



**PRÉFET DE LA
RÉGION NOUVELLE-
AQUITAINE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R75-2025-327**

PUBLIÉ LE 23 DÉCEMBRE 2025

Sommaire

ARS NOUVELLE-AQUITAINE / Direction de l'offre de soins et de l'autonomie

R75-2025-11-20-00014 - Arrêté BASE du 20 11 2025 (2 pages) Page 3

R75-2025-12-12-00011 - arrêté prolongation MBCT (58 pages) Page 6

ARS NOUVELLE-AQUITAINE / DOS -Direction de l'Offre de Soins - PPSPB

R75-2025-12-18-00001 - Arrêté PUI 129 du 18 décembre 2025 autorisant la clinique de médecine physique INICEA MARIENIA à CAMBO-LES-BAINS (64250) à disposer d'une PUI (3 pages) Page 65

DIRM SA / DCAM

R75-2025-12-15-00011 - Arrêté n°549 du 15 décembre 2025 portant modification du règlement local de la station de pilotage de la Rochelle-Charente (6 pages) Page 69

DREAL Nouvelle Aquitaine / DZDS

R75-2025-12-22-00006 - Arrêté zonal 12 22/12/2025 portant réglementation exceptionnelle de la circulation sur le réseau routier national (4 pages) Page 76

ARS NOUVELLE-AQUITAINE

R75-2025-11-20-00014

Arrêté BASE du 20 11 2025

Arrêté du 20/11/2025

Abrogeant l'arrêté du 24 novembre 2021 du
Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
de Nouvelle-Aquitaine relatif à l'expérimentation
« B.A.S.E - Prévention précoce en santé mentale
dès la période périnatale et la petite enfance »

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 et suivants ;

VU le décret du 7 octobre 2020 portant nomination de Monsieur Benoît Elleboode en qualité de directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;

VU la décision du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 10 octobre 2025, portant délégation permanente de signature, publiée le 14 octobre 2025 au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine (N°R75-2025-227) ;

VU l'avis du comité technique de l'innovation du 8 septembre 2025 favorable à l'arrêt anticipé de l'expérimentation « B.A.S.E - Prévention précoce en santé mentale dès la période périnatale et la petite enfance » ;

CONSIDÉRANT les difficultés économiques rencontrées par le porteur de projet Institut de la Parentalité qui a réalisé plusieurs demandes de réévaluation du modèle financier expérimenté ;

CONSIDÉRANT l'avis défavorable rendu le 20 juin 2023 du comité technique de l'innovation concernant la demande de revalorisation des forfaits pour aligner la rémunération en tant que professionnels de la parentalité sans référence à la formation initiale des professionnels sur celle d'un médecin ;

CONSIDÉRANT le retard de mise en fonctionnement du deuxième site de l'expérimentation de Bayonne n'ayant pas permis d'inclusion sur les trois premières années d'expérimentation ;

CONSIDÉRANT le faible taux d'inclusion (5% des inclusions totales attendues sur quatre ans et 13% sur la période évaluée) ;

ARRETE

Article 1 : L'arrêté n°1 / 2021 du 24/11/2021 relatif à l'expérimentation « B.A.S.E - Prévention précoce en santé mentale dès la période périnatale et la petite enfance » est abrogé.

Article 2 : Le présent arrêté est effectif à compter du 1er mars 2026, date d'arrêt anticipé de l'expérimentation permettant de finaliser les prises en charges initiées à la date de fin d'inclusion fixée au 8 juin 2025.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard des tiers, de faire l'objet :

- d'un recours gracieux devant le Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ;
- d'un recours hiérarchique devant Monsieur le Ministre des solidarités et de la santé ;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Bordeaux, le 20 novembre 2025

La Directrice générale adjointe
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine,

Cécile TAGLIANA

ARS NOUVELLE-AQUITAINE

R75-2025-12-12-00011

arrêté prolongation MBCT

Arrêté du 12/12/2025

Modifiant l'arrêté ARS Nouvelle-Aquitaine n°2022-165 du 09 novembre 2022 relatif à l'autorisation de l'expérimentation « Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT) »

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu le décret du 7 octobre 2020 portant nomination de Monsieur Benoît Elleboode en qualité de directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 10 octobre 2025, portant délégation permanente de signature, publiée le 14 octobre 2025 au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine (N°R75-2025-227) ;

Vu l'arrêté n°2022-165 du 9 novembre 2022 relatif à l'expérimentation « Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT), à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs » ;

Vu le cahier des charges modifié portant sur l'expérimentation « Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT) » annexé au présent arrêté ;

Considérant que le comité technique de l'innovation en santé de décembre 2025 a émis un avis favorable à la révision du cahier des charges comprenant la prolongation de l'expérimentation ;

Considérant que la prolongation pour une durée de 6 mois de la durée totale de l'expérimentation a été motivée par un besoin de renforcer l'évaluation du projet permettant une analyse de la totalité du parcours de prise en charge des patients inclus au premier trimestre 2025 afin d'obtenir une cohorte plus robuste ;

Considérant que l'allongement de la durée de l'expérimentation ne modifiera pas le montant du financement de l'expérimentation ;

ARRETE

Article 1 : L'article 2 de l'arrêté de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 09 novembre 2022 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans et 6 mois à compter de l'inclusion du premier patient.

Article 2 : Le cahier des charges modifié susvisé est annexé au présent arrêté.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard des tiers, de faire l'objet :

- d'un recours gracieux devant le Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ;
- d'un recours hiérarchique devant le Ministre des solidarités et de la santé ;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Bordeaux, le 12 décembre 2025

La Directrice générale adjointe
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine,

Cécile TAGLIANA

[Texte]

ANNEXE : Cahier des charges révisé pour l'expérimentation « Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT) »

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

Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT), à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs.

NOM DU PORTEUR :

Association Forcome, 8 rue Louis Barthou, 64 140 Billère, représentée par Christelle Normand, présidente, Jean-François DASPET, trésorier et Mathieu RICARRERE Secrétaire.

PERSONNE CONTACT :

Dr Patrick Martel : patrickmartel@free.fr, tél. 05 59 82 82 01, port. 06 79 55 97 74

Carla DALMAIS : Cheffe de projet, tél 06 58 23 80 44 ; coordination.mbct@outlook.fr

L'expérimentation MBCT a été autorisée par l'arrêté du 9 novembre 2022 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (publié le 10 novembre 2022 au recueil des actes administratifs de la Région Nouvelle-Aquitaine). L'expérimentation était autorisée pour une durée de 3 ans à compter de l'inclusion du premier patient.

La republication du cahier des charges de l'expérimentation MBCT s'inscrit dans le cadre d'une demande de prolongation de 6 mois de la durée totale de l'expérimentation à la demande des porteurs. Cette prolongation est sans incidence sur le financement de l'expérimentation ni sur la date de fin d'inclusion. Elle est également sans incidence sur la date de fin d'inclusion.

L'objectif principal de cette prolongation est de permettre aux évaluateurs d'analyser la totalité du parcours de prise en charge des patients inclus au premier semestre 2025 pour l'obtention d'une cohorte plus robuste.

La republication du cahier des charges est également l'occasion de formaliser les ajustements déjà portés à la connaissance du CTIS en date du 15 octobre 2024 et 11 mars 2025 pour le maintien du temps de travail du chef de projet à 0,5 ETP ainsi que le rattrapage des charges sociales relatives au salaire du poste de chef de projet non budgétisées initialement.

Ainsi, le présent cahier des charges comporte des réajustements portant sur le montant global attribué au titre du FIR ainsi que sur la durée totale de l'expérimentation.

RESUME DU PROJET :

Le projet s'adresse aux patients dépressifs adultes des territoires de santé Béarn-Soule, ayant connu trois épisodes dépressifs ou plus. Il s'agit de mettre en place un programme de prévention des rechutes dépressives par la pratique de la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT), organisé dans un cadre extrahospitalier par des professionnels libéraux formés à l'instruction de ces programmes (médecins généralistes et psychologues). Cette prise en charge en ville s'adresse aux patients suivis en ville, en CMP ou à l'hôpital et leur propose une prise en charge collective par groupe de 10 patients sur l'ensemble des séances. On estime en effet que ce programme MBCT, en association avec un traitement antidépresseur de maintien, pourrait réduire de 34% leur risque de rechute et également entraîner une diminution voire une suppression du traitement de maintien. Trois instructeurs MBCT sont d'ores et déjà présents sur le territoire de l'agglomération de Pau. Toutefois, le développement de ces prises en charge se heurte à des barrières culturelles, financières et organisationnelles que le présent projet propose de lever.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

Renseigner le tableau en annexe 2

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :

V1 : 15 avril 2019

V2 : 28 janvier 2020

V3 : 25 mars 2020

V4 : 28 juillet 2021

V5 : 9 décembre 2021

V6 : 14 avril 2022

V7 : 7 juin 2022

V8 : 23 juin 2022

V9 : 6 juillet 2022

V10 : 13 juillet 2022

V11 : 13 septembre 2022

V12 : 20 septembre 2022

V13 : 10 octobre 2022

Republication : Semestre 2 - 2025

Sommaire

Description du porteur	4
Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation	4
1. Professionnels de santé libéraux	5
2. Institutions et écosystème	5
I. Contexte et Constats	6
1. Prévalence et prise en charge actuelle de la dépression	6
2. Pleine conscience et programme <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>	7
3. Contexte local	10
II. Objet de l'expérimentation	11
III. Objectifs.....	11
1. Objectifs stratégiques	11
2. Objectifs opérationnels.....	11
IV. Description du projet	12
1. Périmètre du parcours MBCT	12
2. Description du parcours patient cible.....	12
3. Population Cible.....	19
4. Effectifs concernés par l'expérimentation.....	20
5. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation	20
6. Terrain d'expérimentation.....	21
7. Durée de l'expérimentation.....	22
8. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	23
9. Système d'informations.....	24
V. Financement de l'expérimentation.....	24
1. Modèle de financement.....	24
2. Modalité de financement de la prise en charge proposée.....	24
3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles.....	32
VI. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	33
1. Aux règles de financements de droit commun.....	33
2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins.....	33
3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.....	33
VII. Impacts attendus.....	34
VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées.....	34

1. Informations recueillies sur les patients au fil de l'expérimentation	34
2. Indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation	35
3. Questions évaluatives proposées	37
X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	39
XI. Liens d'intérêts	39
XII. Eléments bibliographiques / expériences étrangères	39
Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires	41
Annexe 2. Catégories d'expérimentations	42
Annexe 3. Description des organisations MBCT à l'étranger	0
Annexe 4. Résumé des points clés des 8 sessions du programme MBCT	0
Annexe 5. Synthèse du programme de formation MBCT pour les professionnels de santé	5

Description du porteur

FORCOME : Association loi 1901 créée en octobre 2019, ayant pour objet d'organiser et animer des séances de thérapie cognitive basées sur la pleine conscience (MBCT), diffuser et promouvoir la formation et la recherche sur la compassion et la pleine conscience.

En 2020, FORCOME comptait 32 professionnels de santé adhérents : médecins, psychologues, psychiatres, infirmiers.... L'association en 2025 est présidée par le, Christelle Normand formatrice en éducation et en développement personnel formée à la méditation à la pleine conscience.

Le Dr Martel, initiateur du présent projet, est médecin généraliste installé en exercice libéral à Pau depuis 1986. Médecin psychothérapeute agréé en thérapies cognitives et comportementales (TCC), il est également instructeur de programmes MBCT depuis 2010.

En tant qu'initiateur et co-porteur du projet, le Dr Martel assurera :

- La codirection médicale du projet, en partenariat avec le CH des Pyrénées, incluant notamment la définition des parcours ville-hôpital,
- L'instruction d'une partie des programmes MBCT prévus au projet,
- La coordination et l'échange de pratiques avec les trois autres instructeurs MBCT participant au projet,
- La participation active à la promotion de l'offre MBCT auprès des professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

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

Le centre hospitalier (CH) des Pyrénées : établissement spécialisé en santé mentale de 351 lits et 237 places, situé à Pau et prenant en charge les populations des territoires de santé Béarn-Soule. Membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Béarn-Soule depuis le 30 juin 2016, le Centre Hospitalier des Pyrénées pilote la santé mentale au sein de ce groupement. Le CH des Pyrénées est également co-porteur, avec l'agglomération de Pau, du Contrat Local de Santé Mentale (CLSM) Pau-Agglomération, plateforme de concertation et de coordination, dont l'objectif est la prévention, l'accès aux soins et l'inclusion sociale des habitants en souffrance psychique. Le CH des Pyrénées anime, depuis mars 2017, les travaux de la commission spécialisée en santé mentale des Pyrénées Atlantiques sur l'élaboration du projet territorial de santé mentale du département (PTSM) des territoires Béarn-Soule et Côte Basque Navarre.

En tant que partenaire du projet, le CH des Pyrénées assurera :

- La conception du projet, en partenariat avec le Dr Martel, incluant notamment la définition du parcours en ville, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les modalités d'adressage de l'hôpital vers la ville,
- La participation aux comités de pilotage pour le suivi de la mise en œuvre opérationnelle du projet,
- L'interface avec les acteurs du Contrat Local de Santé Mentale (CLSM) et avec le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM),

- La formation des équipes de CMP et de l'hôpital à la pratique de la pleine conscience pour contribuer en coordination avec l'équipe d'instructeurs à la diffusion de cette pratique et à son utilisation comme thérapie complémentaire pour les patients éligibles.

Il déploiera le parcours ainsi défini au sein de son projet médical d'établissement et contribuera également aux actions de promotion de l'offre MBCT auprès des professionnels de santé libéraux et hospitaliers du territoire.

1. Professionnels de santé libéraux

1.1. Instructeurs MBCT :

- Dr Patrick Martel, médecin généraliste, psychothérapeute agréé en thérapies cognitives et comportementales (TCC) et instructeur du programme MBCT depuis 2010
- Matthieu Ricarrère, neuropsychologue exerçant également en pratique libérale à Billère et instructeur du programme MBCT
- Dr Eric Bertandeau, psychiatre au CH des Pyrénées, en cours de formation à l'instruction du programme MBCT
- Timothée Basson psychologue nouvellement intégré à l'expérimentation (2025)

Le Dr Dominique Georget-Tessier, médecin acupunctrice et initialement instructrice du programme MBCT, a cessé ses fonctions en tant qu'instructeur mais reste professionnel de santé adresseur.

1.2. Autres professionnels de santé libéraux :

Les médecins généralistes, psychiatres et psychothérapeutes du territoire d'expérimentation seront contactés dans le cadre du présent projet, afin de les informer de la mise en place de ce parcours, de les sensibiliser à la méthode MBCT et d'obtenir leur participation (*cf. chapitre « 4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation »*).

2. Institutions et écosystème

L'ARS et la CPAM de Pau sont partenaires du présent projet. Ils participeront notamment au comité de pilotage. Ils pourront également être sollicités pour apporter un appui ponctuel à la mise en œuvre et relayer des actions de communication.

Les membres du PTSM et du CLSM seront informés du lancement du projet et seront tenus informés de son avancement tout au long de la démarche.

La société médicale de Pau et du Béarn, organisme de formation continue des professionnels, sera sollicitée pour un partenariat de diffusion d'information et de formation au programme MBCT.

Les coordonnées du porteur et des partenaires sont renseignées en Annexe 1.

I. Contexte et Constats

1. Prévalence et prise en charge actuelle de la dépression

La dépression est un trouble psychique courant, présentant une prévalence élevée : on estime en effet qu'environ 15 à 20% de la population générale est concerné sur la vie entière. Selon le baromètre Santé 2017, 10% des personnes âgées de 18 – 75 ans déclaraient avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. En février 2022, ce sont 17,1% des Français¹ qui montrent des signes d'un état dépressif au cours des 12 derniers mois, une forte augmentation à relier au contexte sanitaire. Hors contexte épidémique, cette tendance à la hausse s'observait déjà sur la période 2010 – 2017 avec une augmentation de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) de 1,8 points sur la période (Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, 2018)². Le risque de rechute est très élevé avec 80% des patients qui récidivent au moins une fois³ et 40% connaîtront au moins 3 récurrences (NICE, 2003). L'épisode dépressif caractérisé a un retentissement majeur sur la vie du patient et de son entourage. La dépression peut entraîner une grande souffrance, altérer la vie professionnelle, scolaire et familiale de la personne concernée. Elle génère également d'importantes dépenses pour le système de santé.

→ Sur le territoire de l'agglomération de Pau, on peut estimer à 23 500 environ le nombre de personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois sur la population âgée de plus de 15 ans, soit 17,1% de la population âgée de plus de 15 ans (137 590 habitants).

→ A partir des données de prévalence nationale de la dépression et du risque estimé de rechutes (40% des personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé connaîtraient au moins trois rechutes dépressives), il y aurait environ 9 400 bénéficiaires potentiels sur l'agglomération de Pau (cf. IV. 3. Effectifs concernés).

La dépression peut toucher tout le monde, à tout âge de la vie. On observe toutefois des pics de prévalence auprès de certains publics : les personnes en recherche d'emploi, les 35-44 ans, les personnes de faibles niveaux de revenu, les étudiants et les femmes. Ces réalités creusent les inégalités en matière de santé mentale, alors même que l'accès aux soins en psychiatrie se caractérise également par de fortes inégalités en fonction de la catégorie socio-professionnelle des personnes. Résorber ces réalités constitue un enjeu fort de la Stratégie nationale de santé 2018-2022⁴.

La prise en charge de la dépression, qu'elle soit légère ou plus sévère, repose sur des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, généralement associés, visant à réduire l'impact de la dépression sur la vie quotidienne et prévenir le risque de rechute. Elle nécessite une collaboration entre la personne dépressive et son médecin généraliste, son psychiatre et éventuellement d'autres professionnels (notamment psychothérapeutes). Cette collaboration implique, au niveau territorial, une organisation professionnelle coordonnée en santé mentale, fluidifiant les passerelles entre ces différents professionnels, qu'ils exercent en libéral ou en établissement de santé.

→ Sur le territoire de l'agglomération de Pau, deux établissements prennent en charge les soins psychiatriques : le Centre Hospitalier des Pyrénées et la clinique Centre de Soins La Nouvelle Aquitaine.

¹ CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, mars 2022

² Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd.2018;(32-33):637-44. |

³ <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

⁴ Stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé, 2018. P48. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

On compte également une vingtaine de psychiatres libéraux, une cinquantaine de psychothérapeutes et environ 150 médecins généralistes.

2. Pleine conscience et programme *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

Depuis le début des années 2000, de nouvelles formes de psychothérapies cognitives basées sur la pleine conscience⁵ ont émergé au sein des thérapies cognitivo-comportementales. En particulier, le programme MBCT (*Mindfulness-based cognitive therapy*, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) a été élaboré spécifiquement en 2002 par trois psychologues⁶ dans le but de prévenir les rechutes dépressives⁷. Ce programme protocolisé composé de huit séances de deux heures sur huit semaines en groupe vise à proposer un processus d'apprentissage progressif d'un état d'esprit centré sur le moment présent et notre expérience intérieure et extérieure. Il cultive une attitude de non-jugement, de patience, d'acceptation et de lâcher-prise nécessitant pour cela un engagement du patient ainsi qu'une autodiscipline. Les résultats attendus sont une diminution de la symptomatologie dépressive, une diminution de la réactivité cognitive avec une augmentation des capacités de régulation émotionnelle et une amélioration de la mémoire autobiographique ainsi que de la régulation attentionnelle (Mirabel-Sarron, 2018)⁸.

La méthode MBCT est encadrée par un protocole dont l'application est formalisée dans un manuel. Des études et méta-analyses récentes ont montré que ce programme, en complément ou non d'un traitement de maintien, permettait de réduire significativement le risque de rechutes pour les patients souffrant de dépression sévère. L'estimation de cette diminution de ce risque est comprise entre 21% (Kuyken W et al, 2016)⁹ et 34% (Piet J, Hougaard E., 2011)¹⁰ en comparaison à un traitement de maintien par antidépresseurs sur 60 semaines. Une étude randomisée publiée en 2020 (Huijbers *et al.*, 2020) a également montré que pour les patients ayant eu plus de 3 épisodes dépressifs caractérisés, le programme MBCT était une alternative valide pour les patients souhaitant diminuer ou arrêter leur traitement de maintien par antidépresseurs. En effet, avec le programme MBCT, 71% des patients ont arrêté leur traitement sur 24 mois et 17% ont diminué leur dose, sans que cela engendre une augmentation du risque de rechute par rapport au groupe témoin. L'effet protecteur du programme MBCT équivalent aux traitements de maintien n'a toutefois pas été montré pour les patients n'ayant connu que deux épisodes dépressifs. C'est pourquoi le présent projet propose d'inclure les patients à compter de trois épisodes dépressifs.

⁵ L'entraînement à la Pleine Conscience comporte des pratiques formelles et informelles qui visent à renforcer l'attention portée à l'expérience personnelle du moment présent, somatique, émotionnelle et cognitive. Cette dernière se réalise sans jugement, dans une attitude d'ouverture et de curiosité, et s'y ajoutent des éléments de thérapie cognitive qui mènent à se décentrer de ses émotions et de ses pensées ruminatives. Il en résulte une régulation émotionnelle, une distanciation des pensées dépressogènes qui permettent de diminuer les ruminations dépressives et une baisse de l'activation des schémas cognitifs dépréciatifs.

⁶ Zindel SEGAL est un spécialiste canadien mondialement reconnu de la dépression. John TEASDALE et Mark WILLIAMS sont deux chercheurs experts anglais.

⁷ Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

⁸ Mirabel-Sarron C., Provencher M. (2018). *Psychothérapies cognitives des états dépressifs*. Bellivier JKP P07 Chapitre 47 page 488-495 Ed. Lavoisier.

⁹ Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

¹⁰ Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

Plusieurs études^{11,12} montrent par ailleurs que pour les patients ayant souffert d'abus (sexuels ou physiques) durant leur enfance, le programme MBCT avait un effet protecteur supérieur à celui des traitements de maintien dans la prévention des rechutes dépressives.

À l'étranger, plusieurs pays ont déjà inscrit ce programme dans leurs recommandations de prise en charge de la dépression. Selon le CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments), la MBCT est recommandée en seconde ligne en complément des autres traitements en phase aiguë des épisodes dépressifs et en première ligne des traitements de maintien (Parikh, 2016)¹³. Bien que la MBCT ne soit pas reconnue en France, la Haute autorité de santé (HAS) a cependant inscrit dans ses recommandations le programme *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) qui vise à prévenir et réduire le stress, l'anxiété et l'épuisement professionnel par la pleine conscience¹⁴. Plus récemment dans un avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale daté du 6 juillet 2021, Le Haut Conseil de la Santé Publique cite plusieurs programmes de pleine conscience en ligne reconnus pour leurs actions probantes en matière de prévention des troubles psychiques en situation de Covid-19¹⁵ et leurs effets sur la réduction des symptômes anxieux ou dépressifs tant pour les adultes en population générale, les professionnels de santé, les patients Covid-19, les populations à risque et les enfants.

Jusqu'ici, en France, le développement du programme s'est fait majoritairement dans le cadre hospitalo-universitaire. Les établissements suivants proposent des cycles MBCT :

- Hôpital Sainte-Anne, Paris
- Hôpital de La Conception, Marseille
- Clinique psychiatrique du Parc, Nantes
- Clinique privée d'Aufréry Pin-Balma, Toulouse
- Centre hospitalier JP Fairet, Leyme
- Centre psychothérapique de Nancy-Laxou
- Clinique d'Amade, Bayonne
- Clinique Nouvelle Aquitaine Clinéa, Pau

A l'étranger, plusieurs pays ont mis en œuvre des programmes de prévention de la rechute dépressive par la méditation pleine conscience selon le programme MBCT, organisée autour d'un tronc commun de 8 séances protocolisées par Segal Z.V., Williams J.M.G, et Teasdale J.D en 2002 et encadrées par des instructeurs formés (cf. annexe 3). En pratique, les modalités d'organisation du programme diffèrent selon les pays en termes de financement des programmes, d'adressage, d'organisation du suivi et de

¹¹ Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

¹² Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>

¹³ Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524–539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>

¹⁴ HAS (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

¹⁵ HCSP (2021). Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale

lieu d'accueil du programme. Au Québec et au Royaume-Uni, les participations sont systématiquement couvertes par l'assurance publique sans reste à charge pour les patients, quand en Suisse la couverture des frais est variable selon les assurances. L'accueil des programmes se fait entre les services d'hospitalisation ou des lieux moins médicalisés tels que des salles d'université ou salles municipales. On note également de fortes disparités dans les modalités d'adressage : les patients peuvent être adressés sur prescription d'un médecin comme au Canada (recommandé mais non obligatoire), un psychothérapeute ou de manière libre avec une évaluation médicale réalisée par un psychiatre associé au programme MBCT à la réception du dossier comme en Suisse ou au Royaume-Uni.

Par ailleurs, la prise en charge des rechutes dépressives par le programme MBCT fait partie des bonnes pratiques inscrites dans le NICE (the National Institute for Health and Care Excellence)¹⁶ au Royaume-Uni ainsi que dans le CANMAT¹⁷ (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) au Canada.

En France dans le cadre libéral, selon les données recueillies à partir de l'annuaire de l'association pour le développement de la *mindfulness*, environ 75 instructeurs ont proposé des cycles MBCT sur la France entière. Parmi les instructeurs, figurent une majorité de psychologues psychothérapeutes, une sophrologue, un infirmier, une psychomotricienne, quelques coachs auxquels s'ajoutent 5 psychiatres et 13 médecins généralistes.

→ Sur le territoire de l'agglomération de Pau, trois professionnels de santé libéraux (deux médecins généralistes et un neuropsychologue), sont formés à la méthode MBCT et proposent cette nouvelle approche thérapeutique basée sur la pleine conscience. Un instructeur additionnel, psychiatre à l'hôpital de Pau, est actuellement en cours de formation.

Toutefois, le développement de ces approches MBCT se heurte à plusieurs freins :

- Des freins culturels, liés à la méconnaissance de ces programmes MBCT et de leurs effets par les professionnels de santé mentale, comme par les patients. Ces freins constituent une barrière à l'entrée dans le programme, et ne favorisent pas par ailleurs leur prise en compte dans une modification de la stratégie thérapeutique (ajustement du traitement médicamenteux de maintien, poursuite des pratiques de pleine conscience au-delà du programme)¹⁸.
- Des freins financiers, liés au coût de cette prise en charge. Suivant un programme de 10 séances, 8 séances du protocole, une pré-session et une post-session (cf. chapitre IV), de 2 heures hebdomadaires en groupe de 10 personnes, le coût moyen par patient varie d'environ 350€ à 600€, non remboursés par l'Assurance-maladie pour une instruction en ville. Ce coût élevé ne permet donc pas d'en garantir l'égalité d'accès.
- Des freins organisationnels : le CH de Pau a inscrit dans son projet médical d'établissement le développement des thérapies cognitives et comportementales mais les problèmes de démographie médicale constituent un frein à la mise en œuvre opérationnelle de ce projet. Par ailleurs, si les liens ville-hôpital sont développés et effectifs sur l'agglomération de Pau, le programme MBCT n'est inséré dans aucun parcours ville-hôpital (ni à Pau, ni dans d'autres régions de France). Son développement actuel est dès lors dépendant des initiatives

¹⁶ Crane RS, Kuyken W. 2013. The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience

¹⁷ Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. 2016. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder

¹⁸ En cas de récurrence dépressive, le traitement de maintien par antidépresseurs est réévalué et s'accompagne de la reprise d'une psychothérapie structurée.

individuelles de médecins psychothérapeutes ou d'établissements hospitaliers qui réservent ces programmes aux patients hospitalisés.

Pour permettre au plus grand nombre de patients de bénéficier de cette nouvelle prise en charge « préventive », il s'agit de promouvoir un nouveau parcours de prise en charge dans un cadre extrahospitalier à destination des patients suivis en ville, en CMP ou à l'hôpital, permettant d'une part de faire connaître et d'intégrer les approches MBCT dans la palette des options thérapeutiques, et d'autre part d'en organiser l'instruction en ville, en proposant un financement dérogatoire forfaitaire. Le recours au dispositif de l'Article 51 vise à expérimenter ce type de parcours et de financement. Il s'inscrit pleinement dans les axes d'intervention de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie : « *Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique* » et « *Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité* »¹⁹. Il s'inscrit également dans le Schéma régional de santé 2018-2023 de Nouvelle Aquitaine, en particulier de son objectif d'intervention 2.2.2.2 « *Garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie* »²⁰.

3. Contexte local

Le diagnostic territorial met en avant les données suivantes :

- Besoins en santé :
 - Une espérance de vie à la naissance dans les Pyrénées-Atlantiques supérieure à la moyenne régionale et nationale chez les hommes qui converge cependant autour de 60 ans : à 60 ans il reste en moyenne 23,4 années (23,3 au niveau régional et 23,1 en France métropolitaine) à vivre à un homme et 27,7 chez les femmes (égale aux moyennes régionales et nationales).
 - Le remboursement d'antidépresseurs concerne 12 adultes de plus de 20 ans sur 100 en 2016 en Nouvelle Aquitaine, représentant 560 000 individus. Ce taux est aligné avec celui des Pyrénées-Atlantiques. Sur la région, plus de deux remboursements sur trois concernent des femmes.
 - Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation en médecine et chirurgie pour tentative de suicide des Pyrénées-Atlantiques est le plus faible des départements de Nouvelle Aquitaine (seul département dont le taux de séjours standardisé est inférieur à 100 pour 100 000 habitants)
 - La prévalence parmi les personnes âgées de plus de 20 ans en ALD pour une affection psychiatrique en Nouvelle Aquitaine des troubles de l'humeur dans lesquels se retrouvent les épisodes dépressifs en 2014 était de 41,4%, soit 53 023 individus sur la région.
- Offre de soins
 - Au 1^{er} janvier 2017, le territoire Béarn Soule dénombre 76 psychiatres dont 55 sont salariés et 21 exercent en libéral. Toutefois, depuis cette date, la situation s'est tendue au niveau des effectifs salariés, au premier semestre 2022 le centre hospitalier des Pyrénées enregistrera 2 postes vacants de psychiatres en psychiatrie adulte.
 - La densité de psychiatres pour 100 000 habitants, salariés et libéraux confondus, est de 20, quand la moyenne régionale est de 21,6.

¹⁹ Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie, Ministère des solidarités et de la santé, juin 2018

²⁰ Schéma régional de santé 2018-2023 de Nouvelle Aquitaine, ARS Nouvelle Aquitaine, juillet 2018

- En 2021, le territoire Béarn-Soule compte 10 MSP ACI, 1 CPTS en activité. En 2018, sur Pau et son agglomération, on compte 221 médecins généralistes dont près des deux tiers ont plus de 51 ans.
- CH Pyrénées : 32 structures extrahospitalières réparties sur le territoire (C.M.P., C.A.T.T.P., hôpitaux de jour, hôpital de nuit, antennes de consultations), 351 lits et 237 places en hospitalisation de jour

II. Objet de l'expérimentation

Le présent projet propose de mettre en place, sur les territoires de santé Béarn-Soule, un **programme de prévention des rechutes dépressives à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT)**.

III. Objectifs

1. Objectifs stratégiques

1.1. Au niveau des patients

- Réduire le taux de rechutes des patients ayant connu au moins trois épisodes dépressifs caractérisés, voire alléger leur traitement antidépresseur de maintien,
- Améliorer la qualité de vie patient et l'*empowerment* (amélioration de la littératie en santé, capacité de détection des signes d'alerte, accompagnement à l'autonomie en santé),
- Favoriser un retour à une vie normale et à une réinsertion dans le quotidien,
- Réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé mentale.

1.2. Au niveau du système de santé

- Diminuer les dépenses de santé liées à la prise en charge de la dépression (baisse des consommations de médicaments, consultations et hospitalisations), ainsi qu'aux comorbidités,
- Diminuer les coûts indirects de l'Assurance Maladie (indemnités journalières liées aux arrêts de travail),
- Diminuer la tension sur les consultations en psychiatrie ainsi que sur les services d'hospitalisation en psychiatrie,
- Améliorer la coordination ville-hôpital en matière de santé mentale,
- Diversifier la palette de l'offre thérapeutique en santé mentale,
- Favoriser l'innovation thérapeutique et préventive en santé mentale via l'intégration de nouvelles thérapies cognitives basées sur la pleine conscience.

2. Objectifs opérationnels

Permettre, sur la période d'expérimentation (2022-2025), à 513 patients atteints de pathologie dépressive en 3^{ème} rechute (soit 5% des bénéficiaires potentiels du territoire cible) de bénéficier de la

prise en charge MBCT, en complément de leurs traitements médicamenteux de maintien et en substitution éventuelle d'une psychothérapie.

- Organiser l'offre MBCT en médecine de ville et la faire connaître aux professionnels et aux patients du territoire ;
- L'intégrer dans un parcours à destination des patients dépressifs suivis en ville et à l'hôpital, assurant en amont l'accessibilité de l'offre aux bénéficiaires-cibles et en aval la prise en compte des effets de cette nouvelle psychothérapie dans l'adaptation du suivi médical ;
- Organiser un retour d'expériences annuel sur ce parcours, dans une logique d'amélioration continue.

IV. Description du projet

1. Périmètre du parcours MBCT

Le périmètre de ce parcours expérimental démarre au moment du repérage du patient dans le programme MBCT par son professionnel adresseur et se termine à l'issue de la session de suivi à 3 mois en groupe. La prise en charge MBCT intervient en complément des traitements de maintien. Une diminution de ces traitements est possible en lien avec le médecin traitant et/ou le psychiatre.

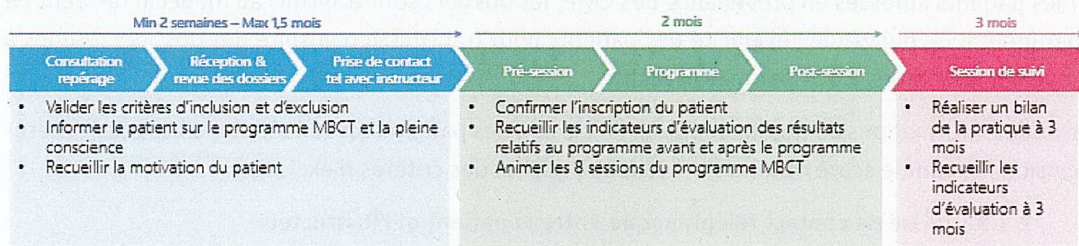
Dans le cadre du projet, seuls les professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes et infirmiers) et les psychologues formés à l'instruction du programme MBCT seront habilités à animer les sessions.

2. Description du parcours patient cible

Le projet proposé a été co-construit par l'ensemble des partenaires sur le projet : l'Association FORCOME et le CHS Pyrénées.

La figure ci-après détaille ces différentes étapes.

Figure 1. Description du parcours patient MBCT



2.1.1. Profilage du patient par un professionnel adresseur en ville ou à l'hôpital

Le repérage initial des patients est réalisé par un professionnel de santé libéral (médecin généraliste, psychiatre ou infirmier), psychologues en libéral ou un professionnel de santé exerçant au sein du Centre Hospitalier Psychiatrique de Pau.

Lorsque le patient est vu par un professionnel médical, celui-ci est invité à remplir une échelle PHQ9 mesurant le niveau de sévérité de la dépression que vit le patient à l'instant t. Les résultats de cette échelle ainsi que les éléments du dossier médical essentiels pour la mise en place de ce parcours sont transférés aux instructeurs MBCT via un courrier MSSanté. Les critères de profilage sont détaillés dans le chapitre 4.2. Les trois épisodes dépressifs caractérisés sont identifiés par anamnèse lors de la consultation avec le médecin (médecin généraliste ou psychiatre) ou par connaissance des antécédents du patient.

Dans le cas où le patient est repéré par un psychologue ou un professionnel de santé non-médecin, alors celui-ci réalise une première évaluation de l'éligibilité du patient sans passage d'échelle PHQ9 et transfère les éléments du dossier médical essentiels pour la mise en place de ce parcours aux instructeurs MBCT via un courrier MSSanté.

Si le patient est éligible à l'inclusion dans le programme MBCT et accepte de participer, le professionnel réalisant le repérage informe brièvement le patient sur les principes de la pleine conscience et le format du programme en s'appuyant notamment sur un support écrit disponible sur le site internet du projet. Il sera demandé également au patient de signer un formulaire de consentement éclairé sur le partage de ses données dans une démarche évaluative.

Pour les patients suivis en CMP, le processus de repérage est le même.

Les patients inclus, du fait du niveau de sévérité de leurs troubles dépressifs, sont généralement suivis par un psychiatre, leur médecin traitant et/ou un psychologue. Une boucle de coordination est assurée à chaque temps fort du programme pour permettre à l'ensemble des professionnels inclus dans la prise en charge du patient pour ses troubles dépressifs d'être tenus informés des avancées du patient.

2.1.2. Confirmation de l'indication par les référents médecins MBCT en ville et à l'hôpital

Afin de sécuriser le profilage des patients, il apparaît important d'avoir un avis médical sur les patients adressés vers le programme MBCT.

Les dossiers repérés par des professionnels non médecins sont ainsi fléchés vers les instructeurs MBCT médecins, , qui confirment l'indication MBCT par une revue des éléments du dossier médical transmis et lors de l'entretien téléphonique préliminaire durant lequel ils réalisent une échelle PHQ9 avec le patient.

Pour les patients adressés en provenance des CMP, les dossiers sont transmis au médecin référent de l'expérimentation qui valide l'éligibilité des patients pour transmission ensuite des dossiers retenus à l'équipe d'instructeurs MBCT par mail MSSanté.

À partir des informations du dossier médical, l'inclusion des patients est validée sur la base des critères d'inclusion incluant le score obtenu sur l'échelle PHQ9 et des critères d'exclusion.

2.1.3. Prise de contact téléphonique entre le patient et l'instructeur

Le premier contact entre l'instructeur et le patient est clé pour initier la relation et bâtir la relation de confiance, un des gages de réussite du programme. Ce premier temps dans le programme a pour objectif d'informer à nouveau le patient sur la pleine conscience, son rôle dans la prise en charge de la dépression chronique, le déroulement du programme MBCT et les modalités d'inscription, ainsi que le recueil oral de la motivation du patient pour suivre ce programme. Ce temps est un premier temps fort du programme où le patient émet un premier engagement oral confirmé à l'écrit par la suite lors de la pré-session.

2.1.4. Instruction du programme MBCT

L'instruction du programme MBCT se déroule en groupe de 10 personnes maximum et se décompose en : une pré-session, le cœur du programme MBCT en 8 séances, une post-session et une session de suivi à 3 mois.

a. La pré-session

Lors de la pré-session en groupe, l'instructeur présente le programme, les principes de la méditation ainsi que les règles d'engagement. Chaque patient rédige un contrat écrit dans lequel il s'engage à suivre l'ensemble des séances du programme et à réaliser les exercices chez soi.

Les patients sont invités à remplir un questionnaire pour collecter les données d'évaluation pré-programme en complément des éléments déjà transmis par l'adresseur au moment de l'inclusion.

b. L'instruction du programme MBCT

Le programme se déroule sur 8 séances tenues hebdomadairement définies à partir du programme établi par Segal Z.V., Williams J.M.G, et Teasdale J.D en 2002. Le programme détaillé par séances est précisé en annexe 4.

Les participants sont invités à réaliser des exercices à domicile entre chaque séance afin de tirer le plus de bénéfices de cette pratique.

c. La post-session

Lors de la post-session, l'instructeur réalise un bilan global et individualisé du programme avec les participants. À chacun d'entre eux, est remis un syllabus avec la présentation des exercices ainsi que les liens vers le matériel audio pour accompagner la poursuite de la pratique à domicile.

Les participants sont invités à remplir un questionnaire de collecte des données d'évaluation post-programme ainsi qu'une évaluation de leur expérience en tant que patient. Sera programmée à ce moment-là la session de suivi à 3 mois prévue avec l'ensemble du groupe.

À l'issue de la session, l'instructeur envoie un courrier de confirmation de suivi du programme à l'adresseur avec un bilan personnalisé et la date de la session de suivi à 3 mois.

d. Consultation de suivi à 3 mois après la fin du programme MBCT

En complément du programme initial, l'expérimentation prévoit une session groupée à 3 mois lors de laquelle l'instructeur MBCT revoit les patients en groupe. Cette session permet de faire un point sur la poursuite de la pratique des participants espacé dans le temps, ce délai a été choisi pour limiter le taux de perdus de vue depuis la fin du programme. Lors de ce temps, l'instructeur demande aux participants de faire un bilan sur la poursuite de la pratique de la pleine conscience ainsi que sur les éventuelles difficultés rencontrées.

Lors de cette séance, les patients sont invités à compléter un formulaire de collecte des données reprenant les indicateurs d'évaluation suivis en pré-programme et post-session.

2.1.5. Point de sortie

Le patient sort du parcours :

- En phase de recrutement ou de pré-session, si le patient est jugé non éligible par l'instructeur MBCT ou s'il ne souhaite pas s'inscrire dans le programme,
- Automatiquement à l'issue de la session de suivi à 3 mois,
- À n'importe quel moment, à sa demande,

- Immédiatement en cas d'abandon par le patient en cours de parcours (notamment : non-participation à une séance hebdomadaire MBCT),
- En cas de rechute dépressive,
- En cas de déménagement hors du territoire cible,
- En cas de décès du patient.

Si le patient arrête en cours de programme, l'instructeur MBCT prend contact avec lui pour comprendre le motif de sortie. Le courrier à l'attention du médecin traitant, psychiatre et/ou psychothérapeute reprendra ce motif. En cas de rechute dépressive, le patient est systématiquement réorienté vers son médecin traitant ainsi que vers le professionnel ayant repéré le patient initialement.

2.2. Outils à disposition des instructeurs MBCT

2.2.1. Outils de coordination

Les instructeurs MBCT disposent d'un manuel détaillant l'agenda de chaque séance, les éléments à préparer et les exercices détaillés à réaliser à partir de la traduction des textes de Segal réalisée par Pr Philippot de l'Université de Louvain²¹.

Les échanges d'informations entre les professionnels du parcours se font par messagerie sécurisée MSSanté.

2.2.2. Un livret d'accompagnement pour les patients

Le livret rappelle les objectifs du programme MBCT et les principes de la pleine conscience dans la prévention des rechutes dépressives. Ce document sous format papier est remis au patient lors de la confirmation d'inscription au moment de la pré-séance. Au fil des séances, l'instructeur conseille des exercices à réaliser entre chaque séance qu'il peut adapter selon les patients et leur progression. En guise de supports à remettre, l'instructeur a à sa disposition des feuillets papiers comportant la description des exercices ainsi que les guides audio correspondants disponibles sur le site internet.

2.2.3. Lieu d'accueil des séances MBCT

Les sessions se dérouleront dans des locaux situés dans le centre-ville de Pau au sein d'une salle accueillant déjà des sessions de méditation pleine conscience. Ce lieu a été choisi pour sa position centrale, son accès pour les personnes à mobilité réduite et sa bonne accessibilité en transports en commun.

Les approches de pleine conscience s'adressant à des patients stabilisés, il est en effet préférable d'en assurer le déroulement en ville (les patients étant peu enclins à vouloir se rendre ou retourner en établissement pour suivre cette thérapie). À ce jour, quatre séances par semaine sont prévues sur la totalité de la durée du programme, soit 10 semaines, pour permettre l'accueil de 40 patients répartis dans 4 groupes de 10 personnes.

2.3. Missions de sensibilisation et d'informations sur le programme MBCT

2.3.1. Sensibilisation des professionnels adresseurs

L'objectif est de sensibiliser les professionnels en ville et en établissement à la pleine conscience et au programme MBCT dans la prise en charge de la dépression chronique afin d'obtenir leur participation

²¹ <https://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php>

active au déploiement de ce nouveau parcours. Il est prévu de cibler prioritairement les médecins généralistes, psychothérapeutes et psychiatres, qu'ils exercent en ville ou en établissement (cf. chapitre « Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation » pour la description du rôle de ces professionnels).

Les professionnels seront notamment sensibilisés via des réunions collectives d'information (en ville et/ou au sein du CH des Pyrénées), précédées d'emails d'invitation. Le relai d'information par la CPAM sera sollicité, ainsi que l'appui partenarial de la société médicale de Pau et du Béarn pour la diffusion d'informations auprès de ses adhérents et l'organisation d'une réunion d'information.

Cette information sera également assurée auprès des acteurs et institutions de santé mentale du territoire (CLSM, PTSM).

Cette étape se décompose en trois actions :

Action 3.1 : Définition d'un plan de communication destiné aux professionnels (cibles, objectifs, canaux à privilégier, outils nécessaires, calendrier...)

Action 3.2 : Élaboration des outils associés (bases de contacts, supports de présentation, flyers...)

Action 3.3 : Déploiement des actions de communication

Lors de cette étape, seront développés les outils suivants : supports de communication (présentation, flyers destinés aux professionnels, site internet...) ; emailing et réunions d'information collectives.

2.3.2. Sensibilisation des patients

Cette phase de sensibilisation des patients-cibles vise à **informer les patients** sur les thérapies MBCT et à **les inciter à prendre contact avec le professionnel de santé en charge de leur suivi ou un médecin** pour entrer dans ce parcours de prise en charge. Le programme MBCT repose en effet sur une démarche volontaire et participative du patient.

Les patients pourront être sensibilisés par deux canaux principaux : soit via leur médecin traitant, soit par une campagne de communication directe. Pour cette sensibilisation en direct, le relai d'information par la CPAM sera sollicité. Un **site internet** sera mis en place par le porteur.

Cette étape se décompose en trois actions :

Action 4.1 : Définition d'un plan de communication destiné aux patients-cibles (cibles, objectifs, canaux à privilégier, outils nécessaires, calendrier...)

Action 4.2 : Élaboration des outils associés (supports de présentation, flyers destinés aux patients...)

Action 4.3 : Déploiement des actions de communication (la communication pourra être reproduite à différents moments, de manière à disposer d'une file active tout au long du déploiement du projet).

Les outils suivants seront développés : supports de communication destinés aux patients (documents de présentation, flyers ...) ; site internet.

Les outils comprendront les coordonnées des médecins instructeurs MBCT du territoire pour permettre aux patients de prendre contact. Le site internet permettra également au patient de remplir un formulaire de contact afin d'y laisser ses coordonnées.

2.4. Formation & recrutement des professionnels sur la pleine conscience

La formation se décompose en deux volets : la formation d'instructeurs MBCT et des actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé.

2.4.1. La formation des instructeurs

La formation des instructeurs MBCT comprend un enseignement formel et un entraînement à la pleine conscience au sein d'ateliers ou de séminaires/retraites.

Historiquement, le premier cycle de formation a été organisé dans le cadre de l'association suisse de psychothérapie cognitive (ASPCo) par Z. Segal²², L. Bizzini et P. Philippot²³ dans les années 2005.

Actuellement, la formation est proposée en Suisse, au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Belgique et en France (deux cycles : initiation et supervision). En France, l'Association pour le Développement de la Mindfulness a obtenu la certification Qualiopi en décembre 2020.

La formation répond à des critères de qualité qui ont été définis très récemment (Segal Z., Williams M., Teasdale J., Crane R. et coll., 2018) et comporte une étape finale de supervision par un formateur agréé. Les recommandations de bonne pratique établissent que l'instruction du programme requiert, de la part des instructeurs, le respect des règles déontologiques édictées par leur ordre professionnel respectif. Ce volet supervision vient finaliser le cursus de formation des instructeurs MBCT par le contrôle du respect des bonnes pratiques dans la mise en œuvre du programme ainsi qu'à valider les compétences acquises par l'instructeur MBCT en tant que formateur. L'évaluation des instructeurs suit une grille standardisée²⁴ validant ainsi la bonne capacité des instructeurs à animer ces programmes MBCT à travers six domaines : contenu et organisation des sessions ; qualités relationnelles ; incarnation de la pleine conscience ; guidance des pratiques de la pleine conscience ; transmission des thèmes par séance et qualité de l'enseignement ; maintien d'un environnement de groupe propice à l'apprentissage.

La durée totale du cursus de formation varie de 1 à 3 ans (de 2-3 ans au Royaume-Uni, de 1 à 2 ans aux États-Unis qui disposent de centres proposant des formations intensives). En France, l'Association pour le Développement de la Mindfulness propose un cursus en 3 étapes : un séminaire d'initiation à l'instruction de 5 jours ; une co-animation sur deux cycles MBCT de 8 semaines avec un instructeur expérimenté et 20 heures de supervision. À l'issue de ces étapes, les instructeurs MBCT sont en capacité d'instruire des programmes de 8 semaines seuls.

Dans le cadre de ce projet, les trois instructeurs MBCT ont complété les deux premiers volets de ce cursus selon ce format, seul le volet supervision demeure à compléter pour finaliser leur formation.

Le coût de la formation varie selon les centres de formation (de 600 à 2800€ environ). Pour le second niveau, le coût est de 880€ (association pour le développement de la mindfulness) et 930€ (mbct-France). Pour le 1^{er} cycle et la participation à 2 cycles MBCT le coût est de 950€. À l'issue de ce second cycle, il peut demeurer encore 12 heures de supervision dont le coût est estimé à environ 1200€.

²² Professeur de psychiatrie et de psychologie à l'Université de Toronto, titulaire de la Cameron Wilson Chair in depression studies en psychothérapie à l'Université de Toronto, directeur du Center for addiction and mental health, membre fondateur de l'Academy of cognitive therapy

²³ Psychologue psychothérapeute à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université Catholique de Louvain-la-Neuve

²⁴ Crane RS, Soulsby JG, Kuyken W, Williams JMG. 2017. Critères d'évaluation de l'enseignement des Interventions Basées sur la Pleine Conscience. : 86.

En France, les cycles de formation sont organisés par différentes structures ou professionnels :

- L'APPEA (association professionnelle de psychologie et de psychopathologie de l'enfant pour la formation continue, la recherche appliquée, la reconnaissance, le développement et l'amélioration des pratiques)
- L'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM)
- L'hôpital Sainte-Anne, Paris
- Des instructeurs-formateurs MBCT libéraux.

2.4.2. Actions de sensibilisation et de formation à destination des professionnels de santé mentale

L'enjeu de ce projet est également de former plus largement les professionnels en santé mentale à la pratique de la pleine conscience pour permettre à une plus large population de patients de bénéficier de cette prise en charge. Ce volet poursuit un double objectif : aider au lancement de l'expérimentation en favorisant une adhésion rapide des professionnels de santé pour atteindre les objectifs du projet, et permettre aux professionnels de se saisir de la pleine conscience comme un nouvel outil de prise en charge à rajouter à leur palette face à des personnes présentant des troubles anxieux ou dépressifs.

Cette formation se déroule en 3 jours dont 2 jours successifs suivis d'une journée de suivi à 1 mois. Celle-ci a pour vocation de faire expérimenter aux professionnels la méditation pleine conscience à partir d'exercices choisis dans plusieurs situations, de construire une boîte à outils mobilisable dans leur pratique professionnelle, et d'être en capacité de présenter et promouvoir le programme MBCT à un public extérieur. Il ne s'agit cependant pas de former des instructeurs MBCT pour lesquels la formation est encadrée par un protocole et une durée minimale de pratique de la méditation pleine conscience (cf. 2.4.1). Le programme détaillé de la formation se trouve en Annexe 5.

Cette formation s'organise au niveau territorial sur le Béarn-Soule à destination d'un large public de professionnels en santé mentale : psychiatres, médecins généralistes, psychologues et infirmiers de psychiatrie.

Cette formation sera animée par les trois instructeurs MBCT formés. Elle sera coordonnée par l'Association FORCOME, dont le dépôt d'agrément est en cours. L'objectif sera de certifier les formations dispensées par une certification QUALIOPi pour permettre aux participants d'y accéder par le Dispositif de Formation Continue. Des actions ont déjà été réalisées en ce sens notamment sur le premier critère QUALIOPi « communiquer sur son offre » avec la mise en ligne d'un site internet début 2022 présentant les différentes formations de l'Association FORCOME, les déroulés de chaque programme, le format et le lieu d'accueil (www.forcome.org).

Le coût de cette formation est inclus dans la mise en œuvre de l'expérimentation, dans le cadre des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI).

2.5. Déploiement des parcours incluant les programmes MBCT

La 5^{ème} étape du projet est le **déploiement des parcours** auprès de 410 patients inscrits soit **41 programmes MBCT** à instruire. Afin de tenir compte des potentielles sorties de patients entre l'inclusion et l'inscription au programme, que ce soient pour des raisons d'inéligibilité, logistiques ou personnelles, la cible d'inclusion a été augmentée de 25% pour viser 513 patients initialement repérés et adressés vers les instructeurs MBCT. Compte-tenu de la volumétrie ciblée, la formation d'un 4^{ème}

instructeur, issu du CH des Pyrénées sera assurée en année 2 du projet (prise en charge des premiers cycles de formation par le budget formation du CH des Pyrénées, dernier volet de supervision inclus dans les crédits d'amorçage).

La 5^{ème} étape comprend ainsi 2 actions :

Action 5.1 : Planification et déploiement des parcours (objectifs : 410 patients inscrits, 41 programmes MBCT de 11 séances chacun)

Action 5.2 : Formation d'un 4^{ème} instructeur MBCT en année 2

2.6. Mise en place d'un processus de retour d'expériences (RETEX) annuel

Afin d'enrichir le parcours des retours d'expériences dans une **logique d'amélioration continue**, un **processus formalisé de retour d'expérience** sera mis en place. Il consistera en un recueil par un formulaire anonymisé, auprès des professionnels participants et des patients pris en charge, visant à collecter des propositions d'amélioration, le vécu du parcours et les freins rencontrés. Ces éléments seront discutés collectivement lors d'une réunion annuelle de bilan de mise en œuvre. Lors de cette réunion, certains patients pourront être recontactés pour les inviter à partager leur retour d'expérience afin de tenir compte de leur vécu dans l'évolution du parcours de soins.

Cette étape permettra de maintenir la mobilisation des professionnels et leur lien avec les instructeurs MBCT et les patients. Concernant les patients, c'est un levier pour les accompagner vers l'autonomie, en renforçant la démarche d'*empowerment* patient, par la participation effective à un projet de nouvelle organisation du système de santé les concernant.

À l'issue de cette première année, certains patients pourront être recontactés pour les inviter à intervenir en pré-session afin de partager leur expérience auprès des nouveaux groupes de patients.

Action 6.1 : Réunion annuelle des instructeurs MBCT, professionnels repéreurs et des patients.

Action 6.2 : Révision annuelle du parcours patient (si nécessaire, en fonction des retours d'expérience dans une logique d'amélioration continue).

Pour cette 6^{ème} étape, un questionnaire anonymisé de recueil des retours d'expériences sera mis en place.

3. Population Cible

3.1. Critères d'inclusion

Sont inclus les patients :

- Ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs caractérisés avec symptômes résiduels,
- Ayant obtenu un score inférieur ou égal à 9 sur l'échelle PHQ9,
- Âge supérieur à 18 ans.

3.2. Critères d'exclusion

Sont exclus les patients présentant :

- Un état dépressif caractérisé en phase aiguë en cours,

- Des troubles bipolaires ou des troubles psychotiques,
- Des troubles de la personnalité borderline,
- Des troubles du comportement et / ou anxieux qui interfèrent avec l'implication du groupe,
- Des troubles liés à l'usage d'une substance non stabilisés (alcool, substances actives...),
- Non francophones.

4. Effectifs concernés par l'expérimentation

4.1. Estimation de la population cible

Les statistiques de santé ne permettent pas de connaître de manière précise le nombre de patients ayant connu 3 épisodes dépressifs caractérisés sur le territoire d'expérimentation. En estimation, l'agglomération de Pau compte environ 162.000 habitants, dont 85% de plus de 15 ans (données INSEE, RP2016), soit 137 600 habitants adultes. La prévalence de la dépression dans la population française étant estimée à 17.1% (enquête CoviPrev 2022), le territoire d'expérimentation compterait environ 23 500 patients adultes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé cette année. Environ 40% connaîtront 3 épisodes dépressifs (estimation du NICE, 2003, cité par Mindfulness report 2010, Mental Health Foundation), soit une population cible totale estimée à 9 400 patients.

Le présent projet vise à inclure 513 patients initialement repérés par leur professionnel adresseur et 410 patients inclus à l'issue de la pré-session, soit 80% des patients initialement repérés. Cela correspond à environ 5% des bénéficiaires potentiels. Cette volumétrie tient compte de la capacité à inclure des professionnels instructeurs.

4.2. Taux d'abandon en cours de programme

Des hypothèses de taux de sortie sont introduites :

- Taux de sortie estimé entre inclusion et pré-session : 20% (la pré-session visant à confirmer la motivation des participants à suivre le programme en intégralité)
- Taux d'abandon estimé en cours de programme : 5%
- Taux de perdus de vue entre post-session et consultation à 3 mois : 15%

Ainsi, sur les 410 patients inscrits en pré-session, on estime que 390 patients iront au bout du programme jusqu'à la post-session et 330 patients iront au bout de l'ensemble des séances du cycle de prise en charge MBCT incluant la session de suivi à 3 mois. Il est suggéré que ces hypothèses fassent l'objet d'une analyse dans le cadre de l'évaluation du projet.

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

5.1.1. Les adresseurs

Les professionnels prioritairement concernés par la mise en œuvre sont les médecins généralistes, psychothérapeutes et psychiatres des territoires de santé Béarn-Soule, qu'ils exercent en ville ou en établissement.

Leur rôle se situe à deux niveaux :

En amont du parcours :

- Repérer, dans leur patientèle, les patients susceptibles d'être éligibles au programme MBCT ;
- Remplir l'échelle PHQ9 pour valider l'éligibilité du patient ;
- Assurer, à l'occasion d'une consultation avec ces patients, la présentation du programme MBCT (dans une approche d'entretien motivationnel) et leur remettre un flyer de présentation, ainsi qu'un courrier d'adressage vers les instructeurs MBCT du territoire ;

À l'issue du programme MBCT :

- Au niveau du patient : évaluer la possibilité d'adapter le traitement médicamenteux dans le cadre d'une consultation de suivi, inciter le patient à poursuivre la pratique de la pleine conscience en autonomie ;
- Au niveau du projet : partager son retour d'expériences à travers le formulaire anonyme de retour d'expérience à adresser au chef de projet.

5.1.2. Rôle des instructeurs MBCT

Le groupe des instructeurs MBCT est composé des 4 professionnels instructeurs MBCT avec 2 médecins généralistes et un neuropsychologue ainsi que d'un psychiatre pratiquant au sein du CHS des Pyrénées.

Ce groupe a pour vocation première d'animer les 10 séances du programme et de réaliser le suivi du groupe lors de la session collective à 3 mois. Ces instructeurs ont reçu une formation dédiée, et seront supervisés lors des premiers programmes pour pouvoir devenir eux-mêmes formateurs d'instructeurs MBCT.

Par ailleurs, ce pool d'instructeurs a pour missions de suivre l'éligibilité des patients au programme MBCT, de réévaluer si besoin l'organisation du parcours, d'être en contact avec les professionnels adresseurs à chaque temps fort du parcours (confirmation d'inscription, clôture post-session et session à 3 mois).

Les instructeurs ont pour rôle d'assurer le contact avec les professionnels adresseurs, de ville ou de l'hôpital, ou du public qui solliciteraient des informations sur le programme en amont. Il est également de leur responsabilité de valider l'indication MBCT sur dossier à partir des éléments transmis par l'adresseur.

En cas de sortie du patient en cours de programme, les instructeurs MBCT sont en charge de communiquer avec l'adresseur sur la sortie de son patient ainsi que sur le motif de sortie du patient.

À 3 mois, les instructeurs MBCT sont en charge de transmettre les bilans de suivi comprenant les données recueillies en pré-session, post-session et à 3 mois au chef de projet pour enregistrement des données.

6. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation se déploiera sur les territoires de santé Béarn-Soule.

7. Durée de l'expérimentation

7.1. Durée du projet

L'expérimentation était prévue initialement pour une durée de 3 ans. Elle est prolongée de 6 mois pour une durée totale de **3,5 ans (42 mois) à partir de l'inclusion du premier patient**. L'expérimentation comporte deux temps :

- A partir de l'autorisation du projet : phase de travaux préparatoires (étapes 2 à 4), d'information des acteurs, de sensibilisation des professionnels et des patients pour une période de trois mois.
- Sur les **3,5 ans** : déploiement des 410 parcours patients et du processus de retour d'expériences. La date d'inclusion des derniers patients ne fait pas l'objet d'une modification et aura lieu 2,5 ans après la première inclusion.

Cette prolongation permettra à l'équipe évaluatrice d'analyser la totalité du parcours de prise en charge des patients inclus au premier semestre 2025 pour l'obtention d'une cohorte plus robuste.

7.2. Durée du suivi minimal par patient

Le programme MBCT s'établit sur environ 10 semaines. En comprenant la session de suivi à 3 mois, les patients sont suivis sur une durée de 5 mois et demi environ.

7.3. Planning prévisionnel

	En amont de la validation du projet	Année 1 *				Année 2				Année 3				Année 4	
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
Etape 1 – préparation au dépôt du projet															
Etape 2 – préparation de la documentation support et des éléments de communication															
Etape 3 - sensibilisation & recrutement des professionnels															
Etape 4 - sensibilisation des patients															
Etape 5 - déploiement des parcours incluant les programmes MBCT															
Etape 6 - processus de retour d'expériences (REX) annuel															

* T1 est le premier trimestre à compter de l'autorisation du projet

8. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

8.1. Gouvernance

La direction de projet sera portée par Dr Martel (association Forcome) accompagné par un chef de projet recruté par l'Association FORCOMÉ.

Le directeur de projet et le chef de projet s'appuieront pour ce faire sur un comité de pilotage composé de :

- Le directeur général du CH des Pyrénées,
- Le président de CME du CH des Pyrénées,
- Un représentant de la délégation territoriale 64 de l'ARS,
- Un représentant de la CPAM,
- Un référent représentant les 3 instructeurs MBCT.

Le comité de pilotage se réunira environ deux fois par an.

8.2. Suivi de mise en œuvre

Un chef de projet sera recruté par l'Association FORCOME pour épauler la direction de projet dans la mise en œuvre opérationnelle (0,5 ETP/an). Il sera en charge du suivi opérationnel d'avancement (mise en place d'un tableau de bord).

9. Systeme d'informations

Les informations recueillies sur les patients au moment du repérage (cf. VIII.1. 1. Informations recueillies sur les patients au fil de l'expérimentation) par le professionnel sont transmises par messagerie sécurisée MSSanté à l'instructeur MBCT. Les données auto-saisies par les patients sont faites par papier et scannées ensuite par l'instructeur MBCT pour être stockées sur PAACO Globule. Chaque instructeur sera doté d'un profil PAACO Globule sur lequel il pourra enregistrer les éléments du dossier des patients suivis. L'utilisation de ces logiciels permet le transfert sécurisé des informations patients aux instructeurs MBCT.

V. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Ce projet propose d'expérimenter un système de paiement forfaitaire à la fois complémentaire et substitutif pour une séquence de prise en charge dans le cadre des patients repérés éligibles à la prise en charge MBCT. Ce forfait couvre à la fois le temps de repérage des patients éligibles en amont du programme, la participation au programme MBCT et la coordination tout au long du programme. Le projet propose de distinguer deux forfaits : un pour le repérage, déclenché après réception du dossier par l'instructeur MBCT et un pour la participation au programme MBCT, déclenché après confirmation d'inscription par le patient à l'issue de la pré-session. L'approche adoptée est un forfait moyenné par patient en tenant compte des taux de sortie (non-éligibilité, non inscription, abandon et perdus de vue) des patients au fil du programme.

La méthodologie employée pour valoriser les dépenses de prestations de soins est le micro-costing, en évaluant la consommation des ressources au plus proche des besoins estimés. Cela permet de calibrer au plus près le montant du forfait.

Le budget du projet comprend deux natures de dépenses : les dépenses de prestations de soins, liées directement à la prise en charge des patients dans les programmes MBCT, et les dépenses d'ingénierie de projet.

Pour l'ingénierie de projet, le modèle de financement proposé est construit à partir de financements ponctuels sur le fonds d'intervention régional (FIR).

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

2.1. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion

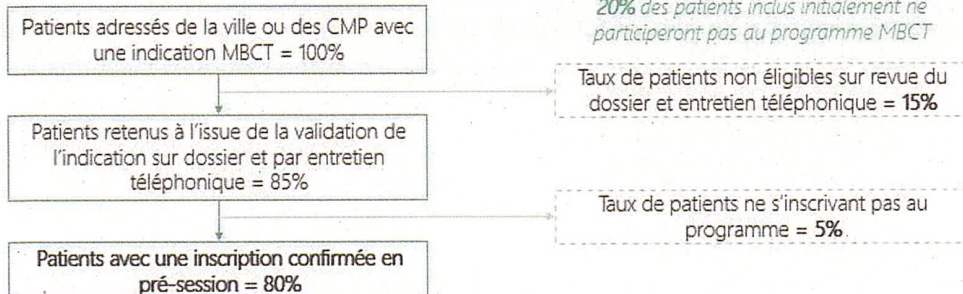
La file active tenant compte des taux de sortie de patients avant, pendant et après le programme est présentée en figure 2. L'objectif est d'obtenir 410 patients ayant confirmé leur inscription en pré-session, cela implique d'avoir une cible d'inclusion élargie, estimée à 513 patients inclus lors de la consultation de repérage.

Figure 2. Description de la file active

FORFAIT 1 : Description de la file active des patients initialement repérés en ville ou en CMP

Hypothèses taux de sortie / taux d'abandons

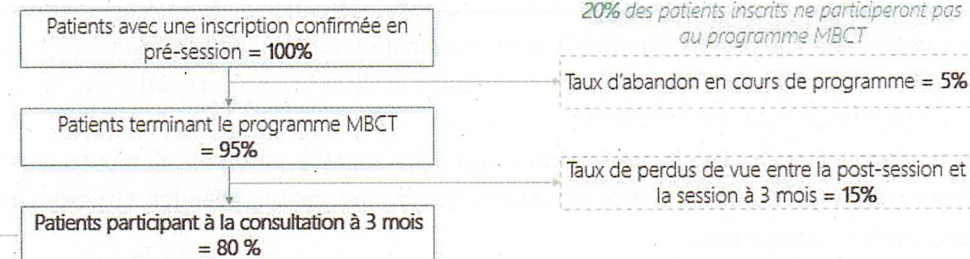
20% des patients inclus initialement ne participeront pas au programme MBCT



FORFAIT 2 : Description de la file active pour les patients ayant confirmé leur inscription au programme MBCT

Hypothèses taux de sortie / taux d'abandons

20% des patients inscrits ne participeront pas au programme MBCT



80% des patients ayant confirmé leur inscription à l'issue de la pré-session participeront à la session de suivi à 3 mois.
Cela représente 60% des patients initialement repérés par le professionnel de ville ou en CMP lors de la consultation d'adressage.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été précisés en IV.2, et l'évolution de la volumétrie annuelle de patients participants au fil de l'expérimentation est décrite en tableau 1.

Tableau 1. Description de la volumétrie annuelle sur les trois années de l'expérimentation

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nombre de patients ayant eu un repérage	100	188	225	513
Nombre de patients confirmés en session MBCT	80	150	180	410
	<ul style="list-style-type: none"> • 2 sessions / an • 4 groupes animés par 3 instructeurs (dont 1 animant 2 groupes) • 10 patients / groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sessions / an • 5 groupes animés par 4 instructeurs (dont 1 animant 2 groupes / session) • 10 patients / groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sessions / an • 6 groupes animés par 4 instructeurs (dont 2 animant 2 groupes / session) • 10 patients / groupe 	

Formation d'un(e) instructeur supplémentaire

2.2. Estimation du forfait par patient

Dans le cadre de cette expérimentation, nous proposons un mode de financement au forfait. La mise en place de ce mode de financement se fera dès le début de l'expérimentation. Deux forfaits sont distingués : un pour tous les patients inclus initialement, qu'ils participent ou non au programme MBCT, pour des raisons d'erreur de fléchage, de rechute dépressive ou logistiques pour le participant ; un forfait pour les patients ayant confirmé leur inscription au programme MBCT.

Les forfaits incluent les éléments suivants :

- Le repérage des patients éligibles au programme MBCT,
- Le coût de la coordination entre l'adresseur et l'instructeur MBCT en amont et en aval du programme, ainsi que pendant le programme si le patient sort,
- Les séances du programme MBCT en incluant la pré-session, la post-session, la session de suivi à 3 mois et les 8 sessions cœurs du programme (11 sessions au total).

Le montant du forfait pour la partie « repérage » au programme MBCT est fixé à **95 €** par patient incluant le temps de repérage par le professionnel de ville, médecin et non médecin, la rémunération des instructeurs MBCT pour le temps d'échange et l'animation de la pré-session et les frais de location de salle associés. Ce forfait est déclenché à réception des dossiers patients par les instructeurs MBCT pour tous les patients repérés dont le dossier est transmis aux instructeurs. Pour les patients initialement repérés mais ne participant pas au programme, seul ce forfait à 95 € est appliqué.

Au moment du temps de repérage des patients éligibles au programme MBCT, le temps additionnel pris par le professionnel pour étudier l'inclusion du patient dans le programme MBCT et transférer le cas échéant les éléments du dossier médical aux instructeurs MBCT est valorisé dans le forfait de la manière suivante :

- 15 minutes pour l'étude des critères d'inclusion et d'exclusion et l'envoi des informations patients,
- Uniquement pour les professionnels médecin, 50% de la cotation ALQP0003 pour le passage d'échelle PHQ9, (la cotation ALQP0003 est initialement cotée pour le passage d'échelle type Beck21, environ deux fois plus longue que la PHQ9).

Le repérage des patients éligibles implique également de passer une échelle de dépression PHQ9 pour s'assurer que le patient ne vit pas un épisode dépressif caractérisé (EDC) majeur en cours. Cet acte peut être uniquement côté par un médecin. Pour les patients repérés par un psychologue ou un professionnel de santé non-médecin, le dossier patient est fléché vers les instructeurs MBCT médecins qui complètent l'évaluation du patient par un passage d'échelle PHQ9 lors de l'entretien téléphonique préliminaire. On fait l'hypothèse que 50% des patients éligibles au programme MBCT seront repérés par des professionnels non-médecin (psychologues, psychothérapeutes, IDE) et 50% par des professions médicales (médecin généraliste, psychiatre).

Le détail des coûts est présenté dans le **tableau 3.bis**.

La validation de l'inclusion sur dossier par les instructeurs MBCT est évaluée à 5 minutes en moyenne par patient. La durée moyenne de l'entretien téléphonique est estimée à 20 minutes par patient.

À l'issue de ces trois temps (repérage des patients en ville ou en CMP, revue de dossiers et entretien téléphonique), l'éligibilité du patient est confirmée. A l'issue de la pré-session, les participants rédigent une lettre d'engagement confirmant leur motivation pour suivre le programme dans sa totalité, ce qui confirme leur inscription et déclenche le second forfait.

Le montant du forfait pour la participation au programme MBCT est fixé à **270 €** par patient incluant la rémunération des instructeurs MBCT, la coordination entre les adresseurs et les instructeurs (**détail tableau 3**) et couvre les 8 sessions du programme, la post session et la session de suivi à 3 mois, les frais de location de salle associés et les coûts de coordination. Ce forfait est déclenché à l'issue de la pré-session lorsque le patient confirme son engagement et sa participation au programme.

Le volet coordination lors du programme est évalué de la manière suivante à partir des temps estimés pour chaque action réalisée par l'instructeur MBCT :

Tableau 2. Détail des actions de coordination incluses dans le forfait 1

Actions de coordination entre les instructeurs du programme et les professionnels en charge du suivi du patient	Temps (min)	Part de patients concernés (<i>sur l'ensemble des patients repérés</i>)
Coordination en cas de sortie / non-éligibilité des patients entre la consultation d'adressage et la pré-session	20	20 %

La part des patients concernés ayant une indication MBCT posée par leur adresseur est issue des hypothèses de volumétrie présentées en figure 2. On estime que 20% des patients initialement repérés par leur adresseur ne s'inscriront pas à l'issue de la pré-session, soit en raison d'un fléchage inadéquat au regard des critères d'éligibilité (15%), soit du fait du patient ne souhaitant pas s'engager dans ce programme (5%).

Tableau 2bis. Détail des actions de coordination incluses dans le forfait 2

Actions de coordination entre les instructeurs du programme et les professionnels en charge du suivi du patient	Temps (min)	Part de patients concernés (<i>sur l'ensemble des patients inscrits</i>)
Rédaction courriers adresseurs de confirmation d'inscription à l'adresseur (post pré-session)	10	100 %
Rédaction courriers adresseurs de fin de programme à l'adresseur (post post-session)	15	95 %
Envoi courriers adresseurs pour consultation de suivi à 3 mois à l'adresseur	15	80 %
Coordination en cas de sortie des patients en cours de programme	30	5 %

Parmi les patients inscrits à l'issue de la pré-session, on estime que 5% des patients abandonneront le programme avant la post-session, que ce soit pour des raisons pratiques ou logistiques ou pour causes de rechutes dépressives. Enfin, on estime le taux de perdus de vue entre la post-session et la session de suivi à 15%.

Tableau 3. Détail du forfait de l'expérimentation MBCT Article 51

Intervenants	Actions dans le parcours de soins	Total / patient	% patients repérés	Temps (en heure)	Coût horaire brut chargé en €	Volume	Coût unitaire en €
Repérage des patients éligibles par un professionnel non médecin							
Psychologue ou IDE	Revue des critères d'inclusion et d'exclusion (sans passage d'échelle PHQ9) et temps de coordination	6 €	50%	0,25	45		
Pose de l'indication MBCT par un médecin							
Instructeurs MBCT médecins	Passage d'échelle de dépression PHQ9	17 €	50%			0,5	69,1
	Revue des dossiers repérés MBCT par un non médecin	3 €	50%	0,1	60,4		
	Prise de contact téléphonique avec l'instructeur MBCT	10 €	50%	0,3	60,4		
Repérage des patients par un professionnel médecin							
Professions médicales : MG, psychiatre	Passage d'échelle de dépression PHQ9	17 €	50%			0,5	69,1
	Revue des critères d'inclusion et d'exclusion et temps de coordination	8 €	50%	0,25	60,4		
Confirmation de l'indication MBCT par un instructeur MBCT							
Instructeurs MBCT : MG et neuropsychologue	Revue des dossiers MBCT	2 €	50%	0,1	55,3		
	Prise de contact téléphonique	9 €	50%	0,3	55,3		
Pré-session d'orientation en groupe et de confirmation d'inscription MBCT							
Instructeurs MBCT : MG et neuropsychologue	Pré-session	20 €	85%			1	24,1
	Coût location de salle	3 €	85%			1	3,0
	Coordination en cas de sortie des patients entre la consultation d'adressage et la pré-session	0 €	20%	0,3	55,3		
Forfait 1. Repérage		95 €					
Programme MBCT en 10 séances (démarrant après la pré-session)							
Instructeurs MBCT : MG et neuropsychologue	9 séances collectives (2h15)	217 €	100%			9	24,1
	Imputation coûts location de salles	27 €	100%			9	3,0
	Séance collective de suivi à 3 mois	19 €	80%			1	24,1
	Imputation coûts location de salles	2 €	80%			1	3,0
Coordination médicale / paramédicale							
Instructeurs MBCT : MG et neuropsychologue	Envoi courriers adresseurs entrée de programme (post pré-session)	1 €	100%	0,02	55,3		
	Envoi courriers adresseurs fin de programme (post post-session)	1 €	95%	0,03	55,3		

Envoi courriers adresseurs post-session de suivi à 3 mois	1 €	80%	0,03	55,3		
Coordination en cas de sortie des patients en cours de programme	1 €	5%	0,05	55,3		
Forfait 2. Participation MBCT	270 €					

NB : les forfaits ont été arrondis.

Tableau 3.bis. Détail des coûts

Coûts des actes de référence	En €
Coût unitaire estimé d'une séance en groupe MBCT par patient – durée 2h15 (= 107 €/h * (135 mn / 60 mn) / 10 patients)	24,1 €
Coût estimé pour le passage de l'échelle de dépression PHQ9 avec 9 items (en prenant en référence l'échelle de Beck21 avec 21 items) (= 50% * ALQP0003)	34,6 €
<i>Cotation acte ALQP0003 « Test d'évaluation d'une dépression » par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI</i>	69,12 €

Coûts horaire bruts chargés	En €/h
Psychologue	45,0 €
Médecin	60,4 €
Instructeur MBCT (moyenne pondérée entre 3 instructeurs : 2 médecins et 1 psychologue)	55,3 €
Animation d'une session de 10 personnes dans le cadre du programme MBCT par un instructeur MBCT	107,0 €

Tableau 4. Budget prestations dérogatoires

	Forfaits	% patients	Année 1	Année 2	Année 3	Total
<i>Nombre de patients ayant eu un repérage</i>		100%	100	188	225	513
<i>Nombre de patients confirmés en session MBCT</i>		80%	80	150	180	410
Forfait 1. Repérage	95 €		9 500 €	17 860 €	21 375 €	48 735 €
Forfait 2. Programme MBCT	270 €		21 600 €	40 500 €	48 600 €	110 700 €
Total prestations dérogatoires (FISS)			31 100 €	58 360 €	69 975 €	159 435 €

Le budget total maximum pour le volet prestations dérogatoires s'établit ainsi à **159 435 €**.

2.3. Crédits d'amorçage et d'ingénierie de projet

Le budget total maximum pour les crédits d'amorçage et l'ingénierie de projet s'élève à 156 870 € selon la revalorisation (96 569 € dans le cahier des charges initial).

Ce montant comprend :

- Des dépenses de personnel à hauteur de 113 601 € pour le recrutement d'un chef de projet à 0.5 ETP par an sur 3 ans (53 300 € prévu dans le cahier des charges initial) ;
- Des dépenses de fonctionnement à hauteur de 43 269 € (dépenses de communication de réception/déplacement, organisation d'événements d'information et de formation à destination des professionnels de santé et psychologues).

2.4. Budget total de l'expérimentation

Tableau 5. Budget total de l'expérimentation dans le cahier des charges initial

	Forfait	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nombre de patients avec temps de repérage (100%)		100	188	225	513
Nombre de patients participant au programme (80%)		80	150	180	410
Forfait 1. Repérage	95 €	9 500 €	17 860 €	21 375 €	48 735 €
Forfait 2. Programme MBCT	270 €	21 600 €	40 500 €	48 600 €	110 700 €
Total prestations dérogatoires (FISS)		31 100 €	58 360 €	69 975 €	159 435 €
Total CAI (FIR)		49 424 €	27 165 €	19 980 €	96 569 €
Flyers et site internet		10 184 €	-	-	10 184 €
Réunions d'informations et de sensibilisation		7 160 €	3 580 €	3 580 €	14 320 €
Chef de projet		20 500 €	16 400 €	16 400 €	53 300 €
Supervision instructeur MBCT		3 600 €	1 200 €	-	4 800 €
formation à la pleine conscience des professionnels de santé		7 980 €	5 985 €	-	13 965 €
Total expérimentation (FISS + FIR)		80 524 €	85 525 €	89 955 €	256 004 €

Compléments de financements portant sur le FIR (Fond d'Intervention Régional)

- 1) Un montant supplémentaire de 4 100 € a été attribué au titre de l'année 2 ainsi que de l'année 3 afin de permettre le maintien à 0.5 ETP pour le poste de chef de projet sur 3 ans (durée du projet dans le CDC initial).
- 2) Un complément de 52 101 € a été attribué en juin 2025 au titre du rattrapage des charges sociales du poste de chef de projet et ceci pour les 3 années d'expérimentations prévues dans le cahier des charges initial (ventilation des charges sociales : année 1 : 16 664€, année 2 : 17 937€, année 3 : 17 500 €).

Sur le FISS, le réel consommé à juin 2025 était de 51 689 € (185 NIR distincts). La date de fin d'inclusion des patients n'étant pas modifiée par rapport au CDC initial et au regard de la dynamique d'inclusion, la prolongation est sans incidence sur le financement FISS de l'expérimentation.

Tableau 6. Synthèse du besoin en financement au titre du FISS et du FIR (Cahier des charges après modifications)

	Forfait	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nombre de patients avec temps de repérage (100%)		100	188	225	513
Nombre de patients participant au programme (80%)		80	150	180	410
Forfait 1. Repérage	95 €	9 500 €	17 860 €	21 375 €	48 735 €
Forfait 2. Programme MBCT	270 €	21 600 €	40 500 €	48 600 €	110 700 €
Total prestations dérogatoires (FISS)		31 100 €	58 360 €	69 975 €	159 435 €
Total CAI (FIR)		49 424 €	31 265 €	76 181 €	156 870 €
Flyers et site internet		10 184 €	-	-	10 184 €
Réunions d'informations et de sensibilisation		7 160 €	3 580 €	3 580 €	14 320 €
Chef de projet		20 500 €	16 400 € + 4 100€ Soit total 20 500€	16 400 € + 4 100€ Soit total 20 500€	61 500 €
Rattrapage charges sociales chef de projet				52 101 €	52 101 €
Supervision instructeur MBCT		3 600 €	1 200 €	-	4 800 €
Formation à la pleine conscience des professionnels de santé		7 980 €	5 985 €	-	13 965 €
Total expérimentation (FISS + FIR)		80 524 €	89 625 €	146 156 €	316 305 €

3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

La prise en charge actuelle pour ces patients dépressifs stabilisés après une 3^{ème} rechute est un traitement antidépresseur de maintien, parfois en association avec une psychothérapie.

3.1. Pendant le parcours :

Le traitement antidépresseur de maintien est maintenu pendant la prise en charge MBCT : il n'y a donc pas d'économie de coûts sur ce poste entre le nouveau parcours proposé et la situation actuelle pendant la durée du parcours. Le programme MBCT s'inscrit en substitution des psychothérapies actuelles. Le coût moyen d'une psychothérapie s'élève à environ 45€ pour une séance individuelle. Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS varient de 12 à 20 séances par patient²⁵, soit un coût allant de 540€ à 900€ par patient. Le parcours proposé incluant le programme MBCT, estimé à 365€/patient (hors dépenses d'ingénierie de projet) présente donc un coût inférieur à la prise en charge actuelle par psychothérapie.

3.2. Après le parcours :

Le nouveau parcours proposé, en réduisant les symptômes dépressifs et le risque de rechute, permet d'envisager des économies liées :

²⁵ Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. HAS, octobre 2017

- A la diminution potentielle du traitement anti-dépresseur de maintien,
- Aux coûts de prise en charge des rechutes (hospitalisations, consultations),
- Aux coûts de prise en charge des comorbidités liées à la dépression ;
- Aux couts indirects tels que les arrêts maladie.

Ces économies de coûts devront être estimées dans le cadre de l'évaluation du présent projet.

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

1. Aux règles de financements de droit commun

Le projet demande une dérogation à l'article 162-1-7 du CSS relatif au paiement à l'acte et au financement des établissements de santé pour la prise en charge en psychiatrie par l'instauration d'un forfait global par patient pour l'intervention de professionnels médicaux et non médicaux.

2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Le modèle organisationnel dérogatoire propose la mise en place d'une prise en charge de prévention des rechutes dépressives (avec le programme MBCT) dans un cadre extrahospitalier par des professionnels libéraux instructeurs (médecins généralistes et psychologues) à destination des patients suivis en ville, en CMP ou à l'hôpital.

De plus, le modèle dérogatoire proposé repose sur l'organisation en ville d'une prise en charge collective sur l'ensemble des séances du programme.

3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

n/a

VII. Impacts attendus

a. Impact en termes de service rendu aux patients

- Réduire le taux de rechutes des patients ayant connu au moins trois épisodes dépressifs, voire alléger leur traitement antidépresseur de maintien,
- Améliorer la qualité de vie patient et l'*empowerment* (amélioration de la littératie en santé, capacité de détection des signes d'alerte, accompagnement à l'autonomie en santé),
- Réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé mentale.

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

- Améliorer la coordination ville-hôpital en matière de santé mentale,
- Favoriser l'innovation thérapeutique et préventive en santé mentale via l'intégration de nouvelles thérapies cognitives basées sur la pleine conscience.

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

- Diminuer les dépenses (directes et indirectes) de santé liées à la prise en charge de la dépression (en comparaison avec les coûts associés aux psychothérapies, consultations et hospitalisations).

VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

L'évaluation souhaitée est en méthode mixte (quantitative et qualitative), croisant l'analyse d'indicateurs et le recueil de perceptions de bénéficiaires, de professionnels et d'acteurs de santé mentale du territoire. Elle pourrait notamment investiguer les éléments suivants :

1. Informations recueillies sur les patients au fil de l'expérimentation

Différents niveaux de recueil de données sont prévus :

- Données saisies par le professionnel réalisant le repérage :
 - Résultats échelle PHQ9 si professionnel médical
 - Antécédents médicaux et historique de la maladie
 - Nom et coordonnées du professionnel adresseur
- Données auto-saisies par les patients :
 - Données de caractéristiques patients (date de naissance, sexe, commune d'habitation, situation sociale, professionnelle et familiale, etc.)
 - Questionnaires (PHQ9 en post-session et à 3 mois, qualité de vie, expérience patient)
 - Certaines données cliniques complémentaires : traitements médicamenteux et suivi psychothérapeutique

Les données auto-saisies par le patient peuvent être amenées à être revues et complétées par l'instructeur en entretien individuel avec le patient.

Les données nominatives sont accessibles aux professionnels de santé impliqués dans le parcours du patient. Le chef de projet peut également avoir accès aux données pour les anonymiser et les agréger sous forme de tableau de pilotage.

À l'inclusion dans le programme, le patient remplit et signe une lettre d'engagement et un formulaire de consentement à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données. Ces éléments sont conservés sur une plateforme sécurisée et peuvent être transmis sur le DMP du patient. Le patient a la possibilité de refuser sans que cela porte préjudice à sa prise en charge.

2. Indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation

L'expérimentation sera évaluée sur une durée de 3,5 ans, évaluation qui s'articulera autour des critères de résultats non hiérarchisés suivants, proposés à titre indicatif et à affiner avec l'évaluateur externe qui sera attribué pour évaluer le projet :

- Résultats cliniques :
 - Score PHQ9
 - Évolution des prescriptions du traitement médicamenteux
 - Absence d'hospitalisations en psychiatrie dans les 3 mois suite au programme MBCT
- Observance au programme jusqu'à la session de suivi à 3 mois
- Expérience patient :
 - Questionnaire HAS
- Qualité de vie du patient MOS SF 36

Les données collectées au fil de l'expérimentation sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7. Présentation des indicateurs suivis durant l'expérimentation

Nature des données	Intitulés indicateurs	Temps de recueil			
		Consultation d'adressage	Pré-session	Post-session	Session de suivi à 3 mois
Données médicales	PHQ9	X		X	X
	Qualité de vie		X	X	X
	Antécédents médicaux : nombre de rechutes dépressives ; dates 1 ^{er} et dernier épisodes dépressifs ; antécédents d'événements traumatiques ayant eu un impact sur la santé mentale (familial, professionnel ou autre) ; présence de comorbidités (maladies associées, douleurs chroniques etc.)	X			
	Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie : oui / non ; si oui, nombre d'hospitalisations et durée de séjours	X			
	Traitements médicamenteux actuels : nom, dose quotidienne, durée de prise) ; suivi psychothérapeutique (oui/non)	X		X	X
Données personnelles	Âge, Sexe, Niveau d'études, Adresse postale		X		
	Situation professionnelle, familiale et scolaire		X	X	X

Par ailleurs, des indicateurs de processus seront également collectés tout au long du programme :

- Nombre de patients adressés avec une indication MBCT par leur professionnel adresseur
- Nombre de patients adressés par les CMP versus en ville
- Part des patients adressés par un psychiatre, médecin généraliste, psychologue, infirmier, autres
- Nombre de patients non-éligibles à la suite de la revue de dossiers et de l'entretien téléphonique
- Nombre de patients inscrits lors de la pré-session
- Nombre de patients ayant suivi l'ensemble des 10 séances
- Nombre de patients participant à la session de suivi à 3 mois

- Suivi des motifs de non-éligibilité, non-inscription, abandon en cours de programme, absences etc.

En complément, à l'issue de la participation au programme, un court questionnaire d'évaluation sera transmis aux adresseurs pour recueillir leur perception sur le programme et les modalités de coordination avec les instructeurs MBCT.

3. Questions évaluatives proposées

Les données recueillies ont pour objectif de répondre aux problématiques suivantes relatives à la pertinence du programme et aux leviers de diffusion au-delà du terrain d'expérimentation.

Accessibilité du parcours et adéquation entre les cibles potentielles et les bénéficiaires effectifs :

- Les objectifs de volumétrie de patientèle ont-ils été atteints ? pourquoi ?
- Quel est le profil des patients pris en charge (profil sociodémographique et socioprofessionnel, antécédents médicaux...) ?
- Est-ce que le dispositif mis en œuvre permet de toucher les publics qui en ont le plus besoin ? (cf. publics en plus forte prévalence dépressive dans le baromètre santé 2017 : les chômeurs, les 35-44 ans, les personnes de faibles niveaux de revenu, les étudiants et les femmes)
- Comment les patients bénéficiaires ont-ils entendu parler du programme MBCT ? par quel canal de communication y ont-ils été sensibilisés ? Peut-on identifier les modalités de sensibilisation des patients les plus efficaces ? (Points forts et pistes d'amélioration)

Motivation à agir des patients :

- Quelles sont les motivations à participer/à ne pas participer/à abandonner en cours de programme ? Ces motivations diffèrent-elles selon les profils des patients ?
- Quel est le taux de patients qui poursuivent l'approche de pleine conscience en autonomie après la fin du programme ? Quelles sont leurs motivations ? A l'inverse, pourquoi les autres ne poursuivent-ils pas ? Peut-on identifier des freins et leviers pour favoriser cette poursuite en autonomie ?

Effets sur les patients :

- Quels sont les effets en termes de qualité de vie patients (cf. échelle qualité de vie patients standardisée ?)
- Quels sont les effets sur leur état de santé ? (Ex. taux de rechute dépressive, réduction des symptômes dépressifs)
- Quels sont les effets perçus sur l'*empowerment* et l'autonomie en santé des patients (cf. cadre évaluatif des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé, DGS, décembre 2018)

Participation des professionnels :

- Le projet a-t-il réussi à convaincre/mobiliser la communauté professionnelle de santé mentale du territoire ? Quel est le profil et les motivations des professionnels qui participent / de ceux qui ne participent pas ? (Nombre, profession, lieu et mode d'exercice,

représentations et pratiques préalables de la coordination ville-hôpital, représentation et rapports préalables à la psychothérapie et à la pleine conscience...)

- Les professionnels participants sont-ils globalement satisfaits du projet (modalités, outils, gouvernance...) et du parcours proposé ? Pourquoi ? (Identification des points forts et des pistes d'amélioration)
- Combien de professionnels se sont effectivement faits relais du parcours auprès de leur patientèle ? (Identification des freins et leviers)

Effets sur les pratiques professionnelles et l'organisation de la prise en charge en santé mentale :

- Quels sont les effets perçus sur la coordination ville-hôpital en matière de santé mentale et sur la fluidité des parcours des patients ?

Efficiency du parcours :

- Quels sont les impacts sur les dépenses de santé ? (Hospitalisations, consultations, consommations médicamenteuses, comorbidités, indemnités journalières, etc.)

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

L'échange des éléments du dossier médical et données personnelles du patient se font uniquement par messagerie sécurisée MSSanté. Les patients ont la possibilité de remplir les éléments du formulaire via un support papier qui seront ensuite saisis sur une plateforme d'évaluation sécurisée proposée dans le cadre de l'Article 51 via l'outil PAACO.

XI. Liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt à déclarer.

XII. Eléments bibliographiques / expériences étrangères

- Léon C, Chan Chee C, du Roscoët E ; le groupe Baromètre santé 2017. *La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017*. Bull Epidemiol Hebd.2018;(32-33):637-44. (http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)
- *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, Ministère des solidarités et de la santé, 2018. P48. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Mirabel-Sarron C., Provencher M. (2018). *Psychothérapies cognitives des états dépressifs*. Bellivier JKP P07 *Chapitre 47* page 488-495 Ed. Lavoisier.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials*. JAMA psychiatry, 73(6), 565–574. (<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>)
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). *The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis*. Clinical psychology review, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Huijbers MJ, Wentink C, Simons E, Spijker J, Speckens A. 2020. *Discontinuing antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy: a mixed-methods study exploring predictors and outcomes of different discontinuation trajectories, and its facilitators and barriers*. BMJ Open 10: e039053.
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D., ... Russell, I. T. (2014). *Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent*

- depression: a randomized dismantling trial.* Journal of consulting and clinical psychology, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects.* Journal of consulting and clinical psychology, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
 - Crane RS, Kuyken W. 2013. *The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience*
 - Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments.* Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 61(9), 524–539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
 - HAS (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*
 - *Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie*, Ministère des solidarités et de la santé, juin 2018
 - *Schéma régional de santé 2018-2023 de Nouvelle Aquitaine*, ARS Nouvelle Aquitaine, juillet 2018
 - Segal Z., Williams M., Teasdale J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* Guilford Press.
 - HAS (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*
 - « <https://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php> »
 - « [https://appea.org/uploads/fichiers/2018/10/Critères officiels pour de venir instructeur MBCT.pdf](https://appea.org/uploads/fichiers/2018/10/Critères_officiels_pour_devenir_instructeur_MBCT.pdf) »

Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur du projet	Association Forcome, 8 rue Louis Barthou, 64 140 Billère	Dr Patrick Martel : patrickmartel@free.fr , tél. 05 59 82 82 01, port. 06 79 55 97 74 Carla DALMAIS : coordination.mbct@outlook.fr tél 06 58 23 80 44	
Partenaire	Centre Hospitalier des Pyrénées, 29 Avenue du Général Leclerc, 64039 Pau cedex	Mme Véronique Louis (dir. adjointe des Affaires Médicales, Générales et de la Communication): veronique.louis@chpyr.fr , tél. 05 59 80 90 44, port. 07 77 32 29 80	

Annexe 2. 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	Forfait par patient participant au programme MBCT + forfait de coordination
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 -I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Mise en place d'un programme de prévention des rechutes dépressives (avec le programme MBCT) dans un cadre extrahospitalier par des professionnels libéraux instructeurs (médecins généralistes et psychologues) à destination des patients suivis en ville, en CMP ou à l'hôpital. Organisation en ville d'une prise en charge collective sur l'ensemble des séances du programme.
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

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°) ²⁶ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Aucune source spécifiée dans le document actif.²⁶ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Annexe 3. Description des organisations MBCT à l'étranger

Organisme organisant le programme MBCT	Pays	Organisation des séances	Tarifs appliqués	Lieu de prise en charge	Modalités d'adressage
Hôpitaux Universitaires de Genève	Suisse	<ul style="list-style-type: none"> - 9 séances - 12 participants maximum - Instructrice : Dre en psychologie, spécialiste en psychothérapie FSP - Organisation du suivi : <ul style="list-style-type: none"> • Séances de pratique de mindfulness supplémentaires organisées par les HUG à raison de deux fois par semaine • Possibilité d'être suivi ensuite par un médecin ou psychologue des HUG 	650 CHF remboursables par certaines assurances de base et/ou assurances complémentaires (72 CHF 69€ / séance)	Service des spécialités psychiatriques des HUG	<ul style="list-style-type: none"> - Adressage par des médecins ou psychologues installés en libéral du canton de Genève et/ou par centres ambulatoires du département de psychiatrie des HUG - Orientation sur la base de l'histoire clinique des patients - Possibilité de se préinscrire en ligne pour les patients - Evaluation médicale individuelle dans les semaines qui précèdent le début du programme : échelle MADRS et entretien par un psychiatre tarifé à part - Critère d'exclusion : épisode dépressif en cours - Inclusion des patients ayant présenté au moins 2 ou 3 épisodes dépressifs
Université Catholique de Louvain	Belgique	<ul style="list-style-type: none"> - 8 séances - 8 personnes - Instructeur : Dr en psychologie et Professeur en psychologie clinique 	225 € (28€/ séance) 125 € tarif social	Lieu hors hôpital ou centre de soins	/

Groupe de médecine de famille Nouvelle-Beauce	Québec	- 8 séances hebdomadaires - Séance d'orientation	Gratuit pour les détenteurs de la carte d'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Cabinet médical	- Sur prescription du médecin de famille
Mindspace Wellbeing	Québec	- 8 séances hebdomadaires - Séance d'orientation - Instructrice : médecin psychiatre	Gratuit pour les détenteurs de la carte d'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Lieu hors hôpital ou centre de soins	- Sur prescription du médecin de famille
NHS	Royaume-Uni	- 9 séances hebdomadaires - Séance d'essai en ligne - 10 – 15 participants	Gratuit pour les bénéficiaires de la NHS Financement par le gouvernement de la formation des instructeurs	A l'hôpital	- Absence de contraintes sur l'adressage

Annexe 4. Résumé des points clés des 8 sessions du programme MBCT

SESSION 1 : La conscience et le pilote automatique

- Exercices de pleine conscience :
 - Exercice du raisin
 - Scan corporel
- Didactique :
 - Pleine conscience
 - Vagabondage mental
- Tâches à domicile :
 - Scanner corporel 6 jours sur 7
 - Une activité en pleine conscience
 - Un repas en pleine conscience si possible
- Points-clés :
 1. Reconnaître la différence entre la conscience et ses différents niveaux et l'automatisme
 2. Augmenter la conscience des sens et des sensations
 3. Apprendre à placer, maintenir et déplacer l'attention

Extrait du manuel de SEGAL : La mindfulness commence lorsque nous repérons la tendance à fonctionner en pilotage automatique, c'est :

- S'engager à apprendre à quitter cet automatisme et prendre conscience de chaque moment
- Déplacer intentionnellement son attention sur les différentes parties de son corps montre combien ça peut être difficile/facile.

SESSION 2 : Gérer les obstacles

- Exercices de pleine conscience :
 - Exercice sur les pensées et les émotions
 - Méditation assise
 - Calendrier des événements agréables
- Didactique :
 - Relations entre les pensées et les sentiments
 - Conscience des pensées, sentiments et sensations corporelles lors d'un événement plaisant
- Tâches à domicile :
 - Scanner corporel 6 jours sur 7
 - Pleine conscience de la respiration pt 10 – 15 minutes, 6j/7
 - Calendrier des événements agréables
 - Pleine conscience d'une activité de routine quotidiennement
- Points-clés :
 1. Gérer les obstacles qui empêchent d'être dans le présent et constater le mouvement de l'attention
 2. Comment les pensées influent sur la perception de la réalité (ex. je marche sur le trottoir)
 3. Entraîner la focalisation de l'attention avec le souffle.
 4. Commencer à se tourner vers les sensations difficiles avec l'intention de le faire

Extrait du manuel de SEGAL : Approfondir la focalisation corporelle révèle davantage le bavardage de l'esprit. Ce bavardage tend à contrôler nos réactions aux événements qui surviennent dans la journée.

SESSION 3 : Conscience de la respiration

- Exercices de pleine conscience :

- Exercice « voir ou entendre »
- Méditation centrée sur la respiration pendant 30 minutes : 3 minutes d'espace de respiration ; Etirements et marche en pleine conscience ; Calendrier de événements déplaisants
- Didactique :
 - Le corps fenêtre de l'esprit
 - Conscience des pensées, sentiments et sensations corporelles lors d'un événement désagréable
- Tâches à domicile :
 - Méditation assise centrée sur la respiration, pt 30 minutes alternée avec mouvements de hatha-yoga en pleine conscience pendant 30 minutes
 - 3 minutes d'espace de respiration 3 fois par jour
 - Calendrier des événements désagréables
- Points-clés :
 1. La concentration sur les sensations respiratoires fournit un point d'ancrage pour l'attention. Le souffle prend place dans le présent, toujours là. Il change et permet la focalisation attentionnelle sur autre chose que les ruminations/évaluation. La respiration se fait spontanément, à l'opposé de rechercher un but. Le focus sur le souffle permet une distanciation par rapport aux pensées et en se dégageant d'elles, de les voir comme de simples événements mentaux.
 2. Il est normal que l'attention se déplace du point d'ancrage choisi
 3. Décortiquer l'expérience en ses composantes augmente le niveau de conscience
 4. Les mouvements du corps permettent d'amplifier les stimuli de l'attention

Extrait du manuel de SEGAL :

- Conscience accrue de l'occupation fréquente de l'esprit et du vagabondage
- Prendre conscience de la respiration intentionnellement rend possible l'augmentation de la concentration
- Mouvement en pleine conscience : stretching/marche

SESSION 4 : Rester présent (reconnaître l'aversion)

- Exercices de pleine conscience :
 - 3 minutes de « voir ou entendre » Conscience de la respiration, du corps, des sons et des pensées (sans objet préférentiel) » »
 - 3 minutes d'espace de respiration
- Didactique :
 - Questionnaire sur les pensées automatiques
 - Pensées automatiques de la dépression et anxiété
 - Critères diagnostiques de la dépression
- Tâches à domicile :
 - Méditation assise de la respiration, du corps, des sons et des pensées 6j/7 alternée avec hatha-yoga ou marche consciente
 - 3 minutes de respiration 3 fois par jour
 - Même exercice quand une difficulté se présente, avec un sentiment désagréable
- Points-clés :
 1. Passer d'une attention concentrée à une attention ouverte et réceptive à l'expérience
 2. Décortiquer l'expérience difficile en ses composantes la rend plus gérable
 3. Les pensées comme objet de l'attention : voir la différence lorsque les pensées sont comme des événements mentaux externes vs pensées personnalisées, « collantes »
 4. Se tourner vers la difficulté en utilisant son corps : se rapprocher vs éviter – régulation émotionnelle
 5. Interrompre la rumination et la préoccupation en déplaçant son attention au niveau corporel.

Extrait du manuel de SEGAL : L'esprit vagabonde davantage quand il essaie de s'accrocher à certaines choses et d'en éviter d'autres. La mindfulness offre une manière d'être présent qui permet un autre point de vue à partir duquel voir les choses :

- Adopter une perspective plus large et se relier différemment à l'expérience
- Apprendre à connaître le territoire de votre dépression

SESSION 5 : Permettre / lâcher prise

- Avant de commencer, évaluation de mi-parcours
- Exercices de pleine conscience :
 - Conscience de la respiration, du corps, des sons et des pensées
 - Introduction d'une difficulté.
 - 3 minutes d'espace de respiration
- Didactique :
 - Cultiver l'acceptation/permettre/lâcher prise
 - Amener volontairement à l'esprit le difficile/problématique
 - Pleine conscience et douleur chronique
- Tâches à domicile :
 - Méditation assise en silence avec difficulté alternée avec enregistrement : noter ses expériences
 - 3 minutes d'espace de respiration en situation neutre 3 fois par jour et en condition de faire face (lorsqu'une difficulté se présente ou que vos pensées vous envahissent)
- Points-clés :
 1. L'exposition à une difficulté en utilisant le corps augmente la tolérance et l'acceptation et à la fois diminue l'élaboration cognitive
 2. L'auto efficacité se développe lorsqu'on s'approche avec acceptation plutôt que lorsqu'on évite
 3. L'impermanence devient mieux ressentie, incarnée
 4. La dépression et l'anxiété sont des conditions, non pas un échec moral

Extrait du manuel de SEGAL : Se relier différemment implique de laisser les choses être sans jugement de valeur ou sans essayer de les rendre différentes. Une telle attitude d'acceptation est fondamentale pour prendre soin de soi et voir plus clairement ce qui a besoin de changer.

SESSION 6 : Les pensées ne sont pas des faits

Avant de commencer, rencontrer selon leur évaluation mi-parcours les participants

- Exercices de pleine conscience :
 - Conscience de la respiration, du corps, des sons, des pensées avec une difficulté
 - Exercice au bureau.
 - Signes de la rechute dépressive et de l'anxiété.
 - 3 minutes d'espace de respiration
- Didactique :
 - Exercice sur l'humeur, les pensées et les perspectives alternatives
 - Entrer en relation avec ses pensées et les considérer autrement
- Tâches à domicile :
 - Pratique quotidienne de 40 minutes avec ou sans audio, quelle que soit la méditation (20+20, 30+10, mouvements et/ou méditation assise)
 - 3 minutes d'espace de respiration 3 fois par jour
 - 3 minutes d'espace de respiration pour faire face et pleine conscience pour gérer les situations a posteriori lorsque les pensées envahissent
- Points-clés :
 - Nous ne sommes pas nos pensées. Les pensées sont convaincantes
 - Les interprétations sont dépendantes de nos états et du contexte

- Les signes avant-coureurs de rechute se présentent un pattern de pensées, émotions et comportements : y porter attention peut nous aider à agir habilement

Extrait du manuel de SEGAL : L'humeur négative et les pensées qui les accompagnent limitent notre capacité à nous relier différemment à l'expérience :

- Le pouvoir libérateur de réaliser que nos pensées sont simplement des pensées
- Reconnaître le schéma de pensée à l'origine de pensées récurrentes nous aide à nous désidentifier d'elles sans débattre
- Si vous gardez un attachement fort à certaines pensées, choisissez de travailler avec elles dans une attitude de recherche, de curiosité bienveillante

SESSION 7 : Comment puis-je au mieux prendre soin de moi

- Exercices de pleine conscience :
 - Conscience de la respiration, du corps, des sons et des pensées
 - 3 minutes d'espace de respiration sans objet préférentiel
 - Marche consciente
- Didactique :
 - Exploration des liens entre activité et humeur
 - Liste des activités de plaisir et de maîtrise
 - Signes de rechute
 - Actions comme une expérience à entreprendre pour faire face
- Tâches à domicile :
 - Choix d'un exercice à pratiquer quotidiennement pour la semaine
 - Choix d'une pratique que vous vous engagez à pratiquer pour les 5 prochaines semaines en notant vos réactions
 - 3 minutes d'espace de respiration et en introduisant des pensées ou des sentiments désagréables
- Points-clés :
 - Prendre soin de soi est important pour gérer la dépression et l'anxiété
 - La pleine conscience nous aide à changer de perspective ; sa perception affecte notre état émotionnel
 - La pleine conscience favorise une réponse délibérée et une action habile

Extrait du manuel de SEGAL : Il y a des choses qui peuvent être faites spécifiquement quand la dépression menace :

- Prendre d'abord un espace de respiration et décider ensuite quelle action accomplir
- Chaque personne a ses propres signaux de rechute qui l'alarment
- Les participants du groupe s'aident mutuellement en élaborant des plans pour répondre au mieux à ces signaux.

SESSION 8 : Utiliser et élargir les compétences acquises pour gérer les humeurs futures :

- Exercices de pleine conscience :
 - Scanner corporel
 - Détection des signes avant-coureurs et plan d'action pour prévenir
 - Relier les plans d'action à des raisons positives de maintenir la pratique
 - Méditation de clôture
- Didactique :
 - Ce qui a été appris dans l'ensemble du programme
 - Maintenir la dynamique et la discipline des pratiques formelles et informelles
- Tâches à domicile :
 - La pleine conscience au quotidien
- Points-clés :
 - L'apprentissage se fait sur une vie, c'est un parcours

- Il y a des stratégies à utiliser lorsqu'il y a des signes de rechute
- L'espace de respiration est un microcosme du programme nous rappelant l'importance de déplacer/concentrer/ouvrir l'attention
- **SEGAL :**
 - Garder un équilibre dans la vie bénéficie d'une pratique régulière de la mindfulness
 - Les bonnes intentions se renforcent en les reliant à une raison positive de prendre soin de soi
- **BIBLIOGRAPHIE :**
 - Z.V. SEGAL, Mark G. WILLIAMS et John D. TEASDALE, La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression.
 - Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. 2006
 - Z.V. SEGAL, John D. TEASDALE et Mark G. WILLIAMS, MBCT
 - Thumbnail Session Rationale and Outline, 21013 (traduction Patrick MARTEL)
 - Philippe LESTAGE, Stage de pleine conscience mindfulness en 8 séances. Manuel et approfondissements bouddhiques.
 - Université de Limoges, 2019

Annexe 5. Synthèse du programme de formation MBCT pour les professionnels de santé

JOURNEE 1 Module 1 Accueil	Présentation et échanges sur l'action de formation Recueil des attentes des participant.es.
Temps estimé : 30 à 40 minutes	<p><u>Objectifs :</u></p> <p>Identifier le déroulement de la formation et son contenu, ses modalités pédagogiques, organisationnelles et logistiques</p> <p>Définir des règles de vivre ensemble.</p> <p><u>Contenu :</u></p> <p>Présentation l'équipe pédagogique, des locaux. Présentation des participant.es Présentation de la formation : programme et calendrier, objectifs et modalités pédagogiques, organisation logistique Positionnement (recueil des attentes et synthèse des questionnaires en amont) La charte éthique.</p> <p><u>Méthodes :</u></p> <p>Participative, expositive, interactive</p> <p><u>Outils/Supports :</u></p> <p>Cavaliers, diaporama, livret d'accueil</p>
MODULE 2 PRESENTATION DE LA PLEINE CONSCIENCE ET DU MBCT	<p><u>Objectifs :</u></p> <p>Présentation de :</p> <p>L'historique et définitions de la pleine conscience ; les preuves scientifiques Les spécificités du programme MBCT (à qui s'adresse t'il - son déroulé – le champ d'application...)</p> <p>Présentation succincte des différents programmes de pleine conscience (MBSR, MBCT, MBRP, MBCL...)</p> <p><u>Ateliers :</u></p> <p>L'assise silencieuse Le grain de raisin La marche en pleine conscience</p>

<p>Temps estimé</p> <p>3h30</p>	<p><u>Objectifs</u> : Arriver à définir la pleine conscience, s'initier à la pratique de la pleine conscience (formelle et informelle), comprendre le fonctionnement général du programme MBCT</p> <p><u>Méthodes</u> :</p> <p>Débat participatif, Exemple de cas, Mise en pratique sous forme d'ateliers.</p> <p><u>Outils/Supports</u> :</p> <p>Diaporama, outil métaphorique, pratique expérientielle</p>
---------------------------------	--

<p>MODULE 3</p> <p>MIEUX APPREHENDER LA COMPREHENSION DE L'ATTENTION ET DE LA CONSCIENCE</p> <p>CREER DES OUTILS SIMPLES A UTILISER DANS LA PRATIQUE DU SOIN</p>	<p><u>Objectifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de deux modes d'attention : Le mode « être » et le mode « faire » ; comprendre la notion de pilotage automatique • Définir la notion de conscience corporelle et sensorielle • L'importance de la respiration notamment comme outil de régulation des émotions • Se créer une boîte à outils <p><u>Ateliers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le balayage corporel • Méditations sur le souffle : prise de conscience de la respiration et du corps • L'espace de respiration • Créations de la boîte à outils du professionnel
<p>Temps estimé</p> <p>2h30 à 03h00</p>	<p><u>Objectifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mieux comprendre les notions d'attention et de conscience telles que définis dans le programme MBCT • S'exercer davantage dans les pratiques « socles » du programme MBCT • Faciliter l'appropriation d'outils <p><u>Méthodes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Débat participatif, Études de cas, mise en pratique <p><u>Outils/Supports</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaporama, outil métaphorique, pratique expérientielle

<p>JOURNEE 2</p> <p>MODULE 4</p> <p>L'IMPORTANCE DE LA POSTURE PHYSIQUE DANS LA RELATION DE SOIN ET DANS LA PRATIQUE DE LA PLEINE CONSCIENCE</p> <p>L'APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DANS LE PROGRAMME MBCT</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de l'enracinement, de la verticalité, de la posture physique dans la pratique du patient et aussi dans la relation de soin • Définition des pensées automatiques et de la défusion cognitive ; leurs spécificités dans la dépression • Comment arriver à choisir et sélectionner en tant que patient ou soignant des activités énergisantes ou énergivores <p>Ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La posture de la montagne • Les mouvements simples en Pleine Conscience (en insistant sur le ressenti) • Exercice : Application de la théorie d'A. Beck à une situation de rejet • Présentation de différents outils pratiques de sélection de buts
<p>Temps estimé</p> <p>3h00 à 3h30</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre l'importance du corps dans la présence à soi et à l'autre • Mieux appréhender le fonctionnement de la pensée et la symptomatologie dépressive • Devenir plus acteur de ses choix ; développer ses potentiels d'autonomie. <p>Méthodes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débat coopératif, Études de cas, Expérimentation d'activités en groupe, Travail en petits groupes <p>Outils/Supports</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaporama, Activités en grand groupe, Tableau
<p>MODULE 5</p> <p>DEVELOPPER SA CAPACITE A ORIENTER SON POINT DE VUE : DE LA FLEXIBILITE COGNITIVE A LA FLEXIBILITE PSYCHOLOGIQUE</p> <p>LA REGULATION DES EMOTIONS DANS LES SITUATIONS DIFFICILES</p> <p>LA PREVENTION DES RECHUTES</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment arriver à orienter son focus attentionnel sur des événements agréables et comment accueillir les événements désagréables • Comment arriver à pratiquer dans la tourmente ? • Arriver proposer des activités simples aux patients : conseils et astuces • Définir la prévention des rechutes et en quoi le programme est aidant <p>Ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calendrier des événements agréables et désagréables • Méditation, accueil des émotions, apprivoiser ses émotions (permettre /accepter) ; poème de Rumi • Jeu de rôle ; un observateur, un patient, un thérapeute • Pratiquer dans la tourmente

Temps estimé 3h00 à 3h30	Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Développer et acquérir des notions de flexibilité • Mieux proposer des outils de la MBCT Méthodes <ul style="list-style-type: none"> • Études de cas, Débat coopératif, Expérimentation d'activités en groupe, Travail en petits groupes Outils/Supports <ul style="list-style-type: none"> • Diaporama, Activités en grand et petits groupes, Tableau
---	--

MODULE 6 BILAN (DES DEUX JOURNEES)	<ul style="list-style-type: none"> • Mon bilan personnel • Mes axes de progrès • Évaluation de la formation et de ses apports.
Temps estimé : 30 à 40 minutes	Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la formation et ses apports • Faire le bilan, évaluer ma satisfaction au regard des objectifs • Définir ce sur quoi je souhaite m'engager à l'issue des deux journées et durant le mois de pratique Méthodes : <ul style="list-style-type: none"> • Échange sur le vécu de la formation et de ses apports oralement et via les supports dédiés Outils/Supports : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des acquis • Évaluation de satisfaction

JOURNEE 3 (FOLLOW UP - UN MOIS APRES) MODULE 7 APPROFONDISSEMENT DU PROGRAMME MBCT ET DE LA PRATIQUE DU SOIGNANT	Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les pratiques personnelles et professionnelles suite aux deux journées de formation et durant le mois écoulé. • Introduction de la notion de compassion dans le programme MBCT et dans l'espace de respiration. • Comment travailler certains patients, plus difficiles, possédant certains traits de personnalité • L'écoute active et compassionnée Ateliers : <ul style="list-style-type: none"> • Espace de respiration de type compassionné • Préparer et planification personnelle des pratiques • Jeux de rôles avec les patients difficiles et d'écoute
Temps estimé 4h30	Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> • Arriver à partager ses expériences personnelles et professionnelles ; s'enrichir de l'écoute de l'autre • Introduire la compassion dans les pratiques

	<ul style="list-style-type: none"> Mieux accompagner certains types de patients <p>Méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Débat coopératif, Études de cas, Expérimentation d'activités en groupe, Travail en petits groupes <p>Outils/Supports :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diaporama, Activités en grand groupe, Tableau
--	---

MODULE 8 MAINTENIR LA PRATIQUE DU PROGRAMME MBCT BIEN REPERER LES SIGNES AVANT COUREURS DE RECHUTES	<ul style="list-style-type: none"> Relier les plans d'action à des raisons positives de maintenir la pratique Maintenir la dynamique et la discipline des pratiques formelles et informelles <p>Ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les raisons de l'arrêt de la pratique Méditation de clôture
--	--

Temps estimé 2h00	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pratiquer simplement, s'imprégner du programme <p>Méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Études de cas Débat coopératif Expérimentation d'activités en groupe Travail en petits groupes <p>Outils/Supports :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diaporama, Activités en grand et petits groupes, Tableau
------------------------------------	--

MODULE 9 BILAN (DE L'ENSEMBLE DE LA FORMATION)	<ul style="list-style-type: none"> Mon bilan personnel Mes axes de progrès Évaluation de la formation et de ses apports
Temps estimé : 30 à 40 minutes	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la formation et ses apports Faire le bilan, évaluer ma satisfaction au regard des objectifs Définir ce sur quoi je souhaite m'engager à l'issue de la formation <p>Méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Échange sur le vécu de la formation et de ses apports oralement et via les supports dédiés <p>Outils/Supports :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des acquis Évaluation de satisfaction

ARS NOUVELLE-AQUITAINE

R75-2025-12-18-00001

Arrêté PUI 129 du 18 décembre 2025 autorisant la clinique de médecine physique INICEA MARIENIA à CAMBO-LES-BAINS (64250) à disposer d'une PUI

Arrêté n° PUI 129 du 18 décembre 2025

**Autorisant la Clinique de médecine physique
INICEA MARIENIA**

**Sise 34 avenue de Navarre
64250 CAMBO-LES-BAINS**

**à disposer d'une pharmacie à usage
intérieur**

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine,

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L 5126-1 et suivants et R 5126-1 et suivants ;
- VU** l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur ;
- VU** l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé et notamment son article 4 ;
- VU** le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 modifié relatif aux pharmacies à usage intérieur ;
- VU** le décret n° 2020-672 du 3 juin 2020 portant application de l'article 70 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et relatif à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité ou de diplôme normalement applicables et aux pharmacies à usage intérieur et notamment son article 14 II ;
- VU** le décret du 7 octobre 2020 publié au Journal Officiel de la République Française le 8 octobre 2020, portant nomination de Monsieur Benoît ELLEBOODE en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ;
- VU** le décret n° 2022-18 du 7 janvier 2022 relatif aux pharmacies à usage intérieur ;
- VU** l'arrêté ministériel du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ;
- VU** l'arrêté ministériel du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ;
- VU** l'arrêté préfectoral du 22 août 1961 autorisant la création d'une pharmacie à usage intérieur au sein du sanatorium Marienia à CAMBO-LES-BAINS ;
- VU** l'arrêté ARH du 18 décembre 2003 autorisant le transfert de la pharmacie à usage intérieur dans de nouveaux locaux situés au sein de l'établissement ;
- VU** la décision du 10 octobre 2025 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature publiée le 14 octobre 2025 au recueil des actes administratifs (n° R75-2025-227) ;

.../...

- VU** la demande présentée par le directeur de la Clinique Inicea Marienia, réceptionnée le 26 février 2025 et déclarée complète le 21 mars 2025 en vue d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de la PUI;
- VU** le rapport d'enquête et l'avis du 1^{er} décembre 2025 établis par le pharmacien inspecteur de santé publique de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, à la suite de l'inspection réalisée sur site le 24 avril 2025 et des compléments apportés ;
- VU** l'avis favorable avec recommandations en date du 31 mai 2025 émis par le Président du Conseil Central de la section H de l'Ordre National des Pharmaciens ;
- VU** l'avis du 1^{er} décembre 2025 émis par le pharmacien inspecteur de santé publique de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ;

CONSIDERANT qu'un réaménagement de la pharmacie est nécessaire afin de redéfinir les circuits, lieux de stockage et contrôle d'accès ;

CONSIDERANT que la pharmacie à usage intérieur dispose cependant globalement des moyens en personnel, équipements et systèmes d'information permettant d'assurer un fonctionnement compatible avec les référentiels d'évaluation, dans l'attente de la levée des écarts et des remarques ;

CONSIDERANT l'offre de services de santé et des besoins du territoire considéré ;

ARRETE

Article 1^{er} : La Clinique Inicea Marienia est autorisée à disposer d'une pharmacie à usage intérieur située 34 avenue de Navarre à CAMBO-LES-BAINS (64250).

Article 2 : La pharmacie à usage intérieur de la Clinique Inicea Marienia dispose de locaux implantés au rez de jardin dans le bâtiment Les Thermes au sein du site principal de l'établissement.

Article 3 : La pharmacie à usage intérieur assure la réponse aux besoins pharmaceutiques des patients pris en charge par la Clinique Inicea Marienia sur son site unique ;

Article 4 : La pharmacie à usage intérieur de la Clinique Inicea Marienia assure les missions et activités suivantes :

- Au titre de l'article L.5126-1 du code de la santé publique :
- La gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux stériles, et en assure la qualité
 - La pharmacie clinique
 - L'information aux patients et professionnels de santé et toute action de promotion et d'évaluation du bon usage des produits de santé
- Au titre de l'article R.5126-9 du code de la santé publique :
- La préparation de doses à administrer de médicaments (PDA)

Article 5 : Le temps de présence du pharmacien assurant la gérance est de 9 demi-journées par semaine.

Article 6 : Les arrêtés antérieurs concernant les activités et missions faisant l'objet de la présente autorisation sont abrogés.

Article 7 : En vertu des dispositions de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des modifications substantielles qui font l'objet d'une nouvelle autorisation, la modification des éléments figurant dans l'autorisation fait l'objet d'une déclaration préalable.

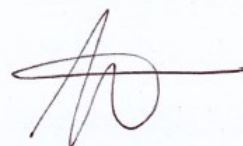
Article 8 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard des tiers, de faire l'objet :

- d'un recours gracieux devant le Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ;
- d'un recours hiérarchique devant Madame la Ministre du travail, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées ;
- d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif territorialement compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télé recours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 9 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine.

Pour le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé

Nouvelle-Aquitaine, par délégation,

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line and a loop.

Anne-Laure NAVARRE

DIRM SA

R75-2025-12-15-00011

Arrêté n°549 du 15 décembre 2025 portant
modification du règlement local de la station de
pilotage de la Rochelle-Charente



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NOUVELLE-AQUITAINE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction interrégionale de la mer
Sud-Atlantique**

Arrêté n°549 du 15 décembre 2025

portant modification du règlement local de la station de pilotage de La Rochelle-Charente

Le Préfet de la région Nouvelle-Aquitaine

- VU** le code des transports ;
- VU** l'arrêté n°038 du 30 janvier 2013 modifié, fixant le règlement local de la station de pilotage de La Rochelle-Charente;
- VU** l'arrêté du 27 août 2024 du Préfet de la région Nouvelle-Aquitaine portant délégation de signature, en matière d'administration générale, à Monsieur Édouard PERRIER, directeur interrégional de la mer Sud-Atlantique ;
- VU** l'avis de l'assemblée commerciale de la station de pilotage de La Rochelle-Charente en date du 5 décembre 2025 ;
- SUR PROPOSITION** du directeur départemental des territoires et de la mer de la Charente-Maritime;

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER – L'annexe III au règlement local de la station de pilotage de La Rochelle-Charente, fixant les tarifs de la station est remplacé par l'annexe III ci-jointe.

ARTICLE 2 – Le directeur interrégional de la mer Sud-Atlantique et le directeur départemental des territoires et de la mer de la Charente-Maritime sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine.

Bordeaux, le 15 décembre 2025

Pour le préfet de région et par délégation,

le directeur interrégional de la mer

Édouard PERRIER

Ampliation :

- SGAR Aquitaine
- Préfecture de la Charente-Maritime
- Station de pilotage de La Rochelle-Charente
- GPMLR

2, esplanade Charles-de-Gaulle
CS 41397 – 33077 Bordeaux Cedex
Tél : 05 56 90 60 60
www.gironde.gouv.fr

Annexe technique n° 3 à l'arrêté n° 549 du 15 décembre 2025
portant sur les tarifs p/c du 1er janvier 2026

ARTICLE 1 : Tarif général (hors TVA)

Le tarif général, établi en fonction du volume des navires, et conformément à l'arrêté n° 4318 GM/2 du 12 octobre 1976 est fixé ainsi qu'il suit à compter du 1er janvier 2026 à zéro heure.

1.1. Zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice

1.1.1. Tarif n° 1 : à l'entrée comme à la sortie des ports de La Rochelle et de La Pallice, le tarif est fixé ainsi qu'il suit :

Jusqu'à 7 500 m³: 783 Euros

Au-dessus de 7 500 m³: 783 Euros + 0.442 Euros par tranche de 10 m³ au-dessus de 7 500 m³

Pour les navires à passagers, le volume facturé sera limité à 225 000 m³

1.1.2. Tarif n° 2

A l'entrée comme à la sortie du port de Marans, le tarif n° 1 est majoré de 100 %.

1.2. Zone de pilotage obligatoire de La Charente

Volume en m ³	<u>Tarif n° 1A</u> Port de Rochefort	<u>Tarif n°1B</u> Port de Tonnay-Charente
1 à 4 000 :	1076 €	1122 €
4 001 à 5 500 :	1247 €	1307 €
5 501 à 7 000 :	1421 €	1489 €
7 001 à 8 500 :	1596 €	1671 €
8 501 à 10 000 :	1768 €	1853 €
10 001 à 11 500 :	1940 €	2032 €
11 501 à 13 000 :	2113 €	2212 €
13 001 à 14 500 :	2283 €	2392 €
14 501 à 16 000 :	2459 €	2577 €
Au-delà par m ³	0.339 €	0.358 €

Le tarif n° 1A est applicable à tout navire entrant ou sortant du port de Rochefort.

Le tarif n° 1B est applicable à tout navire entrant ou sortant du port de Tonnay-Charente, ainsi qu'à tout navire allant de Rochefort à Tonnay-Charente et vice-versa.

ARTICLE 2 : Indemnités

2.1. Zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice

Pour une opération différée moins d'une heure avant l'heure pour laquelle le pilote a été commandé, une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice est due

Pour une opération retardée de plus d'une heure après l'heure pour laquelle le pilote a été commandé, une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice est due.

Tout navire astreint à l'obligation de pilotage, autre qu'un bâtiment de guerre, dont le capitaine n'a pas fait connaître l'heure probable de son arrivée dans les conditions définies à l'article 10 du règlement local, paie le tarif de l'opération considérée, majorée de 10 %.

Une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice est due au pilote qui s'est déplacé pour un navire dont l'arrivée diffère de plus d'une heure de l'heure probable d'arrivée annoncée.

Pour le déplacement du pilote au port de Marans, une indemnité égale à 10 % du tarif n° 2 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice est due.

Pour la retenue du pilote à bord du navire au-delà de 12 heures pour quelque cause que ce soit et par période de 12 heures supplémentaires, une indemnité égale à 30 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice est due, ainsi qu'une indemnité kilométrique fixée sur la base de l'indemnité kilométrique réglementaire.

2.2. Zone de pilotage obligatoire de La Charente

Pour une opération différée moins d'une heure avant l'heure pour laquelle le pilote a été commandé, une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1 A ou B (suivant le port de destination) de la zone de pilotage obligatoire de La Charente est due.

Pour une opération retardée de plus d'une heure après l'heure pour laquelle le pilote a été commandé, une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1 A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente est due.

Tout navire astreint à l'obligation de pilotage, autre qu'un bâtiment de guerre, dont le capitaine n'a pas fait connaître l'heure probable de son arrivée dans les conditions définies à l'article 10 du règlement local, paie le tarif de l'opération considérée, majorée de 10 %.

Une indemnité égale à 10 % du tarif n° 1A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente est due au pilote qui s'est déplacé pour un navire dont l'heure d'arrivée diffère de plus d'une heure de l'heure probable d'arrivée annoncée.

Pour la retenue du pilote à bord du navire au-delà de 12 heures pour quelque cause que ce soit, et par période de 12 heures supplémentaires, une indemnité égale à 30 % du tarif n° 1A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente est due, ainsi qu'une indemnité kilométrique fixée sur la base de l'indemnité kilométrique réglementaire.

Indépendamment de la tarification du pilotage, il sera perçu; à l'entrée et à la sortie et pour tout mouvement de navire, une indemnité de transport de 80 km, calculée sur la base de l'indemnité kilométrique réglementaire.

ARTICLE 3 : Embarquement ou débarquement d'un pilote d'une autre station de pilotage

Tout navire qui fait appel à la vedette de pilotage afin d'embarquer ou débarquer un pilote d'une autre station, sans utiliser les services d'un pilote de La Rochelle-Charente, paie en compensation des frais et quelque soit son volume le tarif n° 1 applicable à un navire de 5 000 m³ correspondant à la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

ARTICLE 4 : Tarifs hors station

Lorsqu'un navire demande le pilote en dehors de la ligne Chassiron / Chanchardon pour gagner la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice, il acquitte un droit supplémentaire égal au tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Lorsqu'un navire demande le pilote pour gagner l'estuaire de la Gironde ou la rade des Sables d'Olonne, il acquitte un droit supplémentaire égal au double du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

En outre, ce navire devra payer tous les frais de rapatriement du pilote du port à la station.

ARTICLE 5 : Tarifs particuliers

5.1. Zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice

Les navires dont le capitaine est titulaire d'une licence de Capitaine-Pilote ne paient que 10 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice lorsqu'ils ne font pas appel au service d'un pilote. S'ils font appel à un pilote, ils paient le tarif général.

5.2. Zone de pilotage obligatoire de La Charente

Les navires dont le capitaine est titulaire d'une licence de Capitaine-Pilote ne paient que 10 % du tarif 1 A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente lorsqu'ils ne font pas appel au service d'un pilote. S'ils font appel à un pilote, ils paient la totalité du tarif.

Le navire qui fait appel à un pilote pour gagner un mouillage ou changer de mouillage acquitte un droit égal à 30 % du tarif n°1 A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente.

Les navires pilotés pour gagner un mouillage sur rade et qui repartent sans avoir accosté aux ouvrages du port acquitteront à l'entrée, comme à la sortie, un droit égal à 40 % du tarif n°1 A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente s'ils n'ont pas fait d'opérations commerciales et à 60 % dans le cas contraire.

5.3. Pour tout navire à destination des ports de La Charente, qui allège une partie de sa cargaison sur le port de La Pallice, il sera accordé une suppression du tarif sortie navire de La Pallice.

ARTICLE 6 : Tarif des convois remorqués ou poussés

Lorsqu'un navire autre qu'un remorqueur de port, en remorque ou en pousse un ou plusieurs autres, le volume servant à la tarification du pilotage du convoi est établi par application de la formule ci-après

$$\text{Volume} = L \times b \times 0.14 \times \text{Racine carrée du produit } L \times b$$

Dans laquelle «L» représente la somme des longueurs hors tout de chacun des bâtiments du convoi, et «b» la largeur la plus large des bâtiments.

ARTICLE 7 : Tarif applicable aux navires sans propulsion

Tous les tarifs prévus au présent règlement local sont ceux applicables aux navires à propulsion mécanique.

Tout navire qui pendant une partie ou toute l'opération de pilotage ne peut utiliser sa propulsion paie le tarif relatif à l'opération considérée, dans la zone de pilotage obligatoire considérée, majorée de 50 %, sauf s'il s'agit d'un déhalage.

Le déhalage s'entend comme le déplacement du navire le long d'un même quai rectiligne, sans dépassement d'obstacles.

ARTICLE 8 : Tarif applicable aux navires soumis à des expériences

Les navires effectuant des essais paieront un droit spécial égal à 50 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire considérée.

Les navires effectuant la compensation de leur compas paieront un droit spécial égal à 50 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire considérée.

Les navires effectuant la régulation d'appareils radioélectriques paieront un droit spécial égal à 50 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire considérée.

ARTICLE 9 : Veilles de sécurité ou d'échouage

Les veilles dites de sécurité, d'échouage ou d'amarrage à quai ou en rade sont rétribuées par période de 4 heures sur la base de :

* Zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice : 25 % du tarif n° 1 de la zone de pilotage obligatoire La Rochelle-Pallice.

* Zone de pilotage obligatoire de La Charente : 25 % du tarif n° 1A ou B de la zone de pilotage obligatoire de La Charente.

Toute période commencée est due.

ARTICLE 10 : Tarif des mouvements à l'intérieur des ports

Zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice

Pour un déhalage simple, les navires paient 25 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Pour tout mouvement à l'intérieur des ports, les navires paient 50 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Pour tout mouillage sur rade, les navires paient à l'entrée comme à la sortie, 50 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Pour entrer ou sortir de cale sèche, les navires paient (outre l'opération qui précède ou qui suit) un supplément égal à

25 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Pour un lancement, les navires paient (outre l'opération qui précède), un supplément égal à 25 % du tarif n°1 de la zone de pilotage obligatoire de La Rochelle-Pallice.

Zone de pilotage obligatoire de La Charente

Pour tout mouvement à l'intérieur du port de Rochefort, les navires paient 40 % du tarif n°1A de la zone de pilotage obligatoire de La Charente.

A l'intérieur du port de Tonnay-Charente, le 1^{er} mouvement effectué, au cours de la même escale, ne sera pas facturé. Au delà, les navires paient 25% du tarif n°1B de la zone de pilotage obligatoire de la Charente.

Pour tout mouvement effectué sans l'aide d'un remorqueur, par dérivage en marche arrière, le tarif applicable sera majoré de 50 %.

Pour entrer ou sortir de cale sèche, les navires paient, outre l'opération qui précède ou qui suit, un supplément égal à

25 % du tarif n°1A de la zone de pilotage obligatoire de La Charente.

Pour un lancement, les navires paient, outre l'opération qui suit, un supplément égal à 25 % du tarif n° 1A de la zone de pilotage obligatoire de La Charente.

ARTICLE 11 : Conditions de paiement (Loi n°2012-387 applicable au 1^{er} janvier 2013)

Conformément aux dispositions des articles L441-3 et L441-6 du code du commerce, applicables à la facturation des opérations de pilotage :

Les délais de paiement des droits de pilotage ne peuvent dépasser 30 jours, à compter de la date d'émission de la facture.

Tout paiement effectué au-delà de ce délai donne lieu au paiement d'une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 € et à des pénalités de retard dont le taux d'intérêt contractuel est égal à 3 x taux d'intérêt légal majoré de 10%.

DREAL Nouvelle Aquitaine

R75-2025-12-22-00006

Arrêté zonal 12 22/12/2025 portant réglementation
exceptionnelle de la circulation sur le réseau routier
national



**PRÉFET
DE LA ZONE
DE DÉFENSE
ET DE SÉCURITÉ
SUD-OUEST**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

État-major interministériel

**ARRÊTÉ N° 12 du 22/12/2025
portant réglementation exceptionnelle de la circulation
sur le réseau routier national**

**Le Préfet de la région Nouvelle-Aquitaine,
Préfet de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest,
Préfet de la Gironde**

- Vu** le Code de la défense ;
- Vu** le Code de la sécurité intérieure ;
- Vu** le Code général des collectivités territoriales ;
- Vu** le Code de la route, notamment l'article R. 411-18 ;
- Vu** la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relatif à la modernisation de la sécurité civile ;
- Vu** le décret du 11 janvier 2023 nommant M. Étienne GUYOT, préfet de la région Nouvelle-Aquitaine, préfet de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest, préfet de la Gironde ;
- Vu** le décret du 13 juillet 2023 nommant M. Nicolas HESSE, préfet délégué pour la défense et la sécurité auprès du préfet de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 16 avril 2021, relatif à l'interdiction de circulation des véhicules de transport de marchandises à certaines périodes ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n° 2022-01 du 26 avril 2022 portant organisation de la gestion des crises routières en zone Sud-Ouest ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 10 novembre 2023 portant délégation de signature à M. Nicolas HESSE, préfet délégué pour la défense et la sécurité auprès du préfet de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest et notamment son article 2 et son article 5 ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 13 novembre 2023 portant approbation des dispositions spécifiques «risques routiers» du plan ORSEC de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest, instituant le plan de gestion de trafic zonal ;
- Considérant** l'organisation de blocages par les agriculteurs sur les axes de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest ;
- Considérant** qu'il importe d'assurer la sécurité des usagers sur les axes routiers structurants de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest ;

ARRÊTE

Article 1 : Restriction de vitesse

sans objet

Article 2 : Interdiction de dépassement

sans objet

Article 3 : Restrictions de circulation

Les sections du réseau routier sont soumises à des restrictions de circulation selon les modalités désignées ci-après :

concernant l'axe **A64** :

Mesures de gestion de trafic	Dépt(s)	Sens	Localisation	Statuts Mesures
Interdiction de circulation des PL de +7,5 t de PTAC	64	Bayonne-Toulouse	De la jonction A63/A64 jusqu'à l'échangeur 11 de Soumoulou	Active

concernant l'axe **A63** :

Mesures de gestion de trafic	Dépt(s)	Sens	Localisation	Statuts Mesures
Interdiction de circulation de tous les véhicules	33	Biriadou-Bordeaux	Entre l'échangeur 23 et le point de blocage	Active
Itinéraire alternatif	33	Biriadou-Bordeaux	Pour tous les véhicules, sortie obligatoire à l'échangeur 23 de l'A63 pour rejoindre la rocade bordelaise à l'échangeur 13 via la RD 1250	Active
Stockage des PL de +7,5 t de PTAC	33	Biriadou-Bordeaux	Mesure A63/2 Lugos	Activé ou désactivé sur décision de l'autorité préfectorale zonale
Stockage des PL de +7,5 t de PTAC	40	Biriadou-Bordeaux	Mesure A63/4 Le Souquet	Activé ou désactivé sur décision de l'autorité préfectorale zonale
Stockage des PL de +7,5 t de PTAC	40	Biriadou-Bordeaux	Mesure A63/6 St Geours de Maremne	Activé ou désactivé sur décision de l'autorité préfectorale zonale
Retournement des PL de +7,5 t de PTAC	64	Biriadou-Bordeaux	Mesure A63/8 BIRIADOU Barrière de péage	Activé ou désactivé sur décision de l'autorité préfectorale zonale
Retournement des PL de +7,5 t de PTAC	64	Biriadou-Bordeaux	Régulation à un niveau maximum de 200 PL/heure	Active de 5h00 à 20h00
Interdiction de circulation de tous les véhicules	33	Bordeaux-Biriadou	Entre l'échangeur 15 de la rocade de Bordeaux et échangeur 24 de l'A 63	Levée dès réception de l'arrêté

2/4

Mesures de gestion de trafic	Dépt(s)	Sens	Localisation	Statuts Mesures
Itinéraire alternatif	33	Bordeaux-Biriadou	Au droit de l'échangeur 24, une déviation locale est mise en place depuis la sortie 24 puis la D211 pour effectuer un demi-tour sur un giratoire et revenir sur l'entrée 24 de l'autoroute direction Bayonne.	Active dès réception de l'arrêté
Interdiction de circulation des PL +7,5 t de PTAC en transit	33	Deux sens	Sur la RD 1010, entre l'échangeur 16 de la rocade de Bordeaux et l'échangeur 20 de l'A 63	Active
Itinéraire alternatif	33 et 40	Bordeaux-Espagne	Pour tous les véhicules souhaitant se rendre en Espagne via Le Perthus, recommandation de sortie à l'échangeur 19 de la rocade de Bordeaux pour prendre l'A 62, l'A 61 et l'A 9	désactivé
Itinéraire alternatif	33	Bordeaux-Espagne	Pour les véhicules souhaitant se rendre en Sud Gironde, sortie à l'échangeur 13 de la rocade de Bordeaux pour rejoindre l'échangeur 23 de l'A 63	désactivé

Article 4 : Dérogation

Les véhicules d'intérêt général prioritaires ou bénéficiant de facilités de passage tels que définis à l'article R.311-1 du Code de la route ne sont pas soumis à ces dispositions.

Article 5 : Application

Les dispositions définies aux articles précédents prennent effet dès la signature du présent arrêté sauf dispositions spécifiques sus-mentionnées.

Les gestionnaires du réseau routier national de la zone Sud-Ouest concernés mettent en œuvre tous moyens utiles à la bonne application des mesures. Ils assurent l'information routière correspondante par tous les moyens à leur disposition (Panneaux à Messages Variables, radios autoroutières, webtrafic, etc...).

Article 6 : Infraction

Toute infraction aux dispositions du présent arrêté sera constatée et poursuivie conformément aux lois et règlements en vigueur.

Article 7 : Exécution

Sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté :

- les préfets des départements de la zone de défense Sud-Ouest ;
- les directeurs départementaux des territoires (et de la mer) ;
- les directeurs interdépartementaux et départementaux de la Police Nationale de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest ;
- les commandants des groupements départementaux de gendarmerie ;
- les directeurs des directions interdépartementales des routes Atlantique, Centre-Ouest et Sud-Ouest, des sociétés concessionnaires d'autoroute de VINCI (ASF, COFIROUTE), ATLANDES/EGIS et ALIENOR.

Article 8 : Publication

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de l'État et copie en sera adressée aux préfetures de départements et exploitants du réseau routier concernés en zone Sud-Ouest ainsi qu'aux préfetures des zones de défense et de sécurité limitrophes.

Article 9 : Délais et Voie de recours

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Bordeaux dans les deux mois suivant sa publication au recueil des actes administratifs par l'application informatique Télérecours Citoyens accessible par le site internet « www.telerecours.fr ».

À Bordeaux, le 22 décembre 2025

Pour le Préfet délégué à la défense et à la sécurité Sud-Ouest,
par délégation,
le Commandant GLANE Sébastien
officier de Permanence au COZ Sud-Ouest

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line.