



**PRÉFET DE LA
RÉGION NOUVELLE-
AQUITAINE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R75-2026-246**

PUBLIÉ LE 29 JUILLET 2026

Sommaire

ARS /

R75-2026-07-28-00002 - Décision n°2026-122 - Radiologie diagnostique - SAS
Imagerie Médicale du Bergeracois (3 pages) Page 3

ARS NOUVELLE-AQUITAINE /

R75-2026-07-16-00003 - VF Arrêté COCON et Cdc (60 pages) Page 7

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités de Nouvelle-Aquitaine /

R75-2026-07-27-00006 - ROB SMJPM SDPF 2026 (15 pages) Page 68

DRAAF NOUVELLE-AQUITAINE / SREAA

R75-2026-07-27-00005 - Arrêté portant sur la mise en oeuvre du fonds
d'urgence visant à soutenir les opérateurs d'autres maillons (hors exploitations
agricoles) les plus fragilisés par les restrictions de mouvement induites par la
diffusion de la dermatose nodulaire contagieuse (DNC) (4 pages) Page 84

ARS

R75-2026-07-28-00002

Décision n°2026-122 - Radiologie diagnostique - SAS
Imagerie Médicale du Bergeracois

**Décision ARS Nouvelle-Aquitaine n°2026-122
Modifiant la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026**

Portant autorisation d'exploiter des équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique par la SAS IMAGERIE MEDICALE DU BERGERACOIS (240014225) sur le site du Cabinet de Radiologie de Bergerac – Policlinique de Bergerac

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE Nouvelle-Aquitaine

- **Vu** le code de la santé publique et notamment ses articles L.6122-1 et suivants, R.6122-1 et suivants relatifs aux autorisations, R.6123-1 et suivants relatifs aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds et D.6124-1 et suivants relatifs aux conditions techniques de fonctionnement ;
- **Vu** l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- **Vu** le décret du 7 octobre 2020 portant nomination de M. Benoît Elleboode en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine publié au Journal Officiel le 8 octobre 2020 ;
- **Vu** l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique ;
- **Vu** l'arrêté en date du 25 octobre 2023 portant délimitation des zones du schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- **Vu** l'arrêté en date du 17 juillet 2018 portant approbation du Projet Régional de Santé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'arrêté du 30 octobre 2023 relatif à la révision du Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine ;
- **Vu** la décision du 30 avril 2026 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature, publiée le 4 mai 2026 au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine (n° R75-2026-089),
- **Vu** la décision du 5 août 2025 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant autorisation d'exploiter des équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique sur le site de l'Imagerie Médicale Clinique Pasteur ;
- **Vu** la décision du 15 janvier 2026 modifiant la décision n°2025-553 du 5 août 2025 portant autorisation d'exploiter des équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique par la SAS Imagerie Médicale du Bergeracois sur le site de l'Imagerie Médicale Clinique Pasteur ;
- **Vu** la demande présentée par la SAS Imagerie Médicale du Bergeracois sollicitant une modification de la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026 afin de permettre, à titre exceptionnel et temporaire, l'exploitation concomitante des équipements d'imagerie en coupes sur les sites de la clinique Pasteur et du cabinet de radiologie de Bergerac – Policlinique de Bergerac pendant la durée nécessaire au regroupement de l'ensemble des équipements sur ce dernier site ;
- **Vu** les éléments transmis à l'appui de cette demande ;

- **Vu** l'avis de la Commission Spécialisée de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie compétente pour le secteur sanitaire de la région Nouvelle-Aquitaine, relative à l'organisation des soins, lors de sa séance du 9 janvier 2026 ;

Considérant que la SAS Imagerie Médicale du Bergeracois a été autorisée le 5 août 2025 à exploiter des équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique sur le site de l'Imagerie Médicale Clinique Pasteur, 54 Rue du Professeur Pozzi, 24100 BERGERAC ;

Considérant que la décision du 15 janvier 2026 a autorisé la modification de l'autorisation précitée afin de permettre le changement de site géographique des équipements alors exploités sur le site de la Clinique Pasteur, à savoir un appareil d'IRM 1.5 Tesla et un scanner ainsi que l'installation envisagée d'un appareil d'IRM 3 Tesla sur le site du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac, 18 Boulevard du Professeur Albert Calmette ;

Considérant que cette décision s'inscrivait dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins locale visant à regrouper les activités de chirurgie et d'imagerie sur le site unique du centre hospitalier de Bergerac, le Cabinet de Radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac étant situé à proximité immédiate de celui-ci ;

Considérant que cette décision reposait sur le regroupement de l'ensemble des équipements autorisés sur un même site géographique ;

Considérant que la SAS Imagerie Médicale du Bergeracois demande une nouvelle modification de l'autorisation précitée afin de permettre, à titre exceptionnel et temporaire, l'exploitation des équipements d'imagerie en coupes sur les sites de la clinique Pasteur et du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac durant la période nécessaire à l'achèvement du transfert de l'ensemble des équipements sur ce dernier site ;

Considérant que les travaux d'aménagement du plateau technique du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac permettent désormais l'installation de l'appareil d'IRM 3 Tesla mais ne permettent pas encore le transfert simultané du scanner et de l'appareil d'IRM 1,5 Tesla ;

Considérant que dans ces conditions, le regroupement des trois équipements sur le site du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac ne pourra être réalisé qu'au terme des travaux et aménagements nécessaires à leur accueil ;

Considérant que la continuité des prises en charge et l'accessibilité de l'offre d'imagerie sur le territoire de Bergerac justifient que soit organisée, à titre exceptionnel, une phase transitoire permettant l'exploitation concomitante des équipements sur les sites de la clinique Pasteur et du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique.

Considérant que la présente décision n'a ni pour objet ni pour effet de modifier le projet autorisé par la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026, mais uniquement d'en aménager, à titre exceptionnel et temporaire, les modalités de mise en œuvre afin de permettre le transfert progressif des équipements vers le site autorisé ;

Considérant qu'il convient en conséquence de modifier la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026 ;

DECIDE

Article 1 A titre exceptionnel et temporaire, la SAS IMAGERIE MEDICALE DU BERGERACOIS est autorisée à exploiter les équipements d'imagerie en coupes autorisés sur les sites suivants :

- L'appareil d'IRM 3 Tesla est exploité sur le site du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac, situé 18 boulevard du Professeur Albert Calmette à Bergerac ;

- L'appareil d'IRM 1,5 Tesla et le scanner demeurent temporairement exploités sur le site de l'Imagerie Médicale Clinique Pasteur, situé 54 rue du Professeur Pozzi à Bergerac.

Cette organisation est exclusivement destinée à permettre le transfert progressif des équipements autorisés jusqu'au regroupement de l'ensemble de ceux-ci sur le site du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac ;

- Article 2** La présente décision aménage uniquement, à titre temporaire, les modalités d'exécution de l'autorisation délivrée par la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026. Elle n'a pour objet ni de créer une nouvelle implantation d'équipements matériels lourds ni d'autoriser de manière pérenne l'exploitation d'équipements sur plusieurs sites géographiques et ni de modifier le principe selon lequel l'ensemble des équipements autorisés a vocation à être regroupé sur un site géographique unique ;
- Article 3** Les modalités d'exploitation prévues à l'article 1er prennent fin dès que les travaux et aménagements techniques permettent le regroupement effectif de l'ensemble des équipements sur le site du Cabinet de Radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac, et en tout état de cause, au plus tard six mois à compter de la notification de la présente décision. La SAS IMAGERIE MEDICALE DU BERGERACOIS informe sans délai le directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine de la date à laquelle ce regroupement effectif est réalisé ;
- Article 4** À compter de la cessation des modalités temporaires prévues à l'article 3, l'exploitation des équipements d'imagerie en coupes est assurée conformément aux dispositions de la décision n°2026-001 du 15 janvier 2026. L'ensemble des équipements autorisés est alors exploité exclusivement sur le site du cabinet de radiologie de Bergerac – Polyclinique de Bergerac ;
- Article 5** Les autres dispositions de la décision précitée du 15 janvier 2026 demeurent inchangées ;
- Article 6** Cette décision peut faire l'objet, dans les deux mois de sa notification pour le demandeur ou de sa publication pour les tiers intéressés, d'un recours hiérarchique devant la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal Administratif territorialement compétent dans les deux mois suivant la notification ou la publication de la présente décision. Ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou de manière dématérialisée via le site Internet « Télérecours citoyens » accessible à l'adresse suivante « www.telerecours.fr ».
- Article 7** La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine, conformément à l'article R. 6122-41 du code de la santé publique.

Fait à Bordeaux, le 28/07/2026

Pour le Directeur général de l'ARS, par délégation,
La directrice adjointe de l'offre de soins,



Atika RIDA-CHAFI

ARS NOUVELLE-AQUITAINE

R75-2026-07-16-00003

VF Arrêté COCON et Cdc

Arrêté du 16 juillet 2026

Modifiant l'arrêté du 15 avril 2022 portant autorisation de l'expérimentation « COCON- Parcours de soins préCOces et Coordonnées du Nouveau-né vulnérable en région Nouvelle-Aquitaine »

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 M. Benoit ELLEBOODE en qualité de directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;

Vu l'arrêté du 5 février 2026 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2026 ;

Vu l'arrêté du 15 avril 2022 du Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant autorisation de l'expérimentation « COCON- Parcours de soins préCOces et Coordonnées du Nouveau-né vulnérable en région Nouvelle-Aquitaine » et le cahier des charges annexé à cet arrêté ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2026 fixant pour l'année 2026 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu la délégation permanente de signature de l'ARS Nouvelle-Aquitaine publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région en vigueur à la date du présent acte ;

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

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 1er juillet 2026 relatif à l'évolution du cahier des charges de l'expérimentation COCON en Nouvelle-Aquitaine portant principalement sur la modification du modèle de financement permettant de continuer l'inclusion des patients sur la dernière année d'expérimentation afin de poursuivre la dynamique mise en place par le parcours ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de mettre en place un repérage ultra précoce, dès la naissance voire la période anténatale, des nouveau-nés vulnérables à haut risque de développer un handicap ou un sur-handicap afin de les prendre en charge, si besoin, par la mise en œuvre de rééducations adaptées en fonction de signes précurseurs pour corriger au plus tôt, dès la naissance, les déviations développementales dans le but d'éviter un handicap ou un sur-handicap et, enfin, le cas échéant, d'orienter le plus tôt possible ces enfants vers la plateforme de coordination et d'orientation, ou la structure spécialisée (troubles hors troubles du neurodéveloppement), en fonction de la situation clinique, tout en assurant un suivi médical spécifique ;

Considérant que la réalisation de cet objectif nécessite aujourd'hui, une adaptation du cahier des charges initial, notamment concernant la volumétrie des inclusions, la nécessité de soutenir la dynamique engagée sur le territoire, l'adaptation des forfaits de soins au regard des prises en charge réalisées depuis le début de l'expérimentation et des typologies d'enfants, la gestion des excédents de trésorerie et la révision des crédits d'ingénierie sur le fonds d'innovation en santé ;

ARRETE

Article 1 : Le cahier des charges définissant le cadre de l'expérimentation annexé à l'arrêté du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 15 avril 2022 susvisé est remplacé par le cahier des charges joint en annexe du présent arrêté.

Article 2 : Le reste de l'arrêté du 15 avril 2022 du Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant autorisation de l'expérimentation « COCON- Parcours de soins préCOces et Coordonnées du Nouveau-né vulnérable en région Nouvelle-Aquitaine » demeure inchangé.

Article 3 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Nouvelle-Aquitaine.

Article 4 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter 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

Pour le Directeur général de l'ARS, par délégation,
La directrice adjointe de l'offre de soins,



Atika RIDA-CHAFI

ANNEXE : Cahier des Charges révisé pour l'expérimentation « COCON- Parcours de soins préCOces et Coordonnées du Nouveau-né vulnérable » en région Nouvelle-Aquitaine

NOM DU PORTEUR° : *Le projet est porté par les trois réseaux de périnatalité des régions Occitanie, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur : Association Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO), Association Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine et Association Réseau de Périnatalité Méditerranée*

PERSONNE CONTACT :

Association Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO), 24 impasse de la Flambère 31300 Toulouse ; cocon@perinatalite-occitanie.fr, tél : 05 67 31 21 00

Association Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine, Place Amélie Raba Léon 33076 Bordeaux ;

cocon@rpna.fr, tél : 05 56 79 98 51

Association Réseau de Périnatalité Méditerranée, 118 chemin de MIMET 13015 Marseille ; coconpaca@reseauperinatmed.fr, tél : 04 91 92 95 21

Résumé du projet :

Le projet propose un parcours de **soins préCOces et COordonnés du Nouveau-né vulnérable (Cocon)**. Ce nouveau-né est appelé ici vulnérable (NNV) du fait de son histoire périnatale. Les NNV sont particulièrement exposés à un risque de troubles du développement (les troubles du neurodéveloppement, la paralysie cérébrale, les troubles neurosensoriels, les troubles de l'attachement, et parallèlement l'anxiété et la dépression parentales...) du fait de leur pathologie médicale, d'expositions in-utéro à des toxiques ou des psychotropes, de la séparation mère-enfant postnatale, de la dys- stimulation induite par une vie extra utérine trop précoce ou par des actes médicaux lourds et du milieu socio-éducatif pouvant être fragile dans ces populations.

Dans les plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion du trouble du neurodéveloppement (PCO TND), tout commence par le repérage de signes d'alertes par les professionnels de la petite enfance, par un médecin ou par les parents.

Chez le nouveau-né vulnérable, **des signes précurseurs peuvent apparaître** dans le cadre d'une trajectoire développementale déviante, **alors même qu'il n'y a pas encore de signe d'alerte de troubles du neuro développement**. Du fait de la plasticité cérébrale, ces signes précurseurs nécessitent une prise en soins, en accord avec les recommandations des 1000 jours (1).

Ainsi, le projet Cocon repose sur des critères validés de vulnérabilité médicale, parfois associés à des vulnérabilités psychologique/familiale/sociale, et sur une pratique experte de la notion de signes précurseurs, bien avant l'évidence des signes d'alerte dont on sait la prévalence dans cette population à risque (Cf. infra §1.1 Revue de littérature).

Ce parcours est organisé selon les objectifs suivants :

→ s'assurer de l'intégration, dès la période néonatale et tout au long de leur parcours, de tous les nouveau-nés vulnérables afin qu'ils bénéficient de ce suivi.

→ assurer un suivi médical renforcé visant à repérer le plus précocement possible des signes précurseurs aux signes d'alerte de TND tels que définis par les recommandations de la HAS (2) ainsi que des potentiels signes de déficit sensoriels ou de paralysie cérébrale, grâce à la mise en place d'un suivi médical dédié (médecin généraliste ou pédiatre spécifiquement formés à ces signes) regroupant un nombre moyen de consultations dépendant de la tranche d'âge concernée : 0-12 mois, 18 mois- 3 ans et 4-5 ans; elles coïncident généralement avec les consultations de suivi obligatoires et sont donc majoritairement substitutives du droit commun (mais en âge corrigé pour les prématurés jusqu'à 2 ans) et doivent être réalisées par un médecin généraliste ou pédiatre spécifiquement formés à détecter ces signes d'appel.

→ à proposer, si nécessaire, des soins précoces selon les signes précurseurs repérés, grâce à un panier de soins moyens dépendant de la tranche d'âge concernée : 0-2 ans et 3-5 ans et ce, sans délai de prise en charge et au plus proche du domicile. Ces soins sont des soins de prévention secondaire, centrés sur l'enfant et sa famille. Ils ont comme objectif de soutenir le développement de l'enfant dans les domaines sensorimoteurs et cognitifs, guider la famille pour ajuster l'environnement aux besoins spécifiques de l'enfant en fonction de son profil clinique et de son étape du développement. Le projet de soins est coconstruit avec la famille en plaçant la notion de "famille partenaire" au cœur du parcours, en accord avec les recommandations HAS.

→ orienter le plus précocement possible :

- Vers la PCO TND dès l'apparition de signes d'alerte de TND tels que définis par les recommandations de l'HAS grâce à la mise en place du suivi médical renforcé par des médecins spécifiquement formés au repérage et au suivi neurodéveloppemental ;
- Vers une structure spécialisée pour les autres troubles ne relevant pas du champ des TND : type centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou psychiatrie périnatale et pédopsychiatrie.

Ce projet permettra d'harmoniser les pratiques en matière d'inclusion, de dépistage et de prise en charge ultra précoces des signes précurseurs de signe d'alerte ; de former les professionnels de santé à cette spécificité de prévention des risques de troubles du développement (comme le recommande l'HAS en 2020 (2)), de mailler le territoire plus finement en lien avec les PCO et en s'appuyant sur tous les secteurs de soins et de permettre l'accessibilité financière aux familles. Cette organisation permettra de diminuer autant que possible, le développement de complications telles que la paralysie cérébrale, les troubles sensoriels, les TND ou le sur-handicap afin d'améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale de ces enfants en gommant en outre l'inégalité sociale par l'accès à des soins hors droit commun.

Ce projet Cocon est dans la continuité du parcours proposé aux NNV depuis plus de 10 ans dans les trois régions (cf annexes régionales) et d'un PHRC (2009-2014) (3) en Occitanie Ouest qui a montré l'efficacité du soin précoce. Ainsi, ces années d'expérience ont permis une amélioration continue des pratiques, la création de référentiels, l'harmonisation des indications de suivi et la mise en place d'un maillage territorial reposant sur de nombreux professionnels déjà formés, autant d'éléments qui faciliteront la mise en œuvre du projet Cocon dans ces régions. Le projet se déploiera en étroite collaboration avec les PCO TND des territoires, parties prenantes du projet. Le projet s'appuie pleinement sur les recommandations de bonne pratique sur le repérage (notamment grâce à l'utilisation de formulaires médicaux de suivi standardisés et détaillés permettant un repérage fin des signes précurseurs), l'orientation et le suivi de 0 à 7 ans des troubles du neurodéveloppement chez l'enfant ayant un facteur de risque périnatal diffusées en 2020 par la Haute Autorité de Santé avec la Société Française de Néonatalogie, ainsi que les recommandations de la HAS (2) et de l'Inserm sur chacun des troubles (4).

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

VERSION MAI 2026

SOMMAIRE

1	Contexte et constats	9
1.1	Revue de la littérature	9
1.2	Constat d'un besoin d'harmonisation du parcours de soins	10
1.3	Des territoires fortement touchés par toutes les vulnérabilités	11
1.4	Une réponse : le parcours Cocon.....	11
2	Description de l'expérimentation.....	12
2.1	Objet de l'expérimentation.....	12
2.2	Conditions de l'expérimentation	13
2.2.1	Public cible	13
2.2.2	Entrée dans le parcours et inclusion	16
2.2.3	La coordination des acteurs	22
2.2.4	La formation des acteurs et harmonisation des pratiques	24
2.2.5	Les professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	24
2.2.6	Terrain d'expérimentation	26
2.2.7	Durée de l'expérimentation	26
2.3	Financement de l'expérimentation	27
2.3.1	Modèle de financement : un financement forfaitaire pour le suivi médical renforcé et les soins réalisés.....	27
2.3.2	Modalités de calcul des forfaits (cahier des charges initial et modifications en mai 2026) 27	
2.3.3	Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie	30
2.3.4	Besoin de financement prévisionnel	30
3	Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	32
4	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	33
5	Objectifs – Impacts - Indicateurs.....	33
6	Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation	34
7	Liens d'intérêt.....	35
8	Construction du cahier des charges	35
9	Bibliographie.....	36
	Annexe 1 : Coordonnées du porteur	39
	Annexe 2 : Catégories d'expérimentations	40
	Annexe 3 : Tableau détaillé du financement demandé	41
	Annexe 4 : Résultats PHRC national P'titimp/Inserm UMR 1027 CHU Toulouse. Dr Alberge 2009-2014 (3)	45
	Annexe 5 : Revue de la littérature.....	46
	Annexe 6 : Cahiers de suivi des 3 régions	49
	Annexe 7 : Parcours en Nouvelle Aquitaine	51

GLOSSAIRE

AEEH : Allocation d'Education Enfant Handicapé

AC : âge corrigé (âge qu'aurait l'enfant s'il était né à terme)

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CIM 10 ou 11 : Classement International des Maladies

CMPEA : Centre Médico Psychologique Enfant et Adolescents

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

NNV : Nouveau-Né Vulnérable

CS : Consultation

CSMI : Centre de Santé Mentale Infantile

DS : Déviation Standard

DSM5 : Diagnostic and Statistical Manuel

EPA : Exposition Prénatale à l'Alcool

FDR : Facteurs De Risques

MDPH : Maison Départementale Pour le Handicap

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation

PDV : Perdus de vue

PMI : Protection Maternelle Infantile

RCIU : Retard de Croissance intra utérin

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RPNA : Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine

RPM : Réseau Périnatal Méditerranée

RPO : Réseau de Périnatalité Occitanie

RPP : Réseau de Psychiatrie Périnatale

RSEV : Réseau de Suivi d'Enfants Vulnérables

SA : Semaine d'Aménorrhée

SESSAD : Service d'Education Spécialisé de Soins à Domicile

Signes précurseurs : trajectoire développementale déviante avant l'apparition de signes d'alertes de TND

TND : Troubles du neurodéveloppement

TSA : troubles du spectre de l'autisme

TSAF : Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

Modifications du cahier des charges (Mai 2026) - code couleur orange

Seules les modifications substantielles du parcours ont été notifiées ci-dessous. Les modifications en lien avec les éléments de contexte et de revue de la littérature ne sont pas listées ci-dessous.

1. Contexte et constats

Seuls les troubles du neurodéveloppement (TND) étaient évoqués dans le Cahier des charges initial. Y ont été substitués les troubles du développement, en raison de l'apport du parcours COCON à la prévention de l'ensemble des troubles du développement de l'enfant (incluant entre autres la paralysie cérébrale).

2.2 Conditions de l'expérimentation

- 2.2.1 :
 - Ajout du détail des critères d'inclusion par région et intégration du nouveau tableau prévisionnel d'inclusions par critères (réel et estimation pour années à venir)
 - Suppression du critère d'exclusion relatif aux « enfants pris en soins dans les CAMSP dès la période néonatale en lien avec des lésions cérébrales d'une particulière gravité » : les enfants pris en soins dans les CAMSP dès la période néonatale ne déclenchent pas de forfaits de suivi, mais leurs données sont recueillies et mises à disposition du cercle de soin dans le SI ; ils peuvent déclencher des forfaits de soin si le CAMSP ne propose de soins à l'enfant et qu'une prescription a été émise par le médecin référent COCON au sein du CAMSP.
 - Suppression de la notion d'absence d'inclusions lors de la cinquième année suite à un accord par le CTIS de la poursuite des inclusions sur la dernière année d'expérimentation.
- 2.2.2 :
 - Reformulation de la partie relative aux formulaires de suivi pour améliorer la compréhension de leur conception (comité d'experts, sources et références ...)
 - Modification de la part des suivis réalisés en CAMSP suite aux résultats des premières années d'expérimentation (7% contre 15% prévu initialement).
 - Modification des estimations du besoin d'une prise en charge rééducative précoce (50% versus 30% initialement)
 - Précisions relatives aux consultations COCON qui, dans la majorité des cas, ne s'ajoutent pas aux consultations de droit commun mais s'y substituent (absence de redondance de prises en charge)
- 2.2.3 :
 - Précision concernant les motifs d'organisation des RCP à la suite des besoins du terrain (nombre de séances de soins importants, nécessité d'une orientation ...)
- 2.2.6
 - Précisions concernant les enfants relevant de l'Equipe Mobile en PACA

2.3 Financement de l'expérimentation

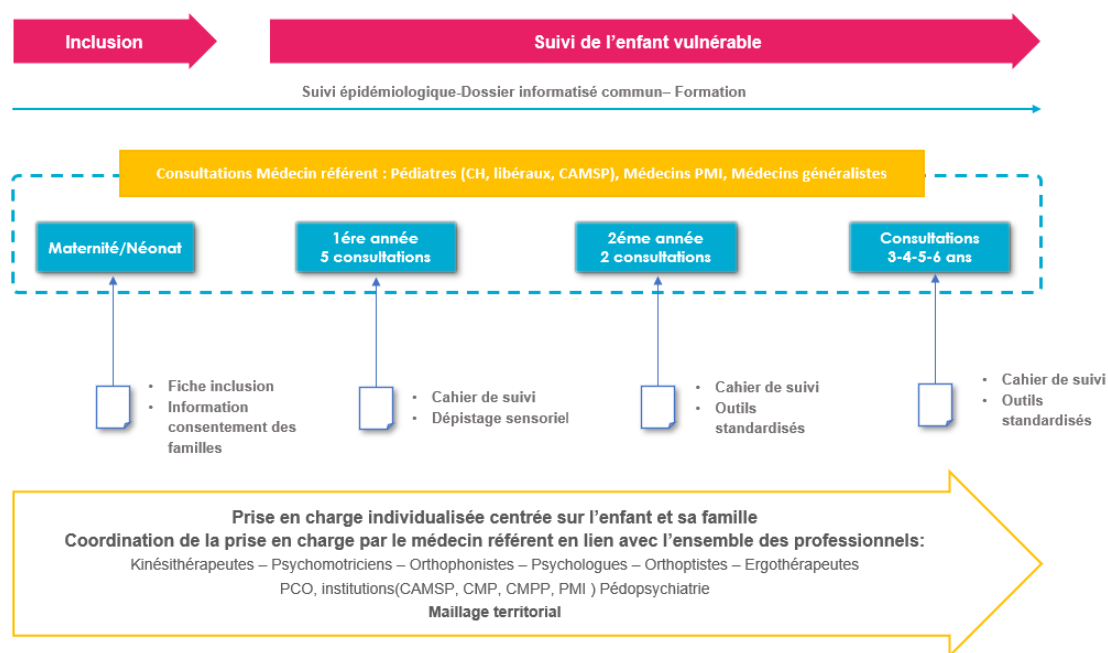
- Introduction des nouvelles modalités de financement et nouveaux besoins de financement
- Modification de l'âge de passation du bilan neuropsychologique (après 5 ans) en vue d'une harmonisation avec l'étude EPIPAGE2

5 Objectifs – Impacts - Indicateurs

- Ajustements relatifs à certains indicateurs (ASQ, satisfaction des familles ...)

Modification des annexes 3, 5, 6 et 7 – Ajout des annexes 7 (revue de la littérature) et 9 (cahiers de suivi)

Description du parcours Cocon dans le cadre du projet et le rythme des consultations renforcées :



1 Contexte et constats

Un nouveau-né est considéré comme vulnérable dès lors qu'il présente un ou des facteurs de risque périnatal (ante et post) , majoré par des facteurs socioéconomiques et psychoaffectifs (expertise collective de l'Inserm en 2004 (4) et recommandations HAS (2)).

On constate une prévalence de 1% de déficience ou handicap sévère en population générale dont 50% sont d'origine périnatale.

Du fait de facteurs de risques périnataux, de nombreux enfants nécessitent un suivi spécifique de leur développement, organisé dès la période néonatale. L'expertise collective de l'INSERM de 2004 (5) sur les handicaps d'origine périnatale a émis certaines recommandations concernant les populations à suivre, reprises par les recommandations HAS de février 2020 sur le repérage et l'orientation des enfants à risque (2). Les facteurs de haut risque cités par l'HAS sont au nombre de 11 : la grande prématurité (naissance avant 32 SA), retard de croissance associé à la prématurité, encéphalopathie hypoxo-ischémique, AVC, microcéphalie, méningo-encéphalites bactériennes ou virales, infection congénitale à CMV et autres fœtopathies, cardiopathies complexes, antécédent familial de TND au 1^e degré, exposition anténatale aux toxiques dont alcool, chirurgie majeure prolongée et répétée.

D'autres facteurs de risque modéré cités également par l'HAS (2) sont pourvoyeurs de troubles du développement (prématurité modérée ou tardive, choc septique avec hémoculture positive, malformations cérébrales ou cérébelleuses de pronostic indéterminé, exposition anténatale à des substances psychoactives ou exposition à l'alcool significative sans signe de fœtopathie ...).

C'est sur ces deux populations d'enfants (haut risque et risque modéré) que va se concentrer l'expérimentation Cocon, en proposant une organisation du suivi de ces enfants pour dépister des déviations de trajectoire développementale éventuelles, et du soin pour les enfants le requérant (interventions préventives précoces de guidance parentale et soins de développement).

1.1 Revue de la littérature

❖ **Risque accru de troubles du développement chez les nouveau-nés vulnérables (Compléments en Annexe 8)**

La littérature scientifique met en évidence un risque accru de troubles du développement chez les enfants vulnérables répondant aux facteurs de risque définis par l'HAS incluant les enfants nés prématurément mais également les nouveau-nés atteints de cardiopathies congénitales, présentant un AVC périnatal, une anoxo-ischémie néonatale (...).

Selon l'étude EPIPAGE 2 (6) qui a évalué le devenir des enfants nés prématurés en 2011 en France, des troubles du développement sont présents chez 65.4 %, 53.8 %, et 44.9 % des enfants nés respectivement à 24-26 SA, 27-31 SA, et 32-34 SA contre 28% dans la population générale de la cohorte témoin ELFE. Une paralysie cérébrale était diagnostiquée à 2 ans chez 8,2% (IC 95% [7,0 ; 9,4]) des enfants nés avant 33 SA (contre 2,5/1000 en population générale), avec une diminution du risque à mesure que l'âge gestationnel augmente. À ces atteintes s'ajoutent des déficiences sensorielles (1 % de déficience visuelle sévère, 0,5 % de déficience auditive).

Selon l'étude norvégienne (7), le risque d'un trouble du spectre de l'autisme est multiplié par 7,3 pour les enfants nés entre 28 et 30 SA par rapport aux témoins nés à terme et est multiplié par 10 pour les enfants nés entre la 23 et 27 SA (1 à 2% en France en population générale).

Les interactions précoces sont également impactées : selon l'étude Olimpe (8), plus de 40% des dyades mère-enfant avaient des difficultés d'interactions à l'âge de 6 mois en lien avec des difficultés déjà

repérées lors de la sortie de néonatalogie. Selon une étude publiée en 2014 (9), les troubles de l'attachement concernent 32 % des enfants prématurés contre 17 % des enfants nés à terme.

Au-delà de la prématurité, d'autres vulnérabilités exposent à des atteintes du développement. Ainsi, l'incidence des anomalies cérébrales en préopératoire chez l'ensemble des enfants ayant une cardiopathie congénitale est élevée et concernerait 43 % de cette population (10). Après un AVC périnatal, les données de la cohorte française AVCnn (11) ont mis en évidence que la déficience motrice concernait 24 % des enfants à 3,5 ans et 32 % à 7 ans, avec 15 % d'épilepsie et 28 % de difficultés scolaires précoces. En cas d'encéphalopathie anoxo-ischémique (12), la prévalence de paralysie cérébrale peut atteindre 30% sans hypothermie thérapeutique contre 19 % avec hypothermie thérapeutique, sans supprimer le risque de séquelles.

❖ **Intérêt des soins de développement ultra-précoces**

Durant la période de retour à domicile après accouchement, des interventions précoces constituent un levier essentiel pour mieux accompagner les parents dans cette période décisive et d'autant plus dans les situations de vulnérabilité socio-économique ou psycho affective élevées. Selon l'HAS (2), il est important de démarrer les interventions précoces au plus tôt, dès les services de néonatalogie, pour diminuer le stress des nouveau-nés. Selon l'argumentaire des recommandations de l'HAS p117 (13), « Les interventions précoces (IP) visent à améliorer le développement neurologique des enfants qui sont symptomatiques ou qui sont à haut risque de TND. *Les interventions précoces (sont basées sur les évidences qui ont montré qu'une part importante du développement cérébral est dépendante de l'expérience (environnement et plasticité cérébrale) et que la trajectoire développementale peut être améliorée* ».

En effet, des études récentes montrent que les enfants prématurés participant à des programmes d'intervention précoce, notamment de guidance parentale, affichent des scores de développement significativement plus élevés à 5-6 ans que ceux recevant uniquement des soins standards (14–16). Une Revue systématique de la littérature, menée par Morgan et al. en 2016 (17), a également confirmé l'efficacité des interventions motrices précoces chez ces enfants présentant un diagnostic de paralysie cérébrale ou à risque élevé de paralysie cérébrale de la naissance à 2 ans.

Selon les recommandations HAS (2), «une intervention précoce peut être définie comme toute intervention développementale mise en place entre la naissance et l'âge de 8 ans dans les domaines physique, moteur, socio-émotionnel et cognitif». Elles peuvent être préventives chez les enfants à risque ou éducatives chez les enfants chez qui un TND notamment est confirmé.

Toujours selon la HAS (2) les interventions préventives incluent notamment les programmes de soins de développement, de guidance familiale. Il est recommandé chez les enfants à risque de TND de débiter les interventions précoces à visée préventive dès la période néonatale d'hospitalisation et de les poursuivre lors du retour à domicile afin d'éviter toute rupture de soins. Au sein de la cohorte des enfants COCON, ces soins sont déclenchés dès l'apparition de signes précurseurs de signes d'alerte.

1.2 Constat d'un besoin d'harmonisation du parcours de soins

Le dépistage précoce, notamment au cours des deux premières années de vie, des signes précurseurs des signes d'alerte ainsi que l'accompagnement ultra précoce de ces enfants et leurs familles sont des leviers incontournables d'amélioration de leur qualité de vie et de prévention du sur-handicap.

Dans beaucoup de régions, il existe de nombreux aléas au suivi des nouveau-nés vulnérables. Le taux de perdus de vue à 5 ans est de 30% en moyenne (étude EPIPAGE 2 (6)) :

- Par manque de consultations de proximité, les notions d’ultra-précocité et de pluri professionnalité de la prise en charge nécessitent un travail de fond en matière de formation et de coordination qui doit essaimer au-delà des grands centres urbains afin de fournir la même qualité dans cette prise en charge innovante ;
- Par manque de formation des médecins aux signes précoces de troubles du développement ;
- Par manque de temps médical dédié : consultations trop brèves et temps de coordination inexistant impactant l’orientation des enfants vers du soin précoce ;
- Par manque de support administratif dédié pour rechercher les perdus de vue et relancer les familles.

1.3 Des territoires fortement touchés par toutes les vulnérabilités

Les territoires du Languedoc Roussillon, PACA et Limousin sont parmi les plus touchés par la pauvreté en France. La région Occitanie par exemple compte 1 personne sur 6 vivant sous le seuil de pauvreté et 4 des départements les plus pauvres de France (Aude, Pyrénées-Orientales, Gard et Hérault). Dans la région PACA Ouest, le 3^{ème} arrondissement de Marseille est considéré comme le plus pauvre de France.

Or, la vulnérabilité socioéconomique peut aggraver l’impact de la vulnérabilité clinique de l’enfant. Il est scientifiquement établi que la prématurité, notamment tardive, est fortement liée à la précarité (18,19). Une véritable inégalité sociale de santé naît du cumul de précarité, vulnérabilité, prématurité et incapacité financière pour prendre en charge les soins de ces enfants.

Enfin les parents d’enfants vulnérables ont un besoin accru de soutien et de guidance, dans le soin conjoint. Une enquête de la CNAF en 2016 auprès de 6622 parents montre que plus d’un tiers des parents se dit en difficulté dans leur rôle parental (20).

Dans des programmes coordonnés longitudinalement pour les familles précaires (21,22), les parents rapportent une meilleure communication, plus de soutien émotionnel et une aide pratique pour naviguer dans le système de soins ce qui est particulièrement important pour les familles précaires qui rencontrent souvent des difficultés organisationnelles et évite les ruptures de parcours.

1.4 Une réponse : le parcours Cocon

Le parcours Cocon permet de répondre à ces différentes attentes en s’appuyant sur plusieurs leviers :

- Il est basé sur la plasticité cérébrale qui correspond à la capacité du cerveau à remodeler ses circuits neuronaux en réponse à des sollicitations externes et permet donc une « reprogrammation » du cerveau grâce à des interventions spécifiques et répétées. Les premières années de vie (0-3 ans) correspondent à une fenêtre développementale essentielle pendant laquelle les capacités de l’enfant sont maximales pour récupérer une trajectoire développementale la plus proche possible de l’enfant neurotypique et prévenir les sur-handicaps.
- Il est organisé selon des modalités permettant d’intervenir pendant cette période de plasticité cérébrale maximale :
 - ✓ L’inclusion immédiate, dès la naissance voire un repérage dès l’anténatal, des NNV concernés dans le parcours limitant les risques d’errance et de délai dans la prise en charge ;
 - ✓ Le suivi cadencé, harmonisé, intense (5 consultations spécifiques de suivi et de détection de signes précurseurs des signes d’alertes des TND la première année) jusqu’aux 6 ans révolus de l’enfant par des médecins référents spécifiquement formés (pédiatre, MG) ;

- ✓ Une intervention ultra précoce pour un accompagnement des familles et des soins de soutien du développement dès lors que le suivi met en évidence un ou des signes précurseurs de signal d'alerte ;
- ✓ Une coordination professionnalisée du parcours et des acteurs autour de l'enfant et de sa famille et en articulation avec d'autres parcours si besoin (PCO ; médecin traitant...).
- ✓ Une co-construction du parcours de soin avec les familles qui sont au centre de la prise en charge et de l'accompagnement au sein du parcours.
- Il est bâti sur des prérequis indispensables à son bon déroulé :
 - ✓ La formation spécifique des acteurs d'inclusion, de repérage, de l'accompagnement et du soin ; par les réseaux de périnatalité, dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) ou autres formations spécialisées en accord avec les recommandations HAS (2) (page 22) : « formation des médecins de 1re et 2e ligne au neurodéveloppement et aux outils de suivi du développement habituel de l'enfant ainsi qu'aux signes d'alerte de TND et actualisation de la formation des professionnels de santé concernant le parcours de l'enfant et de sa famille, du repérage au diagnostic, afin de réduire l'écart entre les pratiques recommandées et les pratiques effectivement mises en œuvre, parfois éloignées des référentiels internationaux », en favorisant les « formations interdisciplinaires et interinstitutionnelles » (professionnels de CAMSP, PMI, libéraux).
 - ✓ L'accessibilité territoriale grâce à un maillage du territoire en s'appuyant sur tous les types d'exercice notamment le libéral, mais également les secteurs hospitaliers, médico-social, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les médecins scolaires, les équipes de pédopsychiatrie périnatale...
 - ✓ L'accessibilité financière pour les soins hors droit commun Une stratégie de conduite de projet commune aux 3 réseaux de périnatalité à l'initiative de ce projet : indicateurs épidémiologiques communs et système d'information efficient.

2 Description de l'expérimentation

2.1 Objet de l'expérimentation

Le parcours Cocon met en place un repérage ultra précoce, dès la naissance ou dès la période anténatale si besoin, des NNV à haut risque de développer un handicap ou un sur-handicap. Il permet de prendre en charge et d'orienter le plus tôt possible, si besoin, ces enfants vers la PCO, ou la structure spécialisée (troubles hors TND), en fonction de la situation clinique, tout en assurant un suivi médical spécifique. Pour rappel, la précocité du repérage et de la prise en charge subséquente est un facteur clé d'amélioration du pronostic (PHRC P'tit Mip Annexe 4 (3)).

La prise en charge consiste à mettre en œuvre des soins précoces et de l'accompagnement des familles par des professionnels formés (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues et orthoptistes) en fonction de signes précurseurs afin de corriger au plus tôt (dès la naissance) les déviations développementales en « reprogrammant » le cerveau du NNV dans le but d'éviter un handicap ou un sur-handicap.

Le suivi médical renforcé est prévu sur 7 ans même si l'enfant ne nécessite pas de prise en charge initiale car les signes précurseurs de signes d'alerte tels que définis par les recommandations HAS(2) peuvent apparaître à tout moment sur cette période.

Il se limitera à 5 ans dans le cadre de cette expérimentation.

2.2 Conditions de l'expérimentation

2.2.1 Public cible

Le projet Cocon concerne tous les NNV à haut risque et à risque modéré dont les caractéristiques sont rappelées dans les [recommandations HAS](#) (2).

Durant l'expérimentation, des critères d'inclusion par région ont été prédéfinis afin de maîtriser le nombre d'inclusions. En outre, lors de la révision du cahier des charges de mai 2026, les enfants inclus ont été séparés en deux sous-groupes liés à leur consommation de soin différentes, dont voici les critères :

Critères d'inclusion	Occitanie	Nouvelle-Aquitaine	PACA
Groupe 1			
Prématurité sévère (< 32 SA)	X	X	X
Poids de naissance ≤ 1500g	X	X	X
Chirurgie majeure répétée et prolongée	X	X	X
Cardiopathie congénitales complexes nécessitant une intervention au cours de la première année	X	X	X
Pathologies neurologiques sévères (encéphalopathie stade II et III, hémorragie intraventriculaire stade III et IV, AVC ...)	X	X	X
Autres pathologies néonatales sévères (respiratoire, cardio-vasculaire, rénale ou uro-génitale)	X	X	X
Pathologies infectieuses sévères	X	X	X
Exposition à l'alcool (>5SA) avec signe clinique de foetopathie	X	X	X
Exposition au valproate de sodium	X	X	X
Syndrome transfuseur – transfusé nécessitant traitement par laser ou amniodrainage	X	X	
Jumeau dont l'un est décédé ou autre jumeau inclus COCON	X	X	X
Ictère néonatal sévère (bilirubine > 400 mmol/L)	X	X	X
TND au 1 ^{er} degré	X	X	
Groupe 2			
Prématurité modérée avec facteurs de risques aggravants psycho socio-économiques (< 35 SA)	X	X	X
Prématurité modérée sans facteurs de risques aggravants psycho socio-économiques (< 35 SA)	X		
Prématurité modérée avec RCIU <3e percentile (< 35 SA)	X	X	X
Poids de naissance entre 1500g et 2000g avec facteurs de risques aggravants psycho socio-économiques	X	X	X
Poids de naissance entre 1500g et 2000g sans facteurs de risques aggravants psycho socio-économiques	X		
Poids de naissance entre 1500g et 2000g avec RCIU <3e percentile	X	X	X
Pathologies neurologiques modérées (encéphalopathie stade I, traumatologie crânienne avec lésions cérébrales ...)	X	X	X

Critères d'inclusion	Occitanie	Nouvelle-Aquitaine	PACA
Pathologies infectieuses modérées	X	X	X
Exposition à l'alcool (>5SA) sans signe clinique de fœtopathie	X	X	X
Exposition à 3 substances toxiques licites ou illicites (tabac, drogues, psychotropes ...) ou un seul toxique majeur	X	X	X
Exposition du fœtus à un traitement maternel systémique antinéoplasique	X	X	
Mères hospitalisées en psychiatrie périnatale		X	
RCIU <3e percentile sans critère d'âge gestationnel			X

Les critères d'exclusion du parcours Cocon sont :

- Le refus des parents ;
- Le déménagement en dehors des trois régions concernées par le projet ;
- Les enfants nés entre 35 et 36SA+6 Jours (prématurité tardive) avec ou sans facteurs de risque psycho-sociaux, pour des raisons de volumétrie dans le cadre de l'expérimentation.

2.2.1.1 Effectif concerné et montée en charge

Chacune des 3 régions recense environ 54 à 59 000 naissances par an, soit 177 000 naissances. En se basant sur les chiffres nationaux de naissances des enfants avec facteurs de risques de TND, le projet de suivi coordonné des NNV concernerait environ 7 000 enfants par an pour les 3 régions.

		% des naissances	Nb enfants
≤ 32 SA ou ≤ 1500g	<28SA ou ≤ 1000g	0,40%	706
	28-32 ou 1000-1500g	0,80%	1413
	Anoxo-ischémie	0,15%	265
	Cardiopathies	0,35%	618
	Autres malformations	0,09%	159
	Pathologies neurologiques	0,15%	265
	Alcool	0,15%	265
33SA-34SA 1,55% naissances	33SA-34SA avec FDR	0,09%	159
	33SA-34SA sans FDR	1,46%	2578
	35SA-36SA avec FDR	0,28%	494
	Psychotropes/toxiques	0,28%	494
Total			7417

Cependant, afin de suivre tous ces enfants, les réseaux doivent, soit se créer (pour la Nouvelle Aquitaine), soit se réorganiser pour assurer un nouveau parcours de soins permettant un meilleur repérage des NNV et une meilleure prise en charge. Ainsi, il est proposé d'inclure et de suivre un nombre plus réduit d'enfants en fonction des capacités réelles de suivi de chaque réseau, notamment la disponibilité des professionnels de terrain (médecins, rééducateurs, psychologues) pendant toute la durée de l'expérimentation.

La montée en charge progressive est précisée, par chaque réseau dans ses annexes régionales (voir annexes 5, 6, 7).

Cahier des charges initial

Année inclusion	N1	N2	N3	N4	N5
Réseau					
Indication de suivi					
< 28SA ou ≤ 1000g	405	622	702	702	0
< 33 SA ou ≤ 1500g	916	1315	1495	1495	0
Anoxo-ischémie	110	160	180	180	0
Cardiopathies	171	230	260	260	0
Autres malf congénitales	115	130	140	140	0
Patho neuro	131	175	195	195	0
Alcool	41	70	80	80	0
33SA-34SA+6j avec FDR	230	350	380	380	0
33SA-34SA+6j sans FDR	229	366	366	366	0
35SA-36SA+6j avec FDR	0	0	0	0	0
Psychotropes/toxiques	80	110	130	130	0
Nombre d'enfants inclus	2428	3528	3928	3928	0
Nombre d'enfants suivis(dont 10%PDV à partir de N	2428	5956	9641	13216	12823

Il est donc prévu de suivre **12 823 NNV** pour les 3 régions sur toute la durée de l'expérimentation.

Cahier des charges mai 2026 :

	TOTAL 3 régions					
	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Groupe 1	117	1230	1957	2384	2497	1769
Groupe 2	34	894	1582	2022	1943	1376
Grands prématurés : ≤ 31SA +6j ou ≤1500g	109	927	1255	1490	1556	1110
Prématurés modérés (32-34SA+6) ou PN entre 1500g et 2000g avec ou sans facteurs de risques selon régions	24	732	986	1199	1146	805
Pathologies néonatales sévères (hors pathologies neurologiques)	0	29	68	97	99	70
Pathologies infectieuses sévères	0	16	53	66	67	52
Pathologies neurologiques	6	145	365	450	426	307
Cardiopathies congénitales	1	53	126	157	164	110
Autres malformations congénitales ayant nécessité une chirurgie majeure répétée et prolongée (sauf cardiopathies - malformations cérébrales)	2	87	193	225	233	154
Exposition à l'alcool	0	38	124	157	159	120
Exposition à des toxiques	0	24	65	95	102	72
<i>Critères spécifiques à certaines régions</i>	0	0	0	0	0	0
Mères hospitalisées en psychiatrie périnatale (NA)	0	5	16	26	31	22
TND au 1 ^{er} degré (NA – Occitanie)	0	6	20	46	50	36
RCIU sans critère d'âge gestationnel (PACA)	9	34	221	343	343	241
Autres	0	27	48	56	64	45
Nombre enfants inclus	151	2124	3539	4406	4440	3145
Nombre d'enfants suivis (dont 10% PDV à partir de N2)	151	2275	5814	9993	14079	16661

Il est donc prévu de suivre **16661 NNV** pour les 3 régions sur toute la durée de l'expérimentation.

2.2.2 Entrée dans le parcours et inclusion

Une des forces du parcours Cocon est de pouvoir repérer dès la naissance le NNV en s'appuyant sur le réseau de périnatalité (regroupant et coordonnant les acteurs de l'ante et du post natal).

Dès la période postnatale immédiate, **le NNV est donc inclus dans le parcours sur proposition des professionnels des services de néonatalogie, de maternité, de cardiopédiatrie et de chirurgie néonatale** des 3 régions pour un suivi médical coordonné. Ces professionnels sont des médecins référents des réseaux et donc travaillent conjointement avec les réseaux de périnatalité.

Une fois inclus, le nouveau-né va suivre un parcours pluridisciplinaire et coordonné qui s'articule autour d'un suivi médical renforcé et la mise en place de soins lorsqu'ils sont nécessaires. Les soins sont déclenchés à la suite de l'évaluation clinique lors des consultations médicales (apparition de signes d'appel, précurseurs de signes d'alerte), sur la base de déviation de trajectoire évalués grâce au cahier

de suivi et s'appuient sur la plasticité cérébrale. Dès lors que sa trajectoire développementale reste normale, le NNV bénéficiera d'un suivi médical renforcé seul.

Le parcours peut être présenté aux familles de l'enfant à naître par les équipes médicales et les puéricultrices d'inclusion dès lors qu'un repérage des facteurs de vulnérabilité a été réalisé en collaboration avec les équipes de néonatalogie, d'addictologie, de psychiatrie périnatale et de gynéco-obstétrique.

2.2.2.1 Le suivi médical renforcé

Le suivi médical renforcé a pour objectif de pouvoir détecter le plus précocement possible l'apparition d'un signe d'appel précurseur d'un signe d'alerte, marqueur d'une déviation dans la trajectoire développementale, et de pouvoir mettre en place les interventions précoces de soutien au développement de l'enfant en vue de corriger le plus rapidement possible cette déviation en s'appuyant sur la plasticité cérébrale de l'enfant.

Le suivi médical renforcé repose sur des formulaires de suivi extrêmement détaillés, harmonisés entre les 3 réseaux et intégrés aux systèmes d'information régionaux pour un remplissage en ligne à chaque consultation du parcours COCON (versions papier disponibles en annexe 9). Ces formulaires reposent sur un socle commun partagé entre les régions, avec quelques adaptations mineures liées notamment aux contraintes propres à chaque SI. Leur conception et leur adaptation au parcours COCON ont été réalisées par un comité réunissant une dizaine de pédiatres experts des RSEV des trois régions.

En l'absence d'outil spécifique exhaustif disponible, ces supports ont été élaborés à partir des grilles de repérage des signes d'alerte de troubles du neurodéveloppement (TND) définis par l'HAS aidant à l'orientation de ces enfants vers les PCO. Toutefois, afin d'améliorer la sensibilité du repérage précoce et d'identifier les signes de déviation de la trajectoire développementale en vue d'une orientation vers un accompagnement précoce, en particulier chez les enfants les plus vulnérables, ces formulaires intègrent également des signes plus fins. Ces derniers ont été colligés par le comité de manière la plus exhaustive possible à partir des grilles disponibles sur le développement normal et anormal à des âges clés notamment publiés dans l'argumentaire de la HAS (13)(p.66 et 195). D'autres références internationales reconnues dans le champ du développement neurologique précoce ont également été utilisés lors de la conception de ces formulaires(23–25). Parmi ces références figure notamment l'ouvrage d'Amiel-Tison, *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans*(26), largement reconnu comme une référence en neurologie du développement pédiatrique, qui décrit des critères cliniques standardisés et des éléments d'observation précis du développement neurologique de l'enfant selon l'âge.

Ces cahiers ont également été construits à partir d'outils standardisés validés (HINE, General Movements, GMFCS, Éval-Mater, etc.) ainsi que d'auto-questionnaires (ASQ, M-CHAT, etc.), recommandés dans les référentiels internationaux et cités dans l'argumentaire scientifique des recommandations de la HAS (13) (p. 88). Le recours à ces sources complémentaires a permis d'intégrer les données les plus récentes de la littérature scientifique internationale ainsi que des outils cliniques largement validés et utilisés dans le suivi développemental des enfants à risque.

L'un des atouts majeurs de ces cahiers réside dans la précision et l'exhaustivité des informations qu'ils proposent : en détaillant de manière fine les différentes dimensions du développement de l'enfant, ils constituent également un support d'aide à la pratique clinique et contribuent au renforcement des compétences des médecins utilisateurs dans l'évaluation du développement précoce.

Le remplissage de ces formulaires, à chaque consultation du parcours, selon des âges clés prédéfinis, permet de :

- définir le plan de soins de l'enfant dans le cadre du projet Cocon ;
- ou d'orienter vers la PCO si un signe d'alerte de TND est avéré ;
- ou d'orienter vers une structure spécialisée lorsque le trouble constaté n'entre pas dans le champ des TND (ex : paralysies cérébrales).

Cette orientation se fait en multidisciplinarité grâce à des réunions de concertation multidisciplinaire.

I. Déroulé de la consultation et durée

Jusqu'à l'âge de 3 ans, la durée des consultations de suivi cocon est d'environ 45 minutes à 1 heure.

Lors de cette consultation, le médecin fera le point sur différents champs du développement de l'enfant :

- Le comportement de l'enfant à domicile : ses interactions, la qualité de son sommeil avec recherche d'exposition aux écrans et de son alimentation, avec un focus particulier sur des troubles éventuels de l'oralité ;
- Les difficultés rencontrées par les parents vis à vis de leur enfant, leurs ressources ;
- Les troubles sensoriels : dépistage des troubles visuels et auditifs ;
- Les capacités d'interactions de l'enfant.
- Le repérage précoce des signes autistiques grâce au questionnaire parental M-CHAT dès 18 mois ;
- Le langage ;
- Sa capacité à se réguler, sur le plan émotionnel et tonico-postural ;
- Sa motricité fine et la richesse de l'exploration des objets et de son environnement ;
- Son examen neurologique détaillé ;
- Son examen somatique global
- Sa motricité globale et sa coordination,
- Sa mémoire de travail,
- L'observation du comportement spontané et en réponse,
- Ses apprentissages scolaires.

Dès les premiers mois de vie, le médecin cherche à repérer les capacités d'attention et d'interaction ; la richesse des vocalises ; la fluidité de la motricité de l'enfant basée sur l'analyse des mouvements généraux selon les recommandations de l'HAS ainsi que ses capacités à se réguler et se lover dans les bras ou l'irritabilité tactile aux différentes textures.

À titre d'exemple, à l'âge de 6 mois, dans sa motricité globale, le médecin regarde si l'enfant tient assis en tripode, mais également s'il attrape ses pieds, se retourne du dos sur le ventre avec fluidité ou à l'inverse avec raideur en poussant trop sur ses pieds.

Au-delà de chercher si l'enfant saisit l'objet tenu à distance et utilise une main ou l'autre sans préférence selon les critères d'orientation PCO, le médecin cherche également à voir comment l'enfant explore cet objet : est-ce qu'il le regarde avant de le porter à la bouche, l'explore en tournant son poignet, est-ce qu'il le secoue avec intention ?

En plus du sourire réponse et de solliciter le regard de l'autre, le médecin cherche également à savoir si les vocalises sont riches et variées, si l'enfant interpelle l'adulte, peut relancer l'interaction et sait se faire comprendre. Il repère également des signes d'alerte comme le fait que l'enfant s'intéresse d'avantage aux objets et à la lumière qu'aux personnes.

De 4 à 7 ans, les consultations de suivi Cocon sont plus longues d'environ 1h30 ou sur 2 créneaux de 45 minutes car les apprentissages sont également évalués grâce à des tests normés : capacités d'attention et de mémorisation de l'enfant ; richesse du langage oral puis écrit ; graphisme ; orientation visuo-spatiale ; abstraction ; compréhension de situations complexes ; calcul...

II. Rythme de suivi médical

Le calendrier des consultations de suivi du nouveau-né vulnérable s'adapte au mieux au calendrier de suivi de tout enfant selon les recommandations et sera dépendant de son histoire périnatale.

Ces recommandations préconisent que tout enfant doit être vu en consultation : dans les 8 jours suivant la naissance, au cours de la 2^e semaine de vie ; à 1 mois puis une fois par mois jusqu'à l'âge de 6 mois ; 9 mois ; 11 mois ; 12 mois ; 18 mois ; 2 ans puis au moins une fois par an jusqu'à 5^{ème} année, soit 16 consultations entre la première année et la 5^{ème} année.

Les consultations correspondant à la sortie de la maternité ou de la néonatalogie (inclusion), à l'âge corrigé de 3 mois, 6 mois ; 9 mois, 1 an ; 18 mois puis une fois par an jusqu'à la 5^{ème} année seront remplacées par le suivi médical renforcé Cocon, soit 5 consultations la première année puis 2 consultations la deuxième année, puis une par an à partir de deux ans pour tous les enfants. Ceci correspond au socle moyen, le nombre de consultations sera adapté au besoin de l'enfant (notamment pour renforcer son suivi, en parallèle des soins, en cas de signes précurseurs ou de troubles avérés) :

- À l'âge d'un mois après sa sortie d'hospitalisation pour 30% d'entre eux¹ lors de situations néonatales particulièrement complexes ;
- Ou pour un enfant de plus de 2 ans (une par an) pour 50% d'entre eux², quand des signes précurseurs ont été repérés afin de s'assurer de sa bonne évolution.

Les autres consultations de suivi prévues dans le parcours classique de l'enfant seront réalisées dans le cadre du droit commun par le médecin traitant de l'enfant (généraliste ou pédiatre) ou par le médecin de PMI en coordination avec le médecin référent Cocon s'ils sont différents. En effet, dans un certain nombre de situations, sous réserve de formations, le médecin traitant (généraliste ou pédiatre) peut être le médecin référent Cocon et réalisera l'ensemble des consultations (Cocon et droit commun).

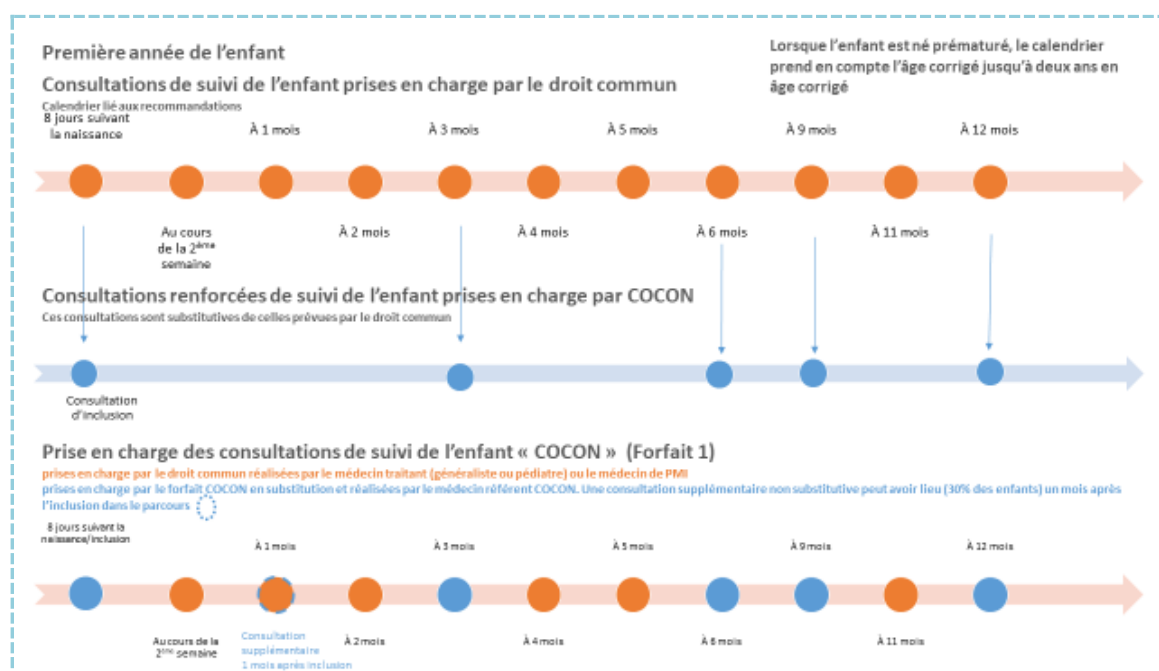
¹ Estimation du besoin

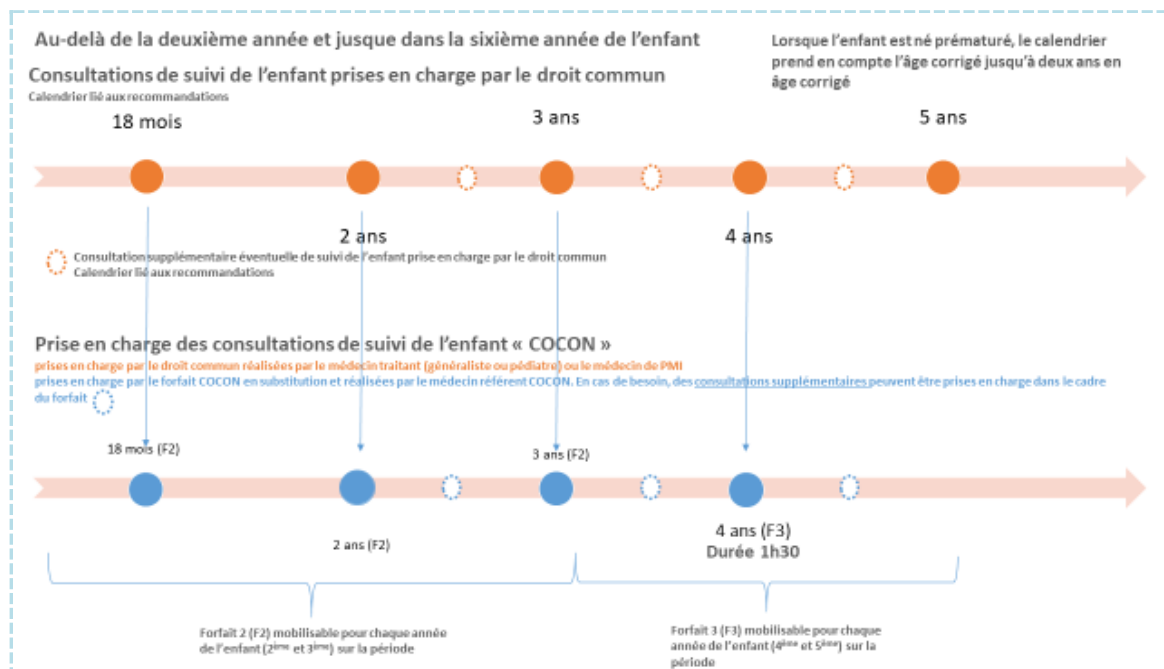
² Estimation du besoin

Si les consultations classiques coïncident avec celles proposées dans le cadre de COCON, il est important de souligner que les consultations COCON ne s'ajoutent pas aux consultations de droit commun mais s'y substituent. Cette logique de substitution permet d'éviter toute redondance dans la prise en charge et garantit l'absence de double facturation pour un même acte ou suivi.

Toutefois, les consultations de suivi visant à dépister d'éventuelles déviations de la trajectoire neurodéveloppementale doivent être réalisées en âge corrigé, correspondant à l'âge qu'aurait l'enfant s'il était né à terme. Ainsi, en cas de naissance prématurée, les dates de réalisation de ces consultations peuvent ne pas pouvoir coïncider avec les consultations obligatoires du suivi de droit commun, lesquelles sont organisées selon l'âge réel de l'enfant.

Néanmoins, le calendrier actuel des consultations du droit commun (un examen tous les mois jusqu'à 6 mois, puis un examen entre 8 et 10 mois, 1 examen à 11 mois, 2 examens entre 13 et 18 mois) permet que, même en cas de prématurité, la majorité des consultations COCON des 2 premières années peuvent coïncider avec celles du droit commun.





III. Les médecins impliqués

Les consultations sont réalisées par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine générale à condition d'être formé par le réseau au suivi de l'enfant vulnérable. Une liste de ces médecins est proposée aux parents afin de respecter leur libre choix. Au vu des organisations territoriales, ce suivi est réalisé dans environ **7%** des cas par les pédiatres des CAMSP.

L'obligation de formation continue est formalisée grâce à une charte signée par les médecins référents.

2.2.2.2 Les interventions précoces (accompagnement et soins de soutien du développement)

Les interventions précoces sont centrées sur l'enfant et sa famille. Elles permettent d'accompagner les parents dans l'apprentissage des étapes du développement de leur enfant, de favoriser les liens d'attachement parents-enfant, de reconnaître et appréhender leur stress (y compris post traumatique : réanimation néonatale, prématurité, difficultés d'adaptation à la vie extra utérine...). Elles permettent aussi de soutenir l'enfant dans son développement sensori-moteur et cognitif.

Parmi tous les enfants suivis dans le cadre du projet Cocon, on estimait initialement que le nombre d'enfants qui auraient besoin d'une intervention précoce du fait du besoin de guidance familiale et de la déviation de la trajectoire développementale (avant tout diagnostic) serait de 30% mais la mise en place du parcours depuis 3 ans a permis de réévaluer ce taux à 50%.

En fonction des signes précurseurs détectés, le médecin met en place un projet de soin individualisé est coconstruit avec la famille autour des besoins ciblés et spécifiques de ce nouveau-né vulnérable et de ses parents permettant de mobiliser des soins rééducatifs en kinésithérapie, en psychomotricité, en ergothérapie, en orthophonie, en orthoptie et un suivi psychologique. Le financement de ce panier est en partie dérogatoire (notamment pour les PS non conventionnés) et substitutif du droit commun (voir§2.2.5).

Un bilan supplémentaire (psychomotricité et/ou kinésithérapie et/ou orthophonie et/ou ergothérapie), inclus dans le forfait de soins, pourra être réalisé pour juger de l'évolution de l'enfant. Une consultation

médicale de contrôle ainsi qu'une **réunion de coordination pluridisciplinaire** (RCP), à laquelle sera convié le médecin coordonnateur de la PCO seront organisées pour évaluer le projet de soins, si nécessaire. À la suite de cette réunion, il peut être décidé :

- D'arrêter la prise en charge (trajectoire neurodéveloppementale rétablie)
- De poursuivre avec des séances supplémentaires (1 seul renouvellement possible)
- D'orienter l'enfant vers :
 - ✓ Une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) si des signes d'alerte sont apparus ;
 - ✓ Le CAMSP (paralysie cérébrale, troubles majeurs...) ;
 - ✓ Les réseaux de psychiatrie de pédopsychiatrie et CMP.

La prise en charge ultra-précoce et pluridisciplinaire permet d'améliorer le devenir neurologique et de limiter la survenue de signes d'alerte.

Le réseau aide le médecin si besoin à l'orientation et fournit une liste de professionnels, spécifiquement formés à l'accompagnement des parents et de l'enfant dans le cadre d'une intervention précoce et préventive (prévention secondaire ...), à proximité du domicile familial. Le territoire est maillé de plus en plus finement par des professionnels formés selon les mêmes outils/protocoles/recommandations. Ces professionnels (médecins, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, **orthoptiste**) exercent dans différents secteurs d'activité : libéral, structures de soins, PMI, Education Nationale. Ils ont conventionné avec le réseau de suivi des enfants vulnérables et avec les PCO de leur territoire.

2.2.3 La coordination des acteurs

Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge nécessite du temps de coordination pour que les professionnels impliqués puissent échanger et pour organiser le parcours de soin le plus bénéfique pour l'enfant et sa famille.

Des réunions de coordination pluridisciplinaires seront mises en place pour les enfants :

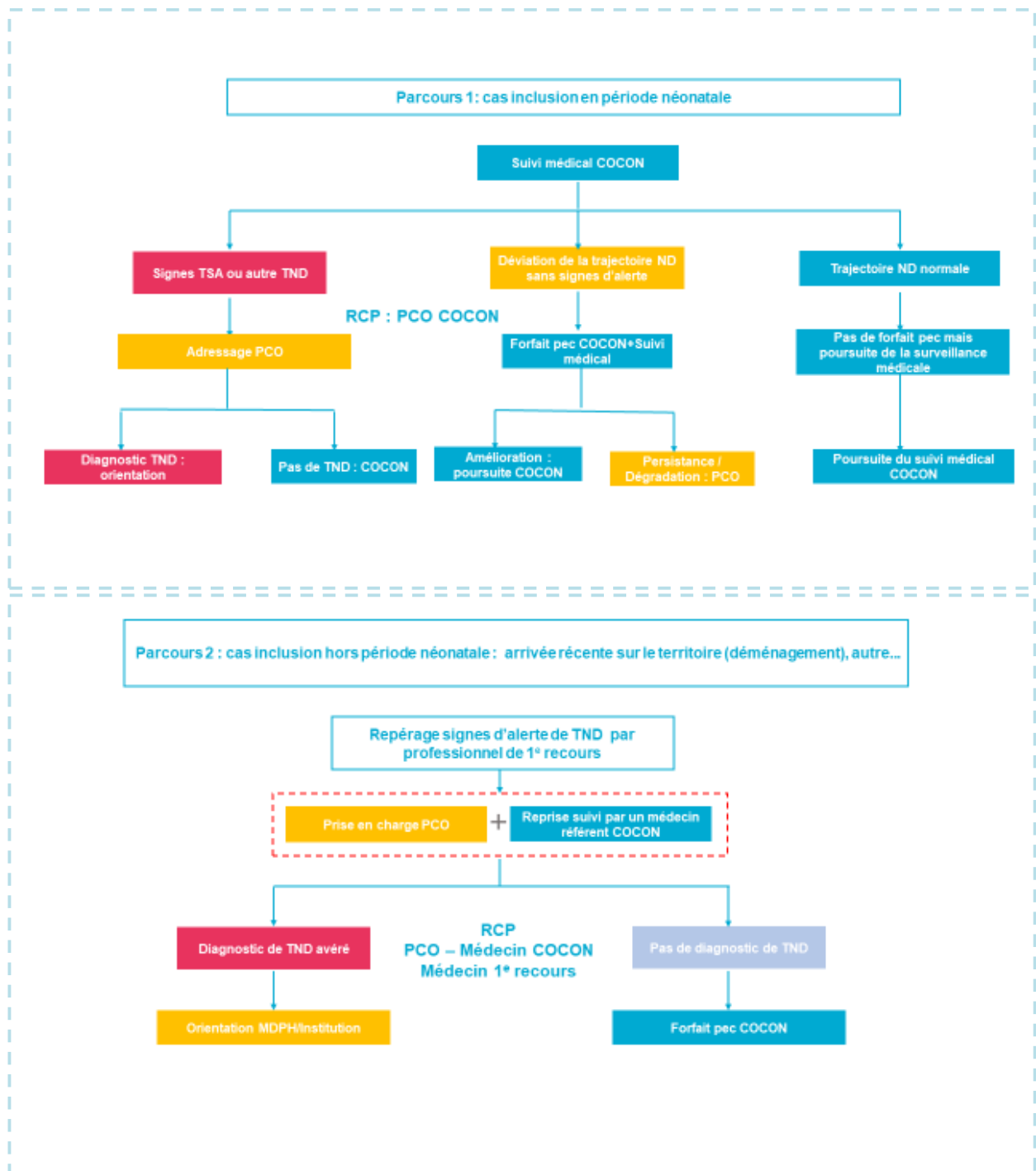
- Bénéficiant d'une prise en charge pluridisciplinaire (au moins 2 soins différents) **ou**,
- Bénéficiant d'un nombre de séances de soins important (plus de 40) **ou**,
- Connaissant une situation complexe (médicale ou sociale) **ou** nécessitant une orientation **ou**,
- Pour lesquels un professionnel réalise une demande de RCP.

La coordination et le suivi au travers du cahier de suivi partagé entre les différents professionnels intervenant dans le parcours de soins de l'enfant permettront de limiter les pertes de vue et d'articuler la prise en charge à des moments clés avec d'autres opérateurs (PCO, **CAMSP**, parcours des troubles des apprentissages...).

L'organisation et la structuration des liens entre professionnels intervenant dans le parcours Cocon et les différents acteurs de la petite enfance dont la PCO seront déclinées selon les spécificités territoriales (cf. annexes régionales).

2.2.3.1 Une articulation très fine entre Cocon et les PCO

La participation du médecin coordonnateur de la PCO aux RCP permettra une fluidification des parcours et une réduction des délais de prise en charge en cas d'orientation de l'enfant bénéficiant d'un suivi Cocon vers la PCO.



L'articulation entre le projet et les PCO est formalisée sous forme de convention signée entre les PCO et les réseaux de suivi de l'enfant vulnérable porteurs du projet Cocon et portera sur les items suivants :

- La participation des médecins référents au COPIL et RCP de la PCO et vice versa.
- Le partage d'annuaires de professionnels paramédicaux qui ont conventionné avec Cocon et avec les PCO.
- L'organisation de formations communes.
- Le partage d'information sur les missions respectives du réseau et de la PCO au sein de chaque territoire.
- L'organisation commune du parcours de soin le plus adapté à l'enfant et à sa famille
- L'adressage, par les médecins référents, des enfants présentant des signes de TND vers la PCO (estimé entre 10 à 20%).
- Le ré-adressage des enfants vulnérables vers le suivi médical Cocon si besoin.

- Organisation quand cela est possible et nécessaire de commissions d'admission à la PCO spécifiques aux enfants cocon.

2.2.4 La formation des acteurs et harmonisation des pratiques

La formation est un point essentiel du projet. Tous les professionnels impliqués seront référents du neurodéveloppement de l'enfant, soit du fait de leur formation initiale ou continue soit grâce aux formations proposées par les réseaux en lien avec des organismes habilités à dispenser des actions de formation pouvant être labellisées DPC, référencé au Datadoc et certifié Qualiopi pour pouvoir participer au projet Cocon.

Pour les médecins, elle va porter sur, d'une part la formation aux outils communs de suivi et d'évaluation (Mouvements Généraux, Sensory baby test, ERTL4, EVAL MATER, EDA, BMTa, ASQ, CBCL, SDQ, ADBB...) et d'autre part au suivi d'un NNV et plus particulièrement, à la trajectoire développementale avec la détection des signes précurseurs de déviation. Elle comportera un volet sur l'accompagnement de la famille et la guidance parentale dont les programmes sont conformes à l'annexe de l'arrêté du 10 mars 2021 relatif à la définition de l'expertise spécifique des psychologues mentionnée à l'article R.2135-2 du code de la santé publique et ayant démontré leur efficacité (consensus international).

Pour les autres professionnels (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), elle va porter sur la prise en charge des tout-petits et sur le travail en pluridisciplinarité.

Elle va conduire à une harmonisation des pratiques sur les régions puisque tous les intervenants auront été formés par leur réseau de périnatalité (signature d'une charte en prérequis), en lien avec les PCO. Les outils de consultation et de formation sont communs et mettent en œuvre les recommandations HAS.

2.2.5 Les professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

- **Médecins référents du réseau de suivi des NNV** : ces médecins (pédiatre ou généraliste) peuvent exercer dans le secteur libéral ou public (centre hospitalier, centre d'action médicosociale précoce, protection maternelle et infantile). Ils ont reçu une formation spécifique au suivi du NNV et ont signé la charte médecin du réseau, ils assurent le suivi de 0 à 6 ans révolus de ces NNV, ils repèrent les signes d'appel et posent l'indication d'une prise en charge dans le cadre du parcours de soins coordonné, ils **participent** aux réunions pluridisciplinaires autour de l'enfant inclus dans le parcours de soin.
- **Médecin traitant** : les médecins traitants sont systématiquement intégrés au suivi de l'enfant. Ils sont invités aux RCP le concernant. S'ils sont formés, ils peuvent être le médecin référent du réseau tout particulièrement pour la prématurité modérée. Ses consultations de suivi habituel ne sont pas financées sur le parcours Cocon. Seules, les consultations de suivi Cocon dans le cas où il est également médecin référent du parcours, sont financées dans le cadre de ce parcours.
- **Les équipes de psychiatrie périnatale et d'addictologie participent** à la prise en charge de l'enfant et de ses parents en cas de troubles parentaux ou des interactions précoces.
- **Médecins scolaires** : ces médecins, réalisant déjà les bilans des enfants de 6 ans en population générale repérés par les professeurs, pourront être sollicités de façon plus spécifique par les réseaux pour les NNV. Ils peuvent aussi être sollicités lors de l'entrée en maternelle par exemple pour des aménagements spécifiques.
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : ce sont des professionnels formés au dépistage et à la prise en

charge des troubles moteurs que peuvent présenter les NNV. Ces masseurs kinésithérapeutes sont connus du réseau comme ayant une compétence dans ce domaine car ils ont suivi obligatoirement une formation longue de type D.U. ou une formation spécifique Cocon qui les spécialisent notamment pour la prise en charge de l'enfant de moins de deux ans requérant une formation très spécialisée. Ils ont signé la charte du réseau. La kinésithérapie neuromotrice est prescrite par le médecin référent de l'enfant ; elle fait partie, comme les autres prises en charge, du parcours de soins coordonnés. Les séances de kinésithérapie liées à la prise en charge spécifique Cocon sont incluses dans le forfait soins Cocon. Le ou la kinésithérapeute s'engage à une prise en soins individualisée, assiste aux réunions de coordination autour de son patient.

- **Psychomotriciens** : ce sont des professionnels spécifiquement (DU/ formations validantes) formés au dépistage et à la prise en charge des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, de la coordination œil/main/bouche, des défauts d'ajustement postural, de trouble de la communication corporelle et vocale que peuvent présenter les NNV. Ces professionnels sont formés à l'évaluation du développement des enfants selon des outils standardisés et validés. Ces psychomotriciens sont connus du réseau comme ayant une compétence dans ce domaine. Ils ont signé la charte du réseau. La prise en charge en psychomotricité est prescrite par le médecin référent de l'enfant ; elle fait partie, comme les autres prises en charges, du parcours de soins coordonnés. Son financement rentre dans le cadre de l'article 51. Le ou la psychomotricien(ne) assiste aux réunions de coordination concernant ses patients.
- **Psychologues** : ce sont des professionnels (DU/ formations validantes), formés au dépistage et à la prise en charge des processus psychopathologiques de la périnatalité : vécu traumatique de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate (séparation mère/enfant, trouble de l'attachement mère/enfant, dépression maternelle, dépression du nourrisson). Ces psychologues sont également formés à l'évaluation psychométrique du développement de ces enfants selon des outils validés. Ces psychologues sont connus du réseau comme ayant une compétence dans ce domaine. Ils ont signé la charte du réseau et s'engagent à respecter les bonnes pratiques professionnelles. Le suivi psychologique de l'enfant et de sa famille est prescrit par le médecin référent de l'enfant ; il fait partie, comme les autres prises en charges, du parcours de soins coordonnés. Son financement rentre dans le cadre de l'article 51. Le ou la psychologue assiste aux réunions de coordination autour de son patient.
- **Ergothérapeutes** : ce sont des professionnels (DU/ formations spécifiques) formés au dépistage et à la prise en charge des troubles des habiletés motrices, sensorielles, perceptuelles et cognitives que peuvent présenter certains NNV, les limitant dans leur vie sociale. Ces professionnels sont formés à l'évaluation du développement des enfants selon des outils standardisés et validés. Ces ergothérapeutes sont connus du réseau comme ayant une compétence dans ce domaine. Ils ont signé la charte du réseau. La prise en charge en ergothérapie est prescrite par le médecin référent de l'enfant ; elle fait partie, comme les autres prises en charges, du parcours de soins coordonnés. Son financement rentre dans le cadre de l'article 51. L'ergothérapeute assiste aux réunions de coordination autour de son patient.
- **Orthophonistes** : ce sont des professionnels formés au dépistage et à la prise en charge des troubles de l'oralité ainsi qu'aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages que peuvent présenter les NNV. Ces orthophonistes sont connus du réseau comme ayant une compétence dans ce domaine. Ils ont signé la charte du réseau. La prise en charge en orthophonie est prescrite par le médecin référent de l'enfant ; elle fait partie, comme les autres prises en charges, du parcours de soins coordonnés. Son financement substitutif du droit commun entre dans le forfait de soin Cocon. L'orthophoniste assiste aux réunions de coordination autour de son patient.
- **Orthoptistes** : ce sont des professionnels formés au dépistage neuro-visuel et à la prise en charge des troubles visuels. La prise en charge en orthoptie est prescrite par le médecin référent de

l'enfant ; elle fait partie, comme les autres prises en charges, du parcours de soins coordonnés. Son financement (substitutif) rentre dans le cadre de l'article 51. Ces professionnels seront également formés aux spécificités du nouveau-né vulnérable par une formation courte.

- ❑ **Professionnels participant au repérage et aidant à l'inclusion des enfants** : professionnels de maternité (puéricultrices, psychologues, sages-femmes, gynéco-obstétricien et pédiatres), addictologie et psychiatrie périnatale, cardiopédiatres, chirurgiens pédiatriques, pneumopédiatres, neuropédiatres.
- ❑ **Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).**
- ❑ **Structures de soins** : CAMSP, CSMI, CMPEA, CMPP, CMP, SESSAD, CATTP, SSR pédiatrique.

2.2.6 Terrain d'expérimentation

Le projet Cocon concerne les trois régions Nouvelle Aquitaine, Occitanie et PACA.

Le parcours de soin s'appuie sur les professionnels déjà formés en région. La région PACA et l'Occitanie ont déjà développé un réseau de médecins et de rééducateurs formés au suivi, à la coordination des soins et à la prise en charge précoce de l'enfant. Le déploiement du projet peut démarrer dans ces deux régions. En Nouvelle Aquitaine, la phase préparatoire est évaluée à 1 an et nécessite le repérage et la formation des professionnels compétents, déjà impliqués par ailleurs dans le repérage et la prise en charge de ces NNV.

Ajout cahier des charges mai 2026

En région PACA, le parcours COCON s'articule, pour les enfants nés dans les six arrondissements de Marseille dont l'indice de défavorisation sociale est le plus élevé, avec un dispositif hors cocon, l'Equipe mobile mise en place par l'AP-HM, qui propose outre les consultations de suivi sur un modèle COCON, des visites à domicile des orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue et psychomotricienne de l'équipe entre 0 et 1 an.

Les enfants inclus dans l'Equipe mobile rejoignent COCON à la deuxième année de l'enfant. Le suivi et les soins des enfants équipe mobile ne sont pas financés dans le cadre de l'expérimentation COCON mais par un financement FIR accordé par l'ARS PACA à l'AP-HM durant leur première année de vie, ils débloquent donc directement un forfait de suivi 2 à la première consultation de leur deuxième année de vie.

2.2.7 Durée de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation est fixée à 5 ans. Une montée en charge différenciée par région est prévue (cf. annexes régionales).

Chaque réseau de périnatalité des 3 régions sera en mesure de piloter et coordonner le déploiement du projet.

Le planning prévisionnel est présenté, par chaque réseau, dans ses annexes régionales (voir annexes 5, 6, 7).

2.3 Financement de l'expérimentation

2.3.1 **Modèle de financement : un financement forfaitaire pour le suivi médical renforcé et les soins réalisés**

Le modèle de financement repose sur le financement de forfaits annuels de suivi et de paniers de prestations décrits ci-dessous.

2.3.2 **Modalités de calcul des forfaits (cahier des charges initial et modifications en mai 2026)**

Le modèle de financement repose sur 8 forfaits :

- Les **forfaits annuels de suivi médical (MG ou pédiatre)** calibrés sur un nombre moyen de consultations dépendant de la tranche d'âge concernée :
 - 0-12 mois (485€/an/enfant). Il est déclenché lors de l'inclusion et couvre le suivi de la première année de l'enfant et s'arrête à la date anniversaire des un an de l'enfant plus 100 jours.
 - Durant la deuxième année et la troisième année (153€/an/enfant). Déclenché lors de la première consultation de l'année de l'enfant (2^{ème} ou 3^{ème}), il couvre l'année de l'enfant et s'arrête à la date anniversaire de l'enfant (2 ans ou 3 ans) plus 100 jours.
 - Durant la quatrième et cinquième année de l'enfant (138€/an/enfant) : Déclenché lors de la première consultation de l'année (4^{ème} ou 5^{ème}) de l'enfant, il couvre l'année de l'enfant et s'arrête à la date anniversaire de l'enfant (4 ans ou 5 ans) plus 100 jours.

Ils intègrent un temps de RCP moyen, de la coordination, des frais de fonctionnement. Les enfants (estimés à 15%) dont le suivi médical est assuré par un CAMSP ne pourront pas bénéficier de forfaits de suivi médical.

Modification mai 2026 : Les enfants (estimés à 7%) dont le suivi médical est assuré par un CAMSP ne pourront pas bénéficier de forfaits de suivi médical car celui-ci est déjà couvert par le droit commun. Ils restent inclus dans cocon et peuvent bénéficier de forfaits de soin en cas de besoin détecté lors du suivi médical

- Les **forfaits annuels de soins** calibrés par rapport à un panier de soins moyens dépendant de la tranche d'âge concernée : 0-2 ans et 3-5 ans et intégrant de la coordination.

Les forfaits de soin donnent droit à un financement de soins, lesquels seront définis en fonction des besoins de chaque enfant. Ils couvrent une année et sont substitutifs des soins pris en charge dans le droit commun. L'évaluation permettra de mesurer si le forfait est bien calibré en fonction du recours aux soins par enfant et si une autre modélisation n'est pas plus adaptée. Un point d'étape après 12 mois de démarrage effectif de l'expérimentation sera effectué concernant la forfaitisation pour vérifier que le calibrage ne conduit pas à des dysfonctionnements majeurs.

- Forfait de soins 0-2 ans (2009€/an/enfant) : Il est déclenché sur prescription du médecin référent Cocon et est mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des deux ans de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré ;
 - Forfait de soins 3-5 ans (1669€/an/enfant) : il est déclenché sur prescription du médecin référent Cocon et est mobilisable une fois à partir de la date anniversaire des 2 ans de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré jusqu'à la date anniversaire des 5 ans.
- Des **forfaits annuels de renouvellement de soins** calibrés par rapport à un panier de soins moyens dépendant de la tranche d'âge concernée : 0-2 ans et 3-5 ans. Ces forfaits ne peuvent être prescrits qu'une fois, en renouvellement d'un forfait de soin.

Le renouvellement donne droit à un financement de soins, lesquels seront définis en fonction des besoins de chaque enfant.

Ils sont substitutifs des soins pris en charge dans le droit commun et couvrent une année.

- 0-2 ans (609€/an/enfant) : le forfait est déclenché sur prescription du médecin référent consécutivement à un forfait soins 0-2 ans et est mobilisable jusqu'à la date anniversaire des deux ans de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré ;
- 3-5 ans (562€/an/enfant) : le forfait est déclenché sur prescription du médecin référent consécutivement à un forfait soins 3-5 ans et est mobilisable jusqu'à la date anniversaire des cinq ans de l'enfant.

L'évaluation permettra d'évaluer si le forfait est bien calibré en fonction du recours aux soins par enfant et si une autre modélisation n'est pas plus adaptée. Un point d'étape après 12 mois de démarrage effectif de l'expérimentation sera effectué concernant la forfaitisation.

- Un bilan neuropsychologique (300€/enfant) comprenant un WPPSI IV après 5 ans, moment clé du développement de l'enfant permettant d'étudier les compétences cognitives, est prévu pour tous les enfants inclus la première année, ayant soit bénéficié d'un forfait de soin, soit présentant une prématurité correspondant à moins de 28 SA. Ce bilan permettra d'objectiver le devenir de ces enfants et de pouvoir le comparer à des données issues d'[EPIPAGE II](#) (BMJ 2021).

Modification mai 2026 (ajustement par rapport à publication EPIPAGE 2) : Un bilan neuropsychologique (300€/enfant) comprenant un WPPSI IV après 5 ans.

La coordination a été répartie dans les forfaits en fonction de son rôle dans le parcours.

Le modèle est issu de l'expérience des porteurs dans le suivi médical des NNV et de l'expérience Occitane dans le soin précoce, qui ont permis le calibrage précisé. Le détail des calculs des forfaits se trouve en annexe 3.

Récapitulatif des forfaits	Montant par enfant	Durée de la prise en charge couverte par le forfait
Forfait 1 : suivi médical entre 0-12 mois	485€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 2 : suivi médical après 12 mois jusqu'à 3 ans	153€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 3 : suivi médical quatrième année et cinquième année	138€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 4 : panier de soins 0-2 ans	2009€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des deux de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré
Forfait 4 bis : renouvellement panier de soins 0-2 ans	609€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des deux ans de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré
Forfait 5 : panier de soins 3-5 ans	1669€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des cinq ans de l'enfant
Forfait 5 bis : renouvellement panier de soins 3-5 ans	562€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des cinq ans de l'enfant
Forfait 5 ter : bilan neuropsych à 5 ans	300€	Une fois entre 4 et 5 ans de l'enfant (cf. modalités ci-dessus)

Modifications mai 2026 :

Le modèle a été revu au regard des premiers constats de l'expérimentation et de l'expérience des porteurs dans le suivi médical des NNV. Le détail des calculs des nouveaux forfaits se trouve en annexe 3.

Certains montants de forfaits sont revus sans modifications des modalités de prescription et de déclenchement sauf si cela est spécifié. Les nouveaux montants sont appliqués par le porteur depuis le 1^{er} février 2026 à sa demande ce qui permet de ne pas générer de nouveaux excédents entre la révision de ce cahier des charges et sa publication.

- Le montant du forfait de suivi 0-12 mois est modifié à 407€/an/enfant pour tenir compte de la réalisation de 4 consultations en moyenne sur les 5,3 proposées ;
- Le montant du forfait moyen de soins 0-2 ans est modifié pour prendre en compte la réalité des pratiques de soins et des coûts moyens en deux forfaits reflétant les deux sous-groupes de population identifiés soit 1657€/an/enfant pour le groupe 1 et 1357€/an/enfant pour le groupe 2 ; la facturation du forfait ne peut se faire qu'au moment du déclenchement des soins ;

- Le montant du forfait de soins 3-5 ans est modifié pour prendre en compte les écarts constatés sur la cohorte 0-2 ans soit 1384€/an/enfant pour le groupe 1 et 1141€/an/enfant pour le groupe 2 ;
Le groupe 1 et le groupe 2 sont définis au 2.2.1 Public cible.

Récapitulatif des forfaits applicables au 1 ^{er} février 2026	Montant par enfant	Durée de la prise en charge couverte par le forfait
Forfait 1 : suivi médical entre 0-12 mois	407€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 2 : suivi médical après 12 mois jusqu'à 3 ans	153€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 3 : suivi médical quatrième année et cinquième année	138€	Annuelle (cf. conditions précises ci-dessus)
Forfait 4 : panier de soins 0-2 ans Groupe 1 Groupe 2	1657€ 1357€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des deux de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré
Forfait 4 bis : renouvellement panier de soins 0-2 ans	609€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des deux ans de l'enfant, en âge corrigé lorsqu'il est né prématuré
Forfait 5 : panier de soins 3-5 ans Groupe 1 Groupe 2	1384€ 1141€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des cinq ans de l'enfant
Forfait 5 bis : renouvellement panier de soins 3-5 ans	562€	Annuelle, mobilisable une fois jusqu'à la date anniversaire des cinq ans de l'enfant
Forfait 5 ter : bilan neuropsych à 5 ans	300€	À partir des 5 ans de l'enfant (cf. modalités ci-dessus)

2.3.3 Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie

Des crédits d'ingénierie financés sur le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) sont prévus pour permettre la coordination interrégionale du projet, nécessaire pour assurer l'articulation avec le déploiement des dispositifs nationaux, notamment les plateformes de coordination et d'orientation TND. Le financement d'un ETP à hauteur de 0,2 par an et par région est prévu pour la coordination interrégionale du projet.

Des crédits d'amorçage et d'ingénierie financés sur le Fonds d'intervention régional sont prévus pour chaque région (cf. annexes régionales).

2.3.4 Besoin de financement prévisionnel

Cahier des charges initial

Le financement de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est demandé pour un montant total maximum de 26 541 955€.

Ces montants, non fongibles entre eux, sont répartis de la manière suivante :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) :
 - ✓ Pour un montant de 1 184 714€ financés sur le FISS et versés sous forme de subventions par la CNAM ;
 - ✓ Pour un montant total de 1 657 105€ (FIR), versés sous forme de subventions par les ARS (cf. annexes 5, 6, 7).
- Des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires et substitutifs pour un montant maximum de 23 700 136€ (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une convention entre la CNAM et chacun des porteurs. La part substitutive pour les financements dérogatoires est estimée à environ 80% pour le suivi médical renforcé et un peu de moins de 40% pour les soins précoces.

Besoin de financement	FORFAIT ANNUEL	% d'enfants concernés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Nb d'enfants distincts inclus			2 428	3 528	3 928	3 928	-	-
10% de perdus de vue 2 ans après la naissance			2 428	2 428	2 185	2 185	2 185	-
			-	3 528	3 528	3 175	3 175	-
			-	-	3 928	3 928	3 535	-
			-	-	-	3 928	3 928	-
Nb d'enfants suivis, dont 10% de perdus de vue à partir de N+2 pour chaque cohorte			2 428	5 956	9 641	13 216	12 823	12 823
Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans	forfait 1 485,00 € forfait 2 153,00 € forfait 3 138,00 € SOUS-TOTAL	85% 85% 85%	1 000 943 € - € - €	1 454 418 € 315 761 € - €	1 619 318 € 742 976 € - €	1 619 318 € 923 745 € 256 301 €	- € 970 563 € 628 728 €	5 693 997 € 2 953 045 € 885 029 € 9 532 071 €
Forfait soins annuel entre 0-2 ans	En 1ère année 2 009,00 € Renouvellement 609,00 € SOUS-TOTAL	30% 9%	1 463 356 € - €	2 126 326 € 133 079 €	2 367 406 € 193 370 €	2 367 406 € 215 294 €	- € 215 294 €	8 324 492 € 757 036 € 9 081 528 €
Forfait soins annuel entre > 2-5 ans	En 1ère année 1 669,00 € Bilan à 5 ans 300,00 € Renouvellement 562,00 € SOUS-TOTAL	30% 30% 14%	- € - € - €	- € - € - €	1 094 030 € - € - €	1 589 723 € - € 165 776 €	1 769 975 € 226 148 € 240 887 €	4 453 727 € 226 148 € 406 663 € 5 086 537 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)			2 464 299 €	4 029 584 €	6 017 098 €	7 137 561 €	4 051 594 €	23 700 136 €
CAI (FISS)	Secrétariat comptable 21,78 € Chefferie de projet/coordination nationale		52 882 €	129 722 €	209 981 €	287 844 €	279 285 €	959 714 €
Total CAI (FISS)			97 882 €	174 722 €	254 981 €	332 844 €	324 285 €	1 184 714 €
Total CAI (FIR) toutes les régions (cf. annexes régionales pour le détail)			393 091 €	357 300 €	304 474 €	302 940 €	299 300 €	1 657 105 €
TOTAL CAI (FIR et FISS)			490 973 €	532 022 €	559 455 €	635 784 €	623 585 €	2 841 819 €
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)			2 955 271 €	4 561 605 €	6 576 553 €	7 773 346 €	4 675 179 €	26 541 955 €

Cahier des charges mai 2026 :

Le financement modifié de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est demandé pour un montant total maximum de 35 829 460 €.

Ces montants, non fongibles entre eux, sont répartis de la manière suivante :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) :
 - ✓ Pour un montant de 1 054 122€ financés sur le FISS et versés sous forme de subventions par la CNAM ;
 - ✓ Pour un montant total de 2 007 135 € (FIR), versés sous forme de subventions par les ARS (cf. annexes 5, 6, 7).
- Des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires et substitutifs pour un montant maximum de 32 768 203€ (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une convention entre la CNAM et chacun des porteurs. La part substitutive est estimée à environ 50% pour le suivi médical renforcé et un peu de moins de 40% pour les soins précoces. Les crédits sont fongibles entre les régions.
- Compte tenu de la réalité des pratiques et du constat de forfaits moyens inférieurs à ceux initialement calculés (cf. paragraphe précédent), en accord avec les porteurs, il est

convenu que l'excédent de trésorerie dégagée sur la période 2022-2025 serait réutilisée pour le financement de l'expérimentation par reversement dont les modalités seront fixées dans l'avenant à la convention de financement avec la CNAM. Le montant pour les 3 régions est de 1 528 516 euros au 31 décembre 2025. Si d'autres excédents venaient à se produire sur la période 2026 – 2027, les modalités d'utilisation seront définies par le comité technique de l'innovation en santé et en fonction, pourraient donner lieu à un nouvel avenant à la convention de financement avec la CNAM.

- Afin d'éviter de créer un nouvel excédent de trésorerie, concernant les enfants identifiés comme relevant du groupe 2, en accord avec les porteurs, la facturation de la part restant des forfaits pour les deux tranches d'âge « panier des soins » au titre de 2025 ne sera pas effectuée. Cette part a été évaluée pour les 3 régions à 830 608 euros.

Besoin de financement	FORFAIT ANNUEL	modèle initial	% d'enfants concernés	nouveau modèle	% d'enfants concernés	0-1	0-1 et entre 1 et 2	entre 1 et 2 et 2 et 3	entre 2-3 et 3 et 4	entre 3-4 et 4 et 5	entre 4 et 5 ans	Total
						2022 sept - déc réalisé	2023 réalisé	2024 réalisé	2025 réalisé	2026	2027 janv - août	
Nb d'enfants distincts inclus						151	2 124	3 539	4 406	4 440	3 145	17 805
Nb d'enfants suivis, dont 10% de perdus de vue à partir de N+2 pour chaque cohorte						-	2 275	5 814	9 993	14 079	16 661	16 661
groupe 1 suivi (G1)						-	-	-	-	2 468	1 749	
groupe 2 suivi (G2)						-	-	-	-	1 680	1 290	
Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans	forfait 1 forfait 2 forfait 3	485,00 € 153,00 € 138,00 €	85% 85% 85%	407,00 € 153,00 € 138,00 €	93% 93% 93%	58 685 € - € - €	988 915 € - € - €	1 632 025 € 158 715 € - €	1 896 350 € 435 843 € 276 €	1 707 424 € 1 080 123 € 262 750 €	1 190 414 € 847 129 € 475 655 €	7 473 813 € 2 521 811 € 738 682 €
SOUS-TOTAL						58 685 €	988 915 €	1 790 740 €	2 332 469 €	3 050 298 €	2 513 199 €	10 734 306 €
Forfait soins annuel entre 0-2 ans	En 1ère année	2 009,00 €	30%			78 351 €	1 928 280 €	3 620 398 €	4 658 829 €			10 285 858 €
	forfait 0-2 groupe 1			1 657,00 €	50%	- €	- €	- €	- €	2 081 273 €	1 449 005 €	3 530 278 €
	forfait 0-2 groupe 2			1 357,00 €	50%	- €	- €	- €	- €	1 185 622 €	875 532 €	2 061 154 €
	Renouvellement	609,00 €	9%	609,00 €	35%	- €	- €	218 613 €	866 013 €	939 139 €	670 357 €	2 694 121 €
SOUS-TOTAL						78 351 €	1 928 280 €	3 839 011 €	5 524 842 €	4 206 033 €	2 994 894 €	18 571 411 €
Forfait soins annuel entre >2-5 ans	En 1ère année	1 669,00 €	30%			- €	- €	- €	1 154 075 €			1 154 075 €
	forfait >2-5 groupe 1			1 384,00 €	25%	- €	- €	- €	- €	597 305 €	532 902 €	1 130 207 €
	forfait >2-5 groupe 2			1 141,00 €	25%	- €	- €	- €	- €	440 764 €	361 801 €	802 564 €
	Bilan à 5 ans	300,00 €	30%	300,00 €	45%	- €	- €	- €	- €	- €	549 258 €	549 258 €
Renouvellement						- €	- €	- €	3 372 €	155 329 €	171 166 €	329 867 €
SOUS-TOTAL						- €	- €	- €	1 157 447 €	1 193 397 €	1 615 126 €	3 965 970 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)						137 036 €	2 917 195 €	5 629 751 €	8 511 274 €	8 449 728 €	7 123 219 €	32 768 203 €
CAI (FISS)	Secrétariat comptable	21,78 €				- €	49 550 €	126 629 €	217 648 €	217 648 €	217 648 €	829 122 €
	Chefferie de projet/coordination nationale					13 125 €	45 000 €	45 000 €	45 000 €	45 000 €	31 875 €	225 000 €
Total CAI (FISS)						13 125 €	94 550 €	171 629 €	262 648 €	262 648 €	249 523 €	1 054 122 €
Total CAI (FIR) toutes les régions (cf. annexes régionales pour le détail)						49 128 €	357 300 €	362 474 €	617 447 €	333 543 €	287 243 €	2 007 135 €
TOTAL CAI (FIR et FISS)						62 253 €	451 850 €	534 103 €	880 095 €	596 191 €	536 766 €	3 061 257 €
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)						199 289 €	3 369 045 €	6 163 854 €	9 391 369 €	9 045 919 €	7 659 985 €	35 829 460 €

3 Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La gouvernance de l'expérimentation repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation :

- Au niveau de chaque territoire, d'un pilotage qui, grâce à la réalisation de RCP, permet de s'assurer de la bonne coordination du parcours de l'enfant en lien avec les différents dispositifs existants ;
- Au niveau de chaque région, d'un **comité opérationnel** constitué des porteurs, des PCO et partenaires du projet. Il a vocation à se réunir *a minima* une fois tous les 3 mois durant la première année de l'expérimentation et selon des échéances à définir pour l'année suivante. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter et les éventuels points d'attention à remonter au comité stratégique interrégional ;
- Au niveau interrégional, un comité stratégique *a minima* constitué des chefs de projet régionaux, des ARS concernées, la délégation interministérielle à l'autisme (DIA) Il a vocation à se réunir selon des échéances à définir. L'objectif de ce comité est de veiller plus particulièrement à la bonne articulation de l'expérimentation entre régions et avec les dispositifs nationaux existants, d'objectiver les modifications éventuelles proposées par les comités opérationnels et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS).

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

La mise en œuvre de l'expérimentation nécessite le recours aux dérogations de financement de droit commun. (Cf Annexe 2)

5 Objectifs – Impacts - Indicateurs

Objectif	Impact attendu	Indicateurs d'évaluation proposés pour mesurer les résultats attendus
<i>Améliorer le repérage dès la période périnatale de tous les nouveau-nés à risque de troubles du neurodéveloppement grâce au dépistage de toutes les vulnérabilités</i>	▪ Augmentation du nombre d'enfants repérés ▪ Augmentation du nombre d'établissements et médecins participant au repérage précoce ▪ Maillage fin territorial ▪ Développement du lien avec les différents partenaires ▪ Amélioration de l'inclusion des patients et diminution du nombre de perdus de vue	▪ Nombre d'enfants inclus dans le projet, selon leurs vulnérabilités ▪ Nb de professionnels formés au repérage des facteurs de risque de vulnérabilités ▪ Nombre d'enfants encore suivis à 5 ans
<i>Dépister précocement les signes précurseurs de signes d'alerte de TND et autres troubles grâce au suivi spécifique organisé afin de favoriser une orientation précoce vers le soin, à un âge où la plasticité cérébrale améliore le devenir.</i>	▪ Utilisation d'outils de dépistage communs informatisés / Harmonisation des pratiques ▪ Montée en compétences des professionnels	▪ Nombre de médecins référents et conventionnés pour le projet Cocon et localisation géographique ▪ Nombre de médecins formés sur le dépistage et la prise en charge des troubles du développement de l'enfant ▪ Nombre de consultations réalisées par an ▪ Maillage territorial : nb de rééducateur/enfant/département ▪ Nombre de rééducateurs formés et cartographie ▪ Nombre de rééducateurs référents et conventionnés pour le projet Cocon ▪ Nombre de formations réalisées par an et localisation
<i>Prendre en charge précocement les signes précurseurs de signes d'alerte de TND de ces enfants afin de modifier leur trajectoire développementale et de les orienter plus précocement.</i>	▪ Augmentation du nombre d'interventions précoces ▪ Analyse épidémiologique par un suivi de cohorte du devenir des enfants ▪ Evaluation épidémiologique de la prévalence du handicap d'origine périnatale ▪ Amélioration de la pluridisciplinarité : amélioration de la qualité du dépistage et des soins par le regard pluridisciplinaire, échanges entre professionnels et diminution du sentiment d'isolement	▪ Nombre d'interventions de professionnels de santé et de psychologues ▪ Score de développement (ASQ) ▪ Marche autonome à 2 ans ▪ Taux de paralysie cérébrale et Retentissement fonctionnel (classification GMCSF) ▪ Taux de notification à la maison de l'autonomie (MDPH) ▪ Nombre de séances d'intervention précoce ▪ Nombre de réunions de synthèse pluridisciplinaire dans les territoires

Objectif	Impact attendu	Indicateurs d'évaluation proposés pour mesurer les résultats attendus
<i>Orienter précocement vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) dès l'apparition de signes d'alertes telles que définies par la HAS et figurant dans le guide du médecin « Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans » afin d'aboutir le plus rapidement possible à un diagnostic</i>	▪ <i>Diagnostic plus précoce</i>	▪ <i>Âge et nombre d'enfants dans la cohorte Cocon orientés vers les PCO</i>
<i>Fluidifier le parcours de l'enfant vulnérable</i>	▪ <i>Repérage et orientation plus précoce afin de ne plus avoir d'errance diagnostique</i> ▪ <i>Parcours mieux articulé, plus fluide</i> ▪ <i>Diminution des délais de prise en charge par une meilleure gradation des orientations entre le secteur libéral et médico-psycho-social</i>	▪ <i>Age moyen de repérage, orientation</i> ▪ <i>Age de début de prise en charge</i> ▪ <i>Nombre de professionnels de santé utilisateurs du dossier informatisé commun</i> ▪ <i>Nombre de réunions de coordination entre les partenaires du projet</i> ▪ <i>Délai entre le repérage des troubles et le début de la prise en charge</i> ▪
<i>Accompagnement des familles</i>	▪ <i>Cohérence entre la prise en charge de l'enfant et de sa famille : de la période périnatale jusqu'à 6 ans</i>	▪ <i>Evaluation de la satisfaction de la famille de l'enfant par un questionnaire</i>
		▪ <i>Respect du budget prévisionnel</i> ▪ <i>Ecart par forfait</i> ▪ <i>Calibrage forfait, réalité moyenne panier de soins</i> ...

6 Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation

Les données de l'état de santé seront recueillies après accord des parents (charte du patient signée à l'inclusion).

Les données nominatives et d'ordre médical seront partagées par le biais d'outils sécurisés en conformité avec les obligations réglementaires.

Système d'information : Les indicateurs de prise en charge seront tracés par un système d'information. L'assistante base de données du réseau de chaque réseau gèrera les mandats et autorisations des professionnels à accéder au dossier patient en lien avec l'hébergeur de données sécurisées. Les données pourront être partagées avec les partenaires et la tutelle tout en respectant les règles éthiques et déontologiques et après anonymisation des données. Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies seront précisées. Les familles signeront un consentement d'adhésion au Réseau de suivi sur lequel ils donneront

leur autorisation quant au recueil/stockage des données et à leur utilisation à des fins de recherche/évaluation.

Modification mai 2026 : suppression de la phrase « Le SI sera articulé avec le parcours des troubles du langage et des apprentissages en Occitanie »

7 Liens d'intérêt

Champ de l'expérimentation non concernée par cette rubrique

8 Construction du cahier des charges

Les trois réseaux de soins périnataux (RPO-RPNA-Perinat Med) sont prolongés par un réseau d'aval, de suivi des populations à risque de développer un handicap, un trouble du neuro développement du fait de leur vulnérabilité.

Conformément aux recommandations des sociétés savantes de la HAS (2) et renforcées par leur expérience au quotidien et le devenir des enfants dont le parcours a pu être optimal, les équipes des trois réseaux, partageant la même philosophie de soins, travaillaient parallèlement :

- À un suivi coordonné des bébés vulnérables ;
- Au dépistage précoce des TND et à l'évitement de l'errance diagnostique
- À la place des interventions précoces auprès de ces bébés et de leur famille (accompagnement spécifique, mise en place de soins rééducatifs dès l'apparition de signes précurseurs) ;
- Au combat contre l'inégalité territoriale ;
- À la lutte contre l'inégalité de recours aux soins (soins rééducatifs exclus du régime commun).

Cette réflexion commune permettant d'offrir à l'ensemble des bébés vulnérables un parcours optimisé, et trois années de travail partagé ont conduit à la co-construction de ce projet d'expérimentation proposé dans le cadre de l'article 51 innovation en santé :

- À l'harmonisation des cahiers de suivi ;
- À des procédures de suivi harmonisées sur les trois régions ;
- Un mode de coordination de régulation et d'évaluation commun,

regroupés dans un cahier des charges identique avec des déclinaisons régionales adaptées à l'historique et aux particularités de chaque réseau.

9 Bibliographie

1. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. 2021 [cité 16 mars 2026]. Les 1000 premiers jours de l'enfant - Là où tout commence. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/>
2. Haute Autorité de santé. Troubles du neurodéveloppement : repérage et orientation des enfants à risque - Recommandations de bonne pratique. 2020.
3. Alberge C, Ehlinger V, Noack N, Bolzoni C, Colombié B, Breinig S, et al. Early psychomotor therapy in very preterm infants does not improve Bayley-III scales at 2 years. *Acta Paediatr*. 2023;112(9):1916-25. doi:10.1111/apa.16848
4. Inserm. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge [Internet]. 2004 [cité 13 mars 2026]. Disponible sur: <https://ipubli.inserm.fr/handle/10608/56>
5. Inserm. Déficiences intellectuelles - Expertise collective [Research Report] [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); juin 2016 [cité 13 mars 2026]. p. Paris : Inserm : Editions EDP Sciences (ISSN : 1264-1782) / 1420 pages. Disponible sur: <https://inserm.hal.science/inserm-02102567>
6. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 16 août 2017;358:j3448. doi:10.1136/bmj.j3448 PubMed PMID: 28814566; PubMed Central PMCID: PMC5558213.
7. Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *N Engl J Med*. 17 juill 2008;359(3):262-73. doi:10.1056/NEJMoa0706475
8. Cambonie G, Muller JB, Ehlinger V, Roy J, Guédeney A, Lebeaux C, et al. Mother-infant interaction assessment at discharge and at 6 months in a French cohort of infants born very preterm: The OLIMPE study. *PLOS ONE*. 7 déc 2017;12(12):e0188942. doi:10.1371/journal.pone.0188942
9. Wolke D, Eryigit-Madzwamuse S, Gutbrod T. Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics [Internet]. 1 janv 2014. doi:10.1136/archdischild-2013-303788
10. Alablani FJ, Chan HSA, Beishon L, Patel N, Almudayni A, Bu'Lock F, et al. Paediatric brain MRI findings following congenital heart surgery: a systematic review. *Arch Dis Child*. sept 2022;107(9):818-25. doi:10.1136/archdischild-2021-323132 PubMed PMID: 35318194; PubMed Central PMCID: PMC9411899.
11. Salah L, Ravel M, Kossorotoff M, Chabrier S. [Life after a neonatal cerebral infarction, the experience of the AVCnn cohort]. *Soins Pédiatr Pueric*. 2017;38(295):28-31. doi:10.1016/j.spp.2017.01.007 PubMed PMID: 28325383.
12. Shankaran S, Pappas A, McDonald SA, Vohr BR, Hintz SR, Yolton K, et al. Childhood Outcomes after Hypothermia for Neonatal Encephalopathy. *N Engl J Med*. 31 mai 2012;366(22):2085-92. doi:10.1056/NEJMoa1112066
13. Haute Autorité de santé. Troubles du neurodéveloppement : repérage et orientation des enfants à risque - Argumentaire scientifique. 2020.

14. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants - Spittle, A - 2015 | Cochrane Library [Internet]. [cité 13 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005495.pub4/information/fr?contentLanguage=fr>
15. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant [Internet]. 2022 [cité 13 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
16. Tarouco ML, Procianoy RS, O'Shea TM, Silveira RC. Parent-Led Early Intervention in Very Preterm Infants and Executive Function at School Age: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 1 avr 2026;180(4):366-73. doi:10.1001/jamapediatrics.2025.5866 PubMed PMID: 41557341; PubMed Central PMCID: PMC12820781.
17. Morgan C, Darrah J, Gordon AM, Harbourne R, Spittle A, Johnson R, et al. Effectiveness of motor interventions in infants with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* sept 2016;58(9):900-9. doi:10.1111/dmcn.13105 PubMed PMID: 27027732.
18. Abily-Donval L. Résultats de l'entretien maternel de l'étude épidémiologique Épipage 2 en Haute-Normandie. [Thèse de doctorat]. Université de Rouen; 2013.
19. Torchin H, Ancel PY. [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* déc 2016;45(10):1213-30. doi:10.1016/j.jgyn.2016.09.013 PubMed PMID: 27789055.
20. CNAF. Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité [Internet]. 2016 [cité 25 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.caf.fr/professionnels/etudes-et-international/165-les-attentes-et-besoins-des-parents-en-matiere-d-accompagnement-la-parentalite>
21. Dallas A, Ryan A, Mestan K, Helner K, Foster C. Family and Provider Experiences With Longitudinal Care Coordination for Infants With Medical Complexity. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses.* 1 févr 2023;23(1):40-50. doi:10.1097/ANC.0000000000000998 PubMed PMID: 35797366; PubMed Central PMCID: PMC9810763.
22. Vance AJ, Benjamin A, Hsu J, Berry JG. Care Coordination Programs for Infants With Complex Conditions: A Systematic Review. *Pediatrics.* 1 juill 2023;152(1):e2022061083. doi:10.1542/peds.2022-061083 PubMed PMID: 37288503.
23. Vachon C, Tardieu M. Denver Developmental. Screening Tests II. *Rev Prat.* 1992;42:114-5.
24. Lipkin PH, Macias MM, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES SODABP. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics.* 1 janv 2020;145(1):e20193449. doi:10.1542/peds.2019-3449
25. Recommendations | Developmental follow-up of children and young people born preterm | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2017 [cité 6 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng72/chapter/Recommendations>
26. Amiel-Tison C, Gosselin J. Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans [Internet]. Masson. Éditions du CHU Sainte-Justine; [cité 6 mai 2026]. (Intervenir). Disponible sur: <https://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/evaluation-neurologique-naissance-6-ans-11.html>

27. Yip SASE, Lim QZX, Kong G, Amin Z, Ng YPM. Quality of Life of Parents of Premature Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 14 janv 2026;9(1):e2553712. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.53712
28. Kocakabak C, Hoogen A van den, Latour JM, On Behalf Of The Cousin Study Group null. Exploring Patient, Parent and Clinician Views of Outcomes for Family-Centered Care in Neonatal Settings: A Qualitative Study. Children. 22 janv 2026;13(1):156. doi:10.3390/children13010156 PubMed PMID: 41597164; PubMed Central PMCID: PMC12839950.
29. Marino BS, Lipkin PH, Newburger JW, Peacock G, Gerdes M, Gaynor JW, et al. Neurodevelopmental Outcomes in Children With Congenital Heart Disease: Evaluation and Management. Circulation. 28 août 2012;126(9):1143-72. doi:10.1161/CIR.0b013e318265ee8a
30. Ortinau CM, Smyser CD, Arthur L, Gordon EE, Heydarian HC, Wolovits J, et al. Optimizing Neurodevelopmental Outcomes in Neonates With Congenital Heart Disease. Pediatrics. 1 nov 2022;150(Suppl 2):e2022056415L. doi:10.1542/peds.2022-056415L PubMed PMID: 36317967; PubMed Central PMCID: PMC10435013.

Annexe 1 : Coordonnées du porteur

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteurs	Réseau Méditerranée 118 chemin de Mimet 13015 Marseille	coconpaca@reseauperinatmed.fr tél : 04 91 92 95 21
	Réseau de Périnatalité Occitanie 24 impasse de la Flambère 31300 Toulouse	cocon@perinatalite-occitanie.fr tél : 05 67 31 21 00
	Association Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine, Place Amélie Raba Léon 33076 Bordeaux	cocon@rpna.fr tél : 05 56 79 98 51

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	X	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux 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		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ³ :	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.		

³ 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 : Tableau détaillé du financement demandé

I. Méthode de calcul des forfaits

Cahier des charges initial

FORFAITS SUIVI MEDICAL

Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans

Forfait	Nombre de Cs moyenne (sur un an pour le forfait 0-12 mois, et sur 3 ans pour les 2	Durée, en min	Coût unitaire	Prestation/ enfant (sur un an pour le forfait 0-12 mois, sur 3 ans pour 18 mois-3 ans et sur 2 ans pour le dernier)	Coût annuel par an par enfant					Forfait annuel / enfant (arrondi)
					secrétariat médical : rech perdus vue/orga RCP/gestion	frais de fonctionnement	entrée parcours	pédiatre soutien méd référent	psychologue soutien méd référent	
Forfait 1	5,3	45	60 €	318 €	71 €	15 €	59 €	16 €	6 €	485,00 €
Forfait 2	3,5	45	60 €	210 €	11 €	15 €	0 €	16 €	6 €	153,00 €
Forfait 3	3,0	45	60 €	180 €	11 €	15 €	0 €	16 €	6 €	138,00 €

Forfait 1 annuel s'applique la première année de l'enfant (date anniversaire des un an de l'enfant plus 100 jours)

Forfait 2 annuel s'applique dans la deuxième année (en AC si préma) et la troisième année de l'enfant, date anniversaire de l'enfant (2 ans ou 3 ans) plus 100 jours

Forfait 3 annuel s'applique dans la quatrième année et cinquième année de l'enfant, date anniversaire de l'enfant (4 ans ou 5 ans) plus 100 jours.

FORFAITS SOINS

Soins 0/2 ans

soins 0/2 ans													
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre séances	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés		% enfants concernés	
			moyen	en centième		droit commun	complement	total	par an	1ère année	panier de soin moyen par enfant/an	renouvellement 2ème année	panier soins moyen/an/enfant/2ème année
Prestation 1	Kiné	Séance kiné spécifique	28	0,75	50,67 €	24 €	14 €	38 €	1 064,00 €	100%	1 064,00 €	30%	319,20 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,7	1,5	70,00 €	47 €	58 €	105 €	73,50 €	100%	73,50 €	0%	- €
Prestation 3	Psychomot	séance	12	0,75	45,00 €	0 €	34 €	34 €	405,00 €	100%	405,00 €	60%	243,00 €
Prestation 4	Psychomot	bilan	0,6	1,5	NA	0 €	140 €	140 €	84,00 €	100%	84,00 €	0%	- €
Prestation 5	Orthophonie/oralité	Séance AMO 13,5	3	0,5	67,50 €	34 €	0 €	34 €	101,25 €	100%	101,25 €	0%	- €
Prestation 6	Orthophonie/Oralité	Bilan AMO 34	0,3	1	85,00 €	85 €	0 €	85 €	25,50 €	100%	25,50 €	0%	- €
Prestation 7	Psychologue	Séance	3	0,75	44,00 €	0 €	34 €	33 €	99,00 €	100%	99,00 €	0%	- €
Prestation 8	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0 €	62 €	62 €	62,23 €	100%	62,23 €	30%	18,67 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0 €	25 €	25 €	24,89 €	100%	24,89 €	30%	7,47 €
Prestation 9	2 auxiliaires médicaux	RCP	0,84	0,5	45,00 €	0 €	45 €	45 €	69,72 €	100%	69,72 €	30%	20,92 €
	1 medecin pilote		0,84	0,5	76,00 €	0 €	38 €	38 €					
										Forfait COCON 1ère année	2 009,00 €	Forfait COCON renouvellement	609,00 €

Soins >2ans/5 ans

Enfants concernés par les forfaits soins = 30% de la cohorte

Enfants concernés par les forfaits soins – 50% de la cohorte											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre de séance	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	panier de soin moyen par enfant/an
			moyen	en centième		cout droit commun	cout complément	total	par an		
Prestation 1	Kiné	Séance AMK 11	2	0,75	NA	23,7 €	0,0 €	23,7 €	47,30 €	100%	47,30 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,1	1	47,30 €	47,3 €	0,0 €	47,3 €	4,73 €	100%	4,73 €
Prestation 3	Psychomot	séance	16	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	540,00 €	100%	540,00 €
Prestation 4	Psychomot	bilan	0,4	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	56,00 €	100%	56,00 €
Prestation 5	Orthophonie	Séance AMO 12,1	15	0,5	NA	30,3 €	0,0 €	30,3 €	453,75 €	100%	453,75 €
Prestation 6	Orthophonie	Bilan AMO 34	1	1	NA	85,0 €	0,0 €	85,0 €	42,50 €	100%	42,50 €
Prestation 7	Orthoptiste	Séance	4	0,5	NA	31,2 €	0,0 €	31,2 €	124,80 €	100%	124,80 €
Prestation 8	Orthoptiste	Bilan	0,2	1	NA	79,3 €	0,0 €	79,3 €	15,86 €	100%	15,86 €
Prestation 9	Psychologue	Séance	4	0,75	44,00 €	0,0 €	33,0 €	33,0 €	132,00 €	100%	132,00 €
Prestation 10	Ergothérapeute	Séance	2	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	67,50 €	100%	67,50 €
Prestation 11	Ergothérapeute	Bilan	0,1	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	14,00 €	100%	14,00 €
Prestation 12	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0,0 €	62,2 €	62,2 €	62,23 €	100%	62,23 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0,0 €	24,9 €	24,9 €	24,89 €	100%	24,89 €
Prestation 13	2 auxiliaires médicaux	RCP	1	0,5	45,00 €	0,0 €	45,0 €	45,0 €	83,00 €	100%	83,00 €
	1 medecin pilote		1	0,5	76,00 €	0,0 €	38,0 €	38,0 €			
										Forfait COCON pour 1 an de soins	1 669,00 €

Renouvellement forfait >2ans-5ans (35% des 30%)

Renouvellement forfait 2ans-3ans (55% des 50%)											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre de séance	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	panier de soin
			moyen	en centième		cout droit commun	cout complément	total	par an	renouvellement 2ème année	moyen/an/enfant/2ème année
Prestation 3	Psychomot	séance	16	0,75	45,00 €	0 €	34 €	34 €	540,00 €	50%	270,00 €
Prestation 5	Orthophonie	Séance AMO 12,1	15	0,5	NA	30 €	0 €	30 €	453,75 €	50%	226,88 €
Prestation 11	Ergothérapeute	Séance	2	0,75	45,00 €	0 €	34 €	34 €	67,50 €	20%	13,50 €
Prestation 12	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0 €	62 €	62 €	62,23 €	50%	31,11 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0 €	25 €	25 €	24,89 €	50%	12,45 €
Prestation 13	2 paramed	RCP	0,5	0,5	45,00 €	0 €	23 €	23 €	41,50 €	20%	8,30 €
	1 medecin pilote		0,5	0,5	76,00 €	0 €	38 €	38 €			
										Forfait COCON renouvellement	562,00 €

Cahier des charges mai 2026 (modifications)

Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans nouveau CDC - modification du forfait 1 uniquement

Forfait	Nombre de Cs moyenne (sur un an pour le forfait 0-12 mois, et sur 2 ans pour les 2 autres)	Durée, en min	Coût unitaire	Prestation/ enfant (sur un an pour le forfait 0-12 mois, sur 2 ans pour >1-3 ans et sur 2 ans pour le dernier)	Coût annuel par an par enfant					Forfait annuel / enfant (arrondi)
					secrétariat médical : rech perdus vue/orga RCP/gestion	frais de fonctionnement	entrée parcours	pédiatre soutien méd référent	psychologue soutien méd référent	
Forfait 1	4,0	45	60 €	240 €	71 €	15 €	59 €	16 €	6 €	407,00 €
Forfait 2	3,5	45	60 €	210 €	11 €	15 €	0 €	16 €	6 €	153,00 €
Forfait 3	3,0	45	60 €	180 €	11 €	15 €	0 €	16 €	6 €	138,00 €

Forfait 1 annuel s'applique la première année de l'enfant

Forfait 2 annuel s'applique dans la deuxième année de l'enfant jusqu'à ses 3 ans

Forfait 3 annuel s'applique dans la quatrième année et cinquième année de l'enfant

entrée de parcours = puer inclusion

Forfaits groupe 1 et groupe 2 (0-2 ans)

Soins 0/2 ans nouveau CDC G1

soins 0/2 ans nouveau CDC G1											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre séances	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	
			moyen	en centième		droit commun	complément	total	par an	1ère année	panier de soin moyen par enfant/an
Prestation 1	Kiné	Séance kiné spécifique	22,7	0,75	50,67 €	24 €	14 €	38 €	861,65 €	100%	861,65 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,6	1,5	70,00 €	47 €	58 €	105 €	59,52 €	100%	59,52 €
Prestation 3	Psychomot / ergo	séance	9,7	0,75	45,00 €	0 €	34 €	34 €	327,98 €	100%	327,98 €
Prestation 4	Psychomot / ergo	bilan	0,5	1,5	NA	0 €	140 €	140 €	68,03 €	100%	68,03 €
Prestation 5	Orthophoniste ou ergo / oralité	Séance AMO 13,5	2,4	0,5	67,50 €	34 €	0 €	34 €	81,99 €	100%	81,99 €
Prestation 6	Orthophoniste ou ergo / oralité	Bilan AMO 34	0,2	1	85,00 €	85 €	0 €	85 €	20,65 €	100%	20,65 €
Prestation 7	Psychologue	Séance	2,4	0,75	44,00 €	0 €	34 €	33 €	80,17 €	100%	80,17 €
TOTAL PD											1 500,00 €
Prestation 8	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0 €	62 €	62 €	62,23 €	100%	62,23 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0 €	25 €	25 €	24,89 €	100%	24,89 €
Prestation 9	2 auxiliaires médicaux	RCP	0,84	0,5	45,00 €	0 €	45 €	45 €	37,80 €	100%	69,72 €
	1 medecin pilote		0,84	0,5	76,00 €	0 €	38 €	38 €	31,92 €		
TOTAL PD											156,84 €
										Forfait COCON 1ère année	1 657,00 €

Soins 0/2 ans nouveau CDC G2

soins 0/2 ans nouveau CDC G2											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre séances	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	
			moyen	en centième		droit commun	complément	total	par an	1ère année	panier de soin moyen par enfant/an
Prestation 1	Kiné	Séance kiné spécifique	18,1	0,75	50,67 €	24 €	14 €	38 €	689,32 €	100%	689,32 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,5	1,5	70,00 €	47 €	58 €	105 €	47,62 €	100%	47,62 €
Prestation 3	Psychomot / ergo	séance	7,8	0,75	45,00 €	0 €	34 €	34 €	262,38 €	100%	262,38 €
Prestation 4	Psychomot / ergo	bilan	0,4	1,5	NA	0 €	140 €	140 €	54,42 €	100%	54,42 €
Prestation 5	Orthophoniste ou ergo / oralité	Séance AMO 13,5	1,9	0,5	67,50 €	34 €	0 €	34 €	65,60 €	100%	65,60 €
Prestation 6	Orthophoniste ou ergo / oralité	Bilan AMO 34	0,2	1	85,00 €	85 €	0 €	85 €	16,52 €	100%	16,52 €
Prestation 7	Psychologue	Séance	1,9	0,75	44,00 €	0 €	34 €	33 €	64,14 €	100%	64,14 €
TOTAL PD											1 200,00 €
Prestation 8	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0 €	62 €	62 €	62,23 €	100%	62,23 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0 €	25 €	25 €	24,89 €	100%	24,89 €
Prestation 9	2 auxiliaires médicaux	RCP	0,84	0,5	45,00 €	0 €	45 €	45 €	37,80 €	100%	69,72 €
	1 medecin pilote		0,84	0,5	76,00 €	0 €	38 €	38 €	31,92 €		
TOTAL PD											156,84 €
										Forfait COCON 1ère année	1 357,00 €

Forfaits groupe 1 et groupe 2 (2-5 ans)

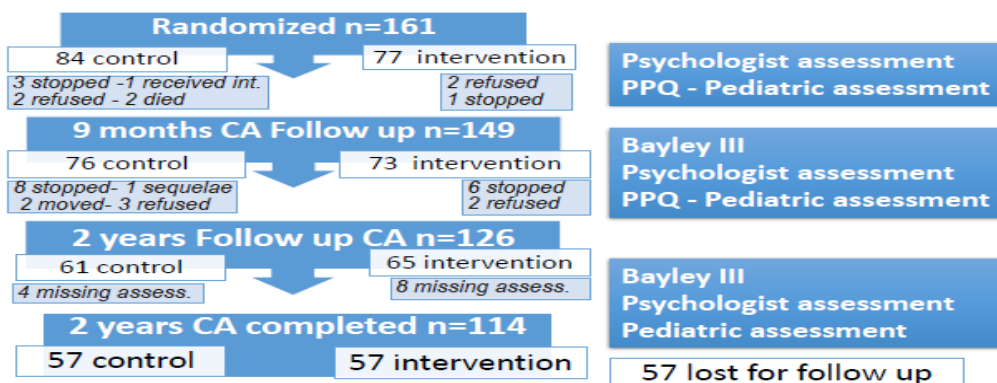
Forfaits soins 2-5 ans G1

Forfaits soins 2-5 ans G1											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre de séance	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	panier de soin moyen par enfant/an
			moyen	en centième		cout droit commun	cout complément	total	par an		
Prestation 1	Kiné	Séance AMK 11	2	0,75	NA	23,7 €	0,0 €	23,7 €	38,30 €	100%	38,30 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,1	1	47,30 €	47,3 €	0,0 €	47,3 €	3,83 €	100%	3,83 €
Prestation 3	Psychomot	séance	13	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	437,31 €	100%	437,31 €
Prestation 4	Psychomot	bilan	0,3	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	45,35 €	100%	45,35 €
Prestation 5	Orthophonie	Séance AMO 12,1	12	0,5	NA	30,3 €	0,0 €	30,3 €	367,46 €	100%	367,46 €
Prestation 6	Orthophonie	Bilan AMO 34	0	1	NA	85,0 €	0,0 €	85,0 €	34,42 €	100%	34,42 €
Prestation 7	Orthoptiste	Séance	3	0,5	NA	31,2 €	0,0 €	31,2 €	101,07 €	100%	101,07 €
Prestation 8	Orthoptiste	Bilan	0,2	1	NA	79,3 €	0,0 €	79,3 €	12,84 €	100%	12,84 €
Prestation 9	Psychologue	Séance	3	0,75	44,00 €	0,0 €	33,0 €	33,0 €	106,90 €	100%	106,90 €
Prestation 10	Ergothérapeute	Séance	2	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	54,66 €	100%	54,66 €
Prestation 11	Ergothérapeute	Bilan	0,1	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	11,34 €	100%	11,34 €
Prestation 12	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0,0 €	62,2 €	62,2 €	62,22 €	100%	62,22 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0,0 €	24,9 €	24,9 €	24,89 €	100%	24,89 €
Prestation 13	2 auxiliaires médicaux	RCP	1	0,5	45,00 €	0,0 €	45,0 €	45,0 €	83,00 €	100%	83,00 €
	1 medecin pilote		1	0,5	76,00 €	0,0 €	38,0 €	38,0 €			
										Forfait COCON pour 1 an de soins	1 384,00 €

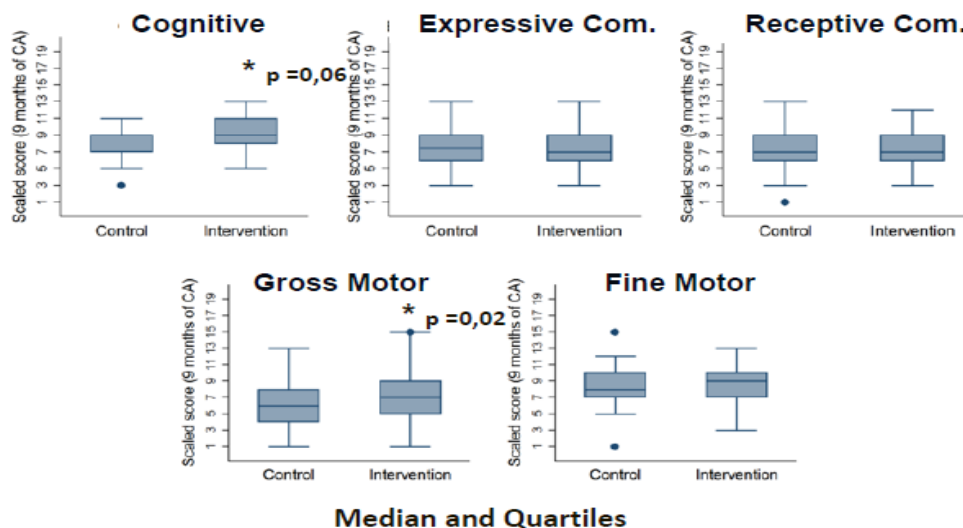
Forfaits soins 2-5 ans G2

Forfaits soins 2-5 ans G2											
Prestation	Intervenant	Acte	Nombre de séance	Durée	Coût horaire	Coût prestation			prestation moyenne	% enfants concernés	panier de soin moyen par enfant/an
			moyen	en centième		cout droit commun	cout complément	total	par an		
Prestation 1	Kiné	Séance AMK 11	1	0,75	NA	23,7 €	0,0 €	23,7 €	30,64 €	100%	30,64 €
Prestation 2	Kiné	bilan	0,1	1	47,30 €	47,3 €	0,0 €	47,3 €	3,06 €	100%	3,06 €
Prestation 3	Psychomot	séance	10	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	349,84 €	100%	349,84 €
Prestation 4	Psychomot	bilan	0,3	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	36,28 €	100%	36,28 €
Prestation 5	Orthophonie	Séance AMO 12,1	10	0,5	NA	30,3 €	0,0 €	30,3 €	293,97 €	100%	293,97 €
Prestation 6	Orthophonie	Bilan AMO 34	0	1	NA	85,0 €	0,0 €	85,0 €	27,53 €	100%	27,53 €
Prestation 7	Orthoptiste	Séance	3	0,5	NA	31,2 €	0,0 €	31,2 €	80,85 €	100%	80,85 €
Prestation 8	Orthoptiste	Bilan	0,1	1	NA	79,3 €	0,0 €	79,3 €	10,28 €	100%	10,28 €
Prestation 9	Psychologue	Séance	3	0,75	44,00 €	0,0 €	33,0 €	33,0 €	85,52 €	100%	85,52 €
Prestation 10	Ergothérapeute	Séance	1	0,75	45,00 €	0,0 €	33,8 €	33,8 €	43,73 €	100%	43,73 €
Prestation 11	Ergothérapeute	Bilan	0,1	1,5	NA	0,0 €	140,0 €	140,0 €	9,07 €	100%	9,07 €
Prestation 12	pédiatre soutien méd référent cas complexe pédiatrique	Accompagnement et coordination des soins/Suivi des RCP et analyse de cas complexes	1	0,8	77,78 €	0,0 €	62,2 €	62,2 €	62,22 €	100%	62,22 €
	psychologue soutien méd référent cas complexe psychologique		1	0,8	31,11 €	0,0 €	24,9 €	24,9 €	24,89 €	100%	24,89 €
Prestation 13	2 auxiliaires médicaux	RCP	1	0,5	45,00 €	0,0 €	45,0 €	45,0 €	83,00 €	100%	83,00 €
	1 medecin pilote		1	0,5	76,00 €	0,0 €	38,0 €	38,0 €			
										Forfait COCON pour 1 an de soins	1 141,00 €

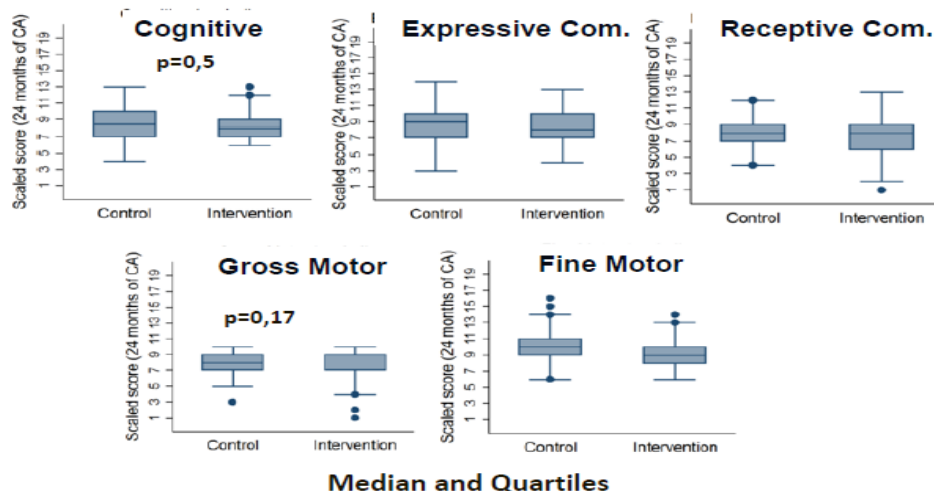
**Objective: benefit of psychomotor therapy ?
Simple blind randomized trial**



Bayley scaled scores at 9 months CA



Bayley scaled scores at 2 years CA



❖ Pour les enfants nés prématurés

Selon l'étude Epipage 2 (6) qui a évalué le devenir des enfants nés prématurés en 2011 en France, des troubles du développement sont présents chez 65.4 %, 53.8 %, et 44.9 % des enfants nés respectivement à 24-26 SA, 27-31 SA, et 32-34 SA (contre 28% dans la population générale de la cohorte témoin ELFE). Une paralysie cérébrale était diagnostiquée à 2 ans chez 8,2 % (IC95 % [7,0 ; 9,4]) des enfants nés avant 33 SA (2.5/1000 en population générale), ce que confirmaient les données à 5 ans (159/1812, soit 9 %) ; 1,6 % (4/246) des enfants nés entre 33 et 34 SA et examinés par un pédiatre à 5 ans présentaient une paralysie cérébrale à 5 ans ; 1 % des enfants présentaient également une déficience visuelle sévère (acuité visuelle <3/10 aux deux yeux) et 0,5 % une déficience auditive. Pour les 3 599 enfants évalués à 2 ans, dont les données étaient disponibles pour la paralysie cérébrale, établies à partir d'un questionnaire médical, on constate que le taux global d'enfants atteints décroît lorsque l'âge gestationnel augmente : 6,9 % (IC95 % [4,7 ; 9,6]) entre 24 et 26 SA, 4,3 % (IC95 % [3,5 ; 5,2]) entre 27 et 31 SA et 1 % (IC95 % : [0,5 ; 1,9]) entre 32 et 34 SA.

Selon une étude norvégienne de 2008 (7), le risque d'un trouble du spectre de l'autisme est multiplié par 7,3 pour les enfants nés entre 28 et 30 SA par rapport aux témoins nés à terme et est multiplié par 10 pour les enfants nés entre la 23 et 27 SA (1 à 2% en France en population générale).

Selon l'étude Olimpe (8), plus de 40% des dyades mère-enfant avaient des difficultés d'interactions à l'âge de 6 mois en lien avec des difficultés déjà repérées lors de la sortie de néonatalogie.

Selon une étude publiée en 2014 (9), concernant les troubles de l'attachement chez le NN prématuré de modalité de relation dite « désorganisée » (considérée comme la plus à risque de troubles psychocognitifs ultérieurs), on retrouve pratiquement le double d'enfants nés prématurément (32%), comparativement au groupe d'enfants nés à terme (17%). Le devenir et la qualité des modalités d'attachement de l'enfant sont largement conditionnés par le niveau de stress des parents, celui-ci pouvant affecter la qualité des échanges et de fait celle des ajustements émotionnels réciproques.

Des études récentes montrent que les enfants prématurés participant à des programmes d'intervention précoce, notamment de guidance parentale, affichent des scores de développement significativement plus élevés à 5-6 ans que ceux recevant uniquement des soins standards (14–16). Des programmes d'intervention précoce en matière de développement sont proposés après la sortie de l'hôpital afin de prévenir les troubles moteurs et cognitifs chez les nourrissons prématurés.

Durant la période de retour à domicile après accouchement, des interventions précoces constituent un levier essentiel pour mieux accompagner les parents dans cette période décisive et d'autant plus dans les situations de vulnérabilité socio-économique ou psycho affective élevées⁴.

Selon l'argumentaire des recommandations HAS 2020 (13), « *chez le grand prématuré à haut risque de développer un déficit moteur primaire, il est recommandé de mettre en place une intervention précoce de prévention (stimulation sensorimotrice y compris oro-faciale) par un masseur-kinésithérapeute ou un psychomotricien dès la sortie du service de médecine néonatale. Cette intervention précoce de*

⁴ **Vulnérabilité socio-économique élevée** : sans domicile fixe, vivant en dessous du seuil de pauvreté, faible niveau scolaire parental, etc.

Vulnérabilité psychoaffective : violence conjugale/intrafamiliale, exposition de l'enfant à des maltraitances ou négligence grave, pathologies psychiatriques parentales etc.

prévention est associée à une guidance parentale pour l'installation, le positionnement, et le portage de l'enfant.

Si une anomalie du tonus musculaire, quelle qu'elle soit, apparaît (déficit moteur, perte sélective de mouvement, spasticité), demander un avis diagnostique et parallèlement mettre en place une prise en charge de kinésithérapie pour éviter les conséquences secondaires orthopédiques.

Chez un enfant à risque modéré, il est recommandé une guidance parentale. Si l'enfant devient symptomatique (mettre en place rapidement une intervention précoce par un masseur kinésithérapeute, un psychomotricien ou un ergothérapeute et orienter l'enfant vers une équipe de diagnostic pour adapter l'intervention). »

Une méta-analyse (27) sur **la qualité de vie parentale** confirme que la naissance prématurée entraîne une altération importante du bien-être parental, particulièrement pendant l'hospitalisation néonatale, avec une amélioration progressive après la sortie. Parallèlement, une étude qualitative sur les soins centrés sur la famille (28) identifie plusieurs dimensions essentielles : bien-être émotionnel des parents, implication parentale dans les soins, qualité de l'environnement et de l'organisation hospitalière. L'environnement de soins et la place donnée aux parents influencent fortement l'expérience familiale.

Le parcours COCON s'inscrit dans cette logique de soins en cherchant à :

- Réduire la rupture parent-enfant secondaire à l'hospitalisation
- Favoriser la proximité et la disponibilité parentale
- Soutenir le développement neuro-sensitivo-moteur du nourrisson
- Préserver l'équilibre émotionnel de la famille (soutien dès l'hospitalisation et l'arrivée au domicile).

❖ **Pour les enfants porteurs de cardiopathies congénitales**

Les lésions cérébrales ont une incidence importante chez les enfants porteurs d'une cardiopathie congénitale (43%). Une récente méta-analyse (29) tend à prouver que les principales lésions cérébrales dépistées chez les enfants porteurs de cardiopathie congénitale sont préexistantes aux prises en charge chirurgicales. La surveillance périodique du développement à travers un dépistage et une réévaluation tout au long de l'enfance peut améliorer le dépistage des déficits significatifs, permettant des thérapies et une éducation appropriée pour améliorer le pronostic de ces enfants.

Une revue de la littérature récente a mis en évidence l'efficacité des programmes de suivi développemental structurés chez ces enfants (incluant surveillance systématique, dépistage, évaluation formelle, interventions précoces et coordination de soins) (30).

❖ **Pour les enfants présentant un AVC périnatal**

Les données de la cohorte française AVCnn (11), issues d'une étude nationale multicentrique d'épidémiologie descriptive de suivi longitudinal sur l'infarctus cérébral artériel symptomatique du nouveau-né à terme, montrent que la déficience motrice augmente au cours du temps : 24 % à 3,5 ans et 32 % à 7 ans, principalement sous la forme d'une paralysie cérébrale spastique unilatérale ; le taux d'épilepsie séquellaire est de 15 % à 7 ans ; la déficience intellectuelle globale est de 8 % ; 28 % des

enfants ont des difficultés dès le cours préparatoire et le taux continue d'augmenter avec le niveau académique justifiant une prise en soin précoce optimisée.

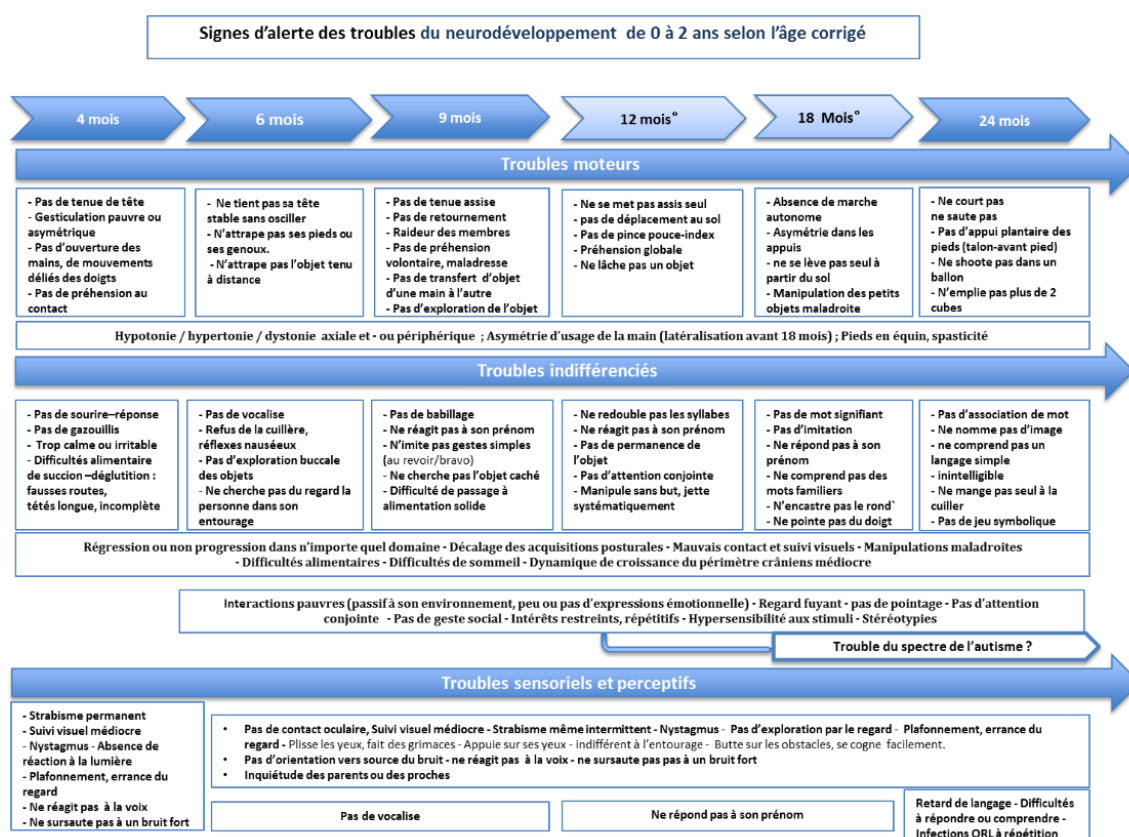
❖ ***Pour les enfants présentant une anoxo-ischémies néonatales***

Les résultats de l'essai contrôlé randomisé du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (12), évaluant l'intérêt de l'hypothermie de l'ensemble du corps dans le cas d'une encéphalopathie anoxo-ischémique ont mis en évidence les résultats suivants : le taux de paralysie cérébrale était de 19 % dans le groupe hypothermie versus 30 % dans le groupe contrôle et respectivement de 7 % versus 14 % pour la cécité oculaire et 4 versus 6 % pour la déficience auditive.

Une Revue systématique de la littérature a été menée par Morgan et al. en 2016 (17) (groupe international, pluriprofessionnel) afin d'évaluer les données probantes sur l'efficacité des interventions motrices précoces chez ces enfants présentant un diagnostic de paralysie cérébrale ou à risque élevé de paralysie cérébrale de la naissance à 2 ans. Étant donné que les 2 premières années sont considérées comme une période critique pour le développement du circuit corticospinal, les interventions basées sur l'activité motrice pendant cette période sont essentielles pour optimiser les résultats.

Annexe 6 : Cahiers de suivi des 3 régions

En l'absence d'outil spécifique exhaustif disponible, les cahiers de suivis ont été élaborés à partir des grilles de repérage des signes d'alerte de troubles du neurodéveloppement (TND) définis par l'HAS aidant à l'orientation de ces enfants vers les PCO. Toutefois, afin d'améliorer la sensibilité du repérage précoce et d'identifier les signes de déviation de la trajectoire développementale en vue d'une orientation vers un accompagnement précoce, en particulier chez les enfants les plus vulnérables, ces formulaires intègrent également des signes plus fins. Ces derniers ont été colligés par un comité réunissant une dizaine de pédiatres experts des RSEV des trois régions, de manière la plus exhaustive possible à partir des grilles disponibles sur le développement normal et anormal à des âges clés notamment publiés dans l'argumentaire de la HAS (13). Le schéma récapitulatif des signes d'alerte proposés dans ce document est présenté ci-dessous. D'autres documents de références internationales reconnues dans le champ du développement neurologique précoce ont également été utilisés lors de la conception de ces formulaires (23–25) ainsi que l'ouvrage d'Amiel-Tison, *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans* (26).



Les liens vers les formulaires de suivi de chacune des régions sont proposés ci-dessous. Ces formulaires reposent sur un socle commun partagé entre les régions, avec quelques adaptations mineures liées notamment aux contraintes propres à chaque SI.

❖ Occitanie

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_3mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_6mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_9mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_12mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_18mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_24mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_36mois_Cahier_SPICO.pdf

https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/SuiviEnfantsVulnerables/COCON_Inclusion_Cahier_SPICO.pdf

❖ **PACA**

<https://www.reseautperinatmed.fr/Examens-medicaux-suivi,1721.html>

❖ **Nouvelle-Aquitaine**

[cahiers de suivi - OneDrive](#)

Annexe 7 : Parcours en Nouvelle Aquitaine

Le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine est le réseau régional de santé en périnatalité de Nouvelle Aquitaine, créé en 2017 à la suite de la loi NOTRe. Il fédère les 44 établissements de naissance de la région, les PMI, les Conseils Ordinaux des médecins et des sage-femmes et de nombreuses structures représentant le monde libéral, le champ médico-psycho-social, ainsi que les usagers.

Fort de cette représentativité du terrain et de la pluridisciplinarité de ses acteurs, le réseau, en lien avec sa Tutelle, a pris le parti d'orienter ses axes de travail prioritaires sur le continuum anté-post natal et le repérage des vulnérabilités. Le choix stratégique d'adosser le réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables et l'expérimentation Cocon au réseau de périnatalité, a pour objectif de mutualiser les expériences, les expertises et les compétences tant en terme scientifique que structurels.

- **Suivi actuel des nouveau-nés vulnérables :**

Le suivi actuel n'est pas encore structuré autour d'un RSEV. Cependant la majorité des grands prématurés et les enfants ayant présenté une anoxie périnatale ou porteurs de lésion cérébrale (AVC ; méningo-encéphalite...) sont déjà suivis pour leur neurodéveloppement, majoritairement dans des consultations en CAMSP ou en centre hospitalier.

Par ailleurs, lors de l'étude EPIPAGE 2 débutée en 2011, les ex-régions d'Aquitaine et de Limousin se sont fortement investies dans le suivi de cette cohorte. De nombreux professionnels s'y sont impliqués et ont pu être formés à des outils de repérage comme l'ADBB ou le M-ABC.

De plus le centre de cardiologie pédiatrique du CHU de Bordeaux est un centre de référence au niveau national et deux cardio-pédiatres travaillent, en lien avec les pédiatres du RPNA, à l'organisation du suivi des enfants porteurs de malformations congénitales.

La Nouvelle Aquitaine a également 3 réseaux de psychiatrie périnatale dotés d'unités parents-enfant réparties sur la région à partir desquelles un déploiement d'équipes mobiles se constitue afin de développer un maillage en ressource de psychiatrie périnatale qui aideront au repérage, à l'orientation vers le projet Cocon et au soin précoce des NNV. Un travail autour des vulnérabilités parentales est réalisé au sein du RPNA et un auto-questionnaire permettant le dépistage de ces vulnérabilités pendant la grossesse est en cours d'expérimentation.

Enfin, une commission de travail autour des nouveau-nés vulnérables a été mise en place. Ce travail pluridisciplinaire a permis l'élaboration de référentiels communs sous la forme de cahiers de suivi de l'enfant de la naissance à 7 ans, selon les recommandations de l'HAS, avec un travail plus spécifique autour des signes précoces. Ces référentiels ont été harmonisés avec ceux des réseaux Occitanie et Méditerranée dans le cadre de l'expérimentation Cocon.

L'informatisation en cours de ces cahiers dans l'outil PAACO permettra à court terme leur déploiement auprès des professionnels et une veille épidémiologique de qualité.

- **Déploiement territorial de l'expérimentation :**

Le suivi des NNV n'étant pas encore structuré en Nouvelle Aquitaine comme en Occitanie et PACA, l'expérimentation Cocon sera déployée environ 6 mois après les 2 autres régions afin de finaliser en amont :

- La mise à jour de l'état des lieux déjà réalisé auprès des structures de soins et des professionnels libéraux, avec élaboration des listes de professionnels référents,
- L'information des professionnels,
- La formation des professionnels, basée sur les référentiels communs de suivi et les outils standardisés recommandés par l'HAS, grâce à l'expertise de certains professionnels (DIU neurodéveloppement, GMs, BSM) et à l'appui des réseaux Occitanie et Méditerranée.
- La préparation à l'utilisation de l'outil de coordination-système d'information PAACO,
- Le déploiement du système d'information, outil régional d'e-santé Paaco-Globule,

Cette stratégie de déploiement est indissociable d'un partenariat fort avec les PCO. A ce titre, le RPNA s'est inscrit dans un travail national mené sous l'égide de la FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité) visant à proposer un modèle de convention de partenariat entre PCO et RSEV.

Cette convention permettra de fixer les modalités pratiques de collaboration dans le cadre du parcours de soins des NNV présentant des troubles du neurodéveloppement.

Elle permettra aux deux structures :

- De dresser un état des lieux commun des professionnels libéraux et structures de soins pouvant intervenir dans le parcours de soins des enfants
- De communiquer sur leur partenariat afin d'obtenir l'adhésion des professionnels et de les inciter à conventionner avec la PCO
- De s'assurer que tout enfant ayant les facteurs de vulnérabilité périnatale puisse bénéficier du suivi proposé par le réseau jusqu'à l'âge de 7 ans.
- De s'assurer que tout enfant suivi dans le cadre du RSEV soit orienté vers la PCO selon les critères définis par l'HAS.
- D'organiser ensemble le parcours de soins coordonné de l'enfant, le médecin référent de l'enfant au sein du RSEV pouvant être en appui de la PCO, notamment lors de participation à des RCP communes.
- D'orienter l'enfant vers les structures de soins adaptées dans les suites de la prise en charge de la PCO
- De proposer une montée en compétence des professionnels en déployant un programme de formations commun
- De proposer dès à présent, avec l'appui de l'ARS et du GRADeS régional, des outils au sein du SI qui faciliteront l'orientation des enfants vers les PCO (formulaire médical d'adressage dédié) et l'analyse d'indicateurs communs de suivi

7 PCO sont déjà fonctionnelles sur les 12 départements de Nouvelle Aquitaine, et les 5 autres prévues en 2022. Un travail en ce sens est déjà engagé avec les PCO des territoires pilotes du projet Cocon.

La région Nouvelle Aquitaine peut déjà s'appuyer sur certains territoires ayant des ressources en professionnels et un parcours de suivi des nouveau-nés vulnérables bien établi, en lien avec les PCO.

Le projet Cocon débutera ainsi sur 4 départements pilotes. Il s'agit des départements de Charente Maritime (17), de la Gironde (33), des Pyrénées Atlantiques (64) et de la Haute Vienne (87). En effet ces départements sont des territoires :

- où le maillage est déjà bien organisé, notamment sur les plus gros départements de la région (33 et 64) avec des ressources en libéral disponibles

- dotés de PCO également bien déployées (hors 87 qui débute fin 2021) et déjà en lien avec les professionnels assurant le suivi de ces NNV.
- Pourvus de liens entre les équipes de psychiatrie périnatale et le suivi des NNV déjà tissés

Cela permettra en parallèle de développer les formations et le réseau, notamment en libéral, sur les autres territoires.

Après 2 ans d'expérimentation, du fait de l'augmentation des ressources sur la région et du déploiement de toutes les PCO, l'inclusion sera étendue à toute la Nouvelle Aquitaine.

- **Montée en charge de la file active :**

Cahier des charges initial

Année inclusion	N1	N2	N3	N4	N5	Total
Réseau	RPNA	RPNA	RPNA	RPNA	RPNA	
Indication de suivi						
< 28SA ou ≤ 1000g	60	120	200	200		580
< 32 SA ou ≤ 1500g	125	250	430	430		1235
Anoxo-ischémie	15	30	50	50		145
Cardiopathies	40	80	110	110		340
Autres malf congénitales	15	30	40	40		125
Patho neuro	20	40	60	60		180
Alcool	10	20	30	30		90
33SA-34SA+6j avec FDR	35	70	100	100		305
33SA-34SA+6j sans FDR						0
35SA-36SA+6j avec FDR						0
Psychotropes/toxiques	30	60	80	80		250
Nombre d'enfants inclus	350	700	1100	1100	0	3250
Nombre d'enfants suivis (10% perdus de vue à partir de N+2)	350	1050	2115	3145	3035	

	Nouvelle-Aquitaine					
	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Groupe 1		144	437	709	852	604
Groupe 2		59	179	289	348	247
Grands prématurés : ≤ 31SA +6j ou ≤1500g		92	280	453	545	386
Prématurés modérés (32-34SA+6) ou PN entre 1500g et 2000g avec ou sans facteurs de risques selon régions		31	95	154	186	132
Pathologies néonatales sévères (hors pathologies neurologiques)		4	11	18	22	16
Pathologies infectieuses sévères		2	6	9	11	8
Pathologies neurologiques		29	87	141	169	120
Cardiopathies congénitales		8	25	41	49	35
Autres malformations congénitales ayant nécessité une chirurgie majeure répétée et prolongée (sauf cardiopathies - malformations cérébrales)		9	26	42	51	36
Exposition à l'alcool		2	6	9	11	8
Exposition à des toxiques		8	24	38	46	32
Mères hospitalisées en psychiatrie périnatale (NA)		5	16	26	31	22
TND au 1 ^{er} degré (NA – Occitanie)		5	15	24	29	20
Autres		8	25	41	49	35
Nombre enfants inclus	0	203	616	998	1200	850
Nombre d'enfants suivis (dont 10% PDV à partir de N2)	0	203	819	1797	2935	3563

- **Coordination régionale :**

La coordination médicale et administrative doit être assurée en proximité.

La coordination médicale intervient en appui du médecin référent. Elle sera réalisée par le pédiatre coordonnateur du réseau et par des pédiatres territoriaux référents de parcours.

Du temps de puéricultrice est sollicité pour l'appui à l'inclusion des enfants et l'accompagnement des familles en cas de perdus de vue ou de parcours complexes.

Le soutien administratif (secrétariat médical) prépare et formalise les documents contractuels avec les libéraux et les structures de suivi, aide à l'organisation et la programmation des RCP et des autres réunions. Le soutien administratif recueille les informations utiles pour l'analyse épidémiologique du projet (données patients).

Un soutien comptable est sollicité au vu de l'organisation financière prévue dans l'article 51.

La coordination régionale est assurée par la mission de chef de projet qui assure la coordination du déploiement de l'expérimentation, assure le lien avec la CNAM et les 2 autres réseaux pour le projet,

supervise l'établissement des conventions, assure la coordination de l'évaluation avec l'aide l'évaluateur externe, et coordonne le déploiement du SI PAACO en lien avec l'ARS.

L'analyse épidémiologique de l'expérimentation est réalisée par un Sage-femme épidémiologiste avec l'appui des pédiatres coordonnateurs.

- **Besoin de financement (crédits d'amorçage et d'ingénierie FIR)**

Cahier des charges initial

CREDITS INGENIERIE - COCON A51										
Type de prestations	Détails	Nb Cout/ETP ou d'heure/ET tarif unitaire P/réalisation		Montant total	2022	2023	2024	2025	2026	
Outils d'aide à la formation des professionnels	Conception des outils et informatisation/dé matérialisation			5 000 €	5 000 €	- €	- €	- €	- €	
	Reprographie			5 000 €	5 000 €	- €	- €	- €	- €	
	Sensory Baby Test	469,00 €	39	18 291 €	18 291 €	- €	- €	- €	- €	
	Malette BmTa	140,00 €	26	3 640,00 €	- €	- €	- €	3 640,00 €	- €	
	EVAL Mater	199,00 €	26	5 174,00 €	- €	- €	5 174 €	- €	- €	
	Licenses ASQ	300,00 €	5	1 500,00 €	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €	
Outils de communication	Flyers et charte patients Flyers et charte PS	4 000,00 €	1	4 000 €	4 000 €	- €	- €	- €	- €	
	Intégration volet NN vulnérables au site du RPNA	3 500,00 €	1	3 500 €	3 500 €	- €	- €	- €	- €	
CREDITS AMORCAGE - COCON A51										
Type de prestations	Détails	Nb Cout/ETP ou d'heure/ET tarif unitaire P/réalisation		Montant total	2022	2023	2024	2025	2026	commentaires
Coordination pédiatrique territoriale	Pédiatre	125 000,00 €	0,4	250 000,00 €	50 000,00 €	50 000,00 €	50 000,00 €	50 000,00 €	50 000,00 €	pourra être complété à hauteur de 0,6 ETP dans le cadre de mesures nouvelles si projet autorisé + clarification répartition des missions entre 0,5 ETP pédiatre (CPOM) pour l'ingénierie de projet et le poste de chargé de mission (CAI A51).
Coordination projet	administratif - chargé.de de projet	50 000,00 €	0,8	200 000,00 €	40 000,00 €	40 000,00 €	40 000,00 €	40 000,00 €	40 000,00 €	0,8 ETP sur le FIR et 0,2 ETP sur le FIS
SOUS TOTAL CAI					126 091,00 €	90 300,00 €	95 474,00 €	93 940,00 €	90 300,00 €	Pour 2022, à rajouter 46 963 euros en plus des crédits 2021 engagés sur la ligne A51.
TOTAL CAI (FIR)								496 105,00 €		

Modification du cahier des charges Mai 2026

CAI (FIR)	amorçage		90 000	90 000	90 000	90 000 €	90 000 €	450 000 €
CAI (FIR)	fonctionnement		29 128	300	5 474	3 940	300 €	39 442 €
CAI (FIR)	renfort (RH / fonctionnement)					288 864		288 864 €
Total CAI (FIR)			29 128	90 300	95 474	382 804	90 300	778 306 €

• **Récapitulatif du besoin total de financement (FISS et FIR)**

Cahier des charges initial

Nouvelle Aquitaine	FORFAIT ANNUEL	% d'enfants concernés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Nb d'enfants distincts inclus			350	700	1 100	1 100	-	-
10% de perdus de vue 2 ans après la naissance			350	350	315	315	315	-
			-	700	700	630	630	-
			-	-	1 100	1 100	990	-
			-	-	-	1 100	1 100	-
Nb d'enfants suivis, dont 10% de perdus de vue à partir de N+2 pour chaque cohorte			350	1 050	2 115	3 145	3 035	3 035
Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans	forfait 1 forfait 2 forfait 3 SOUS-TOTAL	485,00 € 153,00 € 138,00 € 85% 85% 85%	144 288 € - € - € 144 288 €	288 575 € 45 518 € - € 334 093 €	453 475 € 132 001 € - € 585 476 €	453 475 € 224 987 € 36 950 € 715 411 €	- € 271 805 € 110 849 € 382 653 €	1 339 813 € 674 309 € 147 798 € 2 161 920 €
Forfait soins annuel entre 0-2 ans	En 1ère année Renouvellement SOUS-TOTAL	2 009,00 € 609,00 € 30% 9% 30%	210 945 € - € 210 945 €	421 890 € 19 184 € 441 074 €	662 970 € 38 367 € 701 337 €	662 970 € 60 291 € 723 261 €	- € 60 291 € 60 291 €	1 958 775 € 178 133 € 2 136 908 €
Forfait soins annuel entre > 2-5 ans	En 1ère année Bilan à 5 ans Renouvellement SOUS-TOTAL	1 669,00 € 300,00 € 562,00 € 30% 30% 14%	- € - € - € - €	- € - € - € - €	157 721 € - € - € 157 721 €	315 441 € - € 23 899 € 339 340 €	495 693 € 32 603 € 47 798 € 576 094 €	968 855 € 32 603 € 71 697 € 1 073 154 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)			355 233 €	775 166 €	1 444 533 €	1 778 012 €	1 019 038 €	5 371 981 €
CAI FISS	secrétariat comptable Chefferie projet/coord natle	21,78 €	7 623 € 15 000 €	22 869 € 15 000 €	46 065 € 15 000 €	68 498 € 15 000 €	66 102 € 15 000 €	211 157 € 75 000 €
Total CAI (FISS)			22 623 €	37 869 €	61 065 €	83 498 €	81 102 €	286 157 €
CAI (FIR)	chargé de projet (adm)		40 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	200 000 €
CAI (FIR)	coordination territoriale		50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	250 000 €
CAI (FIR)	formation/communication		36 091 €	300 €	5 474 €	3 940 €	300 €	46 105 €
Total CAI (FIR)			126 091 €	90 300 €	95 474 €	93 940 €	90 300 €	496 105 €
TOTAL CAI (FIR et FISS)			148 714 €	128 169 €	156 539 €	177 438 €	171 402 €	782 262 €
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)			503 947 €	903 335 €	1 601 072 €	1 955 450 €	1 190 440 €	6 154 244 €

Modification du cahier des charges Mai 2026

Nouvelle Aquitaine	FORFAIT ANNUEL	modèle initial	% d'enfants concernés	nouveau modèle	% d'enfants concernés	réalisé 2022sept-déc	réalisé 2023	réalisé 2024	réalisé 2025	2026	2027 janv-août	Total	
Nb d'enfants distincts inclus						-	203	616	998	1 200	850	-	
groupe 1 suivi (G1)			71%			-	-	-	-	852	604		
groupe 2 suivi (G2)			29%			-	-	-	-	348	247		
Forfait de suivi annuel entre 0-5 ans	forfait 1	485,00 €	85%	407,00 €	93%	- €	98 455 €	298 760 €	484 030 €	461 466 €	321 734 €	1 664 445 €	
	forfait 2	153,00 €	85%	153,00 €	93%	- €	- €	3 519 €	44 217 €	220 834 €	211 455 €	480 025 €	
	forfait 3	138,00 €	85%	138,00 €	93%	- €	- €	- €	- €	23 448 €	66 972 €	90 419 €	
	SOUS-TOTAL						98 455 €	302 279 €	528 247 €	705 748 €	600 160 €	2 234 889 €	
Forfait soins annuel entre 0-2 ans	En 1ère année	2 009,00 €	30%			- €	156 702 €	608 727 €	1 263 661 €			2 029 090 €	
	forfait 0-2 groupe 1			1 657,00 €	50%					718 378 €	500 414 €	1 218 792 €	
	forfait 0-2 groupe 2			1 357,00 €	50%					245 572 €	167 590 €	413 162 €	
	Renouvellement	609,00 €	9%	609,00 €	35%	- €	- €	4 263 €	131 544 €	212 724 €	181 178 €	529 708 €	
	SOUS-TOTAL						156 702 €	612 990 €	1 395 205 €	1 176 674 €	849 181 €	4 190 752 €	
Forfait soins annuel entre > 2-5 ans	En 1ère année	1 669,00 €	30%			- €	- €	- €	106 816 €			106 816 €	
	forfait >2-5 groupe 1			1 384,00 €	25%	- €	- €	- €	- €	138 431 €	156 260 €	294 691 €	
	forfait >2-5 groupe 2			1 141,00 €	25%	- €	- €	- €	- €	47 596 €	52 618 €	100 214 €	
	Bilan à 5 ans	300,00 €	30%	300,00 €	45%	- €	- €	- €	- €	- €	20 091 €	20 091 €	
	Renouvellement	562,00 €	14%	562,00 €	14%	- €	- €	- €	- €	13 861 €	29 773 €	43 634 €	
	SOUS-TOTAL						- €	- €	106 816 €	199 888 €	258 743 €	565 447 €	
TOTAL prestations dérogatoires (FISS)							255 157 €	915 269 €	2 030 268 €	2 082 310 €	1 708 083 €	6 991 087 €	
CAI FISS	secrétariat comptable	21,78 €				- €	4 421 €	17 838 €	39 139 €	39 139 €	39 139 €	139 676 €	
	Chefferie projet/coord natle					4 375 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	10 625 €	75 000 €	
Total CAI (FISS)							4 375	19 421	32 838	54 139	54 139 €	49 764 €	214 676 €
CAI (FIR)	amorçage						90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	450 000 €	
CAI (FIR)	fonctionnement					29 128	300	5 474	3 940	300 €	300 €	39 442 €	
CAI (FIR)	renfort (RH / fonctionnement)								288 864			288 864 €	
Total CAI (FIR)							29 128	90 300	95 474	382 804	90 300	90 300	778 306 €
TOTAL CAI (FIR et FISS)							33 503	109 721	128 312	436 943	144 439 €	140 064 €	992 982 €
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)							33 503	364 878	1 043 581	2 467 211	2 226 749 €	1 848 147 €	7 984 069 €

Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du
Travail et des Solidarités de Nouvelle-Aquitaine

R75-2026-07-27-00006

ROB SMJPM SDPF 2026

**Rapport d'orientation budgétaire (ROB)
des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (SMJPM)
et des services délégués aux prestations familiales (SDPF)
de la région Nouvelle-Aquitaine
pour l'année 2026**

Le présent ROB, pris en application des articles L.314-1 et R.314-22 du code de l'action sociale et des familles (CASF), retrace les orientations fixées par la préfète de région, autorité de tarification, pour la campagne budgétaire 2026 des SMJPM et des SDPF de la région Nouvelle-Aquitaine.

I. Orientations nationales

Les orientations nationales sont présentées dans l'instruction n° DGCS/2A/5A/2026/70 du 1^{er} juin 2026 relative aux orientations de l'exercice 2026 pour la campagne budgétaire des SMJPM et des SDPF.

A. SMJPM

1. Dotations régionales limitatives (DRL)

Les DRL résultant de l'arrêté du 27 mai 2026 fixant les DRL relatives aux frais de fonctionnement des SMJPM relevant du I de l'article L.361-1 du CASF, publié au Journal officiel du 30 mai 2026, ont été calculées en tenant compte :

- De l'objectif national de recherche d'économies ;
- Des budgets prévisionnels (BP) autorisés en 2025 ;
- D'un effet volume de +1,60% ;
- D'un taux d'actualisation des dépenses reconductibles de +0,94% se décomposant en :
 - Un taux de +0,90% appliqué aux dépenses de personnel (considérées comme représentant 87% des dépenses) ;

- Un taux de +1,20% appliqué aux dépenses autres que de personnel (considérées comme représentant 13% des dépenses) ;
- De mesures nouvelles représentant une augmentation de +1,60%, à mobiliser :
 - Pour le recrutement de délégués mandataires, alternants ou apprentis en licence professionnelle mandataire judiciaire à la protection des majeurs ;
 - Pour la résorption des écarts entre les services les mieux et les moins bien dotés, par référence à l'indicateur valeur du point service (VPS), selon les principes suivants :
 - Priorisation des services dont les VPS sont inférieures à la référence plancher (fixée à 16,5 à compter de l'exercice 2025) ;
 - Exclusion des services dont les VPS sont supérieures à la référence plafond (fixée à 18,5 à compter de l'exercice 2025) ;
 - Mesures nouvelles conditionnées à l'amélioration du ratio délégués / autres personnels pour les services dont les VPS sont comprises entre les références plancher et plafond ;
- De mesures d'économies représentant une diminution de -4,00%, à réaliser sur les services dont les VPS sont supérieures à la référence plafond et sur les services affichant un ratio délégués / autres personnels inférieur à la moyenne nationale (51,70%) ;
- Des excédents réalisés par les structures les années précédentes, considérant que ces excédents devront être affectés prioritairement à la réduction des charges d'exploitation.

2. Actions innovantes

Une enveloppe nationale de 1,5 millions d'euros viendra cette année accompagner le financement de projets pluriannuels retenus en 2025 par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) dans le cadre du soutien au pilotage de la protection juridique des majeurs, à la qualité des interventions réalisées auprès des majeurs protégés, et à la consolidation des dynamiques territoriales répondant aux enjeux communs du secteur de la protection juridique des majeurs.

Cette enveloppe sera répartie par la DGCS au plus tard en septembre 2026, au regard notamment des bilans communiqués par les structures concernées et des priorisations régionales faites par les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) en lien avec les Directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités - et de la protection des populations (DDETS-PP).

B. SDPF

L'objectif de convergence tarifaire par référence à la VPS est applicable également aux SDPF.

II. Orientations régionales

A. Schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales

Le schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales 2025 / 2029 a été acté par arrêté le 30 mars 2026.

Il est accessible sur le site internet de la DREETS Nouvelle-Aquitaine, via le lien <https://nouvelle-aquitaine.dreets.gouv.fr/Schema-regional-des-mandataires-judiciaires-a-la-protection-des-majeurs-et-des->.

B. Autorisations

La régularisation des capacités au renouvellement des autorisations, sur la base du nombre de mesures réalisées au 31 décembre de l'année précédant le renouvellement de l'autorisation, se poursuivra cette année.

Il est rappelé :

- Que ces régularisations ne pourront se faire que dans le respect des seuils prévus par les articles L.313-1-1, D.313-2 et D.313-2-1 A du CASF ;
- Qu'elles ne pourront conduire à une diminution de la capacité précédemment autorisée ;
- Que seront fixés dans les arrêtés d'autorisation des SMJPM :
 - Une capacité unique sauvegarde / curatelle / tutelle lorsque les SMJPM ne sont pas autorisés à réaliser des mesures d'accompagnement judiciaires (MAJ) ;
 - Une capacité unique sauvegarde / curatelle / tutelle / MAJ lorsque les SMJPM sont autorisés à réaliser des MAJ.

C. SMJPM

1. DRL

La DRL des SMJPM pour l'année 2026 a été fixée, pour la région Nouvelle-Aquitaine, à 101 394 727 €. Elle est en diminution de -814 140 € et -0,80% par rapport à l'année précédente.

Elle a été calculée après prise en compte :

- De la reconduction des bases ;
- De la montée en charge du SMJPM ouvert en 2025 dans le département des Landes ;
- Des actualisations, mesures nouvelles et mesures d'économies détaillées au chapitre I.A.1. « Orientations nationales / SMJPM / DRL » du présent rapport ;
- Du niveau des excédents issus des années antérieures.

2. Enveloppes

Des enveloppes départementales ont été fixées et déterminées de la manière suivante :

1. Reconduction des bases dotations globales de financement (DGF) (102 050 545 €) ;
2. Intégration de la montée en charge du SMJPM ayant ouvert en 2025 dans le département des Landes (107 176 €) ;
3. Actualisation appliquée aux services dont la VPS 2025 (après retraitement des crédits actions innovantes et des écritures de régularisation Ségur pour tous) était inférieure à la référence plafond 18,5, et dans la limite de celle-ci, à hauteur de (616 838 €) :
 - +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 1 ;
 - +0,90% sur les dépenses reconductibles du groupe 2 ;
 - +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 3 ;
4. Répartition du solde (mesures d'économies à réaliser) (-1 379 832 €) :
 - Pour deux tiers, au prorata des écarts supérieurs à la VPS plafond 18,5, et après prise en compte du nombre de points ;
 - Pour un tiers, au prorata des écarts supérieurs à un excédent représentant en moyenne sur les cinq dernières années plus de 5% des dépenses réalisées.

Charente	6 300 493
Charente-Maritime	12 920 673
Corrèze	4 592 973
Creuse	2 560 390
Dordogne	10 859 550
Gironde	20 086 296
Landes	6 288 883
Lot-et-Garonne	6 782 944
Pyrénées-Atlantiques	9 581 784
Deux-Sèvres	7 995 839
Vienne	6 913 231
Haute-Vienne	6 511 671
Nouvelle-Aquitaine	101 394 727 €

3. Principes de répartition

Le présent ROB s'inscrit dans les orientations nationales mentionnées précédemment, avec notamment :

- Le respect du montant de la DRL et des enveloppes départementales en résultant ;
- La reconduction des bases DGF des services ;
- Le retraitement, dans le calcul des VPS, des crédits actions innovantes et des écritures de régularisation Ségur pour tous, uniquement pour les montants inscrits en dépenses et impactant défavorablement la VPS du service ;
- L'application, pour les SMJPM dont la VPS 2025 ne dépasse pas la référence plafond 18,5 et dans la limite de celle-ci d'une actualisation à hauteur :
 - De +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 1 ;
 - De +0,90% sur les dépenses reconductibles du groupe 2 ;
 - De +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 3 ;
- La possibilité d'attribuer des mesures nouvelles aux SMJPM dont la VPS 2025 ne dépasse pas la référence plafond 18,5, dans la limite de cette référence plafond, en priorisant la création de délégués, et dans l'optique d'une amélioration du ratio délégués / autres personnels ;
- La mise en œuvre de mesures d'économies pour les SMJPM dont la VPS 2025 dépasse la référence plafond 18,5 et/ou affichant des excédents représentant en moyenne sur les cinq dernières années plus de 5% des dépenses réalisées ;
- L'affectation des excédents à la réduction des charges d'exploitation lorsque les propositions d'affectation faites par les structures ne répondent pas aux conditions posées au chapitre II.E.3.b. « Orientations régionales / Modalités de tarification / Rappel sur les principaux attendus en matière de tarification / CA » du présent rapport.

Il est précisé :

- Que les enveloppes départementales seront réparties par les services instructeurs au regard de leur analyse de la situation des structures, et après prise en compte de leurs propositions budgétaires ;

- Que les excédents réalisés par les structures les années antérieures pourront être affectés à la réduction des charges d'exploitation pour le respect de la DRL et des enveloppes départementales en résultant.

4. Actions innovantes

Une évaluation des projets financés sur les enveloppes régionales actions innovantes 2023 à 2025 est en cours, et fera l'objet d'une restitution sur le second semestre de l'année.

Celle-ci s'inscrit notamment dans le cadre de l'action 2.5. « Proposer un accompagnement spécifique pour les situations complexes » du schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales 2025 / 2029.

Aucune enveloppe régionale actions innovantes ne sera, dans l'attente des résultats de cette évaluation, constituée sur l'exercice 2026.

D. SDPF

La tarification des SDPF sera réalisée selon les mêmes principes que les SMJPM, mais, du fait de l'absence de références plancher et plafond définies, avec les aménagements suivants :

- Application, pour les SDPF dont la VPS 2025 ne dépasse pas la moyenne nationale (19,91), d'une actualisation à hauteur de :
 - +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 1 ;
 - +0,90% sur les dépenses reconductibles du groupe 2 ;
 - +1,20% sur les dépenses reconductibles du groupe 3 ;
- Poursuite de la convergence tarifaire visant à réduire les disparités entre les services les mieux et les moins bien dotés, par référence à l'indicateur VPS 2025, avec, après instruction :
 - Des mesures nouvelles attribuées prioritairement aux SDPF dont les VPS apparaissent les plus inférieures à la moyenne nationale (19,91) ;
 - Des mesures d'économies recherchées sur les SDPF dont les VPS 2025 apparaissent les plus supérieures à la moyenne nationale (19,91) et/ou affichent des excédents représentant en moyenne sur les cinq dernières plus de 5% des dépenses réalisées.

E. Modalités de tarification

1. Préparation de la tarification

L'unité tarification et contractualisation des établissements et services sociaux (TCESS) de la DREETS assure, en articulation étroite avec les DDETS-PP concernées, la tarification des SMJPM et des départements de la Charente, de la Charente-Maritime, de la Corrèze, de la Creuse, des Landes, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques, de la Vienne et de la Haute-Vienne. Les services de ces départements transmettront par conséquent les documents budgétaires prévus par le CASF en version papier à la TCESS, en version numérique à la TCESS et à la DDETS-PP.

La tarification des SMJPM et des SDPF des départements de la Dordogne, de la Gironde et des Deux-Sèvres continuant d'être préparée par les DDETS-PP, les services de ces départements adresseront ces mêmes documents en version papier à la DDETS-PP, en version numérique à la DDETS-PP et à la TCESS.

2. Campagne budgétaire

La campagne budgétaire 2026 des SMJPM et des SDPF sera menée dans le respect des dispositions du CASF.

Le montant global des dépenses autorisées et le montant des DGF seront fixés par l'autorité de tarification au terme d'une procédure contradictoire, avec :

- Des propositions de modifications budgétaires (PMB) notifiées au plus tard le 16 juillet 2026 ;
- Des décisions d'autorisation budgétaires (DAB) notifiées au plus tard le 28 juillet 2026.

Le ROB sera présenté aux structures en webconférence le 10 juillet 2026, et leur sera adressé en annexe aux PMB. Il sera accessible également sur le site Internet de la DREETS Nouvelle-Aquitaine.

Les modifications budgétaires proposées le cas échéant par l'autorité de tarification seront faites par référence au présent ROB, et motivées conformément aux articles R.314-22 et 23 du CASF.

3. Rappel sur les principaux attendus en matière de tarification

a. e-FSM

Les propositions budgétaires, les CA ainsi que leurs annexes sont à déposer également sur la plateforme e-FSM.

Les structures sont invitées à être particulièrement vigilantes à ce dépôt, au respect des délais, à l'exactitude, à l'exhaustivité et au format des documents. Il est souligné en effet :

- Que les services n'ayant pas déposé sur e-FSM, ou ayant déposé hors délais, pourraient se voir, par application des instructions nationales, exposés à une tarification d'office ;
- Que la plateforme e-FSM est un outil privilégié dans la définition des orientations et arbitrages national, régional et départementaux ;
- Que les données non mises à disposition par la voie de la plateforme pourraient par conséquent ne pas être prises en compte.

b. CA

L'attention des gestionnaires est cette année encore appelée sur l'importance des rapports d'activité prévus par l'article R.314-50 du CASF. Ces documents apporteront a minima, afin que l'autorité de tarification soit mise en mesure d'instruire valablement les CA présentés, des éléments explicatifs et justificatifs pour tous les groupes fonctionnels et tous les comptes sur lesquels sont portées des variations supérieures à $\pm 1\,000$ € et/ou $\pm 50\%$.

Un regard particulier sera porté sur le calcul des rémunérations, par exploitation notamment du tableau des effectifs et du tableau de calcul des appointements, en référence aux conventions collectives applicables. Les dépassements éventuels ne sauront, par application de l'article R.314-85 du CASF, être opposés à l'autorité de tarification.

Les provisionnements pour risques et charges, y compris les provisionnements pour départs en retraite, ne pourront au CA être validés, par principe, que s'ils ne génèrent pas un résultat administratif déficitaire. Le provisionnement pour congés à payer, ainsi que les autres droits acquis par les salariés non provisionnés, dépenses non opposables à l'autorité de tarification en application de l'article R.314-26 9° du CASF, feront quant à eux l'objet d'un retraitement.

Les propositions d'affectation des résultats devront dans tous les cas avoir été argumentées par les structures. Les excédents pourront être affectés à la réduction des charges d'exploitation, notamment afin de respecter le montant des enveloppes départementales mentionnées précédemment. L'affectation à la réserve de compensation des déficits d'exploitation ne pourra être décidée que dans la limite d'une réserve représentant au maximum 15% des charges du service. L'affectation à l'investissement ne pourra quant à elle être validée qu'en cas de programme pluriannuel d'investissement (PPI) approuvé ou en cours d'instruction. Les excédents structurels, de par leur niveau ou leur récurrence, pourront constituer un motif de débasage de la DGF du service concerné.

Il est rappelé que, pour les structures ayant inscrit en 2024 un produit à recevoir pour le financement de la revalorisation Ségur pour tous, une écriture de régularisation aura dû être passée en 2025 via un compte de classe 6 venant impacter d'autant le résultat.

c. Propositions budgétaires

Les rapports budgétaires devront répondre aux exigences posées par l'article R.314-18 du CASF, et donner à l'autorité de tarification une lisibilité suffisante notamment sur les éléments constitutifs de la masse salariale, parmi lesquels le nombre de points, la valeur du point, le taux de charges, le glissement vieillesse technicité, la **justification** et le détail du calcul de la rémunération des ETP qu'il est envisagé de créer.

d. PPI

Conformément à l'article R.314-20 du CASF, les amortissements et les frais financiers des investissements ne pourront être validés qu'à la condition qu'un PPI ait été déposé par la structure, différencié de l'envoi des documents budgétaires et financiers, et approuvé par l'autorité de tarification.

Par ailleurs, si des variations significatives impactent l'exercice de l'année, un PPI actualisé devra être transmis à l'autorité de tarification.

e. Sièges et charges mutualisées

L'intégration de quotes-parts de frais de siège aux BP des services est subordonnée, par application de l'article R.314-87 du CASF, à l'octroi d'une autorisation fixant la nature des prestations ayant vocation à être prises en compte. Cette autorisation, accompagnée de la décision fixant les quotes-parts de frais de siège, sera communiquée à l'appui des propositions budgétaires et CA de l'année concernée.

Dans l'hypothèse où des charges se verraient mutualisées entre un service et d'autres établissements, services ou dispositifs, la structure adressera, dans ses propositions budgétaires et au CA, un tableau de répartition des charges et produits communs. Il sera accompagné d'un rappel des clés de répartition utilisées en cas de SMJPM et de SDPF relevant d'un même gestionnaire.

f. Agréments

La procédure de dépôt des demandes d'agrément via la plateforme Accolade demeure inchangée.

Les mesures soumises à agrément, parmi lesquelles la prime partage de la valeur (PPV), nécessiteront donc, pour pouvoir être validées par l'autorité de tarification :

- La signature d'un accord d'établissement ou décision unilatérale prévoyant leur attribution ;
- Le dépôt d'une demande d'agrément ministériel auprès du greffe de la Commission nationale d'agrément (CNA) via la plateforme Accolade (<http://accolade.social.gouv.fr>) ;
- Un agrément ministériel donné sur avis de la CNA, après consultation de l'autorité de tarification.

Je souhaitais vous remercier enfin pour votre action et votre implication, indispensables à la réussite du schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales, désormais renouvelé.

Fait à Bordeaux, le 27 juillet 2026

fm La préfète de la région
Nouvelle-Aquitaine, *fb*

Pour la Préfète
L'adjoint au secrétaire général pour les affaires régionales

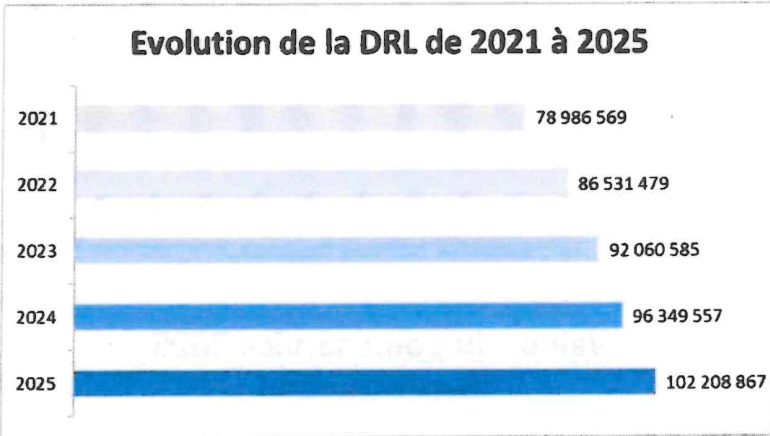
[Signature]
Benoit LEMOZIT

Annexes :

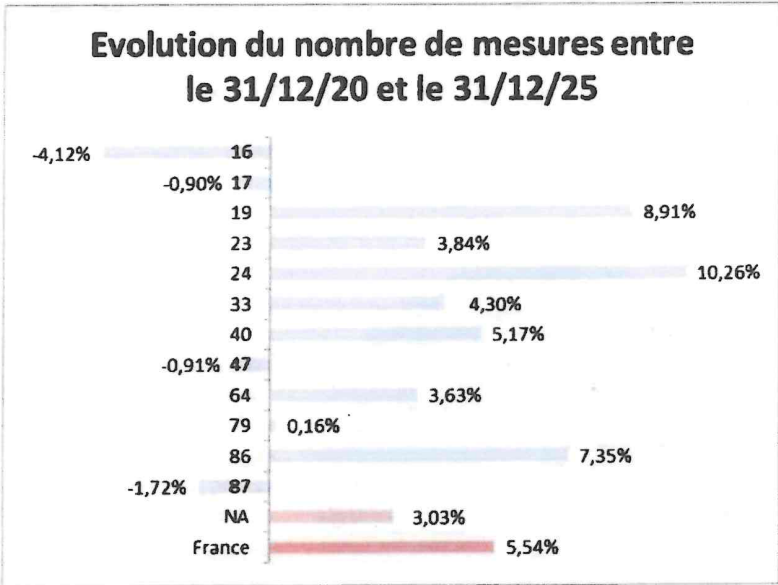
- Bilan SMJPM de l'année 2025
- Bilan SDPF de l'année 2025

Annexe : Bilan SMJPM de l'année 2025

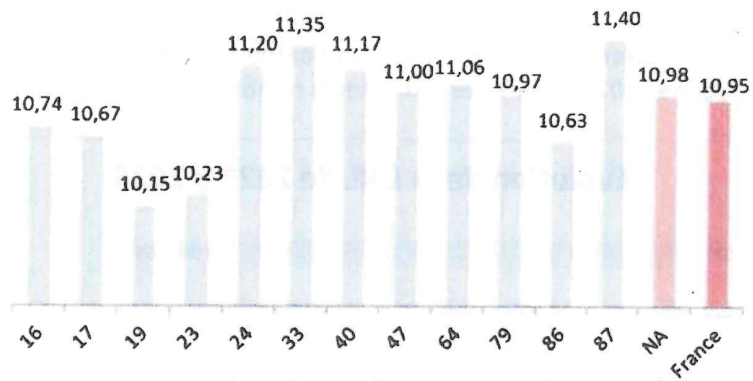
Le bilan présenté ci-après a été réalisé à partir des indicateurs collectés par la DGCS pour ce même exercice (valeurs moyennes 2025, issues des indicateurs remontés avec le CA 2025).



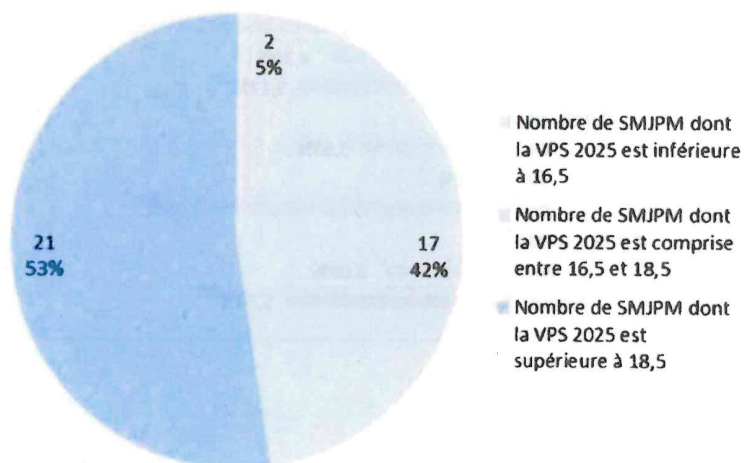
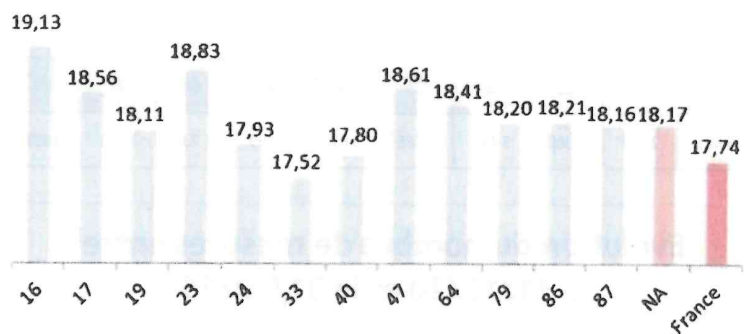
	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87	NA	France
Nombre de mesures au 31/12/25	3 002	6 421	2 568	1 380	5 493	9 686	3 010	3 149	4 736	3 863	3 682	3 087	50 077	401 021

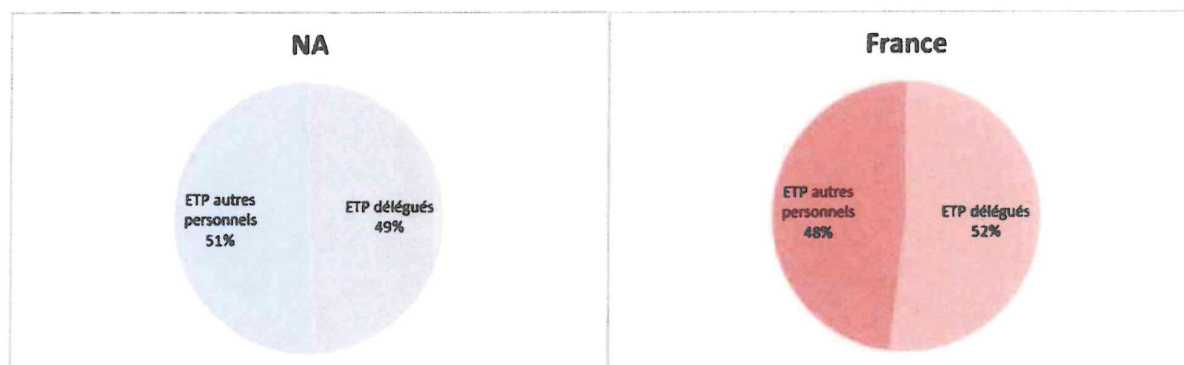
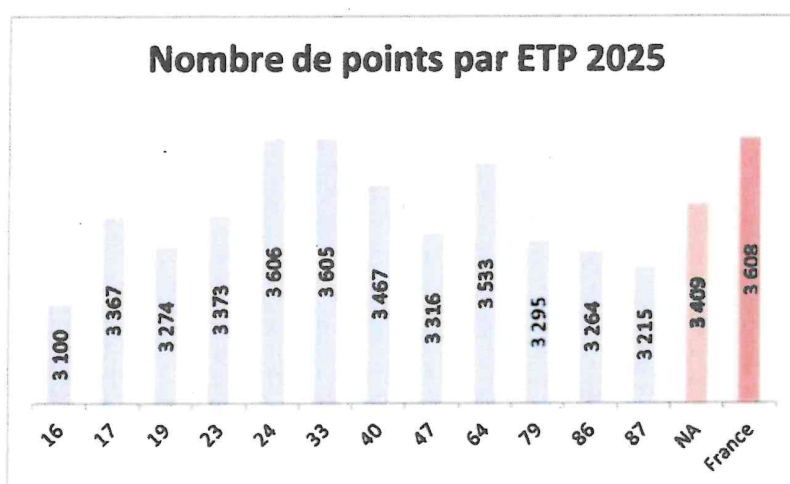
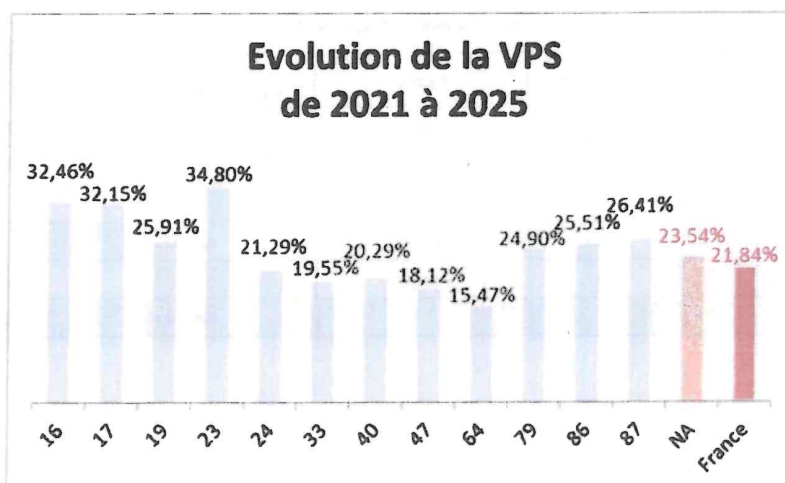


Poids moyen de la mesure 2025



Valeur du point service 2025 (après retraitement)

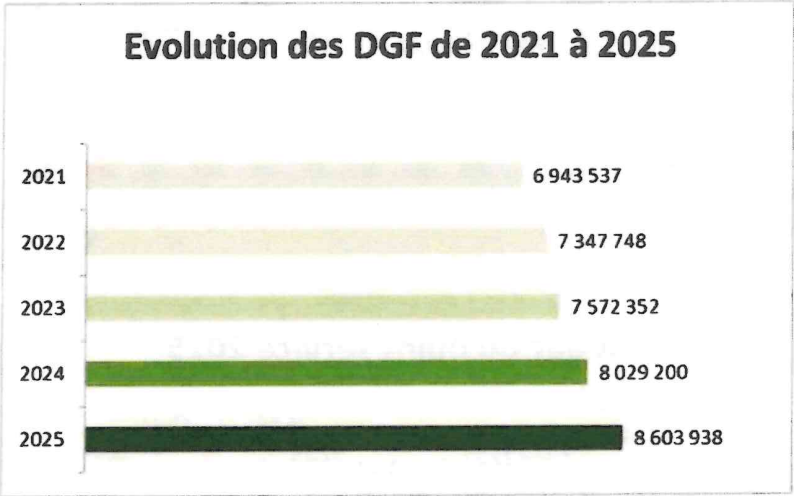




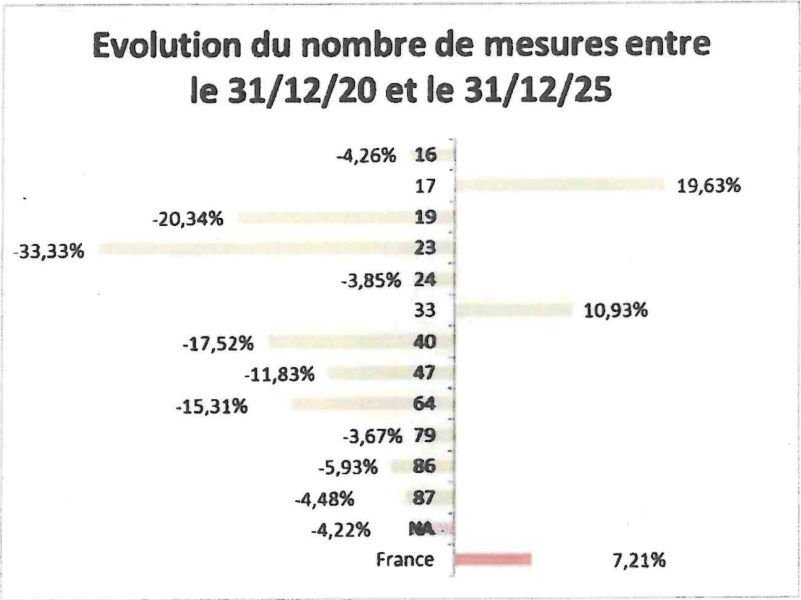
Actions innovantes financés en 2025					
Projet	Territoire	Porteur	Sur enveloppe départementale	Sur enveloppe régionale	Sur enveloppe nationale
Pépinière délégués	NA	MSAT 24		231 000 €	115 000 €
Formations mutualisées	17	MSAIS 17		35 000 €	
Gestion cas complexes +75 ans	19	ADPEP 19		30 125 €	
Plateforme cas complexes	33	UDAF 33	406 142 €		102 000 €
Prévention violences	47	UDAF 47		24 000 €	
5			406 142 €	320 125 €	217 000 €

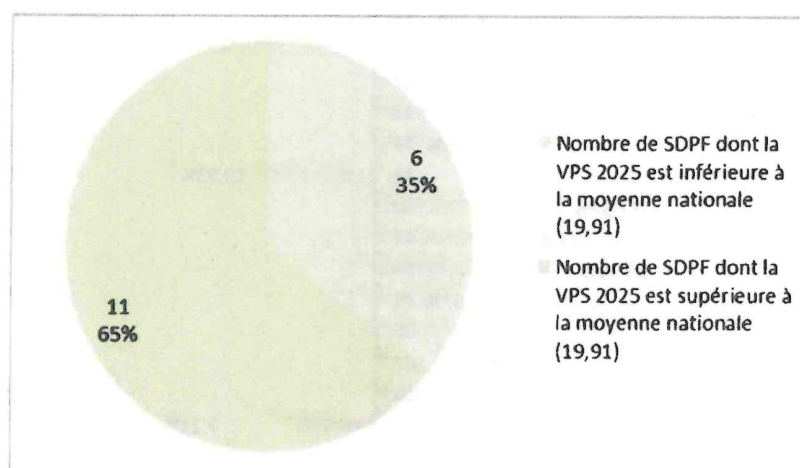
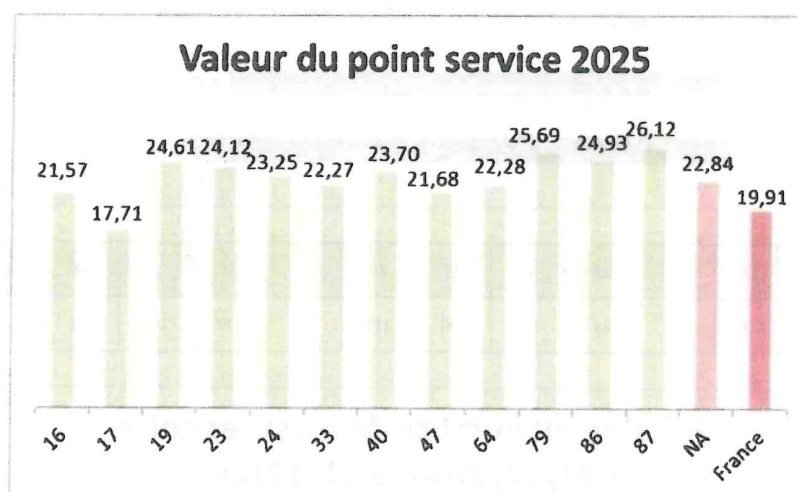
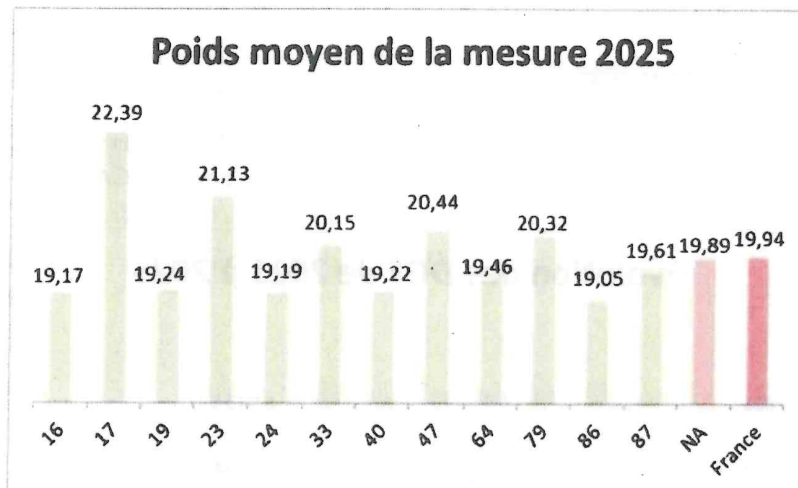
Annexe : Bilan SDPF de l'année 2025

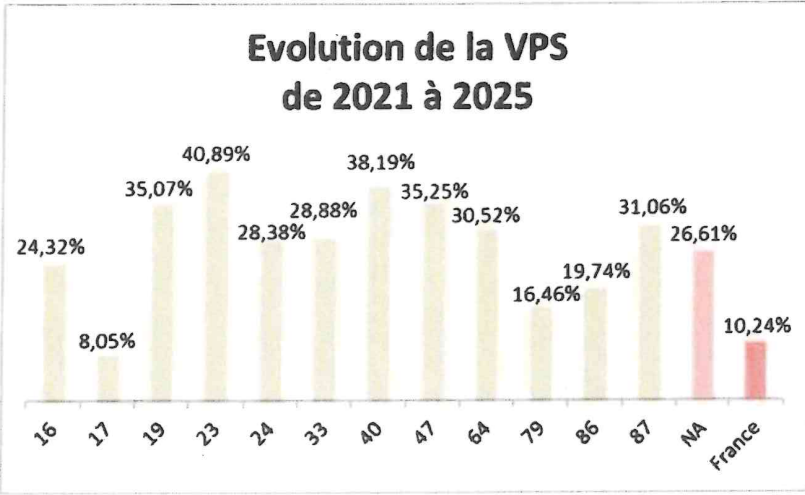
Le bilan présenté ci-après a été réalisé à partir des indicateurs collectés par la DGCS pour ce même exercice (valeurs moyennes 2025, issues des indicateurs remontés avec le CA 2025).



	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87	NA	France
Nombre de mesures au 31/12/25	135	128	94	28	150	406	113	82	177	105	111	128	1 657	15 340







DRAAF NOUVELLE-AQUITAINE

R75-2026-07-27-00005

Arrêté portant sur la mise en oeuvre du fonds d'urgence visant à soutenir les opérateurs d'autres maillons (hors exploitations agricoles) les plus fragilisés par les restrictions de mouvement induites par la diffusion de la dermatose nodulaire contagieuse (DNC)



**PRÉFÈTE
DE LA RÉGION
NOUVELLE-AQUITAINE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale de l'alimentation,
de l'agriculture et de la forêt**

Arrêté

portant sur la mise en œuvre du fonds d'urgence visant à soutenir les opérateurs d'autres maillons (hors exploitations agricoles) les plus fragilisés par les restrictions de mouvement induites par la diffusion de la dermatose nodulaire contagieuse (DNC)

**La Préfète de la région Nouvelle-Aquitaine,
Préfète de la zone de défense et de sécurité Sud-Ouest,
Préfète de la Gironde**

**Chevalier de l'ordre des Arts et des Lettres,
Officier de la légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du mérite**

VU la loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances ;

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets et à l'action des services et organismes publics de l'État dans les régions et départements ;

VU le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié, relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

VU le décret du 22 avril 2026 portant nomination de Mme Sophie Brocas, préfète de la région Nouvelle-Aquitaine, préfète de la Gironde ;

VU l'instruction technique DGPE/SDC/2020-616 du 7 octobre 2020 relative à la mise en œuvre des aides de *minimis* appliquées au secteur agricole et forestier ;

VU le courrier de la Ministre de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Souveraineté alimentaire aux Préfets de Région en date du 13 juillet 2026 mettant en œuvre un « fonds d'urgence » visant à soutenir les opérateurs d'autres maillons (hors exploitations agricoles), les plus fragilisés par les restrictions de mouvement induites par la diffusion de la Dermatose Nodulaire Contagieuse (DNC) ;

Sur la proposition de la directrice régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la Nouvelle-Aquitaine,

ARRÊTE

Article premier : le présent arrêté fixe, pour la région Nouvelle-Aquitaine, les dispositions relatives au fonds d'urgence visant à soutenir les opérateurs spécialisés dans l'activité de commerce de bovins ou produits germinaux bovins.

Cette aide s'adresse aux opérateurs autres que les exploitants agricoles, appartenant à l'une de ces trois catégories :

- Commerçants (ou négociants) en bestiaux : les commerçants (ou négociants) en bestiaux achètent des animaux vivants pour les revendre en France (exemples : à des abatteurs, à des engraisseurs) ou à l'export (Espagne, Italie ou autres). Certains commerçants (ou négociants) possèdent des centres de rassemblement pour faire le tri des différents lots d'animaux achetés et réaliser des nouveaux lots.
- Marchés aux bestiaux : ces marchés sont des opérateurs prestataires de service, fournissant un lieu et une organisation pour les vendeurs et les acheteurs d'animaux.
- Opérateurs de sélection et de mise en place de semence ou d'embryons actifs dans le secteur bovin, notamment ceux qui disposent d'un centre de production de semence dans les zones impactées. Ces opérateurs ou leurs filiales peuvent également avoir une activité de commerce de reproducteurs de race pure vivants et sont alors assimilables aux commerçants en bestiaux pour cette part de leur activité.

Ces opérateurs réalisent au moins 50 % de leur chiffre d'affaires dans la commercialisation de bovins vivants, dans l'organisation de marchés aux bestiaux de bovins ou dans la commercialisation de produits germinaux bovins et ont été fragilisés par les restrictions de mouvements induites par la diffusion de la dermatose nodulaire contagieuse.

Article 2 : Afin de cibler les opérateurs les plus touchés par les mesures sanitaires liées à la DNC, les opérateurs doivent également cumuler les trois critères d'éligibilité suivants :

- avoir eu au moins un centre de rassemblement pour les commerçants en bestiaux, une installation de marché pour les marchés aux bestiaux ou un centre de production ou de stockage de semence pour les opérateurs de sélection, en zone réglementée (ZR) ou en zone vaccinale (ZV I ou II).

La zone réglementée (ZR) est une zone de restriction mise en place dans un rayon de 50 km autour des foyers confirmés.

La zone vaccinale I (ZV I) est la zone mise en place autour de la zone réglementée, dans laquelle la vaccination a été rendue obligatoire.

La zone vaccinale II (ZV II) correspond à une ancienne zone réglementée levée, quand cette dernière n'a plus présenté de foyers pendant 45 jours et atteint un taux de vaccination supérieur à 75 % des bovins présents.

La circulaire nationale du 13 juillet 2026 indique que l'établissement concerné doit se situer dans une ZR pendant au moins 90 jours consécutifs pour être éligible au fonds d'urgence. En Nouvelle-Aquitaine, la ZR dans les Pyrénées-Atlantiques a duré moins de 90 jours, mais elle a été remplacée par une ZV II, alors que le reste du département non impacté par cette ZR avait été préalablement classé en ZV I. L'ensemble du département des Landes a également été pla-

cé en ZV I. Des restrictions ont été appliquées dans ces deux zones. Ainsi par dérogation prévue par la circulaire, la préfète de la région Nouvelle-Aquitaine décide d'autoriser les entreprises concernées par une zone de vaccination (ZV II ou ZV I) dans les Pyrénées-Atlantiques et les Landes à déposer également une demande d'aide si leur taux de perte d'excédent brut d'exploitation répond au critère ci-dessous.

La possibilité de déposer un dossier n'emporte pas la décision d'attribution de l'aide. Cette décision est du ressort de la direction générale de la performance économique et environnementale des entreprises du ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire.

- avoir les agréments sanitaires requis pour l'exercice de l'activité concernée ;
- constater au regard de l'année précédente sur la même période (1^{er} juillet 2024 – 30 juin 2025), une perte d'excédent brut d'exploitation (EBE) d'au moins 40% sur la période du 1^{er} juillet 2025 au 30 juin 2026 pour l'ensemble de l'activité de l'opérateur.

Pour les opérateurs qui ne peuvent calculer une perte d'EBE en raison des spécificités de leur comptabilité, l'éligibilité sera subordonnée à la justification d'un déséquilibre significatif entre les recettes et les dépenses d'exploitation résultant des mesures de restriction liées à la DNC sur l'année 2025 et/ou sur la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2026 par rapport à la période correspondante de l'année précédente (année 2024 et/ou période du 1^{er} janvier au 30 juin 2025). Une estimation du montant de ce déséquilibre devra être fournie et justifiée.

Article 3 : L'indemnisation est calculée sur la base de la baisse d'EBE pour l'ensemble de l'activité de l'entreprise éligible, constatée entre la période allant du 1^{er} juillet 2025 au 30 juin 2026 et la période allant du 1^{er} juillet 2024 au 30 juin 2025. La part de la perte indemnisée dépend de la taille économique des opérateurs, telle que définie réglementairement (cf. recommandation 2003/361/CE), sous réserve du plafond ci-après mentionné et de l'absence de dépassement de l'enveloppe budgétaire nationale de 500 000 € :

- Prise en charge de 80 % de la perte d'EBE pour les très petites entreprises ;
- Prise en charge de 60 % de la perte d'EBE pour les petites et moyennes entreprises ;
- Prise en charge de 50 % de la perte d'EBE pour les autres entreprises (entreprises de taille intermédiaire et grandes entreprises).

Pour les opérateurs qui ne peuvent calculer une perte d'EBE en raison des spécificités de leur comptabilité, l'indemnisation sera calculée sur le fondement de l'estimation du montant du déséquilibre significatif entre les recettes et les dépenses d'exploitation sur l'année 2025 et/ou sur la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2026 par rapport à la période correspondante de l'année précédente (année 2024 et/ou période du 1^{er} janvier au 30 juin 2025), sous réserve d'une justification suffisante du montant de ce déséquilibre.

L'indemnisation est plafonnée à un montant maximum de 50 000 € par demandeur (entreprise identifiée par son numéro SIREN). Un coefficient stabilisateur linéaire national sera appliqué si, après dépôt et instruction de l'ensemble des demandes d'aides déposées, un dépassement des crédits disponibles apparaît au regard des montants éligibles pour la mise en œuvre de la mesure.

Article 4 : Les opérateurs doivent déposer leur demande dans la région où se situe leur siège social. En Nouvelle-Aquitaine, le dépôt des demandes se fait uniquement par voie dématérialisée sur la plateforme *Démarche numérique* : <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/fonds-urgence-dnc-aval-na>

L'opérateur doit notamment transmettre avec sa demande une attestation comptable et un document signé de son représentant légal, démontrant le lien entre la baisse d'activité observée et les mesures de restriction liées à la DNC.

Article 5 : Une unique relève aura lieu le lundi 7 septembre à 23h59, date de clôture du dépôt des dossiers sur la plateforme *Démarche numérique*. L'instruction des demandes sera réalisée par la DRAAF Nouvelle-Aquitaine. Sur la base des informations transmises par les préfets de région, le Directeur général de la performance économique et environnementale des entreprises établira la liste des opérateurs retenus dans le cadre du présent fonds d'urgence et les montants d'indemnisation associés.

Article 6 : Le présent arrêté entrera en vigueur le lendemain de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Article 7 : La directrice régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, et le secrétaire général de la préfecture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Bordeaux le **27 JUL. 2026**

Pour la préfète de région

Pour la Préfète
L'adjoint au secrétaire général pour les affaires régionales


Benoit LEMOZIT