIAT	B1.5

ETAT DES MARCHES DE PARTENARIAT

Libellé du contrat	Année de signature du marché	Organismes cocontractants	Nature des prestations prévues par le marché	Durée du marché (en mois)	Date fin de marché	Date mise en service équipement	Montant total prévu au titre du marché (TTC)	Annuité versée sur l'exercice	Montant de la rémunération du cocontractant restant à verser pour la durée restante du marché de partenariat (3)				
									Part investissement		Part fonctionnement II	Part financement III	TOTAL I + II + III
									Part totale (4)	Dont part nette (5) I			
Marchés de partenariat (1)													
SOUS-TOTAL							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marchés globaux de performance énergétiques avec tiers de financement (2)													
SOUS-TOTAL							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Article L. 1112-1 du Code de la commande publique

(2) Article 1er de la loi n° 2023-222 du 30 mars 2023

(3) Montant de la rémunération restant à verser au 01/01/N

(4) Montant total de la rémunération relative à l'investissement restant à verser au 01/01/N

(5) Montant inscrit à la colonne précédente déduction faite des participations d'autres collectivités publiques.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS ETAT DES AUTRES ENGAGEMENTS DONNES	B1.6

B1.6 – ETAT DES AUTRES ENGAGEMENTS DONNES

Année d'origine	Nature de l'engagement	Organisme bénéficiaire	Durée en années	Périodicité	Dettes en capital à l'origine	Dettes en capital 1/1/N	Annuité à verser au cours de l'exercice
	8017 Subventions à verser en annuités				0,00	0,00	0,00
	8018 Autres engagements donnés				0,00	0,00	0,00
	Au profit d'organismes publics				0,00	0,00	0,00
	Au profit d'organismes privés (1)				0,00	0,00	0,00
	TOTAL				0,00	0,00	0,00

(1) Concernant les garanties accordées à l'Agence France Locale (Article L.1611-3-2 du CGCT) :

- l' « Organisme bénéficiaire » de la garantie est toute personne titulaire d'un « titre éligible » émis ou créé par l'Agence France Locale ;
- la rubrique « Périodicité » n'est pas remplie car la garantie n'a pas de périodicité. La garantie est d'une durée totale indiquée à la colonne qui précède ;
- la colonne « Dette en capital à l'origine » correspond au montant total de la garantie accordée aux titulaires d'un titre éligible ;
- la colonne « Dette en capital 1/1/N » correspond au montant résiduel de la garantie au 1/1/N ;
- la colonne « Annuité à verser au cours de l'exercice » n'est pas remplie car l'octroi de la garantie n'implique pas que des versements annuels aient lieu. Des versements ne seront effectués qu'en cas d'appel de la garantie.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN – ENGAGEMENTS DONNES ET RECUS ETAT DES ENGAGEMENTS RECUS	B1.7

B1.7 – ETAT DES ENGAGEMENTS RECUS

Année d'origine	Nature de l'engagement	Organisme émetteur	Durée en années	Périodicité	Créance en capital à l'origine	Créance en capital 01/01/N	Annuité reçue au cours de l'exercice
	8027 Subventions à recevoir par annuités (annuités restant à recevoir)				0,00	0,00	0,00
	8028 Autres engagements reçus				0,00	0,00	0,00
	A l'exception de ceux reçus des entreprises				0,00	0,00	0,00
	Engagements reçus des entreprises				0,00	0,00	0,00
	TOTAL				0,00	0,00	0,00

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN AUTORISATIONS DE PROGRAMME ET CREDITS DE PAIEMENT	B2.1

B2.1 – SITUATION DES AUTORISATIONS DE PROGRAMME ET CREDITS DE PAIEMENT

- (1) Il s'agit des réalisations effectives correspondant aux mandats émis.
(2) Il s'agit du montant prévu initialement par l'échéancier corrigé des révisions.
(3) Il s'agit de la différence entre les AP engagées et les CP consommés.

IV – ANNEXES	IV
ENGAGEMENTS HORS BILAN AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT ET CREDITS DE PAIEMENT	B2.2

B2.2 – SITUATION DES AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT ET CREDITS DE PAIEMENT

- (1) Il s'agit des réalisations effectives correspondant aux mandats émis.
- (2) Il s'agit du montant prévu initialement par l'échéancier corrigé des révisions.
- (3) Il s'agit de la différence entre les AE engagées et les CP consommés.

IV – ANNEXES	IV
AUTRES ELEMENTS D'INFORMATIONS – ETAT DU PERSONNEL AU 01/01/N	C1.1

C1.1 – ETAT DU PERSONNEL AU 01/01/N

GRADES OU EMPLOIS (1)	CATEGORIES (2)	EMPLOIS BUDGETAIRES (3)			EFFECTIFS POURVUS SUR EMPLOIS BUDGETAIRES EN ETPT (4)		
		EMPLOIS PERMANENTS À TEMPS COMPLET	EMPLOIS PERMANENTS À TEMPS NON COMPLET	TOTAL	AGENTS TITULAIRES	AGENTS NON TITULAIRES	TOTAL
EMPLOIS FONCTIONNELS (a)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Directeur général des services		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Directeur général adjoint des services		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Directeur général des services techniques		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Emplois créés au titre de l'article L. 313-1 du CGFP		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE ADMINISTRATIVE (b)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE TECHNIQUE (c)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE SOCIALE (d)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE MEDICO-SOCIALE(e)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE MEDICO-TECHNIQUE (f)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE SPORTIVE (g)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE CULTURELLE (h)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE ANIMATION (i)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FILIERE POLICE (j)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EMPLOIS NON CITES (k) (5)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GENERAL (b + c + d + e + f + g + h + i + j + k)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

(1) Les grades ou emplois sont désignés conformément à la circulaire n° NOR : INTB9500102C du 23 mars 1995. Les emplois fonctionnels sont également comptabilisés dans leur filière d'origine.

(2) Catégories : A, B ou C.

(3) Emplois budgétaires créés par l'assemblée délibérante. Les emplois permanents à temps complet sont comptabilisés pour une unité, les emplois à temps non complet sont comptabilisés à hauteur de la quotité de travail prévue par la délibération créant l'emploi.

(4) Equivalent temps plein annuel travaillé (ETPT). Le décompte est proportionnel à l'activité des agents, mesurée par leur quotité de temps de travail et par leur période d'activité sur l'année :

ETPT = Effectifs physiques * quotité de temps de travail * période d'activité dans l'année

Exemple : un agent à temps plein (quotité de travail = 100 %) présent toute l'année correspond à 1 ETPT ; un agent à temps partiel, à 80 % (quotité de travail = 80 %) présent toute l'année correspond à 0,8 ETPT ; un agent à temps partiel, à 80 % (quotité de travail = 80 %) présent la moitié de l'année (ex : CDD de 6 mois, recrutement à mi-année) correspond à 0,4 ETPT (0,8 * 6 / 12).

(5) Par exemple : emplois dont les missions ne correspondent pas à un cadre d'emploi existant.

IV – ANNEXES	IV
AUTRES ELEMENTS D'INFORMATIONS – ETAT DU PERSONNEL AU 01/01/N	C1.1

C1.1 – ETAT DU PERSONNEL AU 01/01/N (suite)

AGENTS NON TITULAIRES EN FONCTION AU 01/01/N	CATEGORIES (1)	SECTEUR (2)	REMUNERATION (3)		CONTRAT	
			Indice (8)	Euros	Fondement du contrat (4)	Nature du contrat (5)
Agents occupant un emploi permanent (6)				0,00		
Agents occupant un emploi non permanent (7)				0,00		
TOTAL GENERAL				0,00		

(1) CATEGORIES: A, B et C.

(2) SECTEUR ADM : Administratif.
 TECH : Technique.
 URB : Urbanisme (dont aménagement urbain).
 S : Social.
 MS : Médico-social.
 MT : Médico-technique.
 SP : Sportif.
 CULT : Culturel.
 ANIM : Animation.
 POL : Police.
 POMP : Sapeurs-pompiers.
 X : Emplois non cités.

(3) REMUNERATION : Référence à un indice brut (indiquer le niveau de l'indice brut) de la fonction publique ou en euros annuels bruts (indiquer l'ensemble des éléments de la rémunération brute annuelle).

(4) CONTRAT : Motif du contrat (code général de la fonction publique - CGFP) :

332-23-1° : Accroissement temporaire d'activité pour une durée maximale de douze mois.
 332-23-2° : Accroissement saisonnier d'activité pour une durée maximale de six mois.
 332-24 : Contrat de projet pour une durée minimale d'un an et une durée maximale fixée par les parties dans la limite de six ans
 332-13 : Remplacement d'un fonctionnaire autorisé à servir à temps partiel ou indisponible.
 332-14 : Vacance temporaire d'un emploi.
 332-8-1° : Absence de cadre d'emplois de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes.
 332-8-2° : Justifié par les besoins des services ou la nature des fonctions, sous réserve qu'aucun fonctionnaire territorial n'a pu être recruté dans les conditions prévues par le CGFP.
 332-8-3° : Communes de moins de 1 000 habitants et groupements de communes regroupant moins de 15 000 habitants.
 332-8-4° : Communes nouvelles issues de fusion de communes de moins de 1 000 habitants, pendant trois ans suivant la création, et le cas échéant, jusqu'au premier renouvellement du conseil municipal.
 332-8-5° : Autres collectivités territoriales ou établissements mentionnés à l'article L. 4, pour les emplois dont la quotité de temps de travail est inférieure à 50 %.
 332-8-6° : Emplois des communes (- 2 000 hab.) et des groupements de communes (-10 000 hab.) dont la création ou suppression dépend de la décision d'une autorité.
 327-5 : Contractuel territorial sur emploi permanent - peut être nommé en qualité de fonctionnaire stagiaire par l'autorité territoriale.
 332-10 : Contrat à durée indéterminée en application de l'article L. 332-8 avec un agent contractuel territorial qui justifie d'une durée de services publics de six ans au moins.
 332-11 : Contrat à durée indéterminée lorsque l'agent contractuel territorial concerné remplit avant l'échéance de son contrat les conditions d'ancienneté mentionnées à l'article L. 332-10.
 326_352 : Modalités particulières : recrutement sans concours, parcours d'accès à la fonction publique, personnes en situation de handicap (CGFP art. L326 et L.352).
 343-1_343-3 : Emplois supérieurs de la fonction publique territoriale (emplois fonctionnels de direction).
 333-1_333-10 : Collaborateurs de cabinet.
 333-12 : Collaborateurs de groupes d'élus.
 A : Autres.

(5) Indiquer si l'agent contractuel est titulaire d'un contrat à durée déterminée (CDD) ou d'un contrat à durée indéterminée (CDI). Les contrats particuliers devront être labellisés « A / autres » et feront l'objet d'une précision (ex : « contrats aidés »).

(6) Occupent un emploi permanent de la fonction publique territoriale, les agents non titulaires recrutés sur le fondement des articles 332-8, 332-13, 332-14, 326, 352 du CGFP, ainsi que les agents qui sont titulaires d'un contrat à durée indéterminée pris sur le fondement des articles 327-5, 332-10 et 332-11 du CGFP.

(7) Occupent un emploi non permanent de la fonction publique territoriale, les agents non titulaires recrutés sur le fondement des articles 332-23, 332-24, 333-1 à 333-10 et 333-12.

(8) Si un contrat fixe comme référence de rémunération un traitement hors échelle, il convient de mentionner le chevron conformément à l'article 6 décret 85-1148 du 20 octobre 1985.

IV – ANNEXES	IV
AUTRES ELEMENTS D'INFORMATIONS ETAT DU PERSONNEL DE LA COLLECTIVITE OU DE L'ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT EMPLOYE PAR LA REGIE	C1.2

C1.2 – ETAT DU PERSONNEL DE LA COLLECTIVITE OU DE L'ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT EMPLOYE PAR LA REGIE (1)

AGENTS TITULAIRES OU NON	CATEGORIES	EFFECTIFS	MONTANT PREVU A L'ARTICLE 6215
TOTAL GENERAL		0	0,00

(1) Cette annexe est servie s'il s'agit d'un budget annexé au budget d'une collectivité locale ou d'un établissement public local et si la collectivité de rattachement a mis à disposition du personnel en vue de l'exploitation du service.

IV – ANNEXES	IV
AUTRES ELEMENTS D'INFORMATIONS LISTE DES ORGANISMES DANS LESQUELS A ETE PRIS UN ENGAGEMENT FINANCIER	C2

C2 – LISTES DES ORGANISMES DANS LESQUELS A ETE PRIS UN ENGAGEMENT FINANCIER (articles L. 2313-1 et L. 2313-1-1 du CGCT)

Les documents financiers et comptables de ces organismes sont mis à la disposition du public à (1). Toute personne a le droit de demander communication.

La nature de l'engagement (2)	Nom de l'organisme	Raison sociale de l'organisme	Nature juridique de l'organisme	Montant de l'engagement
<u>Délégation de service public (3)</u>				
<u>Garantie ou cautionnement d'un emprunt</u>				
<u>Autres</u>				

(1) Hôtel de ville pour les communes et siège de l'établissement pour les EPCI, syndicat, etc. et autres lieux publics désignés par la commune ou l'établissement.

(2) Indiquer la date de la décision (délibérations, contrats ou décisions de l'exécutif).

(3) Préciser la nature de la délégation (concession, affermage, régie intéressée, ...).

IV – ANNEXES	IV
AUTRES ELEMENTS D'INFORMATIONS LISTE DES SERVICES INDIVIDUALISES DANS UN BUDGET ANNEXE	C3

C3 – LISTE DES SERVICES INDIVIDUALISES DANS UN BUDGET ANNEXE

IV – ANNEXES	IV
ARRETE ET SIGNATURES	D

Nombre de membres en exercice : 0

Nombre de membres présents : 0

Nombre de suffrages exprimés : 0

VOTES :

Pour : 0

Contre : 0

Abstentions : 0

Date de convocation :

Présenté par (1) ,

A le

(1) ,

Délibéré par l'assemblée (2), réunie en session

A , le

Les membres de l'assemblée délibérante (2),(3),

Certifié exécutoire par (1) , compte tenu de la transmission en préfecture, le , et de la publication le

A ,le

(1) Indiquer le « président du conseil d'administration » ou l'exécutif de la collectivité de rattachement : maire, président du conseil général,...

(2) L'assemblée délibérante étant :

(3) L'ajout des signataires est désormais facultatif.

Dépenses de fonctionnement	Réalisé	Réalisé	BP	Δ BS	BS
	2023	2024	2025	2025	2025
Programmation et production	3 390 191 €	3 630 252 €	3 787 888 €	-101 729 €	3 686 159 €
Expositions	244 090 €	267 089 €	175 320 €	-12 819 €	162 501 €
Prog hors musique hors expo	1 090 216 €	1 675 632 €	1 298 888 €	108 692 €	1 407 580 €
Programmation musique	156 678 €	376 506 €	225 307 €	-35 649 €	189 658 €
Productions et tournées	504 531 €	382 695 €	424 373 €	-58 289 €	366 084 €
Némo	483 293 €	40 447 €	454 000 €	14 416 €	468 416 €
Intermittents techniques	739 070 €	681 213 €	1 070 000 €	-118 080 €	951 920 €
Frais techniques et généraux	172 314 €	206 670 €	140 000 €	0 €	140 000 €
Direction des publics	463 138 €	433 466 €	502 500 €	-1 532 €	500 968 €
Accueil	130 562 €	114 640 €	121 150 €	0 €	121 150 €
Billetterie	67 130 €	59 608 €	66 400 €	2 500 €	68 900 €
Liens avec les publics / RP	70 666 €	88 088 €	91 900 €	0 €	91 900 €
Le Cinq	50 408 €	25 988 €	29 850 €	0 €	29 850 €
La Maison des petits	44 068 €	64 082 €	79 700 €	0 €	79 700 €
Aménagement des rythmes éducatifs	27 725 €	24 836 €	33 300 €	3 000 €	36 300 €
Intervenants extérieurs	23 245 €	17 012 €	32 000 €	-1 332 €	30 668 €
Frais techniques	49 333 €	39 213 €	48 200 €	-5 700 €	42 500 €
DDCM	302 526 €	539 560 €	409 100 €	6 402 €	415 502 €
Frais généraux	1 507 €	1 745 €	2 100 €	0 €	2 100 €
Commercialisation	18 395 €	11 737 €	25 400 €	-3 500 €	21 900 €
Commerces	7 929 €	3 968 €	6 500 €	0 €	6 500 €
Mécénat	9 821 €	6 389 €	15 100 €	2 000 €	17 100 €
Intermittents techniques	57 764 €	188 224 €	180 000 €	-32 098 €	147 902 €
Frais techniques	207 110 €	327 496 €	180 000 €	40 000 €	220 000 €
Ingénierie et innovation	1 129 958 €	1 062 264 €	1 038 450 €	111 250 €	1 149 700 €
Incubateur	93 184 €	70 746 €	121 000 €	-22 000 €	99 000 €
Ingénierie culturelle	1 036 774 €	991 518 €	917 450 €	133 250 €	1 050 700 €
Fonctionnement	11 884 673 €	12 351 600 €	12 350 654 €	258 241 €	12 608 895 €
Personnel permanent	7 635 894 €	7 238 761 €	7 257 974 €	86 041 €	7 344 015 €
Entretien du bâtiment	2 629 255 €	3 401 562 €	3 294 800 €	77 500 €	3 372 300 €
Informatique	96 935 €	152 868 €	152 500 €	-7 200 €	145 300 €
Administration technique	11 948 €	10 375 €	12 200 €	0 €	12 200 €
Direction générale	49 316 €	38 481 €	43 900 €	10 000 €	53 900 €
Direction de la communication	522 206 €	446 853 €	514 800 €	58 000 €	572 800 €
Frais généraux (amortissements, prêt...)	756 768 €	802 200 €	732 130 €	33 900 €	766 030 €
Échanges de factures	182 350 €	260 500 €	342 350 €	0 €	342 350 €
Total des dépenses	17 170 486 €	18 017 142 €	18 088 592 €	272 632 €	18 361 224 €

Recettes de fonctionnement	Réalisé	Réalisé	BP	Δ BS	BS
	2023	2024	2025	2025	2025
Programmation et production	2 553 622 €	2 678 175 €	2 776 235 €	252 950 €	3 029 185 €
Billetterie et reversements	1 284 368 €	979 202 €	1 188 352 €	75 045 €	1 263 397 €
Subventions	537 087 €	887 805 €	1 103 914 €	136 000 €	1 239 914 €
Tournées	658 756 €	729 414 €	403 969 €	-18 095 €	385 874 €
Locations	73 411 €	81 755 €	80 000 €	60 000 €	140 000 €
Direction des publics	190 293 €	292 595 €	248 554 €	22 200 €	270 754 €
Reversements sur la billetterie	18 618 €	52 417 €	35 000 €	0 €	35 000 €
Liens avec les publics	77 864 €	111 380 €	89 354 €	0 €	89 354 €
Le Cinq	51 364 €	21 507 €	14 000 €	-2 000 €	12 000 €
La Maison des petits	13 725 €	72 369 €	67 500 €	29 200 €	96 700 €
Aménagement des rythmes éducatifs	28 722 €	32 433 €	37 700 €	-5 000 €	32 700 €
DDCM	2 063 012 €	2 312 841 €	1 660 000 €	208 500 €	1 868 500 €
Commercialisation	1 323 977 €	1 850 805 €	1 300 000 €	200 000 €	1 500 000 €
Commerces	186 861 €	243 639 €	176 500 €	8 500 €	185 000 €
Mécénat	551 762 €	217 817 €	183 500 €	0 €	183 500 €
Ingénierie et innovation	1 649 837 €	2 239 481 €	2 300 000 €	-175 500 €	2 124 500 €
Incubateur	312 869 €	285 188 €	300 000 €	-90 000 €	210 000 €
Ingénierie	1 336 968 €	1 954 293 €	2 000 000 €	-85 500 €	1 914 500 €
Fonctionnement	10 154 270 €	10 411 614 €	11 103 803 €	-239 953 €	10 863 850 €
Contributions	8 532 434 €	8 564 000 €	8 501 000 €	0 €	8 501 000 €
Subvention sécurité	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	200 000 €
Subventions exceptionnelles	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Contributions supplémentaires (Subv. Ville)	0 €	0 €	500 000 €	0 €	500 000 €
Produits de gestion courante	166 034 €	255 930 €	200 000 €	0 €	200 000 €
Produits exceptionnels	720 603 €	800 224 €	650 000 €	0 €	650 000 €
Reprises et quote-parts de subventions	184 190 €	262 612 €	202 850 €	0 €	202 850 €
Autres produits de gestion	176 010 €	78 848 €	519 953 €	-239 953 €	280 000 €
Échanges de factures	175 000 €	250 000 €	330 000 €	0 €	330 000 €
Total des recettes	16 611 035 €	17 934 706 €	18 088 592 €	68 197 €	18 156 789 €
Résultat de l'exercice	-559 451 €	-82 437 €	0 €	-204 435 €	-204 435 €
Excédent antérieur reporté	1 065 709 €	506 257 €	0 €	423 820 €	423 820 €
Total net	17 676 743 €	18 440 963 €	18 088 592 €	492 017 €	18 580 609 €
Excédent net	506 258 €	423 821 €	0 €	219 385 €	219 385 €

IDF-2025-04-02-00010

Délibération n°2025-12 Approbation des
plafonds de remboursement des frais de
déplacement

DÉLIBÉRATION N°2025-12 EPCC CENTQUATRE-PARIS

Objet : Évolution des notes de frais

Le Conseil d'administration,

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment l'article L.1431-7;

Vu l'arrêté n°2008-267-2 du 23 septembre 2008 portant création de l'établissement public de coopération culturelle à caractère industriel et commercial Le CENTQUATRE et les arrêtés préfectoraux n°75-2019-12-26-005 du 26 décembre 2019 et n°75-2022-06-24-00010 du 24 juin 2022 portant modification des statuts de l'établissement ;

Vu les statuts du CENTQUATRE-PARIS notamment les articles 9 et 15.1 ;

Vu la délibération n°2020-18 du 13 novembre 2020 portant approbation du règlement intérieur du conseil d'administration du CENTQUATRE-PARIS ;

Vu la délibération n°2019-04 sur l'évolution des notes de frais des salariés, bénévoles, intermittents ou intervenants extérieurs envoyés en missions en France et à l'étranger ;

Vu les délibérations n° 2019-04 et la délibération n° 2019-22 concernant les frais professionnels du Directeur de l'établissement ;

Vu la proposition de Mr. Le président du Conseil d'Administration du CENTQUATRE-PARIS ;

DÉLIBÈRE

ARTICLE 1 : Le tarifs forfaitaires de déplacement des salariés, des bénévoles, des artistes intermittents, et intervenants extérieurs sont approuvés

ARTICLE 2 : Le remboursement des frais professionnels du Directeur du CENTQUATRE-PARIS est approuvé.

 12 Administrateurs présents ou représentés
12 Voix pour Contre Abstention

La délibération est adoptée

La Présidente du Conseil d'administration

Carine ROLLAND

SIGNÉ

Agence Régionale de Santé

IDF-2025-04-11-00002

Arrêté N° DIRNOV-2025/06 Portant modification
de l'arrêté n° DIRNOV-2025-03 relatif au projet
d'expérimentation

« VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière
de soins gériatriques (aiguë et chronique)
connectée à domicile » en Ile-de-France

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2025/06

**Portant modification de l'arrêté n° DIRNOV-2025-03 relatif au projet d'expérimentation
« VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et
chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** l'arrêté du 16 janvier 2025 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2025 ;
- 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 10 avril 2024 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, à compter du 29 avril 2024 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations 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'arrêté ARS Ile-de-France n° DIRNOV-2025-03 relatif au projet d'expérimentation « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » en Ile-de-France, publié au RAA le 12 février 2025 ;
- VU** l'avis modificatif du Comité technique de l'innovation en santé du 10 avril 2025 sur l'expérimentation Vigie Age - Ile-de-France ;

ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** Le cahier des charges de l'expérimentation intitulée « VIGIE-AGE - Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile » annexé au présent arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté n° DIRNOV-2025-03 du 12 février 2025.

ARTICLE 2 : La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

ARTICLE 3 : 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

Fait à Saint-Denis, le 11/04/2025

P/Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France
Denis ROBIN

La Directrice Générale Adjointe
Sophie MARTINON

SIGNE

Projet « VIGIE AGE »



Création et évaluation d'une Filière de soins gériatriques (aigüe et chronique) connectée à domicile :

Maintien à domicile de la personne âgée

- **en début de perte d'autonomie ou en situation de dépendance - isolée ou non - à risque d'hospitalisations régulières ou de décompensation**

Résumé du projet

Vigie-Age propose d'éviter une hospitalisation ou de la raccourcir pour des personnes âgées de 70 ans ou plus, polyopathologiques et en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe (ex : l'aidant ne suffit plus à apporter le soutien nécessaire), puis le cas échéant de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

Ce parcours repose sur le suivi médical et médico-social collaboratif d'une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée agissant aussi bien en surveillance à distance qu'en intervention mobile support 24H/7J. Des solutions domotiques et des dispositifs médicaux connectés portés par le patient sont analysés par elles et participent à l'adaptation et à la précocité de la réponse.

Le maintien à domicile est permis grâce à la mise en œuvre d'un trépied :

- **expertise gériatrique hospitalière** réactive mise à disposition au domicile, permettant d'ajuster les traitements au jour le jour ;
- **soins paramédicaux à domicile** facilités par l'appui médical permettant de mieux gérer les interventions, fournis par un SSIAD et des libéraux ;
- **structure d'assistance, de coordination et d'implémentation du plan personnalisé de santé** (médicale et psycho-sociale) avec sécurisation des personnes 24h/7j, reposant sur une plateforme numérique analysant des données fournies automatiquement par des objets connectés, et une plateforme humaine composée de gestionnaires du PPS de profils médicaux et paramédicaux.

Le médecin traitant peut ainsi reprendre sa place naturelle dans le cercle de soins et se concentrer sur le suivi médical global, grâce à l'appui apporté par Vigie-Age.

Le projet prend en compte l'aspect humain et prévoit notamment l'intégration des professionnels, formés à un nouveau mode organisationnel de prise en charge et à l'utilisation des nouvelles technologies en télésanté.

Les objectifs affichés sont :

- améliorer la qualité de vie effective et ressentie du patient et de son entourage

- améliorer les conditions de travail des professionnels de santé auprès des seniors (réengager le médecin traitant dans le suivi des seniors, accompagner les paramédicaux intervenant au domicile)
- éviter les hospitalisations inutiles et la rupture de parcours des patients seniors en début de perte d'autonomie
- permettre le maintien à domicile de patients relevant actuellement de l'USLD du fait d'une polyopathie complexe et à risque d'instabilité (multi-hospitalisations annuelles)
- faire faire des économies au système de santé

Une phase pilote autour de l'hôpital de Puteaux (CHRDS), d'une durée d'un an à partir d'août 2020, a fait la preuve de la faisabilité et de l'intérêt de cette organisation innovante : satisfaction des familles et des professionnels ; réactivité du dispositif ; diminution des hospitalisations ; test des outils, procédures et modules de formation ; inclusions croissantes au fur et à mesure de l'information des acteurs de terrain.

A terme, ce nouveau système :

- permettra d'éviter des passages non nécessaires au service d'accueil des urgences (SAU), une réduction du temps passé par les personnes âgées au SAU sur brancard et d'éviter ou raccourcir des hospitalisations (retours directs ou précoces à domicile et remise à disposition de lits hospitaliers sans perte de chance par sécurisation au domicile 24/7 et tamponnage opérationnel des ressources de ville).
- servira le maintien à domicile du sujet âgé, de manière sécurisée pour lui ou ses aidants, quelle que soit sa situation de maladie, de dépendance ou d'isolement, par le suivi de paramètres d'évolution en situation instable et l'anticipation d'aggravation par détection de signaux faibles ; la sollicitation adaptée des professionnels habituels du patient et la possibilité « d'intervention tampon » en cas d'indisponibilité.
- participera à l'amélioration des échanges d'information entre les professionnels du réseau médical, paramédical et social du patient (médecin traitant, infirmiers et kinés libéraux, assistante sociale, etc ; structures de coordination Maia, Clic, CCAS, conseil départemental ; famille et entourage ; ...) par sa responsabilité dans l'actualisation des informations médicales sur les plateformes nationales et la transmission des bonnes informations aux bonnes ressources.

Etat des lieux du projet en fin d'année 2023 :

Les résultats intermédiaires ont montré que l'expérimentation Vigie Age déployée en Ile-de-France depuis février 2022, est jugée pertinente par l'ensemble des acteurs interrogés estimant qu'il répond à un besoin de santé publique dans un contexte de vieillissement général de la population, du virage ambulatoire/domiciliaire, de tensions sur l'hôpital et de la transition épidémiologique.

Le déploiement de cette expérimentation est progressif en raison de la pénurie de ressources humaines à laquelle sont confrontés les centres hospitaliers et les services de soins infirmiers à domicile. **Cette pénurie a conduit un des sites, Hôpital Léopold Bellan, à se désengager de l'expérimentation.**

L'organisation innovante de la prise en charge à domicile proposée par Vigie Age s'appuie à la fois sur de nouvelles technologies et de nouvelles compétences, traduites par la création de nouveaux métiers/missions (care-managers, infirmiers et médecins opérationnels). Les partenaires professionnels impliqués sont de fait confrontés à de nouveaux enjeux/organisations (positionnement des infirmiers des SSIAD vis-à-vis des care-managers et/ou du binôme opérationnel ; management de salariés délocalisés ; rôle/place du médecin Vigie Age par rapport au médecin généraliste (MG)...).

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre sur le terrain, les professionnels interrogés font part de leur satisfaction de participer au dispositif et confirment son utilité pour les patients. Ils estiment que l'expérimentation Vigie Age participe à éviter et/ou raccourcir les hospitalisations, le passage aux urgences, le recours au SAMU/pompiers, les institutionnalisations ; qu'elle contribue au maintien à domicile, à la coordination des différents intervenants, à accélérer les sorties (accès ambulatoire privilégié, accès facilité au parcours hospitalier...), constitue une offre supplémentaire dans les orientations d'aval des urgences.

Vigie Age est bien intégré et bien accepté dans les pratiques hospitalières mais demande un temps d'implémentation, d'acculturation et d'appropriation important. Les patients ou leurs aidants reconnaissent globalement l'intérêt de ce dispositif et se déclarent satisfaits. La réactivité de l'équipe de télésurveillance est soulignée par les acteurs. Le système d'information de Vigie Age fait l'objet d'évolutions régulières pour être plus accessible à tous les acteurs impliqués et intégrer les différents modules d'extraction ou tableaux de bord nécessaires.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :

V1 : 07/01/2020	V8 : 14/06/2021	V16 : 15/12/2021	V25 : 03/04/2025
V2 : 10/01/2020	V9 : 03/09/2021	V17 : 19/09/2023	
V3 : 27/05/2020	V10 : 24/09/2021	V18 : 26/09/2023	
V4 : 30/07/2020	V11 : 01/10/2021	V19 : 28/09/2023	
V5 : 19/10/2020	V12 : 19/11/2021	V20 : 07/11/2023	
V6 : 05/01/2021	V13 : 25/11/2021	V21 : 09/11/2023	
V7 : 07/06/2021	V14 : 30/11/2021	V22 : 19/01/2024	
	V15 : 02/12/2021	V23 : 13/02/2024	
		V24 : 08/01/2025	

SOMMAIRE

1. Les porteurs et partenaires du projet	9
1.1 La société EPOCA.....	9
1.2 Le territoire Nord 92 (Hauts-de-Seine).....	9
1.2.1 Le Centre hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS)	9
1.2.2 Le SSIAD de Courbevoie : la SAPA	10
1.2.3 Le SSIAD de Neuilly-sur-Seine : l'ANSIAD	10
1.2.4 Le SSIAD d'Asnières sur Seine : fondation Aulagnier	10
1.3 Le territoire du 95.....	10
1.4 Le territoire du Grand Versailles (Yvelines).....	11
1.4.1 L'hôpital La Porte Verte (78)	11
1.4.2 Le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age -Lépine Versailles	11
2 Contexte et constats	12
2.1 Augmentation des ruptures de parcours avec l'avancée en âge	12
2.2 Problématiques du parcours actuel	12
2.3 Une alternative : le modèle nordique ?	13
3 Objet de l'expérimentation (résumé)	13
3.1 Objectifs de Vigie-Age	14
3.1.1 Objectifs stratégiques.....	14
3.2 Description du projet.....	15
3.2.1 Le concept Vigie-Age	15
3.2.2 Les 3 parcours Vigie-Age	16
3.2.3 GAD : gériatrie aiguë à domicile	16
3.2.4 AMAD 1 et 2 : accompagnement médicalisé à domicile	16
3.2.5 Complémentarité des 3 parcours.....	17
3.3 Population cible.....	18
3.3.1 Critères d'admission en GAD.....	18
3.3.2 Critères d'admission en AMAD 1 ou 2.....	20
3.4 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation	20
4 Acteurs de Vigie-Age	21
4.1 L'expertise gériatrique fournie par l'hôpital	21
4.2 Des renforts de soins à domicile	21
4.3 Une société de télésurveillance et de coordination qui fournit :.....	22
4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	23

4.5	Terrains d'expérimentation.....	24
4.6	Durée de l'expérimentation	24
4.7	Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	24
5	Description des parcours.....	24
5.1	Le parcours de soins GAD.....	24
5.1.1	Le parcours GAD étape par étape	25
5.1.2	L'admission en GAD.....	25
5.1.3	Le suivi GAD au quotidien.....	26
5.1.4	Fin du parcours GAD.....	27
5.2	Le parcours AMAD.....	27
5.2.1	Le parcours AMAD étape par étape	27
5.2.2	Le suivi AMAD 1 ou 2 au quotidien	27
5.2.3	Fin du parcours AMAD 1 ou AMAD 2	28
5.3	L'appui de la télémédecine pour les parcours GAD/AMAD	29
5.4	Articulation avec l'existant	30
6	Financement de l'expérimentation.....	32
6.1	Modèle de financement	32
6.2	Modalité de financement de la prise en charge proposée	34
7	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	35
7.1	Aux règles de financements de droit commun	35
7.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins	35
8	Impacts attendus.....	35
8.1	Impact en termes de service rendu aux patients.....	35
8.2	Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.....	36
8.3	Impact en termes d'efficacité pour les dépenses de santé.....	36
9	Modalités d'évaluation proposées de l'expérimentation	36
9.1	Objectifs opérationnels de l'expérimentation et démarche évaluative associée.....	36
9.1.1	Améliorer la qualité de vie du patient.....	36
9.1.2	Améliorer la qualité de vie des aidants	37
9.1.3	Améliorer l'exercice des médecins traitants et des soignants à domicile	37
9.1.4	Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences.....	37
9.1.5	Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD.....	37
9.1.6	Améliorer la « performance » de l'expertise médicale.....	37
9.1.7	Economies pour la collectivité.....	37
9.2	Indicateurs proposés	38

10	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	39
11	Liens d'intérêts	41
12	Projet régional de la région IDF	42
12.1	Effectifs de patients concernés par l'expérimentation	42
12.2	Modalités de financement de l'expérimentation.....	42
12.2.1	Financement FIR	42
12.2.2	Financement FISS	43
12.2.4	Répartition des forfaits entre les acteurs en fonction des ETP	45
13	ANNEXES.....	46
	Activité.....	51
	Réactivité de la mise en œuvre du dispositif	55
	Diminution des hospitalisations et des passages aux urgences.....	55
	Economies générées.....	55
	Satisfaction des patients et de leurs aidants.....	55
	Satisfaction des professionnels de santé	56

NOM DU PORTEUR :

- Centre Hospitalier Rives De Seine (CHRDS-92)

NOM des PARTENAIRES :

- Société EPOCA
- Centre Hospitalier d'Argenteuil (95)
- Hôpital La Porte Verte (78)
- CH Chartres (28)
- SSIAD Courbevoie (SAPA) ; SSIAD Neuilly (ANSIAD), SSIAD d'Asnières, SSIAD d'Aulagnier, Service Parisien d'aide et de soins à domicile Léopold Bellan, SSIAD Lepine

PERSONNES / CONTACTS :

- **Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO** (Cheffe du pôle gériatrique du CHRDS)
 - cchansiaux@ch-rivesdeseine.fr - 01 49 04 31 41
- **Mme Valérie Pons Prêtre** (Directrice du CHRDS)
 - vponspretre@ch-rivesdeseine.fr - 01 49 04 31 41
- **Dr Elise CABANES** (Présidente EPOCA)
 - elise@epoca.health - 06 10 84 88 12

1. Les porteurs et partenaires du projet

Le projet Vigie-Âge est issu initialement d'une collaboration débutée en 2019 entre le **centre hospitalier Rives de Seine (CHRDS-92)** et la **société EPOCA**, jeune entreprise medicotechnique, en partenariat avec le **SSIAD de la SAPA**.

La rencontre entre le Dr Christine CHANSIAUX BUCALO, cheffe du pôle gériatrique du CHRDS, et le Dr Elise Cabanes, présidente et fondatrice d'EPOCA, a permis de concrétiser la création d'un dispositif innovant visant un virage ambulatoire gériatrique.

Par la suite, **l'Hôpital de la Porte Verte (78)**, le CH d'Argenteuil ainsi que le CH de Chartres se sont montrés très intéressés par ce projet innovant puisqu'ils partagent les mêmes problématiques que le CHRDS.

Vigie-Age comprend ainsi 4 territoires d'expérimentation avec à chaque fois un centre hospitalier pour l'expertise médicale, un ou plusieurs SSIAD pour les soins à domicile et la plateforme numérique et humaine de la société EPOCA :

- **Nord 92 (Hauts-de-Seine)** : CHRDS et les SSIAD de la SAPA, de l'ANSIAD et d'Aulagnier
- **Val d'Oise** : CH d'Argenteuil qui intègre les acteurs domicile
- **Grand Versailles (Yvelines)** : Hôpital de la Porte Verte et le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age – Lépine
- **Eure et Loire** : CH de Chartres et le CRT d'Illiers-Combray

D'autres acteurs locaux du Nord 92 (médecins traitants, pharmacie de ville, CCAS, DAC, etc.) se sont associés au fur et à mesure de la phase pilote. Ce sera également le cas pour les 2 autres territoires.

1.1 La société EPOCA

La société EPOCA est une jeune entreprise médico-technologique fondée en avril 2019. Dans le cadre du projet Vigie-Age, EPOCA met à disposition sa plateforme de **télé-surveillance et de télé-coordination** avec sa technologie évaluée et son équipe de gestionnaires des projets personnalisés de soins.

1.2 Le territoire Nord 92 (Hauts-de-Seine)

1.2.1 Le Centre hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS)

Le CHRDS est un établissement de santé public qui regroupe 3 centres hospitaliers : Neuilly sur Seine, Courbevoie et Puteaux. Il dessert un bassin de population d'environ 209 000 habitants.

Le service des urgences adultes compte environ 35 000 passages par an. Son service de gériatrie comprend 200 lits, répartis sur 2 sites :

- Courbevoie avec 57 lits d'UGA qui ont généré 1 759 hospitalisations en 2018 et un SSR de 53 lits ayant accueilli 363 patients en 2018.
- Puteaux avec 88 lits en ULSD, dont le taux de renouvellement annuel est d'environ 50%.

Le pôle de gériatrie du Centre Hospitalier Rives De Seine travaille depuis 2017 en lien avec les urgences des hôpitaux de Beaujon et Bichat pour permettre d'améliorer leur aval et avec l'hôpital Foch en aval des urgences et du « *Stroke center* » pour faciliter la prise en charge des patients âgés des filières Nord 92 et Centre-nord 92.

1.2.2 Le SSIAD de Courbevoie : la SAPA

La **SAPA** (Soins Aux Personnes Agées) est une association Loi 1901, créée le 2 mars 1981. La SAPA gère un service de soins infirmiers à domicile de 100 places et une équipe spécialisée Alzheimer.

1.2.3 Le SSIAD de Neuilly-sur-Seine : l'ANSIAD

L'ANSIAD est une association Loi 1901 non reconnue d'utilité publique, créée le 07 octobre 1985, qui gère un SSIAD de 171 places pour personnes âgées et 10 places pour personnes avec handicap, maladie Alzheimer ou assimilée.

1.2.4 Le SSIAD d'Asnières sur Seine : fondation Aulagnier

La **fondation Aulagnier** est un établissement public médico-social autonome de ressort communal qui gère plusieurs établissements :

- un EHPAD de 160 places dont 14 lits d'Unité d'Hébergement Renforcée ;
- un SSIAD de 107 places dont 10 places pour personnes handicapées ;
- un accueil de jour de 30 places orientées vers l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro dégénératives ;
- une plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants.

La fondation AULAGNIER fait partie du Groupement de coopération social et médico-social PASAPAH regroupant 10 établissements publics autonomes du département des Hauts de Seine. À ce titre, elle travaille en étroite collaboration avec les partenaires du territoire tels que : la DAC 92, l'HAD et les centres hospitaliers voisins. Ces partenariats permettent de répondre aux besoins évolutifs des usagers accueillis au sein de la structure.

1.3 Le territoire du 95

Le centre hospitalier d'Argenteuil est un établissement public de santé proposant une offre de soins complète.

L'établissement répond aux besoins sanitaires de la population sur un bassin de vie de près de 300 000 habitants.

Il compte 651 lits (438 lits MCO, 71 en SSR, 48 en psychiatrie, 94 en USLD) et emploie près de 2 500 professionnels au service des patients (dont près de 450 médecins et internes et 1 500 soignants).

Le centre hospitalier d'Argenteuil, c'est entre autres :

- Une activité non programmée élevée : plus de 100 000 passages aux urgences/an.
- Une activité de recherche et d'enseignement : service universitaire de psychiatrie de l'adolescent, centre de recherche clinique, accueil près de 100 internes.
- Une offre étoffée de gériatrie : consultation mémoire, EMG, court séjour, UPOG labellisée, SSR, USLD, en lien avec la filière gériatrique portée par le GHEM.
- Une activité de psychiatrie de secteur : 3 secteurs de psychiatrie adultes

1.4 Le territoire du Grand Versailles (Yvelines)

1.4.1 L'hôpital La Porte Verte (78)

L'hôpital La Porte Verte est un hôpital privé non lucratif de 275 lits et places, implanté à Versailles. Il fait partie du réseau UNIVI.

L'hôpital de la Porte Verte est spécialisé dans la prise en charge gériatrique et assure un des avais gériatriques principaux des services d'urgence du centre hospitalier André-Mignot et des hôpitaux privés Ramsay-Santé de Versailles (Franciscaines) et de Parly 2 au Chesnay. L'hôpital dispose d'une offre hospitalière gériatrique diversifiée : services de courts séjours gériatriques et onco-gériatriques, avec lits identifiés en soins palliatifs et neuro-gériatrie, hôpital de jour et SSR, centre mémoire. L'hôpital pilote également des consultations spécialisées de gériatrie par télémedecine au profit de plusieurs EHPAD ainsi que du télésuivi plaie et cicatrisation.

1.4.2 Le SSIAD Solidarité Versailles Grand Age -Lépine Versailles

Placé au cœur de la ville de Versailles Grand Parc, le Pôle Gérontologique Lépine Versailles offre un ensemble de services à domicile et en hébergement, destinés à des personnes en perte d'autonomie. Sous le statut innovant d'une SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif), associant les bénéficiaires et leur famille, les salariés, les partenaires du territoire (La Porte Verte, CH Mignot), l'association Habitat et Humanisme (H&H) et la Ville de Versailles (CCAS) au Conseil d'Administration, le Pôle propose :

- 135 places de SSIAD de jour (Soins Infirmiers à Domicile), 15 places de SSIAD de nuit,
- 15 places d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA),
- 12 places d'accueil de jour,
- 112 logements en EHPAD dont 2 places d'urgence et un PASA de 14 places (de jour et de nuit).

2 Contexte et constats

2.1 Augmentation des ruptures de parcours avec l'avancée en âge

Actuellement, **il est constaté un vide** entre les prises en charge hospitalières, focalisées autour d'un plateau technique avec expertise pluriprofessionnelle et surveillance continue, et les prises en charge au domicile, où les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) manquent d'appui médical. En ville, les médecins traitants se font rares et manquent de temps et de moyens pour gérer des situations complexes, c'est-à-dire des situations associant des troubles somatiques, cognitifs et psychiques à des difficultés sociales, notamment l'épuisement de l'aidant.

Ce vide crée des ruptures de parcours **pour des personnes âgées polypathologiques instables avec diminution progressive de l'autonomie**, envoyées à répétition aux services d'accueil des urgences (SAU) en raison du risque à rester au domicile mais sans réelle nécessité du niveau de prise en charge hospitalier. En attendant d'organiser un environnement avec coordination et sécurité renforcées, ces personnes se retrouvent dans des services inadaptés faute de place dans les unités gériatriques aiguës, débordées, dont le rôle est de produire des bilans spécialisés. Le risque iatrogène de complications liées à l'hospitalisation est connu, d'autant plus marqué en situation d'épidémie, et aggrave la perte d'autonomie.

Or le progrès médical permet désormais la survie de personnes malgré l'accumulation de plusieurs pathologies chroniques et la perte d'autonomie. Révolutions démographique et épidémiologique vont submerger le système de santé de personnes âgées instables en situation complexe dans les années à venir.

Selon l'ATIH¹, les plus de 70 ans représentent aujourd'hui **29 % des séjours hospitaliers en services de soins** aigus, soit près de 5,4 millions de séjours par an, et devraient dépasser 50 % du recours hospitalier en 2030.

Même si les progrès de la médecine, la prévention et l'amélioration des conditions de vie devraient contribuer à faire diminuer la prévalence, la hausse annuelle du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant de 20 000 à 40 000 par an. Leur nombre s'élèverait à 2,3 millions en 2050, contre 1,3 millions en 2015.

Avec la diminution du nombre de médecins traitants en ville, les patients ont désormais souvent recours à l'hôpital en tant que centre de soins primaires (urgences fréquemment saturées, hospitalisations « sociales » / d'isolement), ce qui désorganise les établissements et met à mal leur efficacité sans compter les surcoûts engendrés.

2.2 Problématiques du parcours actuel

Le parcours d'une personne âgée de 70 ans ou plus, polypathologique complexe, se caractérise par des **cycles d'hospitalisations réguliers** qui s'accroissent jusqu'à la fin de sa vie.

En ville, ces patients nécessitent un suivi médical renforcé et régulier afin d'adapter leurs traitements à leur état de santé, avec recours réguliers à une expertise gériatrique. Faute de disponibilité suffisante du médecin traitant et de la quasi-inexistence de gériatres en ville, le patient âgé polypathologique en perte d'autonomie est conduit à l'hôpital pour ses épisodes de décompensation.

¹ ATIH = Agence technique de l'information sur l'hospitalisation <https://www.atih.sante.fr/>

Trop souvent, après un passage aux urgences de moins de 24 heures, le patient est hospitalisé dans un service non spécialisé faute de place en gériatrie. Le patient âgé requiert pour sa sortie d'hospitalisation des conditions circonstancielles dont l'obtention est complexe :

- Le patient doit être stable et sevré des supports médicaux (oxygène, perfusion, etc.), sevrage qui est toujours prolongé contrairement à des patients plus jeunes ; 90 % de ces situations ne correspondent pas aux critères d'hospitalisation à domicile (HAD) actuels;
- La prolongation d'une hospitalisation au-delà de 5 jours voit une nette augmentation du risque de iatrogénie dans cette population - iatrogénie qui va elle-même prolonger l'hospitalisation et favoriser l'apparition d'autres effets indésirables. Aujourd'hui 50 % des patients âgés hospitalisés sont en perte d'autonomie à la sortie d'hospitalisation^{2 3};
- Une sortie précoce a montré son efficacité quant à la réduction de cette iatrogénie et de l'impact de l'hospitalisation sur la perte d'autonomie. Cependant, elle entraîne une nette augmentation des taux de ré-hospitalisation ;
- L'évaluation de l'autonomie du patient pour sa sortie doit être ajustée à l'instauration d'un support médico-social adéquat à son retour. Plusieurs paramètres impactent la qualité de la mise en place d'aval : l'instabilité de l'autonomie au moment de la sortie et donc l'évolutivité du besoin réel du patient à son domicile ; la disponibilité des supports à mettre en place au moment exact de la sortie ; le suivi et les réévaluations de leur mise en place.

2.3 Une alternative : le modèle nordique ?

Mis en place depuis plus de 10 ans, le projet nordique⁴ permet le maintien à domicile de personnes âgées avec des hospitalisations courtes (environ 3 jours), grâce à l'appui d'une aide technologique importante au domicile afin d'optimiser les passages soignants au moment le plus utile, sans perte de chance pour le patient. Ce dispositif a permis d'éviter la construction de nouveaux EHPAD depuis 10 ans et de diminuer le nombre de lits d'hospitalisation malgré le vieillissement de la population.

On note dans ce modèle :

- un effort d'investissement important (5,6 milliards d'€ sur un budget national de santé de 26 milliards d'€)
- l'implication des acteurs locaux dans le projet, dont les municipalités.
- un appui fort pour des innovations comportementales et technologiques permettant prévention et précocité diagnostique, thérapeutique et une réduction des transports ; fort investissement dans la formation digitale des professionnels ;
- une concentration du tertiaire en pôles santé de grande dimension à polarisation hautement technologique et prise en charge largement ambulatoire sécurisée par des solutions connectées avec un nombre de professionnels de santé qui reste l'un des plus important d'Europe.

3 Objet de l'expérimentation (résumé)

Vigie-Age est une organisation innovante des acteurs habituels de la gériatrie qui s'appuie sur les nouvelles technologies et de nouvelles organisations humaines pour diminuer les passages aux urgences et les hospitalisations des personnes âgées de 70 ans et plus, polyopathologiques.

² Rapport de l'atelier grand âge et autonomie – Ministère des Solidarités et de la Santé - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

³ Prévenir la perte d'indépendance iatrogène liée à l'hospitalisation - HAS septembre 2017

⁴Action plan age friendly city Oslo: Safe and diversified care of older people

Elle permet le décloisonnement ville-hôpital, la mise à disposition de l'expertise gériatrique vers la ville et le soutien des équipes soignantes à domicile notamment dans la gestion des épisodes de décompensation des patients.

Grâce à une plateforme de télésurveillance basée sur l'analyse des données remontées par des objets connectés pour identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient et opérée par une équipe médicale et paramédicale 24h/7j, Vigie-Age permet d'améliorer le dépistage précoce de la dégradation de l'état de santé, d'organiser la réponse médicale, paramédicale et/ou médicosociale adéquate et rapide au domicile du patient, et d'en suivre l'évolution, la réévaluation comme l'implémentation des décisions, en lien avec le médecin traitant, l'expertise gériatrique hospitalière et les paramédicaux habituels du patient.

Ainsi, ce n'est pas seulement le dépistage et le signalement qu'assume la télésurveillance Vigie-Age, mais bien une coordination globale, une conciliation multidimensionnelle tant médicamenteuse, sociale, que technologique et professionnelle, qui visent à garantir le meilleur soin à un coût maîtrisé.

3.1 Objectifs de Vigie-Age

3.1.1 Objectifs stratégiques

Tout en permettant des gains d'efficacité par une réduction des journées d'hospitalisation, Vigie-Age améliore la qualité de vie des patients et de leur entourage ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels.

La solution Vigie-Age crée une organisation innovante de la prise en charge à domicile autour du patient en s'appuyant sur une plateforme numérique et humaine de surveillance, de coordination des soins et d'implémentation du parcours personnalisé de santé. Le médecin traitant reste l'acteur principal de la prise en charge de son patient âgé, mais se voit simplifier la tâche grâce à l'analyse des données du patient et à l'appui apporté par la surveillance, l'expertise et la planification.

Il s'agit, sous un horizon de 3 ans, **de faire évoluer de façon radicale le paradigme de la prise en charge du patient âgé polypathologique en permettant son maintien à domicile prolongé et sécurisé, dans un environnement connu et rassurant** sans perte de chance pour le patient. Le projet proposé permettra également de réduire la pression des seniors sur les SAU et les services de gériatrie aiguë en les désengorgeant. Enfin, il contribuera à diminuer voire ralentir la construction de nouvelles USLD ou d'EHPAD.

L'expérimentation proposée favorise ainsi la prise en charge multidisciplinaire à domicile des patients âgés, avec des réductions de coûts pour le système de santé, tout en améliorant la prévention et en bénéficiant de soins quantitativement et qualitativement identiques à l'hospitalisation classique. Par ailleurs, l'organisation mise en place permettra :

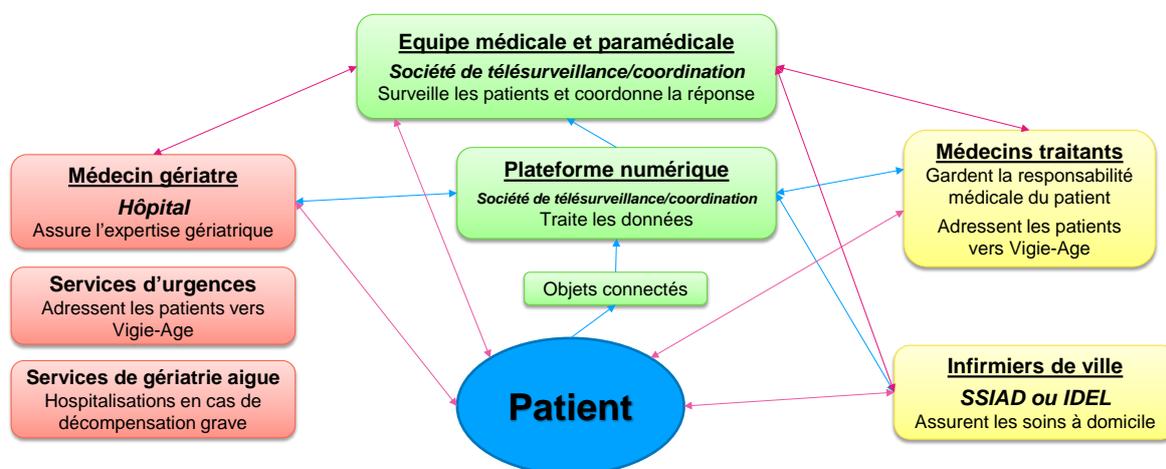
- L'acculturation digitale des professionnels de santé de façon intégrée et recentrée sur la prise en charge ambulatoire du patient (amélioration des interventions en termes de pertinence, qualité et quantité) ;
- l'évolution des habitudes de travail et la rupture de l'isolement des personnels soignants (Médecin/IDE) dans les prises en charge complexes et le réengagement pour la prise en charge des seniors, grâce à une coordination structurée ville/hôpital, conduisant à une meilleure qualité des pratiques.

Les objectifs opérationnels, découlant des objectifs stratégiques, sont présentés dans le chapitre 11 : Modalités proposées d'évaluation de l'expérimentation.

3.2 Description du projet

3.2.1 Le concept Vigie-Age

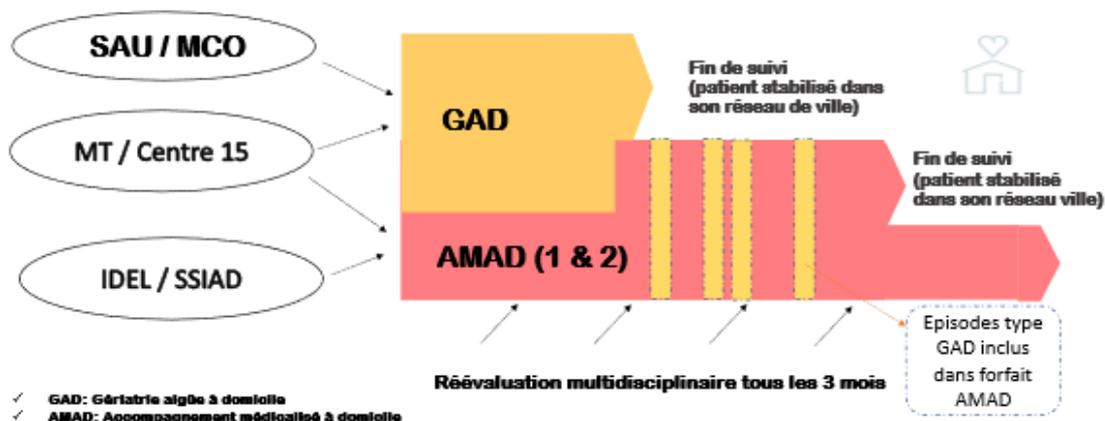
L'innovation Vigie-Age repose sur le suivi permanent des constantes du patient grâce à des objets connectés, une plateforme de télé surveillance analysant les données remontées et créant des alertes et une équipe médicale et paramédicale pour confirmer les alertes et coordonner les interventions au domicile. Le patient peut également appeler ou être appelé en permanence via des dispositifs connectés portés, ce qui sécurise encore plus le maintien à domicile.



3.2.2 Les 3 parcours Vigie-Age

Afin de répondre aux différents besoins du patient en fonction de son niveau polyopathologique ou de dépendance, 3 parcours différents de prise en charge Vigie-Age ont été imaginés : GAD (parcours de gériatrie aiguë à domicile) AMAD 1 et 2 (parcours d'accompagnement médicalisé à domicile).

Parcours Domicile Art 51 : articulation GAD et AMAD



3.2.3 GAD : gériatrie aiguë à domicile

Le séjour GAD remplace un séjour hospitalier en MCO en cas d'épisode aigu d'un patient âgé correspondant aux critères d'inclusion/exclusion CCMU⁵ 1 à 3, ou raccourcit un séjour hospitalier pour les patients plus lourds.

Un épisode aigu nécessite un suivi médical renforcé avec des données de patients remontées en permanence et des avis médicaux journaliers pour adapter les traitements nécessaires. Ce suivi au domicile n'était pas possible avant Vigie-Age faute de remontées de données en permanence, faute de disponibilité des médecins traitants et faute d'avis d'expertise gériatrique. Ces carences expliquent l'adressage quasi-systématique aux hôpitaux.

Le dispositif Vigie-Age rend les prises en charge aiguës possibles au domicile des patients en simplifiant le travail du médecin traitant.

L'entrée en séjour GAD se fait sur demande du médecin traitant, des infirmiers de ville, du Centre 15, depuis le service d'urgences ou l'unité gériatrique aiguë.

3.2.4 AMAD 1 et 2 : accompagnement médicalisé à domicile

Les séjours AMAD ont 2 fonctions :

- 1) permettre le suivi du patient après une phase aiguë (GAD ou MCO) afin d'assurer que le patient est revenu à l'état antérieur à l'épisode. Il est alors complémentaire au séjour GAD, avec un suivi médical allégé et d'une durée moyenne de 3 à 5 mois.
- 2) assurer le suivi médicalisé au long cours des patients requérants multi-hospitalisés afin de prévenir les épisodes de décompensation et d'éviter des hospitalisations. Les suivis

⁵ Classification Clinique des Malades des Urgences. CCMU 1 à 3 = pas de mise en jeu du pronostic vital.

AMAD 1/2, de durée longue, peuvent aller jusqu'à la fin de la vie ou une entrée en EHPAD si le maintien à domicile n'est plus possible.

Les séjours AMAD assument le suivi au long cours et les épisodes aigus de type GAD survenant au décours. Ils s'apparentent à une télésurveillance et une télé-coordination sanitaire et médico-sociale de la polypathologie gériatrique avec des évaluations régulières.

La différence entre AMAD 1 et AMAD 2 est liée à l'intensité des interventions.

- AMAD 1 : patients âgés polypathologiques complexes **autonomes ou semi-autonomes**
- AMAD 2 : patients âgés polypathologiques complexes **en situation de dépendance**

3.2.5 Complémentarité des 3 parcours

Les séjours de télésurveillance au long cours AMAD concernent les patients âgés polypathologiques avec hospitalisations régulières, dans l'objectif de prévenir et limiter les épisodes de décompensation. Les séjours GAD concernent les patients non suivis en AMAD.

Le schéma ci-dessous compare le parcours de vie des patients âgés de manière simplifiée (sans tenir compte notamment des hospitalisations en traumatologie), avec une augmentation de la fréquence des hospitalisations avec l'avancée en âge. Avec Vigie-Age, les passages aux urgences et les hospitalisations en gériatrie se réduisent car remplacées par une prise en charge à domicile en GAD et en AMAD court. En intégrant un AMAD au long cours, grâce à la plateforme prédictive numérique (analyse des données des objets connectés) et la réactivité de l'équipe de télésurveillance et de télé-coordination, le concept est d'intervenir auprès du patient dès les premiers signes indiquant une décompensation afin de l'éviter, de l'atténuer et de la prendre en charge précocement. On peut donc imaginer une diminution et un espacement des épisodes de décompensation améliorant ainsi la qualité de vie du patient, voire allongeant son espérance de vie en bonne santé.

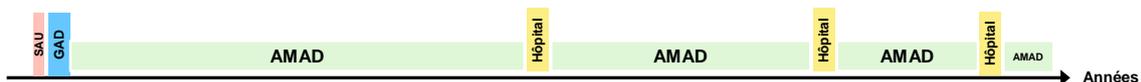
Avant Vigie-Age



Avec Vigie-Age dans un suivi ponctuel



Avec Vigie-Age dans un suivi au long cours



3.3 Population cible

La démence même sévère, la solitude au domicile, ou les 2 à la fois, ainsi que l'épuisement de l'aidant principal, ne sont pas des contre-indications au dispositif. Au contraire ces populations sont les grands bénéficiaires de Vigie-Age.

3.3.1 Critères d'admission en GAD

- Age \geq 70 ans GIR 1 à 6
- Accord du patient ou de son représentant légal
- ISAR \geq 2 ou ISAR 1 avec suivi d'oxygénothérapie
- CCMU 2 à 3 (absence de signe de gravité mais risque d'instabilité possible) dont l'hospitalisation serait incontournable en l'absence d'une surveillance médicalisée 24/7 temporaire
 - Risque rupture de parcours, isolement social et/ou troubles cognitifs
 - Covid débutant avec terrain à risque ou sous oxygénothérapie en phase de sevrage
 - Risque de décompensation secondaire ou polyopathie modérée à sévère
- Si besoin d'examen complémentaires : disponibles en ville ou HDJ et délai acceptable \geq 24h
- Absence de critères d'exclusion :
 - Pas de risque suicidaire ou de fugue
 - Pas de troubles comportementaux (agressivité importante)
 - Pas de suivi ou critères HAD
 - Patient non-SDF vivant en zone de couverture du dispositif

Un algorithme simple est fourni aux prescripteurs du dispositif afin de fluidifier le déclenchement du dispositif et l'appel du médecin gériatre hospitalier en charge du dispositif.

Algorithme d'inclusion (Gériatrie Aiguë à Domicile)

Patient âgé de 70 ans ou plus, consentant (patient/tuteur) et habitant en zone de couverture Vigie Age	
oui	non
Absence de critères d'exclusion (R. suicidaire / R. fugue / suivi HAD en place / Patient S.D.F)	
oui	non
Absence de signes de gravité FC < 50/mn ou > 120/mn, AS < 100 ou > 200 aux 2 bras, FR < 10/mn ou > 25/mn, SpO2 < à 90% hors Respiratoire, Sueurs, marbrures, somnolence, Dyspnée (cyanose, ventilation bruyante, tirage, balancement, parole difficile), Douleurs aiguës et intenses, Modification de la conscience, Convulsions, Paralyse ou impotence d'apparition BRUTALE	
oui	non
Ex. complémentaires nécessaires = disponibles en ville, en HDJ ou délai > 36h OK	
oui	non
Surveillance monitorée / Encadrement médical / paramédical nécessaire ou souhaitable (Instabilité ou Risque de décompensation secondaire, Patient polypathologique, Patient Covid, Patient isolé, situation sociale incertaine, risque de rupture de parcours, besoin mise en place O2ttt, aides diverses en sus de la surveillance)	
oui	non
En l'absence du dispositif, le patient serait-il hospitalisé ou gardé en surveillance ?	
oui	Non
OK demande d'admission GAD	Le patient est-il à risque de ré hospitalisation précoce (J7/M1) ou de rupture de parcours ?
	<div style="text-align: center; background-color: #e0f2f7; width: 45%; padding: 5px;">OK demande d'admission GAD</div> <div style="text-align: center; background-color: #ffe0e0; width: 45%; padding: 5px;">Pas de demande d'admission GAD</div>

3.3.2 Critères d'admission en AMAD 1 ou 2

- Age \geq 70 ans
- Accord du patient ou de son représentant légal
- Accessibilité du domicile et acceptation par le patient ou sa famille de la pose d'une boîte connectée (wifi préexistant non nécessaire)
- Absence de critère d'exclusion que sont :
 - o patient suivi HAD ou EHPAD hors les murs ou indication à prise en charge HAD/EHPAD hors les murs
 - o patient sans domicile fixe (SDF) ou troubles du comportement agressif ou risque suicidaire ou fugue
- AMAD1 :
 - Polypathologie (> 2 organes vitaux) complexe, modérée à sévère, avec décompensations multiples et multimodales du patient semi ou autonome : GIR 4 à 6 (classiquement : hospitalisé \geq à 2 fois durant les 12 derniers mois (stabilisation médicale et dépistage précoce des décompensations) hors dispositif)
 - Polypathologie à risque d'instabilité médicale intermédiaire, de « décompensation » sociale ou rupture de parcours du patient isolé atteint de troubles cognitifs ayant été hospitalisé au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois
- AMAD2 :
 - Polypathologie complexe modérée à sévère avec décompensations multiples et multimodales du patient dépendant (GIR 1 à 3) - isolé ou non, atteint de démence ou non, aidant épuisé ou non.

Pour chaque admission une évaluation du niveau de soins nécessaires sera réalisée à l'aide du référentiel PATHOS.

3.4 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation

Le nombre de patients a été déterminé à partir de la capacité d'absorption des actes moyens nécessaires par jour et par territoire de manière à occuper pleinement les postes de professionnels créés.

Nombre de places

	GAD	AMAD1	AMAD2
92 Nord	12	25	25
Grand Versailles	12	25	25
Argenteuil	10	50	50
Nombre total de places	34	100	100

Nombre total de patients suivis

	Réalisé du 16/02/2022 au 5 janvier 2025	Prévisionnel sur la durée totale de l'expérimentation
	IDF	IDF
Nb de patients	1 502	3 094
Dont en GAD*	867	2 754
Dont en AMAD 1*	395	446
Dont en AMAD 2*	240	282
* Total + renouvellements		

4 Acteurs de Vigie-Age

Les porteurs et partenaires du projet VIGIE AGE proposent une organisation innovante du parcours de soin des seniors visant à décloisonner le système de santé pour cette population en permettant la sollicitation collaborative des effecteurs de ville et d'hôpital suivant les légitimités/disponibilités territoriales, afin de répondre aux 3 parcours structurés sus-décrits. Par rapport au suivi habituel du patient à son domicile par son médecin traitant et ses infirmiers de ville, le dispositif Vigie-Age ajoute les effecteurs de soins suivants :

4.1 L'expertise gériatrique fournie par l'hôpital

L'expertise gériatrique n'existe pas en ville. Or, elle est indispensable pour accompagner le médecin traitant dans le maintien à domicile du patient âgé.

Le médecin gériatre est recruté par l'hôpital. Dans le cadre de Vigie-Age, il réalise le suivi médical continu du patient en lien avec le médecin traitant via des télé-consultations ou de la télé-expertise ; il peut être amené à se déplacer au domicile du patient (équipe mobile gériatrique).

Il est en lien permanent avec les paramédicaux mobiles du dispositif (SSIAD/IDEL), la plateforme de surveillance et de coordination et autant que de besoin avec le médecin traitant du patient.

4.2 Des renforts de soins à domicile

Les patients suivis peuvent bénéficier ou continuer à bénéficier des soins habituels fournis par les SSIAD (infirmiers ou aides-soignants) ou les infirmiers libéraux. Dans le cadre de Vigie-Age, ces soins intègrent la coordination autour du PPS du patient.

L'organisation Vigie-Age nécessite néanmoins un renfort de soins infirmiers lié soit à la spécificité du modèle (évaluation paramédicale d'admission, RDV de sortie, disponibilité 24h/7j), soit à des besoins ponctuels (situation urgente déclenchée par la plateforme de coordination, indisponibilité de l'IDEL, attente de la mise en place de l'équipe habituelle du SSIAD). Ces besoins, notamment la disponibilité rapide et 24h/7j, nécessite du personnel infirmier spécifique fourni soit par le SSIAD, soit par l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital.

4.3 Une société de télésurveillance et de coordination qui fournit :

- Les **objets connectés** sécurisés et adaptés aux besoins du patient, domotiques ou dispositifs médicaux, qui remontent des données variées jusqu'à des constantes en continu ;
- Une **plateforme numérique, elle-même dispositif médical**, pour prévenir les risques de décompensation ; elle analyse les données remontées par les objets connectés et génère des signalements d'anomalie en fonction de seuils personnalisés (reposant sur des algorithmes métiers prescrits par les professionnels). Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont accès aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continu du patient. La plateforme pourra également remonter les données vers l'Espace numérique en santé du patient.
- Une **équipe de surveillance et de coordination** de la réponse, créée et gérée par une équipe médicale. Elle analyse les données remontées sur la plateforme numérique et confirme les besoins d'intervention médicale ou paramédicale. Elle déclenche la réponse nécessaire et suit l'évolution. Elle gère également la prise en charge psycho-sociale du patient.

Elle est principalement composée de « gestionnaires de projet personnalisé de santé (PPS) » du patient au profil principalement soignant (aide-soignant ou IDE) nécessaire au traitement de données médicales. Leur rôle est d'assurer l'implémentation pratique du PPS défini avec le patient, son médecin traitant, ses aidants et l'équipe gériatrique du dispositif (organisation RDV, transport, renouvellement, etc.) ; de suivre les données, déclencher et coordonner les interventions des professionnels du domicile, en assurer la continuité et le suivi ; garantir l'exhaustivité, la disponibilité et la transmissibilité sécurisée de l'information du patient (dossiers DMP/PTA (Terr-eSanté), contact et information patient / entourage familial et professionnel) ; de gérer le dossier social du patient. Ils sont soutenus dans leur travail par un médecin régulateur qui a pour rôle de superviser le PPS, garantir la qualité et la mise à jour des protocoles et procédures utiles en lien avec les gériatres du dispositif et de confirmer le besoin d'intervention des professionnels du dispositif ou de ville mais ne prescrit pas.

Au-delà d'une simple réponse technologique, la plateforme humaine est indispensable pour soutenir le médecin traitant qui n'a pas le temps disponible aujourd'hui pour assurer seul le dépistage, la surveillance, l'organisation et l'implémentation de l'ensemble des décisions qu'il prend, des soins et interventions qu'il prescrit / nécessaires au maintien sécurisé des seniors polypathologiques à domicile.

4.4 Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les moyens humains sont adaptés aux besoins

	Hôpital	SSIAD	IDEL	PSC
Médecin gériatre 8/24	X			
Médecin de garde (nuit / WE)	X			
Soins infirmiers habituels Jour		X	X	
Soins de nursing habituels Jour		X	X	
Renfort IDE Vigie-Age Jour		X		
Soins infirmiers de nuit		X	X	
Gestionnaire PPS				X
Médecin régulateur non-prescripteur				X

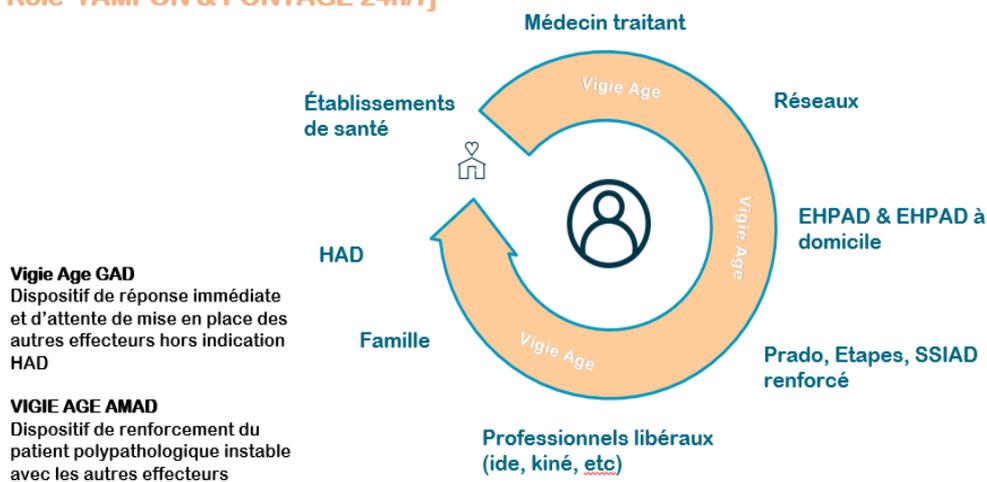
PSC : Plateforme de surveillance et de coordination

X Complément d'effecteurs Vigie-Age entrant dans les forfaits

L'articulation des acteurs existants au sein des dispositifs en vigueur et des expérimentations en cours et la place « tampon » que pourra assumer VIGIE AGE est schématisée ci-dessous :

Articulation des acteurs :

Rôle TAMPON & PONTAGE 24h/7j



4.5 Terrains d'expérimentation

- Département 92 (Puteaux/Colombes/Courbevoie/Neuilly/La Garenne Colombes/Asnières/Levallois)
- Département 75 (Paris 14-15)
- Département 78 (Grand Versailles)

4.6 Durée de l'expérimentation

La durée d'expérimentation autorisée est de 38 mois compte tenu des enjeux d'engagement des ressources humaines sur le projet et d'un délai minimum pour réaliser l'évaluation de cette expérimentation en vue d'une généralisation.

L'intégration des CH d'Argenteuil en cours d'expérimentation n'entraîne pas de modification de la durée d'expérimentation.

4.7 Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Les éléments de gouvernance pour le pilote seront revus avec l'équipe article 51 :

- ✓ Table stratégique : directeurs de sites +/- les directions de SSIAD
- ✓ Tables opérationnelles par site : direction et opérations locales transversales + MT / IDEL / PTA - DAC
- ✓ Un comité scientifique sera constitué dès validation de l'expérimentation art. 51 incluant un représentant des usagers et des experts gériatres extérieurs au dispositif dont :
 - Le Professeur Olivier Hanon, Président du Géronidif et PUPH à l'APHP ;
 - La Professeure Nathalie Salles, Présidente de la société française de télémedecine, Vice-présidente de la société française de gérontologie, PUPH au CHU de Bordeaux ;
 - La Docteure Catherine Legall, Cheffe du service des urgences du CH d'Argenteuil.

L'importance pour les porteurs est la mise en évidence qu'un modèle souple et flexible, porté suivant les légitimités territoriales par différentes instances et établissements, est un modèle français efficace et adaptatif.

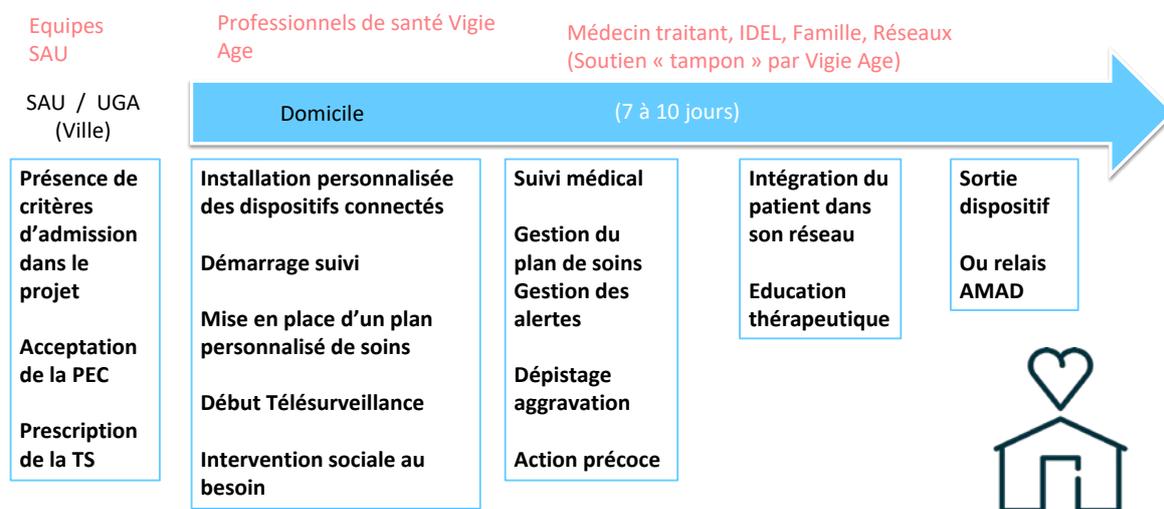
5 Description des parcours

5.1 Le parcours de soins GAD

La GAD propose une prise en charge à domicile en situation aigüe suivant des critères balisés. Elle permettra l'éviction d'hospitalisation pour des seniors ne bénéficiant pas actuellement d'une prise en charge gériatrique optimale (hébergement en services non UGA type orthopédie, chirurgie, UHCD, SAU, etc..) ou hospitalisés uniquement du fait de limite de surveillance ou de limite sociale. Elle pourra

aussi au besoin participer à assurer un aval précoce des services de soins aigus (hébergement médicalisé 'chez soi' en aval des SAU/MCO).

5.1.1 Le parcours GAD étape par étape



5.1.2 L'admission en GAD

- Tout patient âgé de 70 ans ou plus correspondant aux critères d'inclusion GAD et d'exclusion se voit proposer l'expérimentation
- Si le patient accepte, l'urgentiste, médecin du MCO ou du centre 15 appelle le médecin gériatre de Vigie-Age.
- Le gériatre valide les critères d'admission, s'assure de la zone d'habitation du patient, remplit la préadmission avec contacts utiles, date/heure RDV domicile
- L'hôpital organise le retour à domicile du patient et s'assure que le médecin délivre la prochaine prise médicamenteuse qui se fera au domicile si prise médicamenteuse indisponible et prise essentielle <12h. Il adresse le dossier médical au dispositif Vigie Age via Terr-eSanté, le patient ou la plateforme de télésurveillance.
- Pendant que le gériatre prend connaissance de l'ensemble du dossier, l'assistante IDE récupère d'éventuels comptes rendus d'hospitalisation (CRH) antérieurs et l'infirmière d'accueil (IDEA) se rend au domicile du patient ou le retrouve au SAU et l'accompagne au domicile ; elle effectue l'admission administrative et soignante, collecte toutes les informations utiles au domicile du patient et contacte l'entourage.
- Le gériatre réalise dans le même temps la première téléconsultation en présence de l'IDEA avec la réalisation de l'examen clinique par visio et dispositifs connectés : stéthoscope, ECG, saturomètre, tensiomètre, thermomètre, balance, glucomètre, etc. Le gériatre, sauf en cas d'urgence médicale, ne se déplace pas à la première consultation. Il se déplacera cependant dans les 48h sur place.
- Une première évaluation sociale est aussi réalisée avec liste d'évaluation ergothérapeutique et générale du domicile permettant d'anticiper les démarches prévisibles. Ces éléments sont transmis au gestionnaire de plan personnalisé de la plateforme de télésurveillance, un télé-entretien fait suite pour mise en relation adaptée avec le réseau / filière.

- L'IDEA et le gériatre définissent le projet thérapeutique et les objectifs de PEC en lien avec le médecin traitant (définition du PPS). Le gériatre réalise les prescriptions de traitement, d'équipements médicaux, d'exams complémentaires si nécessaires, et les éléments personnalisés du kit de dispositifs médicaux et domotiques connectés. Si le patient a les facultés cognitives suffisantes, une tablette 'patient' lui est fournie avec interface simplifiée lui donnant accès à ses photos, loisirs, informations, agenda, météo et informations relatives à sa santé (accès patient sécurisé à la plateforme) permettant un complément de suivi et d'interaction avec ses acteurs de soins
- Le gériatre ou les gestionnaires de PPS avertissent le médecin traitant de la télésurveillance GAD et définit avec lui, le patient et les soignants habituels, le périmètre d'intervention et le plan personnalisé de santé du patient.
- L'ordonnance signée du gériatre ou de l'urgentiste est transmise Via la plateforme de surveillance ou Terr-eSanté à la pharmacie de ville par VIGIE AGE qui assure le suivi des prises à domicile.
- Le gestionnaire de PPS met en place le PPS, assure l'information des effecteurs adéquats (CLIC, SPASAD, SAD, mairies, etc.); il s'assure de l'implémentation dans la durée et correction/sécurisation de la situation et apporte un soutien à la documentation administrative nécessaire auprès du patient/sa famille/son médecin traitant et services départementaux

Remarque : l'acceptation des patients par le médecin gériatre et les admissions au domicile se font de 8h à 22h, 7 jours sur 7.

5.1.3 Le suivi GAD au quotidien

- **Le suivi médical quotidien** par le médecin (Hôpital) et le gestionnaire de PPS (Télésurveillant) se fait par « visite virtuelle » des pancartes /questionnaires /appel patient-MT-famille, déplacement au domicile du patient, téléconsultation ou télé-expertise lors des passages des IDE ou AS habituelles ou du dispositif au domicile. Les prescriptions ne sont idéalement modifiées au maximum qu'une fois par jour. En cas de modification de prescription (ex : récupération à J3 en GAD, à 18h, d'un ECBU positif nécessitant l'introduction d'antibiotique), un passage pour délivrance et réalisation du traitement peut être organisé (dotation minimale).

Les éléments de bilan réalisables à domicile de type DEP, ECG, Auscultation, dépistage SAOS et tensionnel (MAPA), glycémies, sont inclus dans le forfait.

On notera que le dispositif permet des évaluations médicales asynchrones : l'auscultation et la prise de mesure (pouls, TA, Saturation, ECG, EEG, etc.) peuvent être réalisées indépendamment de la disponibilité du médecin, fluidifiant l'activité des IDE (par exemple : auscultation par IDE à 11h avec message au MT => écoute par le MT à 14h et modification de la prescription au besoin ou décision de passage)

- **Suivi IDE** : les IDE de jour (SSIAD) s'organisent en cellules de soins pour la gestion quotidienne soutenue par l'équipe de gestionnaires de PPS de la plateforme. Le suivi scoré de requérances en soins est primordial pour l'organisation du travail. Le patient et/ou sa famille sont informés avant tout passage prévisible.

- **La gestion d’alerte** est gérée par les gestionnaires de PPS sur décision du médecin régulateur. La réponse est adaptée selon la criticité et le besoin. Les professionnels adéquats sont alors sollicités et la plateforme s’assure de l’effectivité de la réponse.
- **Prise en charge sociale** : les gestionnaires de PPS (Télésurveillant) assurent l’implémentation et le suivi des aspects psycho-sociaux du PPS. Ils s’appuient sur les dispositifs d’appui à la coordination (DAC) et services sociaux des hôpitaux du dispositif au besoin.

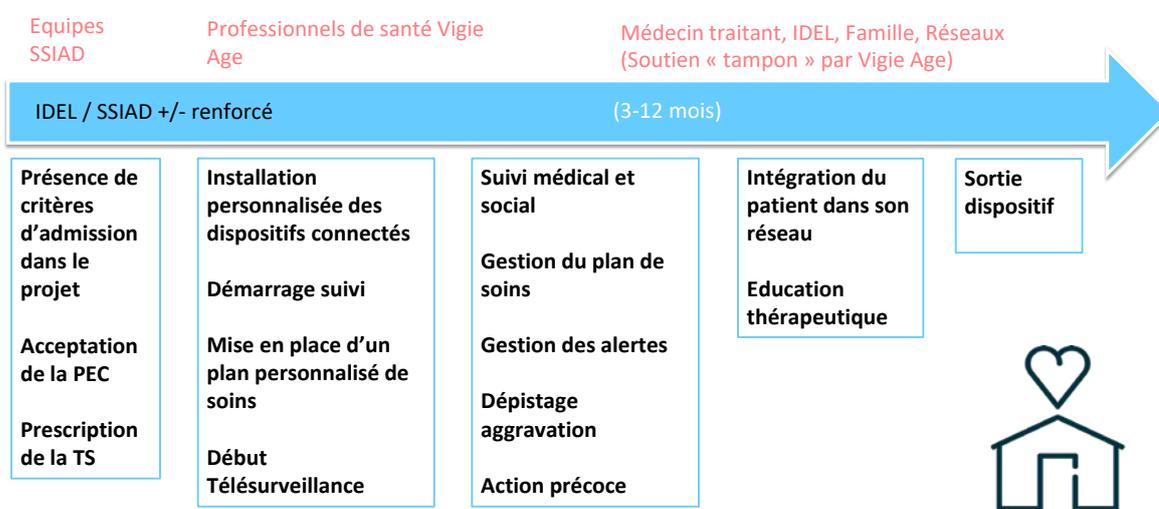
5.1.4 Fin du parcours GAD

Un bilan de fin de suivi est réalisé par le gériatre du dispositif qui rédige un compte rendu de télésurveillance (et au besoin ordonnances de sortie du dispositif). La plateforme met à disposition pour celui-ci l’ensemble des statistiques utiles du patient. Le compte rendu est mis à disposition du patient, son représentant légal et son médecin traitant via la plateforme de télésurveillance et la PTA (Terr-eSanté), à défaut par courrier. Le matériel est repris au domicile par le technicien ou adapté si suivi AMAD en relai.

5.2 Le parcours AMAD

Les parcours AMAD incluent la prise en charge de tous les épisodes aigus type GAD durant la période de suivi et ces dispositifs viennent en complément des aides habituelles du patient.

5.2.1 Le parcours AMAD étape par étape



* Parcours dans la continuité du parcours GAD et concernant des patients avec au moins 2 pathologies chroniques et ayant été hospitalisés au moins 2 fois dans l'année

5.2.2 Le suivi AMAD 1 ou 2 au quotidien

Le modèle AMAD1 ou AMAD2 au quotidien suit les éléments présentés ci-dessus. Ce qui différencie les 2 parcours AMAD 1 et 2 est la consommation des ressources du dispositif ; les besoins de télésurveillance et gestion médicale sont sensiblement identiques (polypathologie de même niveau de gravité). Ce sont la consommation en temps, la gestion médico-sociale et une partie de l’intervention en proximité grâce à un niveau d’autonomie basale conservé qui sont allégés en AMAD 1 par rapport à l’AMAD 2.

Les suivis AMAD au quotidien :

- Le patient vit à domicile.
- L'organisation quotidienne et le suivi sont faits par ses professionnels habituels (médecin traitant, IDE, SSIAD, SAD).
- La télésurveillance médicale, domotique et le lien social sont assurés par le dispositif de façon personnalisée dans le respect de l'intimité, en s'adaptant à l'évolution du patient.
- La plateforme de télésurveillance et de télé-coordination dans le dispositif (gestionnaires de PPS / télé-surveillants) assure la transmission de l'information entre les acteurs dont le médecin, les infirmiers traitants, les aidants professionnels ou non (famille), la pharmacie et le laboratoire habituels du patient, ainsi que la mise en place et le suivi du PPS du patient. Elle assure la gestion de l'alerte par signalement adapté et priorisé des acteurs autour du senior avec rapports réguliers au médecin traitant et sa famille. Il y a intervention tampon par l'équipe SSIAD ou hospitalière partenaire si besoin (indisponibilité des effecteurs habituels, urgence).
- Le support médical est assuré par l'établissement de santé porteur. Au besoin, l'intervention du partenaire SSIAD est sollicitée en particulier lors des épisodes aigus intercurrents (« épisode GAD-like », même modalités, inclus dans le forfait). Objectif : réduction de l'impact organisationnel d'un épisode aigu sur les acteurs réguliers du patient souvent déjà en difficulté.
- Le suivi est ensuite maintenu quel que soit le déplacement géographique temporaire du patient (ex : vacances ou séjour chez les enfants) afin d'assurer la continuité du parcours.
- Un rapport régulier est fourni au médecin traitant et la personne de confiance du patient selon sa volonté, des points d'étape au domicile sont organisés au domicile du patient.
- La durée de suivi dépend de l'instabilité chronique du patient et est réévaluée tous les 3 mois :
 - o L'AMAD 1 a une durée moyenne de 6 mois quand la situation est nettement stabilisée et l'éducation thérapeutique du patient suffisante. La durée du séjour AMAD peut aller jusqu'à un an.
 - o L'AMAD 2 est une alternative à l'USLD et, de ce fait, généralement de longue durée.

5.2.3 Fin du parcours AMAD 1 ou AMAD 2

Deux possibilités de sortie des parcours AMAD 1 ou 2 :

- Un état de santé incompatible avec le maintien à domicile (nécessitant une admission en structure médico-sociale ou en établissement de santé de façon programmée et organisée).
- Une amélioration de l'état de santé compatible avec un suivi régulier par la médecine de ville.

Deux grandes catégories de patients AMAD1 :

- Patients de profil semi-autonomes instables : critères de sortie identiques à l'AMAD 2.
- Patient de profil aval GAD : souvent profil SSR ou retard de sevrage en oxygène donc sortie habituelle à la première évaluation à 3 mois dans 70% des cas après clôture des points PPS prévus.

Dans le parcours AMAD 2 (patients de profil type USLD), une période de 6 mois sans hospitalisation associée à une clôture des activités du PPS est considérée comme un critère de sortie de suivi.

Dans le cadre de la phase pilote, les premiers questionnaires de post-suivi M1 - M3 - M6 ont permis de commencer à affiner les critères de sortie mais c'est surtout l'expérimentation art 51 qui permettra, à l'échelle, de confirmer ou adapter ces critères.

Vigie-Age s'articulant avec tous les acteurs du maintien à domicile, l'arrêt du dispositif est envisagé précocement et suivi dans le temps (check-list et questionnaires M1, M3, M6 post-fin de suivi).

5.3 L'appui de la télémédecine pour les parcours GAD/AMAD

Le dispositif Vigie-Age repose en grande partie sur la télémédecine au moyen à la fois des pratiques classiques (téléconsultation et télé-expertise), mais également de technologies innovantes développées par la société EPOCA (télésurveillance, téléassistance et régulation médicale).

- **Des dispositifs médicaux et domotiques connectés** et adaptés aux besoins du patient sont installés au domicile du patient (toujours CE. Non DM ; DM classe 1 à DM classe 2a/2b). Leur mise en place est personnalisée pour chaque patient suivant leur autonomie cognitive, leur autonomie physique et leur situation médicale à l'origine de la prise en charge (antécédents médicaux et motifs). Ces outils permettent le dépistage des situations à risque. La gestion des données et les alertes sont assurées par l'équipe Vigie Age.

Les dispositifs connectés et portés par le patient en toute autonomie sont principalement un bracelet ou une montre connectée remontant la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la saturation, l'activité, le nombre de pas ; ils permettent les contacts voix avec l'équipe de la plateforme et le déclenchement d'un besoin urgent (SOS).

D'autres dispositifs connectés sont ajoutés en fonction des besoins estimés du patient et manipulés soit par le patient lui-même selon son niveau d'autonomie, soit par son aidant, soit par un professionnel de santé : tensiomètre, saturomètre, glucomètre, balance, ECG et stéthoscope connectés.

- **Une plateforme numérique (« télésurveillance »)** classée dispositif médical de classe 1 (classe 2 en cours) qui analyse les données remontées par les objets connectés et génère des signalements d'anomalie en fonction de seuils personnalisés (reposant sur des algorithmes métiers prescrits par les professionnels).

Cette plateforme innovante a fait l'objet de plusieurs années de recherche et de conception afin de définir les meilleurs algorithmes de décision permettant à la fois une vision prédictive de la dégradation de l'état de santé du patient et le suivi de la réponse par les professionnels de santé.

Les paramètres surveillés et leur modalité de remontée (automatique en 24h/7j ou non, fréquence (toutes les 10min, 4h, durée et espacement) dépendent de la prescription de surveillance du gériatre hospitalier, définie suivant le profil d'autonomie cognitive, physique et le besoin médical du patient qui sont ensuite garantis par le suivi du gestionnaire de PPS.

Les paramètres sont : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, saturation en oxygène, auscultation cardio pulmonaire, ECG, glycémie, poids, activités, suivi de routines (lever /coucher /sortie /repas /passages toilettes), sorties, SOS, chutes, questionnaires médicaux multiples orientés vers le patient, ses professionnels ou son aidant principal, événements signalés par l'entourage ou le patient lui-même.

Ainsi par exemples : une décompensation cardiaque sans signe de gravité multi-explorée, en contexte infectieux non grave chez un diabétique traité oralement pourra bénéficier d'un suivi par bracelet avec monitoring du pouls, de la fréquence respiratoire, de la saturation et de l'activité toutes les 20min pendant 4 jours puis toutes les 4h pendant 3 jours, avec un questionnaire de suivi de plaie du diabétique (pour lui, son IDE habituel ou son aidant principal

suisant isolement/troubles cognitifs), une stimulation à l'activité, une surveillance de la variabilité du poids et des glycémies et un support d'éducation thérapeutique et d'adaptation temporaire du support professionnel à domicile. Pour un patient Parkinsonien avec troubles cognitifs, hypotension artérielle orthostatique et fausses routes à répétition : rappels de prises, montre d'appel et surveillance de fréquence cardiaque et pression artérielle avec suivi de blocage/dystonie par questionnaires des professionnels du domicile.

Le gériatre hospitalier, le médecin traitant, les IDE SSIAD du dispositif peuvent adapter les seuils de signalement pour tous les paramètres et leur attacher un niveau de criticité. Le suivi des événements permettra la présentation au professionnel de la qualité des seuils choisis par rapport aux divers événements survenant chez son patient et leur adaptation.

Pour les paramètres des constantes vitales, les seuils normaux sont définis par défaut sur la base des critères d'intervalles normaux de la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'adulte. Des seuils de criticité progressive (3 niveaux) leur sont attachés sur les mêmes bases HAS. Le signalement de dépassement de seuil par la plateforme évolue suivant que le seuil est dépassé 1 fois ou plusieurs fois dans un intervalle de temps donné. Les seuils des constantes vitales sont paramétrables et personnalisables pour chaque patient à divers niveaux. Le suivi des routines permet le suivi des phases veille/sommeil du patient ; des seuils nuit et seuils jour peuvent être paramétrés séparément. Enfin des seuils complexes seront par la suite disponibles permettant en sus d'algorithmes d'entraînement de donner la main aux professionnels de santé pour construire leurs seuils de données croisées.

L'ensemble de la réponse à l'anomalie est enregistré (appels, interventions, décisions) et communiqué ; elle nourrit le système.

Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont accès aux données de la plateforme afin d'améliorer le suivi continu du patient. La plateforme pourra également remonter les données vers la plateforme Terr-eSanté (interopérabilité en cours) et l'Espace numérique en santé du patient.

5.4 Articulation avec l'existant

Il est important de différencier le dispositif VIGIE AGE de la solution de télésurveillance médicale EPOCA qui pourra peut-être dans l'avenir être mise au service d'autres dispositifs.

Le positionnement de VIGIE AGE est celui d'un dispositif opérationnel de **surveillance pluridisciplinaire 24h/7j à haute réactivité** (déployable en moins de 6 heures⁶). Il vise à « tamponner » et soutenir les ressources de ville dont le temps de mise à disposition en relai pour le patient peut fortement varier suivant les ressources et le territoire concerné.

✓ PRADO

Initié en 2010, Prado (programme d'accompagnement du retour à domicile) est un service d'accompagnement qui permet à des patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile. Aucun suivi n'est organisé.

⁶ D'après les résultats de la phase pilote (cf 7)

✓ Télésurveillance

La télésurveillance est rémunérée dans le droit commun depuis le 1^{er} juillet 2023. Elle concerne 6 monopathologies l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète, l'oncologie et l'arythmie cardiaque

Vigie-Age est le pendant polypathologique senior en télésurveillance, la polypathologie intriquée même non sévère étant le principal facteur d'hospitalisation et de recours au SAU du senior (et non la monopathologie sévère pure).

Le suivi de Vigie-Age dans GAD comprend peu de télésurveillance. La télésurveillance mise en place dans les séjours AMAD est renforcée et adaptée à des profils polypathologiques et dépendants, grâce à un accompagnement multi-dimensionnel opérationnel avec remontée automatique des données.

	Télésurveillance	AMAD
Pathologie	Mono	Polypathologique
Niveau de dépendance	Autonome ou semi-autonome	Autonome à très dépendant
Adapté à l'isolement social ?	OK si aidant	OK sans aidant
Démence possible ?	Non	Oui
Remontées des données patients	Par le patient	Automatique
Organisation du système	Réactivité	Proactivité
Coordination PPS ?	Non	Complète
Contacts humains avec la plateforme	Rares	Fréquents
Régulation de la réponse	Minime et automatisée vers un médecin	Coordination et suivi complets de la réponse

✓ EHPAD à domicile

Les Ehpads à domicile ou Ehpads hors les murs sont des alternatives à l'Ehpad qui sont au stade de l'expérimentation (DRAD dans l'article 51) dans une poignée d'établissements ou services français. Cela consiste à utiliser les ressources de l'Ehpad ou à coordonner des services de ville équivalents à ceux offerts en EHPAD (soins, repas, ménage, etc.) pour prendre en charge des personnes âgées dépendantes vivant dans leur domicile. Les équipes et services de l'Ehpad assurent le service qui serait autrement pris en charge par le dispositif habituel SAAD + Infirmière et parfois se reposent sur ces éléments préexistants.

Le programme AMAD de VIGIE AGE est à distinguer du service de télésurveillance (qui peut effectivement participer au besoin d'une « EHPAD hors les murs »).

Le dispositif AMAD peut être approché comme le support médical et médico-social flexible d'une « USLD hors les murs », pendant complexe et lourd de l'EHPAD à domicile. Les patients AMAD 2 seraient autrement des patients institutionnalisés en USLD (ou en EHPAD avec fréquentes réhospitalisations). Son efficacité

réside dans la télémétrie et le suivi 24h/7j des patients à distance même seuls à domicile, isolés socialement et/ou atteints de troubles cognitifs, permettant ainsi l'amélioration des passages des professionnels médicaux et médico-sociaux en fonction des besoins ; le dépistage précoce des épisodes infectieux et des périodes de douleur entraînent une pro-action immédiate avec un personnel formé aux situations d'urgence en ville. Son couplage à la GAD permet la gestion au sein du suivi AMAD de tout épisode aigu de décompensation à domicile sans surcoût (forfait). Cette organisation rassure et soulage l'aidant principal et améliore sa qualité de vie.

✓ HAD

L'hospitalisation à domicile - HAD - est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. L'HAD couvre l'ensemble du territoire national. Elle assure des soins non réalisables en ville (trop complexes, trop intenses ou trop techniques) et médicalisés (médecin coordonnateur et équipe pluridisciplinaire).

VIGIE AGE ne répond pas à une indisponibilité de l'HAD mais à un virage ambulatoire gériatrique devant permettre l'exercice efficace de la gériatrie en ville avec une réactivité très courte (dans les 6h). Vigie Age renforce l'existant professionnel du patient de façon flexible et adaptée aux épisodes de décompensation aiguë sans s'y substituer. L'expertise gériatrique rapide mobilisée par Vigie-Age s'adresse justement au patient fragile instable n'ayant pas de critères HAD mais néanmoins multi-hospitalisé et au patient aigu nécessitant une surveillance continue 24h/7j temporaire avec réévaluation et adaptation thérapeutique fréquentes sans abord complexe.

Ainsi quelques patients issus de l'hôpital suivi au cours de la phase pilote de VIGIE AGE ont été préalablement proposés par l'hôpital à l'HAD et avaient été refusés car ne correspondant pas aux critères d'inclusion. L'HAD et la GAD s'adressent à des profils de patients, des situations médicales et des intensités de soins différents. Leurs indications ne sont pas superposables.

En cas de nécessité d'hospitalisation, Vigie-Age fait dans ce cas appel soit à l'HAD, notamment pour la fin de vie, soit aux établissements de santé, selon les situations.

6 Financement de l'expérimentation

6.1 Modèle de financement

Le modèle de financement des parcours GAD et AMAD 1 et 2 comprend :

- **Un forfait annuel de télésurveillance socle**
 - o Le forfait annuel de Télésurveillance Socle couvre la mise à disposition d'une prestation de télésurveillance de premier niveau, pour une durée d'un an. Elle comprend la mise à disposition de la solution de télésurveillance. Celle-ci est composée d'une interface patient et d'une interface équipe soignante, d'un module de tests et d'un algorithme d'alerte. Le renouvellement du forfait annuel de télésurveillance sera adossé au renouvellement de la prescription médicale à la date anniversaire de l'admission du patient dans les parcours AMAD 1 et 2.

Ce forfait annuel de Télésurveillance Socle est proposé dans l'attente de l'entrée de la télésurveillance dans le droit commun.

Ce forfait annuel de télésurveillance socle est complété d'un forfait Vigie Age.

- **Un forfait VIGIE AGE** qui intègre les spécificités de l'activité télésurveillance liées au profil des patients âgés poly pathologiques et dépendants et le suivi des patients par les équipes médicales et paramédicales. Il intègre pour chaque parcours GAD, AMAD 1 et 2 :
 - o La phase de création et paramétrage des kits; les tests et vérification des dispositifs médicaux, la conciliation technologique avec les aidants et les équipes soignantes, la gestion du port des dispositifs médicaux, le dépistage, le signalement et le suivi d'un incident majeur ou mineur 7/7jour.
 - o Une prestation « gestion en post alerte ». Cette prestation cible les phases d'analyse, de filtrage, de collecte des données du patient, d'implémentation, d'adaptation du plan personnalisé de soins (PPS) en coordination avec l'équipe soignante référente du patient et de mise en place et de suivi du PPS.
 - o Un forfait de suivi médico psycho social. Il couvre la phase d'inclusion, la définition et le suivi du plan personnalisé de soins, la gestion médicale et paramédicale, les visites à domicile programmées et non programmées, les téléconsultations et les télé expertises ainsi que le suivi psycho social.

Trois niveaux de forfaits Vigie Age ont été définis en fonction de la durée des parcours, de la fréquence des suivis et dispositifs médicaux connectés mis à disposition : Forfait GAD, Forfait AMAD 1, Forfait AMAD 2.

- **Une part conditionnelle**

Une part conditionnelle complémentaire aux forfaits est calculée et versée en fin d'expérimentation.

Elle vise à valoriser la prise en charge des patients les plus requérants en soins et qui, en l'absence du dispositif Vigie Age, auraient été orientés vers une structure sanitaire ou médico-sociale. Une évaluation des profils de soins est réalisée à l'admission de chaque patient par l'équipe Vigie Age à l'aide du référentiel PATHOS.

Une validation des profils de soins - « coupes Pathos » - est réalisée en fin d'expérimentation par l'ARS.

La part conditionnelle est déclenchée selon les modalités suivantes :

Si le ratio « profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 » est supérieur ou égal à 50%, le montant de la part conditionnelle est égal à 9% du montant total des prestations dérogatoires de l'expérimentation,

Si le ratio « profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 » est inférieur à 50%, le montant de la part conditionnelle est calculé selon la formule suivante :

$[\text{« profil de soins T2/profil de soin T2, R2, CH, M2, S1 »} / 50\%] * (9\% \text{ du montant total des prestations dérogatoires de l'expérimentation}).$

Profils de soins PATHOS :

- **T2** : Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent ;
- **R2** : Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle ;
- **CH** : Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours ;

- **M2** : Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance ;
- **S1** : Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements.

6.2 Modalité de financement de la prise en charge proposée

Synthèse des forfaits de prise en charge et de mise en place de l'expérimentation :

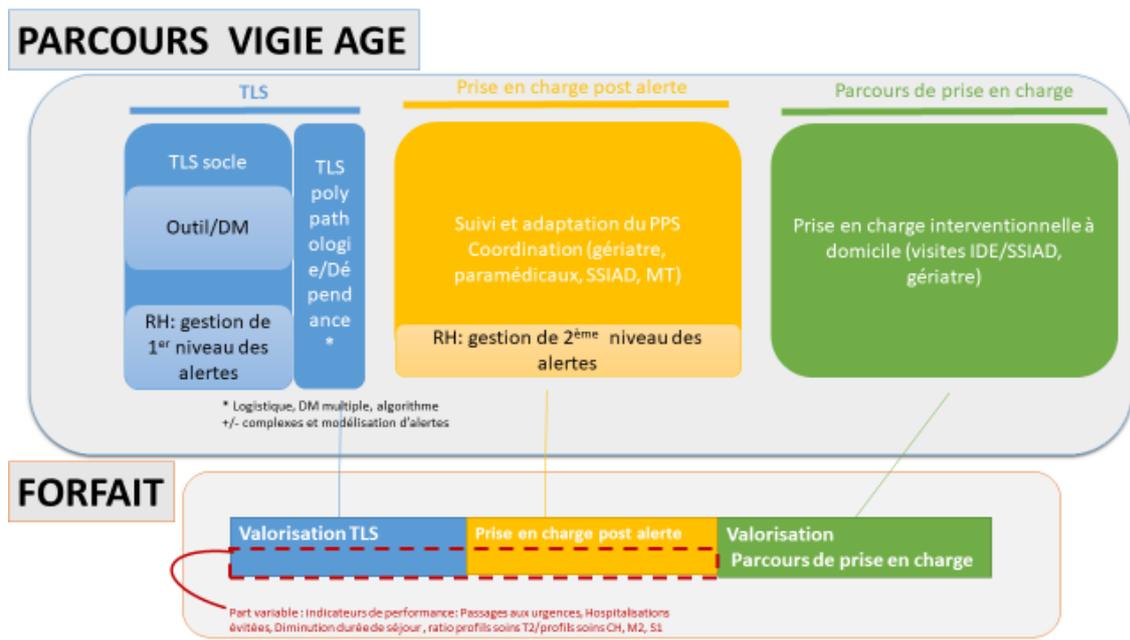


Schéma parcours et financement

Les tarifs des prestations et forfaits ont été évalués en fonction du temps nécessaire pour pratiquer les actes de télésurveillance, la coordination et le suivi médico psycho social des patients par les équipes de télésurveillance, les équipes médicales et paramédicales.

Forfait	Durée maximale	Montant	Renouvelable
Forfait TLS socle	365 jours	132,00 €	Renouvelable par an
Forfait GAD	15 jours	819,00 €	Sur prescription médicale
Forfait AMAD 1	182 jours	1 362,00€	Renouvelable tous les 6 mois
Forfait AMAD 2	365 jours	3 298,00 €	Renouvelable une fois par an

Pour mémoire, le forfait de télésurveillance socle inaugure tout parcours Vigie Age, il n'est renouvelable qu'une fois par an sur prescription médicale lors du renouvellement du parcours AMAD 1 ou 2.

Exemples

Exemple 1 : un patient bénéficiant d'un parcours GAD suivi d'un parcours AMAD 1, 3 forfaits seront facturés :

Forfait TLS 132€ + Forfait GAD 819€ + Forfait AMAD 1 362€, soit un montant total de 2 313€.

Exemple 2 : un patient est admis en AMAD 1 pendant un an, 2 forfaits sont facturés :

Forfait TLS 132€ + Forfait AMAD 1 1362 x 2, soit un montant total de 2 856€

7 Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

7.1 Aux règles de financements de droit commun

Le projet Vigie Age déroge aux règles de rémunération des établissements de santé, des SSIAD et des professionnels de santé en proposant d'une part quatre forfaitisations par patient couvrant de la télésurveillance, de la gestion et coordination des parcours de soins GAD, AMAD 1 et AMAD 2 et une part complémentaire conditionnelle. A ce titre, il déroge aux articles L.162-1-7, L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 4113-5 du code de la sécurité sociale et de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

7.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Le projet Vigie-Age crée une offre de soins innovante à domicile et qui ne répond ni à une prise en charge de ville, ni à de l'HAD.

8 Impacts attendus

8.1 Impact en termes de service rendu aux patients

Le projet Vigie-Age vise à améliorer la qualité de vie du patient :

- ✓ Maintenir le patient de manière sécurisée à son domicile ;
- ✓ Éviter les hospitalisations inconfortables et les risques d'iatrogénie associés, notamment la perte d'autonomie ;
- ✓ Éviter les ruptures de parcours surtout pour le patient en début de perte d'autonomie ou isolé ;
- ✓ Améliorer son espérance de vie en bonne santé grâce à la surveillance prédictive et proactive.

Le projet Vigie-Age doit également rassurer, alléger les tâches de l'aidant et simplifier la gestion de la prise en charge de leur parent.

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

Le projet vise à avoir des impacts bénéfiques majeurs sur l'exercice des professionnels de santé et des établissements.

- Médecins traitants : le projet Vigie-Age permet de redonner aux médecins traitants un rôle central dans le suivi des patients âgés et permet de lui alléger le suivi de ces patients tout en réduisant leurs passages aux urgences et à l'hôpital. Il devra pour cela associer de nouveaux acteurs à ses côtés et avoir des contacts réguliers avec eux.
- Soins de ville : les soignants du domicile pourront intégrer une coordination pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et de leurs pratiques.
- Hôpitaux : les services hospitaliers devront également s'associer à un nouveau partenaire qui facilitera l'aval des urgences et des sorties d'hospitalisations. A plus grande échelle, le dispositif devrait réduire la pression sur les services d'urgence et les services gériatriques.

8.3 Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

Le projet Vigie-Age aura des impacts bénéfiques majeurs grâce à une réduction des coûts importante en soins hospitaliers ou en EHPAD.

- La réduction des passages aux urgences et des hospitalisations : avec 80% d'hospitalisations évitées, le dispositif devrait générer plus de 5% d'économies sur les charges d'hospitalisations par patient âgé.
- Limiter le recours aux EHPAD et USLD : en sécurisant et en améliorant la prise en charge à domicile pour le patient et ses aidants, le recours à l'EHPAD et USLD devrait également être diminué.

9 Modalités d'évaluation proposées de l'expérimentation

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM. Les objectifs opérationnels suivants ont été identifiés pour l'expérimentation, et le cas échéant, associés à une suggestion de démarche évaluative.

9.1 Objectifs opérationnels de l'expérimentation et démarche évaluative associée

9.1.1 Améliorer la qualité de vie du patient

L'objectif premier du projet Vigie-Age est bien d'améliorer la qualité de vie du patient :

- maintenir le patient de manière sécurisée à son domicile ;
- éviter les hospitalisations inconfortables et les risques d'iatrogénie associés, notamment la perte d'autonomie ;
- éviter les ruptures de parcours surtout pour le patient en début de perte d'autonomie ou isolé ;
- Favoriser son espérance de vie sans incapacité grâce à la surveillance prédictive et proactive.

9.1.2 Améliorer la qualité de vie des aidants

Le projet Vigie-Age doit également rassurer, alléger les tâches de l'aidant et simplifier la gestion de la prise en charge de leur proche.

9.1.3 Améliorer l'exercice des médecins traitants et des soignants à domicile

Le projet Vigie-Age vise à redonner aux médecins traitants un rôle central dans le suivi des patients âgés, et à soutenir les soignants de ville dans la prise en charge des personnes âgées. Il sera utile d'évaluer leurs niveaux de satisfaction, et de voir comment la solution Vigie-Age impacte leur exercice (réduction du temps de travail par patient âgé, pertinence de l'intervention sollicitée, réengagement dans la prise en charge des séniors, simplification des visites à domicile ou des avis à distance, amélioration de l'attrait des professionnels pour les soins à domicile).

Ce point sera essentiel pour évaluer le besoin de médecins avec le papy-boom.

9.1.4 Réduire les hospitalisations et les passages aux urgences

Au cours de la phase pilote, une réduction des hospitalisations et des passages aux urgences a été observée.

9.1.5 Limiter ou retarder les entrées en EHPAD ou en USLD

La phase pilote a permis la prise en charge et l'accompagnement de patients de profil type EPHAD ou USLD. Même si cet objectif n'a pas été défini dans le pilote de l'article 51, il serait intéressant de mesurer en quoi la sécurisation du maintien à domicile peut avoir un impact dans les admissions en EHPAD ou en USLD et réduire ainsi les besoins de création de places nouvelles liées au papy-boom.

9.1.6 Améliorer la « performance » de l'expertise médicale

La phase pilote de Vigie-Age a permis également d'augmenter sensiblement le ratio nombre de patients aigus suivis par médecin gériatre grâce à la performance apportée par la plateforme numérique prédictive et ses questionnaires de PPS. Le prolongement en expérimentation article 51 pourrait permettre d'évaluer cet impact qui aura un intérêt évident face au manque de médecins dans un contexte de papy-boom.

9.1.7 Economies pour la collectivité

L'expérimentation permettra de présenter les résultats médico-économiques d'une télésurveillance collaborative, flexible, avec expertise gériatrique en médecine de ville. Cela passe par l'évaluation de la pertinence de e-parcours senior polypathologique aigus et chroniques au-delà des e-parcours mono-pathologiques, la pertinence clinique, l'efficacité du modèle économique et la reproductibilité du projet.

9.2 Indicateurs proposés

Les indicateurs suivants sont proposés pour répondre à la démarche évaluative.

Données d'activité	Nombre de séjours	
	Durée de séjour	
	Age	
	Sexe	
	Etat de santé à l'entrée	
	GIR à l'entrée	
	Mode d'entrée	
	Mode de sortie	
Impact sur le nombre de passages à l'hôpital	Nombre de passages aux urgences	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
	Nombre et durée des séjours hospitaliers	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Impact sur les entrées en EHPAD	Evaluation auprès des aidants	
Impact sur la qualité de vie du patient	Satisfaction du patient	
Impact sur la qualité de vie de l'aidant	Satisfaction de l'aidant	
Impact sur les médecins traitants	Nombre de consultations par patient éligible	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
	Durée de la consultation	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Satisfaction des professionnels		
Impact sur les soignants du domicile	Satisfaction des professionnels	
	Nombre de postes vacants en SSIAD	Avant Vigie-Age
		Depuis Vigie-Age
Impact sur les professionnels à l'hôpital	Satisfaction des professionnels	
Impact du dispositif sur la "performance" de l'exercice médical gériatrique	Nombre patient aigus suivis par gériatre	Hors Vigie-Age
		Avec Vigie-Age
Economies générées	Estimation des coûts complets de prise en charge des patients du dispositif	Hors Vigie-Age
		Avec Vigie-Age

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

La solution numérique EPOCA est marquée CE/ DM de classe I. Elle est une solution de télésurveillance médicale et de télé-coordination multi-dimensionnelle (médico-sociale / organisationnelle) en quasi-temps réel permettant l'organisation simplifiée d'un plan personnalisé de santé connectée à domicile 24h/7j (en lien avec Terr-eSante et le DMP) par :

- **Des relevés de santé 360° personnalisés** prescrits par l'entourage professionnel direct du patient (médecin traitant, IDE référente SSIAD, gestionnaire du PPS ou médecin du dispositif), adaptés aux capacités et aux besoins de celui-ci.

La plateforme permettra le suivi et l'analyse des données de santé des patients en quasi-temps réel (informations médicales essentielles, suivi des constantes vitales, personnalisation des seuils des paramètres vitaux, suivi d'exams, déclenchement et suivi de la réponse en mobilité, signalements patients ou entourage) **dans le respect du consentement du patient, de la déontologie médicale et du RGPD.**

Les données de santé (température, poids, pouls, tension, saturation, ECG, glycémie, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, etc...) sont mesurées et remontées sur la plateforme via des kits intégrant des **objets connectés médicaux ou non** (*dispositifs médicaux CE- Non DM – DM I ou 2a issus de start-ups et entreprises françaises ou européennes et non produites par EPOCA*) et **des objets connectés domotiques, sélectionnés pour leur pertinence et leur sécurité, adaptés et personnalisés aux besoins des parcours de soin suivis** (cas d'usage).

- **Une coordination médicale et sociale** décentralisée de « pontage » des acteurs de santé, faite par eux-mêmes, soutenue par le patient/sa famille et accompagnée par des professionnels de santé télé-surveillants experts. **Le dispositif s'assure que le patient est bien mis en lien avec les bons effecteurs au bon moment (DAC, mairies, MT, etc.)**
- **Le dépistage d'anomalie, la gestion d'alertes à domicile et le suivi de la réponse opérationnelle par des équipes médicalisées à distance et en mobilité au domicile**

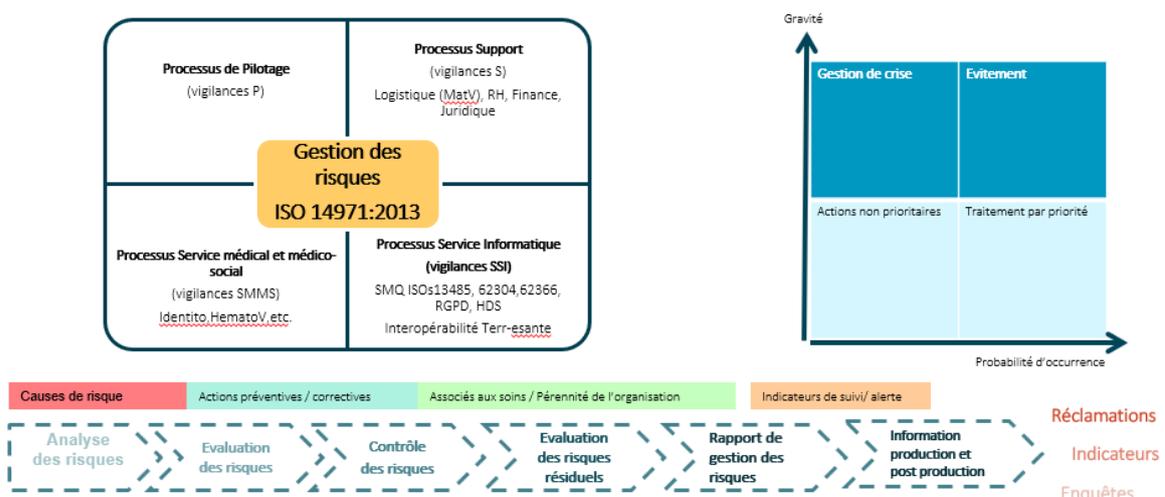
L'expérimentation respecte les obligations réglementaires et les recommandations notamment en lien avec **la feuille de route du Numérique en Santé de l'ANS et du Ministère de la Solidarité et de la Santé concernant le plan « Ma Santé 2022 » et l'Espace Numérique de Santé (ENS)**, sur les principaux points suivants :

- L'éthique

- Nous veillons au respect du consentement des personnes, notamment du patient et/ou de sa famille, dès l'entrée dans le dispositif. Le patient est sollicité pour donner son consentement pour Terr-eSante et ouvrir son DMP. La donnée de santé reste la propriété du patient. Un consentement écrit est recueilli auprès du patient ou de son tuteur.
- Un document informant sur les droits du patient mais aussi sur les droits des professionnels leur sont remis.
- Un livret explique par ailleurs le dérouler de la télésurveillance et les services disponibles.
- La solution d'EPOCA respecte la RGPD et fait appel aux services d'un délégué à la protection des données (DPO) externe dans le cadre réglementaire et en relation avec la CNIL (analyse d'impact relative à la protection des données avec l'outil *Privacy Impact Assessment*).
- Les utilisateurs professionnels chez EPOCA sont tous des professionnels de santé soumis au secret professionnel et aux exigences éthiques et déontologiques de leur métier.

- **L'interopérabilité avec les différents logiciels et outils numériques**
 - Interopérabilité DMP/Terr-eSante (Respect des standards API/FHIR): en cours d'élaboration chez EPOCA pour l'interfaçage de la plateforme vers ces outils
- **La sécurité des Système d'Information (messageries sécurisées, authentification forte, tests de vulnérabilité et de cybersécurité, etc...)**
 - La solution d'EPOCA est certifiée CE/DM de classe 1 qui évoluera en classe 2A à terme.
 - La plateforme EPOCA est construite dans le respect des normes suivantes : Iso 62304 (conception développement), Iso 62366 (usabilité), son système de management de la qualité suit les recommandations de la norme Iso 13485 et suit donc une gestion des risques Iso 14971. Elle est pré-alignée à l'Iso 27001 en matière de sécurité informatique.
 - La plateforme EPOCA a subi et subira régulièrement des tests de pénétration et audits de cybersécurité attendus pour assurer l'amélioration continue de la sécurité des données. La politique de sécurisation des données d'EPOCA vis-à-vis de ses fournisseurs de dispositifs médicaux inclus un système de sécurisation par architecture (Privacy by Design). La responsable matériovigilance est madame Claudia Mariana Costa Fernandes.
 - L'hébergement des données de santé (HDS) est réalisé par un partenaire agréé HDS par l'ASIP (actuellement OVH)
 - L'accès aux données sensibles/médicales par les usagers professionnels de santé ou non respecte un système de droits d'accès avec une authentification forte.
 - EPOCA est conforme RGPD et tient à jour son analyse d'impact sur les données personnelles sur son compte PIA de la CNIL. Son DPO est monsieur Florian Boyenval.
 - Une automatisation du relevé de toutes les vigilances et événements indésirables de tous les processus sera opérationnelle au 1er semestre 2021.
 - EPOCA construit un système expert permettant à terme la suggestion au professionnel de prévention ou de dépistage clinique en temps réel. Cette IA a pour objet exclusif l'amélioration du service de télésurveillance personnalisée au patient. Aucun autre usage n'est fait de celle-ci.

Gestion des risques (norme ISO 14971:2013)



11 Liens d'intérêts

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée en annexe 1. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

12 Projet régional de la région IDF

12.1 Effectifs de patients concernés par l'expérimentation

Le nombre de patients a été déterminé à partir de la capacité d'absorption des actes moyens nécessaires par jour et par territoire de manière à occuper pleinement les postes de professionnels créés.

Nombre de places IDF

	GAD	AMAD1	AMAD2
92 Nord	12	25	25
Grand Versailles	12	25	25
Argenteuil	6	13	13
Nombre total de places	30	63	63

12.2 Modalités de financement de l'expérimentation

12.2.1 Financement FIR

La mise en œuvre de l'expérimentation nécessite des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour la gestion du projet, la formation ainsi que la dotation du matériel mis à disposition des patients et de l'équipe. Les besoins de crédits d'amorçage et d'ingénierie sont de 259 400€.

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Adaptation SI	20 000 €	- €	- €	20 000 €
Formation	50 800 €	- €	- €	50 800 €
Communication	35 000 €	- €	- €	35 000 €
Gestion de projet	51 200 €	51 200 €	51 200 €	153 600 €
Total CAI (FIR)	157 000 €	51 200 €	51 200 €	259 400 €

12.2.2 Financement FISS

		Réalisé du 16/02/2022 au 5 décembre 2024	Prévisionnel du 6 décembre 2024 au 16 avril 2025	Budget maximum sur la durée totale de l'expérimentation
		IDF		IDF
Nb de patients		1 304	2 000	2 060
Dont en GAD*		959	1 151	1 515
Dont en AMAD 1*		717	909	1 133
Dont en AMAD 2*		313	365	494
Forfait TLS socle	132,00 €	172 128 €	264 000 €	271 920 €
Forfait GAD	819,00 €	761 949 €	942 669 €	1 240 785 €
Forfait AMAD 1	1 362,00 €	884 516 €	1 238 058 €	1 543 146 €
Forfait AMAD 2	3 298,00 €	929 944 €	1 203 770 €	1 629 212 €
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		2 748 537 €	3 648 497 €	4 685 063 €

Le financement au titre des prestations dérogatoires (hors part conditionnelle) sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 4 685 063 euros à financer par le FISS

12.2.3 Synthèse financement FIR + FISS

		Réalisé du 16/02/2022 au 5 décembre 2024	Prévisonné du 6 décembre 2024 au 16 avril 2025	Budget maximum sur la durée totale de l'expérimentation
		IDF	IDF	IDF
Nb de patients		1 304	2 000	2 060
Dont en GAD*		959	1 151	1 515
Dont en AMAD 1*		717	909	1 133
Dont en AMAD 2*		313	365	494
Forfait TLS socle	132,00 €	172 128 €	264 000 €	271 920 €
Forfait GAD	819,00 €	761 949 €	942 669 €	1 240 785 €
Forfait AMAD 1	1 362,00 €	884 516 €	1 238 058 €	1 543 146 €
Forfait AMAD 2	3 298,00 €	929 944 €	1 203 770 €	1 629 212 €
Total prestations dérogatoires (FISS) HORS part conditionnelle		2 748 537 €	3 648 497 €	4 685 063 €
Total CAI (FIR)		157 000 €	259 400 €	259 400 €
Total expérimentation (FISS+FIR) HORS part conditionnelle		2 905 537 €	3 907 897 €	4 944 463 €
Part conditionnelle		- €	421 864 €	421 864 €
Total expérimentation (FISS+FIR) y compris part conditionnelle		2 905 537 €	4 329 761 €	5 366 327 €
* Total + renouvellements				

Le financement total de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 5 366 327 euros.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant maximum total de 259 400 euros financés par le FIR
- Des financements des prestations dérogatoires et part conditionnelle pour un montant maximum de 5 106 927 euros réparti en un montant maximum de 4 685 063 euros pour les prestations dérogatoires et un montant maximum de 421 684 euros pour la part conditionnelle. Ces deux montants ne sont pas fongibles entre eux.

12.2.4 Répartition des forfaits entre les acteurs en fonction des ETP

Année 1

	ETP par territoire	Nombre / an	Coût moyen	EPOCA	92 Nord		Paris 14-15		Grand Versailles	
					CHRDS	SSIADs	Hôpital Bellan	SSIAD PAD	Hôpital Porte Verte	SSIAD Lépine
Médecin gériatre 5j/7 (9h-18h)	1		128 000 €		128 000 €		102 400 €		102 400 €	
Médecin de garde de WE (9h-18h)		113	200 €		7 533 €		7 533 €		7 533 €	
Médecin de garde de nuit (18h-9h)		365	200 €		24 333 €		24 333 €		24 333 €	
Gestionnaire PPS jour 7/7 (8-20h)	4		55 000 €	220 000 €						
Gestionnaire PPS nuit 7/7 (20h-8h)	2,8		60 000 €	168 000 €						
Assistant gestionnaire	0		40 000 €	0 €						
Médecin régulateur 5/7 (9h-18h)	0,50		128 000 €	64 000 €						
Chef de projet	0,40		128 000 €	51 200 €						
IDE domicile jour 7/7 (9h-20h)	2,5		56 000 €			140 000 €		98 000 €		98 000 €
IDE domicile garde nuit 7/7 (20h-9h)		279	130 €			36 247 €		36 247 €		36 247 €
Frais de fonctionnement			13%	92 314 €	20 783 €	22 912 €	17 455 €	17 452 €	17 455 €	17 452 €
Objets connectés				111 365 €						
Plateforme numérique				90 440 €						
Total charges			1 783 967 €	797 320 €	180 649 €	199 159 €	151 721 €	151 699 €	151 721 €	151 699 €

Année 2 et 3

	ETP par territoire	Nombre / an	Coût moyen	EPOCA	92 Nord		Paris 14-15		Grand Versailles	
					CHRDS	SSIADs	Hôpital Bellan	SSIAD PAD	Hôpital Porte Verte	SSIAD Lépine
Médecin gériatre 5j/7 (9h-18h)	1		128 000 €		128 000 €		128 000 €		128 000 €	
Médecin de garde de WE (9h-18h)		113	200 €		7 533 €		7 533 €		7 533 €	
Médecin de garde de nuit (18h-9h)		365	200 €		24 333 €		24 333 €		24 333 €	
Gestionnaire PPS jour 7/7 (8-20h)	5		55 000 €	275 000 €						
Gestionnaire PPS nuit 7/7 (20h-8h)	2,8		60 000 €	168 000 €						
Assistant gestionnaire PPS	1		40 000 €	40 000 €						
Médecin régulateur 5/7 (9h-18h)	0,6		128 000 €	76 800 €						
Chef de projet	0,4		128 000 €	51 200 €						
IDE domicile jour 7/7 (9h-20h)	2,5		56 000 €			140 000 €		140 000 €		140 000 €
IDE domicile garde nuit 7/7 (20h-9h)		365	130 €			47 450 €		47 450 €		47 450 €
Frais de fonctionnement			13%	114 054 €	20 783 €	24 369 €	20 783 €	24 369 €	20 783 €	24 369 €
Objets connectés				150 989 €						
Plateforme numérique				117 900 €						
Total charges			2 171 347 €	993 943 €	180 649 €	211 819 €	180 649 €	211 819 €	180 649 €	211 819 €

13 ANNEXES

1. Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	<p>CHRDS / Centre Hospitalier Rives De Seine</p> <p>36, boulevard du général Leclerc, BP 79, 92205 Neuilly-sur-Seine Cedex</p> 	<p>Mme Valérie Pons Prêtre (Directrice du CHRDS) vponspretre@ch-rivesdeseine.fr 01 49 04 31 41</p> <p>Mme Dr Chansiaux Christine (Cheffe de service pôle gériatrique) cchansiaux@ch-rivesdeseine.fr 01 49 04 31 41</p>	
Porteur	<p>EPOCA SAS</p> <p>Siège social : Parc d'activités économiques Plein Est, 2 rue Michel Girardot, 52000 Chaumont</p> 	<p>Mme Dr Cabanes Elise (Présidente EPOCA U&I) 06 10 84 88 12 elise@epoca.health</p>	
Partenaires	<p>SSIAD Courbevoie/SAPA</p> <p>139 Bd Saint Denis 92400 COURBEVOIE</p> 	<p>Mme Herman Véronique (Directrice) 01 43 34 15 00 direction.sapa@orange.fr</p>	
	<p>ANSIAD de Neuilly</p> <p>2 Rue de l'Église, 92200 Neuilly-sur-Seine</p> 	<p>Mme Chapey Nathalie (Directrice) 01 46 40 12 74 Direction.ansiad@orange.fr</p>	
	<p>Fondation Aulagnier</p> 	<p>Mme Gard Emmanuelle (Directrice) 01 40 86 42 42 Aulagnier.fondation@orange.fr</p>	
	<p>Service Parisien d'Aide et de soins à domicile</p>	<p>Mme Muriel Saiveau (Directrice PAD 15) Muriel.saiveau@fondationbellan.org 01 44 19 60 20</p>	

			
	ARGENTEUIL		
	Hôpital de la Porte Verte (Versailles-78) 	M. Lauret Thomas (Directeur) tlauret@hopitalporteverte.com 01.39.63.74.59 M. Harboun Marc (Directeur médical) mharboun@hopitalporteverte.com 01.39.63.73.17	
	SCIC Solidarité Versailles Grand Age – Lépine Versailles SSIAD 	Mme Julie ROBE (Directrice) j.robe@lepineversailles.fr 01.39.50.61.16	

2. Annexe 2. Détail de la répartition des crédits d'ingénierie (hors part gestion de projet)

	EPOCA	92 Nord		Grand versailles		Argenteuil + Chartres
		CHRDS	ANSIAD	HPV	Lépine	
Adaptation SI	14 000 €			3 000 €		3 000 €
Formation	4 500 €	13 700 €	6 000 €	8 800 €	4 500 €	13 300€
Communication	5 000 €	2 000 €		14 000 €		14 000€
Total	23 500 €	15 700 €	6 000 €	25 800 €	4 500 €	30 300 €

3. Annexe 3. Répartition des forfaits et charges engagées dans le projet Vigie-Age

		TLS Socle	GAD	AMAD1	AMAD2
Prestataire de télésurveillance	TLS Socle	132 €			
	TLS Polypathologie		80 €	510 €	1 180 €
	Prise en charge post-alerte		107 €	270 €	722 €
Hôpital	Parcours PEC Gériatre		272 €	354 €	860 €
SSIAD	Parcours PEC IDE		360 €	228 €	536 €
Total		132 €	819 €	1 362 €	3 298 €

4. Annexe 4. Catégories d'expérimentations

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

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement au parcours de soins GAD/AMAD 1 et 2
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation	X	Diminution des hospitalisations évitables
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X	Entre 3 types d'effecteurs : hôpital, SSIAD et plateforme

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

a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Formation de tous les acteurs au dispositif Vigie-Age
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	

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)⁷ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		NON
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		NON
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.		

5. Annexe 5. Exemples de patients suivis par le nouveau dispositif (retour d'expérience pilote avec CHRDS)

⁷ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Mr Z, 72 ans, GAD-Covid	BPCO emphysème st. I Covid (scan <25%) J8 – saturations 98% jusqu'à J7 puis fièvre 38,5°C, <u>Sat</u> 92-95% , toux++ , asthénie majorée à J8 Appel par sa fille, médecin gériatre
Motif suivi	COVID J8 avec saturations anormales et fébrile
Suivi / Action	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance rapprochée: auscultation , <u>Frespiratoire</u>, saturation, FC, TA • Aggravation J10-11: <u>sat</u> 82% fin de nuit, asthénie majorée => SAU
Satisfaction famille / patient	NA
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Routage programmé au SAU J11: GDS ok , pas d'EP, stable au repos, dyspnée effort. => Non hospitalisé • Poursuite télésurveillance à domicile: stable 92-95% • Oxygénothérapie à domicile

Mme T, 75 ans (AMAD 1)	Cancer Multi-métastatique. Sortie d'USP (trop longue durée) – Ne répond pas aux critères HAD , Médecin Traitant: pas de visite à domicile et plutôt orienté pédiatrie SSIAD et réseau prévenu (début possible 15j) plus tard) Anxiété extrême Patiente et famille
Motif suivi	Equilibration et adaptation antalgie, gestion anxiété patiente et famille
Suivi depuis 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination souple avec le médecin traitant à distance • Organisation des HDJ/<u>H°courte</u> pour ponctions itératives • Equilibration antalgie, Education thérapeutique (gestion antalgiques opioïdes) • Soutien psychologique patient et famille journalier • Pontage EMSP
Satisfaction famille / patient	
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'anxiété et de l'isolement • Dépistage à distance des périodes douleurs intenses et <u>proaction</u> même la nuit • Collaboration avec médecin traitant ++ • Soulagement organisationnel

Mme B, 77 ans (AMAD 1)	Vit avec époux, tous 2 ayant des troubles cognitifs Parkinson, <u>cardiopathie</u> rythmique sous <u>bbloquants</u> Chutes multiples (>1/mois)
Motif suivi	Bilan chute à domicile (nombreuses)
Suivi / Action depuis 3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait tapis, adaptation domicile • Détection hypotension orthostatique sévère sans compensation FC • Parkinson mal équilibré (bloquée le matin, dystonique l'après midi) • Grandes bradycardies surtout nocturne
Satisfaction famille / patient	
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibration ttt Parkinson: <u>poso</u> + horaire + galénique + entrainement/ETP par appels montres pour les prises et les levers progressifs (pas de <u>recidive</u> de chute <u>poru</u> l'instant, correction HTO encore en cours) • Adaptation du domicile (tapis) et chaussage • Sollicitations diverses par appels montre Mme et époux = aide ressentie++ • Appels pour selles époux <u>nécessité</u> changement protection heure nocturne, amélioration des passages

Mr F, 77 ans (AMAD 2)	Patient GIR 1. Décompensations multiples multi-SAU, multi-H ⁹ (>5/an) Aides en place (SAD et SSIAD), Connu du réseau Liste attente HAD si apparition de critères suffisants Difficultés d'acceptation des soins de confort / fin de vie par la famille Aidante principale (épouse) surinvestie, anxiété généralisée, épuisée +++
Motif suivi	Instabilité multifactorielle (Risques infectieux (FRoutes), escarres, dénutrition, comitialité) Fausses routes à répétition ; Troubles de la vigilance
Suivi depuis 2 mois	<ul style="list-style-type: none"> Détection précoce des épisodes infectieux Collaboration et déploiement médecin traitant et SSIAD optimisée Education thérapeutique : prévention fausses routes, gestion des troubles de la déglutition, risque d'escarre
Satisfaction famille / patient	
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> 5 épisodes aigus sévères (Comitialité, FRoutes avec sd de pénétration, Sepsis urinaire) = 1 hospitalisation raccourcie (5jours -reprise dans Vigie age) , 0 passage SAU, 4 éviction H⁹ => Eviction transports et examens évitables et répétés antérieurement (TDMc) Soutien Famille : Epouse retourne chez le coiffeur! Nous signale par la montre lorsqu'elle sort pour surveillance rapprochée. Sollicitations diverses : aides ressentie+++ , grand soulagement Ressource médecin traitant préservée : sollicité au bon moment et soutenu dans les démarches; SSIAD: réponses immédiates, éviction des latences

6. Annexe 6- Les résultats du pilote 2020-2021

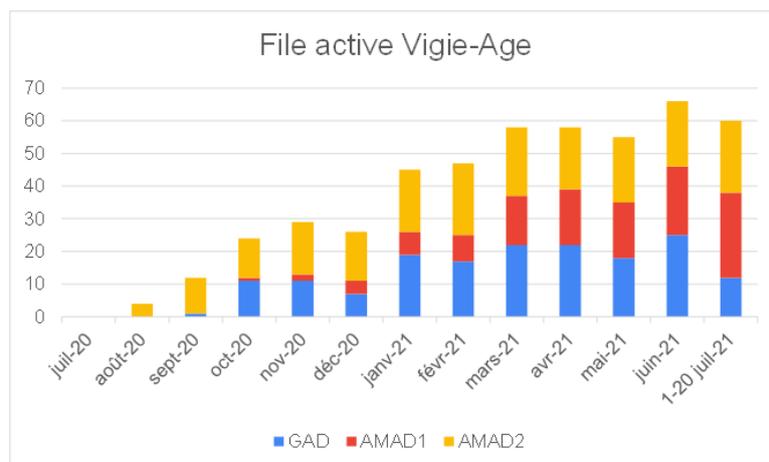
Le projet innovant Vigie-Age, porté par le centre hospitalier Rives de Seine, la société EPOCA et le SSIAD de la SAPA, a pu bénéficier du soutien de l'ARS d'Ile de France et du Conseil départemental des Hauts de Seine pour financer un pilote d'expérimentation débuté à l'été 2020.

Activité

Malgré une organisation loin d'être optimale liée à la fois au démarrage d'une activité expérimentale et à une adaptation des moyens en rapport au faible nombre de places, les résultats sont significatifs. La montée en charge s'est faite progressivement le temps de se caler et de convaincre les partenaires (services d'urgences, services hospitaliers, médecins traitants). Le premier patient a été pris en charge en août 2020, pour atteindre plus de 50 patients jours suivis en juillet 2021. Au total, on comptabilise plus de 200 séjours depuis un an.

		GAD	AMAD 1	AMAD 2
Nombre de séjours au 20 juillet 2021		117	41	38
Age moyen		86,4	86,5	87,2
Part de femmes		56%	68%	45%
Part de polyopathologies		61%	61%	92%
Part de séjours non finis au 20 juillet 2021		0,9%	63,4%	50,0%
DMS	Moyenne	14,0	59,0	132,4
	Médiane	12,0	42,0	105,0
DMS 2 derniers mois		9,1		
GIR (fin séjour)	Moyenne	3,8	4,0	2,7
	Médiane	4,0	4,0	3,0

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.



Services adresseurs et modes de sortie

		GAD	AMAD 1	AMAD 2
Services adresseurs	Hôpital	28,2%		2,6%
	SAU	49,6%		
	Médecin traitant	10,3%		
	SSIAD	6,8%		50,0%
	Regulation Centre15	1,7%		
	Autres libéraux ou famille	2,6%		
	CLIC/DAC	0,9%		
	AMAD 1			5,3%
	GAD		100%	42,1%
Mode de sortie (Séjours terminés)	<i>Total de sorties au 20/07</i>	109	18	18
	AMAD 1	40	0	0
	AMAD 2	17	0	0
	Fin PEC	40	15	8
	Décès	2	2	3
	Hospitalisation	7	1	4
	Institutionnalisation	3	0	3

Profil médicosocial des patients avant leur entrée

	GAD	AMAD 1	AMAD 2
Pas de médecin traitant	5,1%	7,3%	10,5%
Isolement social	24,8%	36,6%	28,9%
Patient en rupture de parcours	26,5%	31,7%	34,2%
Epuisement de l'aidant principal	35,9%	34,1%	42,1%
Patients ayant refusé d'être hospitalisés	17,1%	24,4%	15,8%
Signalements ou interventions sociales lourdes	13,7%	12,2%	23,7%

Le nombre d'hospitalisations des patients pris en charge observé l'année précédente montre qu'ils sont régulièrement hospitalisés :

			GAD total (117)		AMAD 1	AMAD 2
			Total (117)	Non relayés par AMAD (56)		
Année N-1	SAU	Nb passages	148	65	65	66
		Durée cumulée	801h (33,4j)	235h (9,8j) dont 49% hospitalisés ensuite	430h (18j) dont 48% d'hospitalisation	324h (14j) dont 70% hospitalisés
	UHCD	Nb séjours	112	42	61	17
		Durée cumulée	806h (33j)	265h (11j)	348h (15j)	298h (12j)
	MCO	Nb séjours	115	30	43	56
		Durée cumulée	1353 j	348 j	423j	776 j
	SSR	Nb séjours	30	4	10	20
		Durée cumulée	1491 j	361j	379 j	872 j
	USLD	Nb séjours				2
		Durée cumulée				490 j

L'activité observée par les professionnels de Vigie-Age est la suivante :

Activité réalisée par professionnel durant la phase pilote d'août 2020 à juillet 2021			Par patient					
			GAD		AMAD 1		AMAD 2	
			Par suivi		Moyenne sur 12 mois		Moyenne sur 12 mois	
			Nb fois	Temps	Nb	Temps	Nb	Temps
Equipe médicale	Gérialtre hospitalier du dispositif	Inclusion	1	10				
		Entrée gestion médicale	1	60	1	30	1	30
		Sortie	1	60	1	30	1	30
		Visite virtuelle médicale prog	10	15	52	15	52	15
		Visite virtuelle médicale non prog	1	15	12	10	12	10
		VAD médicale programmée		0	3	30	3	30
		VAD médicale non programmée	1	40	3	40	2	40
	Gérialtre hospitalier de garde	Téléconsultation /Texpertise (env 5/5) jour	9	8	12	8	18	8
		Téléexpertise méd nuit 18h-20h	1	8	1	8	1	8
		Téléexpertise méd nuit 20h-00h et 5h-9h	0,25	8	2	8	3	8
	Téléexpertise en nuit profonde Med	0,15	15	0,15	10	0,15	10	
	Programmation PPS	1	15	4	12	4	12	
Equipe TS	Gestionnaire PPS du télésurveillant	Gestion logistique (entrée -suivi-sortie)	3	20	4	20	6	20
		Surveillance pancartes	12	8	365	3	365	3
		Gestion d'anomalies jour Majeure	1	12	2	12	2	12
		Gestion d'anomalies jour Mineure	20	2	73	1	73	1
		Gestion d'anomalies nuit						
		Implémentation / mise en place du PPS	11	8	23	8	23	8
		Programmation PPS	1	15	1	12	1	12
Equipe Paramed	IDE SSIAD	Entrée/ sortie gestion paramédicale	2	60	2	30	2	30
		VAD paramédicales programmées	5	30	4	20	5	30
		VAD paramédicales urgentes	3	40	3	40	6	40
		Programmation PPS	1	15	4	12	4	12
	IDE SSIAD Nuit	Intervention domicile nuit 20h-00h et 6h-8h	0,25	15	1	15	1	15
		Intervention domicile en nuit profonde Paramed	0,15	30	0,25	30	0,25	30
		Gestion d'anomalies télésurveillance nuit	10	2	73	2	73	2
Durée moyenne de suivi (jours)			11,8					
Durée médiane de suivi (jours)			10					

Réactivité de la mise en œuvre du dispositif

Dans le parcours GAD, il était prévu que le retour à domicile après inclusion du patient à l'hôpital se fasse en moins de 6h. Dans la phase pilote, il est constaté une réactivité plus forte : elle est inférieure à 2h (hors indication contraire de l'adresseur).

Diminution des hospitalisations et des passages aux urgences

Dans le cadre de cette phase pilote, les porteurs du projet Vigie-Age s'étaient engagés à réduire les hospitalisations d'au moins 10% pour les patients en AMAD2. Dans les faits, sur les 34 patients suivis en AMAD2 plus de 3 mois, on estime à 87% le nombre d'hospitalisations évitées (estimation réalisée en comptabilisant les hospitalisations des patients au cours de l'année précédente, réduites au prorata de la période d'observation).

Par définition, les 114 patients admis en GAD après un passage aux urgences auraient été hospitalisés si Vigie-Age n'avait pu être mis en place.

On estime également que le nombre de passages aux urgences des patients pris en charge par Vigie-Age a été réduit de 36% grâce à des admissions directes. Par ailleurs de plus en plus de médecins traitants ont adressé leurs patients directement à Vigie-Age plutôt que de les adresser aux urgences.

Economies générées

L'efficacité économique ne faisait pas partie des engagements pour cette phase pilote, dont l'objectif était d'abord de démontrer la faisabilité et l'utilité ressentie par les patients, leur entourage et les professionnels.

Dans les faits, malgré les aléas d'adaptation d'un pilote et la montée en charge de l'activité, on estime que le pilote Vigie-Age a généré plus d'économies qu'il n'a coûté. En activité pleine et sur la base des coûts Vigie-Age prévus dans l'article 51, les économies dépasseraient les 50% des coûts habituels des hospitalisations et passages aux urgences des patients.

Satisfaction des patients et de leurs aidants

Bien que les patients et leur famille ne se rendent pas toujours compte que le dispositif Vigie-Age a évité des passages à l'hôpital, ils sont très satisfaits du dispositif (97% d'opinion positive et 98% le recommandent) et soulignent le sentiment de sécurité grâce à la télésurveillance et la possibilité de joindre la plateforme 24h/24.

« Un immense merci pour votre présence, votre dévouement, votre amour. Sans vous nous n'aurions jamais pu veiller maman à son domicile » M S., aidants

« La possibilité de pouvoir vous joindre 24h/24 nous a permis de faire face à notre stress face à cette maladie » M et Mme M., patients pris en charge pour COVID19

« Je ne remercierai jamais assez les docteurs et infirmières de l'équipe de Vigie-Age qui en deux mois sont devenus absolument indispensables et qui je le crois prolongent la vie de ma mère. » M D., aidant

Satisfaction des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont également très satisfaits du dispositif. Les médecins urgentistes perçoivent en Vigie-Age une alternative aux hospitalisations des patients âgés qu'ils voient en grand nombre sur des brancards chaque jour. Les médecins et les soignants de ville voient dans le dispositif une alternative à l'envoi aux urgences des patients dont ils s'occupent et se sentent soutenus dans leur exercice.

« Quelle chance de vous avoir à nos côtés dans la prise en charge à domicile compliquée de nos patients âgés, et quel sentiment de réussite intérieure quand nous réussissons à leur éviter l'hospitalisation » Dr B., médecin traitant

« Les patients pris en charge n'ont plus besoin d'être envoyés aux urgences de manière répétitive » Dr L., centre 15

« Le dispositif est un soutien certain auprès de nos équipes soignantes, et une plus-value significative dans le maintien à domicile de nos patients » Mme C., Directrice d'un SSIAD.

7. Annexe 6. Glossaire

A51 : article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

AGGIR : grille de l'autonomie gérontologique et groupe iso ressources

AMAD : accompagnement médicalisé à domicile

APA : activité physique adaptée

AP-HP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignante

ATCD : antécédent

CCAS : centre communal d'action sociale

CCMU : classification clinique des malades des urgences

CE : communauté européenne

CHRDS : centre hospitalier Rives-de-Seine (92)

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

CNAM : caisse nationale d'assurance-maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DAC : dispositif d'appui à la coordination

DMS : durée moyenne de séjour

Dr : docteur

DU : diplôme universitaire

ECG : électrocardiogramme

EEG : électro-encéphalogramme

EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

EN51 : équipe nationale pour l'article 51 (secrétariat général du Ministère des solidarités et de la santé)

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

FIR : fonds d'intervention régional (géré par l'ARS)

FISS : fonds pour l'innovation du système de santé

GAD : gériatrie aiguë à domicile

GH : groupe hospitalier

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIR : groupe iso-ressources, correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
HDS : hébergement des données de santé
IDEL : infirmier diplômé d'état libéral
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA : méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
MT : médecin traitant
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS : projet personnalisé de santé
Pr : professeur
RGPD : Règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données)
RPU : résumé de passage aux urgences
SAD : service d'aide à domicile
SAU : service d'accueil des urgences
SDF : sans domicile fixe
SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
UGA : unité de gériatrie aiguë
UE : union européenne
UPOG : unité péri-opératoire gériatrique
URPS : Union régionale des professionnels de santé
USLD : unité de soins de longue durée