



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OCCITANIE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2020-103

PUBLIÉ LE 26 JUIN 2020

Sommaire

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2020-06-22-004 - Arrêté n° 2020-1988 modifiant l'arrêté 2019-3150 relatif au projet expérimental EQUIP'ADDICT (35 pages)	Page 4
R76-2020-06-22-005 - Arrêté n°2020-2004 relatif au projet régional Programmes de réhabilitation respiratoire coordonné au domicile (49 pages)	Page 40

ARS santé

R76-2020-04-17-004 - Arrêté 2020-1245 CH Rodez FIR 2020 (2 pages)	Page 90
R76-2020-04-08-133 - ARRETE 2020-1102 Château de Vernhes arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 93
R76-2020-04-08-134 - ARRETE 2020-1103 Clinique Saint -Roch arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 96
R76-2020-04-08-135 - ARRETE 2020-1104 Korian Montvert arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 99
R76-2020-04-08-136 - ARRETE 2020-1105 Clinique de Lagardelle arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 102
R76-2020-04-08-137 - ARRETE 2020-1106 Clinique du Midi Verdaich arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 105
R76-2020-04-08-138 - ARRETE 2020-1107 Maison de Repos le Val des Cygnes arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN (2 pages)	Page 108
R76-2020-04-08-167 - Arrêté 2020-1154 CH HBT FIR 2020 (2 pages)	Page 111
R76-2020-04-17-003 - Arrêté 2020-1243 CHIVA FIR 2020 (2 pages)	Page 114
R76-2020-04-17-005 - Arrêté 2020-1246 CH Villefranche de Rouergue FIR 2020 (2 pages)	Page 117
R76-2020-04-17-006 - Arrêté 2020-1247 CH Decazeville FIR 2020 (2 pages)	Page 120
R76-2020-04-17-007 - Arrêté 2020-1249 CH Vic Fezensac FIR 2020 (2 pages)	Page 123
R76-2020-04-17-008 - Arrêté 2020-1250 CH HBT FIR 2020 (2 pages)	Page 126
R76-2020-04-17-009 - Arrêté 2020-1251 CH Cahors FIR 2020 (2 pages)	Page 129
R76-2020-03-27-307 - Arrêté 2020-593 Clinique le Piétat FIR 2020 (2 pages)	Page 132
R76-2020-03-30-021 - Arrêté 2020-903 Clinique Miremont FIR 2020 (2 pages)	Page 135
R76-2020-03-30-022 - Arrêté 2020-904 UPSR Château de Coulorgues FIR 2020 (2 pages)	Page 138
R76-2020-03-30-023 - Arrêté 2020-905 Clinique Bellerive FIR 2020 (2 pages)	Page 141
R76-2020-03-30-003 - Arrêté 2020-906 Clinique du Pont du Gard FIR 2020 (2 pages)	Page 144
R76-2020-03-30-004 - Arrêté 2020-907 Clinique Psy de Quissac FIR 2020 (2 pages)	Page 147
R76-2020-03-30-005 - Arrêté 2020-908 Clinique les Sophoras FIR 2020 (2 pages)	Page 150
R76-2020-03-30-006 - Arrêté 2020-909 Clinique la Camargue FIR 2020 (2 pages)	Page 153
R76-2020-03-30-024 - Arrêté 2020-910 Clinique de Montberon FIR 2020 (2 pages)	Page 156
R76-2020-03-30-025 - Arrêté 2020-911 Clinique Château de Seysses FIR 2020 (2 pages)	Page 159

R76-2020-03-30-026 - Arrêté 2020-912 MS Mailhol FIR 2020 (2 pages)	Page 162
R76-2020-03-30-027 - Arrêté 2020-913 Clinique Beaupuy FIR 2020 (2 pages)	Page 165
R76-2020-03-30-007 - Arrêté 2020-914 Clinique les Cèdres FIR 2020 (2 pages)	Page 168
R76-2020-03-30-008 - Arrêté 2020-915 Clinique d'Aufrery FIR 2020 (2 pages)	Page 171
R76-2020-03-30-009 - Arrêté 2020-916 Clinique du Vieux Château d'Oc FIR 2020 (2 pages)	Page 174
R76-2020-03-30-010 - Arrêté 2020-917 Clinique Marigny FIR 2020 (2 pages)	Page 177
R76-2020-03-30-011 - Arrêté 2020-918 Clinique d'Embats FIR 2020 (2 pages)	Page 180
R76-2020-03-30-012 - Arrêté 2020-919 Clinique St Clément de Rivière FIR 2020 (2 pages)	Page 183
R76-2020-03-30-013 - Arrêté 2020-920 Clinique la Pergola FIR 2020 (2 pages)	Page 186
R76-2020-03-30-014 - Arrêté 2020-921 Clinique Rech FIR 2020 (2 pages)	Page 189
R76-2020-03-30-015 - Arrêté 2020-922 Clinique la Lironde FIR 2020 (2 pages)	Page 192
R76-2020-03-30-016 - Arrêté 2020-923 Clinique Stella FIR 2020 (2 pages)	Page 195
R76-2020-03-30-017 - Arrêté 2020-924 Clinique Saint Antoine FIR 2020 (2 pages)	Page 198
R76-2020-03-30-018 - Arrêté 2020-925 Clinique St Martin de Vignogoul FIR 2020 (2 pages)	Page 201
R76-2020-03-30-020 - Arrêté 2020-926 Clinique République FIR 2020 (2 pages)	Page 204
R76-2020-03-30-019 - Arrêté 2020-927 Clinique le Piétat FIR 2020 (2 pages)	Page 207
R76-2020-03-30-028 - Arrêté 2020-928 Clinique Sensévia FIR 2020 (2 pages)	Page 210
R76-2020-03-30-029 - Arrêté 2020-929 Clinique le Pré FIR 2020 (2 pages)	Page 213
R76-2020-03-30-030 - Arrêté 2020-930 Clinique du Roussillon FIR 2020 (2 pages)	Page 216

DIRRECTE OCCITANIE

R76-2020-06-25-003 - Arrêté de délégation de signature en matière de licenciement collectif pour motif économique et d'accord collectif portant rupture conventionnelle collective (3 pages)	Page 219
R76-2020-06-25-004 - Arrêté de subdélégation de signature de C. Lerouge, Direccte, aux agents des unités départementales pour les compétences générales (3 pages)	Page 223
R76-2020-06-25-001 - Arrêté portant subdélégation de signature de C. LEROUGE, Direccte pour les agents des unités départementales pour les compétences générales (3 pages)	Page 227

DREAL Occitanie

R76-2020-06-26-001 - Arrêté n°2020-cs-31 du 23 juin 2020 relatif à une autorisation de transport, de détention et de relâcher de tortues protégées au Refuge des tortues de Bessières (8 pages)	Page 231
---	----------

SGAMI SUD

R76-2020-06-23-005 - Arrêté autorisant l'ouverture d'un recrutement des adjoints de sécurité de la Police Nationale - 3ème session 2020 (2 pages)	Page 240
---	----------

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2020-06-22-004

Arrêté n° 2020-1988 modifiant l'arrêté 2019-3150 relatif
au projet expérimental EQUIP'ADDICT

Arrêté n° 2020-1988
modifiant l'arrêté n° 2019-3150
relatif au projet expérimental EQUIP'ADDICT – Développement harmonisé du dispositif des
microstructures médicales addictions

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

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 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie (Monsieur RICORDEAU Pierre), à compter du 5 novembre 2018 ;

Vu la décision du Directeur Général de l'ARS Occitanie n°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature ;

Vu l'arrêté du Directeur Général de l'ARS Occitanie n° 2019-3150 du 22 octobre 2019 relatif au projet expérimental EQUIP'ADDICT – Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions ;

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

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 21 octobre 2019 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de faciliter l'orientation et la prise en charge en proximité par le médecin généraliste des usagers présentant une ou plusieurs addictions, grâce au recours à des microstructures médicales addictions ;

Considérant que ce projet est conforme aux dispositions susvisées, qu'il répond à une véritable problématique de santé publique d'accès aux soins en addictologie et qu'il se situe en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS Occitanie ;

Considérant les délais constatés dans la mise en œuvre de l'expérimentation liés à la mise en place des actions de formation, à la mise au point des systèmes d'information et à l'impact de la crise sanitaire ;

Considérant le retrait de l'expérimentation des territoires d'intervention :

- de la MSP de Rabastens dans les Hautes Pyrénées (65) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 65 ;
- de la MSP de Trie sur Baïse dans les Hautes Pyrénées (65) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 65 ;

Considérant la candidature à l'expérimentation des territoires d'intervention :

- de la MSP de Leuc dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA 11 géré par l'USSAP ;
- de la MSP de Pint Justaret en Haute Garonne (31) en lien avec le CSAPA ARPADE ;

Arrête:

Article 1^{er} : L'article 1^{er} de l'arrêté n°2019-3150 du 22 octobre 2019 est modifié et se lit comme suit :

« Le projet expérimental "EQUIP'ADDICT – Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions" est autorisé pour une durée de 3 années à compter de la première inclusion de patient, conformément au cahier des charges annexé, sous réserve de la conclusion de la convention prévue à l'article 4 du présent arrêté »,

Par ailleurs, le cahier des charges annexé n°2019-3 150 du 22 octobre 2019 est modifié dans le chapitre 7 intitulé « territoires d'expérimentation » de l'annexe relative à la région Occitanie, concernant la liste des expérimentateurs.

Les articles 2 et 4 de l'arrêté n°2019-3150 du 22 octobre 2019 sont inchangés,

L'article 3 de l'arrêté n°2019-3150 du 22 octobre 2019 est modifié et se lit comme suit :

« Les territoires d'intervention en mesure d'intégrer l'expérimentation sont :

- territoire de la MSP de Tarascon dans l'Ariège (09) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 09 ;
- territoire de la MSP de Leuc dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA 11 géré par l'USSAP ;
- territoire de la MSP de Saint Laurent de la Cabrerisse dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA11 géré par l'USSAP ;
- territoire de la MSP de Laguiole dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA ANPAA 12,
- territoire de la MSP de Ste Geneviève sur Argence dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 12 ;
- territoire de la MSP de Besseges dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA ANPAA 30,
- territoire de la MSP de St Jean du Gard dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA Logos de l'APSA 30 à Alès ;
- de la MSP de Pint Justaret en Haute Garonne (31) en lien avec le CSAPA ARPADE ;
- territoire de la MSP de Nailloux en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA Arcade ;
- territoire de la MSP de Rieux-Volvestre en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 31 ;
- territoire de la MSP de Nogaro dans le Gers (32), en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 32 ;
- territoire de la MSP de Pézenas - Tourbes dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA Episode ;
- territoire de la MSP d'Aniane dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 34 ;
- territoire de la Maison Médicale de Lunel (Cabinet de groupe) dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA ANPAA34.
- territoire de la MSP d'Agly-Fenouillède dans les Pyrénées-Orientales (66) en lien avec le CARRUD Ascode ;
- territoire de la MSP de Font-Romeu dans les Pyrénées-Orientales (66) en lien avec l'antenne du CSAPA de l'ANPAA 66 ;
- territoire du cabinet médical de Cantepau d'Albi dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 81 ;
- territoire de la MSP de Réalmont dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA ANPAA 81,
- territoire de la MSP de Montech dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CARRUD Epis 82;
- territoire de la MSP La Française dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 82 ; »

Article 2 : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie,

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, ceci dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

Le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Montpellier, le 22 juin 2020

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

Pierre RICORDEAU
Pascal DURAND

EQUIP'ADDICT

Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions

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

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

1. Contexte et enjeu

☒ Les addictions : un enjeu de santé publique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le système de prise en charge de l'addiction

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

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

Médecine de premier recours

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin généraliste constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Selon le rapport de l'OFDT, en 2009, 70 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique (soit environ 90 000 patients) et 50 % pour un sevrage à l'alcool (soit environ 50 000 patients). Ce même rapport stipule que les médecins généralistes sont prescripteurs de Traitement de Substitution aux Opioides (TSO) pour 141 000 patients en 2017.

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

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

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

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

Secteur médico-social

D'après la circulaire du 16 mai 2007¹, « *le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psycho-social, et l'aide à l'insertion.* » Les pratiques professionnelles du secteur répondent à la diversité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

La circulaire du 28 février 2008 crée les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie² (CSAPA), aujourd'hui au nombre de 380 au niveau national, afin de décloisonner la prise en charge qui était jusque-là organisée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre.

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

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

Depuis le 1^{er} janvier 2006, le dispositif médico-social en addictologie comprend également les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), au nombre de 150 au niveau national à ce jour. Selon l'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique, les CAARUD sont des établissements médico-sociaux qui ont pour missions : l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ; le soutien aux usagers dans l'accès aux droits ; le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. En ce sens, l'objectif de ces derniers est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas engagés dans une démarche de soins.

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

Secteur hospitalier

La circulaire³ du 26 septembre 2008, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, permet une structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques. La filière répond à l'objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

La prise en charge en hospitalisation est particulièrement indiquée pour :

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

La filière hospitalière est constituée de trois niveaux :

- **Niveau 1 - Proximité** (166⁴ établissements au niveau national) : structures de proximité composées d'unités de sevrage simples, de consultations hospitalières en addictologie et d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

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

⁴ Données issues du rapport OFDT (2012)

Les ELSA sont des équipes pluridisciplinaires (318⁵ équipes au niveau national) qui ont pour mission de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé. Elles interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui des équipes soignantes. Par ailleurs, elles développent des liens avec les différents acteurs en intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

- **Niveau 2 – Soins résidentiels complexes et SSR-A** (112⁶ établissements au niveau national) : structures offrant les mêmes services que celles de niveau 1, auxquelles s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes (unités de sevrage et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A).

Le SSR-A a pour objet de prévenir et de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et doit promouvoir leur réadaptation. La prise en charge vise à consolider l'abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

- **Niveau 3 - Formation et coordination** (6⁷ établissements au niveau national) : structures assurant les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale. Coordonné aux soins de ville, au secteur sanitaire et aux acteurs des réseaux de santé en addictologie, le dispositif spécialisé des CSAPA constitue une des pièces maîtresses de la politique publique de santé en addictologie dans ces trois composantes : la prévention, les soins et l'accompagnement (médical, social et psychologique).

Etat des lieux

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

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

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

⁵ Données issues du rapport OFDT (DGOS 2017, PIRAMIG)

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

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

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

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

Organisation recherchée

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

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

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

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

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

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

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

2. Description du projet et caractère innovant

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

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

Objectif stratégique :

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

Objectifs opérationnels :

- ✓ Faciliter l'accès des patients à une offre de prise en charge pluridisciplinaire et de proximité en soins primaires des addictions ;
- ✓ Développer une offre de soin de l'addiction de proximité en soins primaires ;
- ✓ Améliorer la cohérence et la coordination de la prise en charge des différents acteurs ;
- ✓ Articuler les secteurs de prise en charge des addictions et développer la transversalité intersectorielle pour fluidifier les parcours de prise en charge en addictologie ;
- ✓ Repérer, dépister et traiter les comorbidités, notamment celles liées au VIH et aux hépatites ;
- ✓ Amener les patients à mieux appréhender leurs problèmes d'addiction et les difficultés sociales et psychologiques associées ;

- ✓ Définir et tester un modèle économique unique des microstructures médicales addictions ;
- ✓ Conforter l'évaluation de la pertinence de ce type de prise en charge dans un contexte de changement d'échelle

3. L'organisation proposée

a. Description de la MSMA

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

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

Schéma. Organisation de la MSMA

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

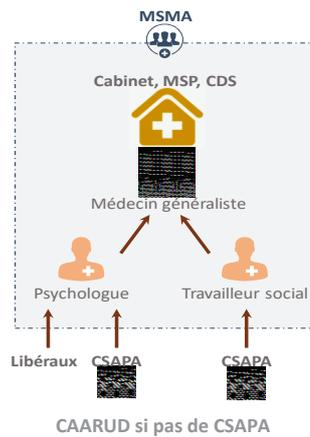
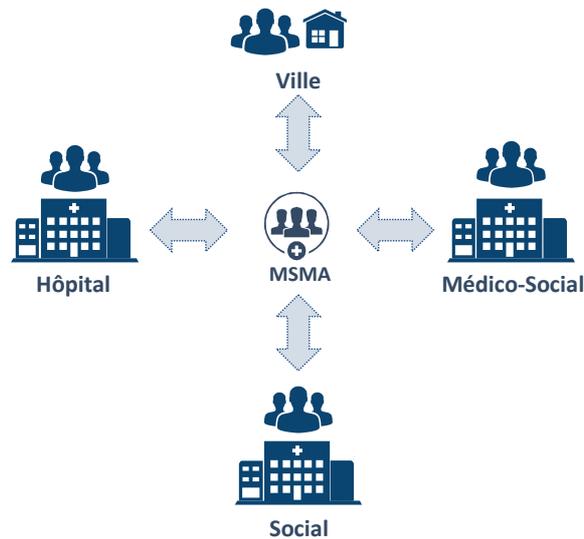


Schéma. Interactions de la MSMA



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

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

■ La composition de l'équipe pluridisciplinaire de la microstructure médicale addiction

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

Le médecin :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Le parcours du patient

Repérage du patient

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

Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes :

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

Début du parcours : évaluation, diagnostic, RCP et PPS

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

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

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

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

Prise en charge au long cours du patient

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

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

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

Articulation avec les autres acteurs de soins

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

Fin de suivi du patient

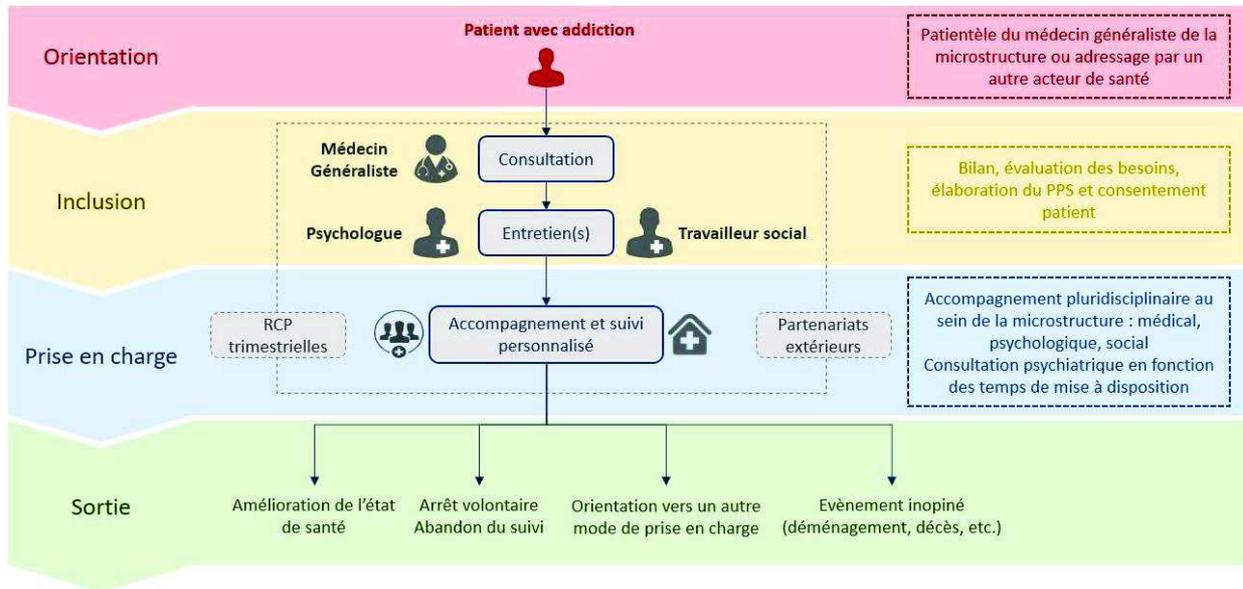
Le suivi peut prendre fin pour plusieurs raisons :

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

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

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

Schéma. Parcours individualisé du patient – Médecine de ville



Les **critères d'exclusion** sont :

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

■ La nécessaire coordination territoriale

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

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

Chaque fois, une coordination médicale et administrative est mise en place. Elles forment le binôme minimal qui assure le fonctionnement de chaque dispositif régional. Elle veille à son bon fonctionnement (bonne tenue des permanences dans le dispositif, recueil des données administratives et sanitaires, organisation des formations.) Cette coordination a pour tâche également le développement des partenariats territoriaux devant faciliter le parcours de soin et de santé de chaque patient suivi en microstructure médicale addiction.

La coordination médicale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués

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

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

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

La centralisation des données

La coordination médicale a aussi pour mission de récolter les données de prise en charge à des fins de recherche ou de veille sanitaire. Elle les centralise ensuite du niveau local jusqu'au niveau national. Ce recueil de données se fait par le biais de fiches sanitaires⁸.

Fiche de poste coordonnateur médical

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

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

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

La coordination administrative

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

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

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

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

⁸ Cf. Dictionnaire des données du système d'information de la CNRMS

Fiche de poste coordonnateur administratif

Le coordonnateur administratif du dispositif aura pour mission :

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

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

■ Expérimentation

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

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

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

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

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

■ En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?

- Facilitation de l'accès aux soins des patients présentant une ou plusieurs addictions
- Meilleure adéquation entre les besoins propres à chaque individu et le parcours thérapeutique
- Réduction des délais de prise en charge
- Appui aux difficultés sociales et psychologiques
- Accès à un dépistage et à un suivi des pathologies associées
- Meilleure compliance au traitement
- Inclusion de l'entourage pouvant devenir un soutien et un acteur de la démarche thérapeutique
- Accès simplifié à une équipe pluriprofessionnelle à proximité du lieu de vie
- Diminution du coût en lien avec les prises en charges psychologique et sociale

■ En termes d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?

- Diminution des « perdus de vue »
- Cohérence de la prise en charge
- Décision collégiale pour le PPS et appui aux médecins traitants pour la prise en charge
- Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique
- Repérage des complications de la conduite addictive
- Repérage du manque de compliance
- Meilleure cohérence entre les différents niveaux de recours

■ En termes d’efficience pour les dépenses de santé ?

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

III. Durée de l’expérimentation envisagée

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

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

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

Planning prévisionnel

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

IV. Champ d’application territorial proposé :

Eléments de diagnostic

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

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

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

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

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

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

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

En ce sens, pour dépasser cette situation, il est recommandé que la CNRMS puisse, dans une optique prévisionnelle et évaluée, être soutenue dans trois directions :

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

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

Voir précisions régionales

■ Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Voir précisions régionales

■ Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Voir précisions régionales

Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional		
Interrégional	OUI	BFC ; Occitanie ; IDF ; HDF et Grand-Est
National		

Voir précisions régionales

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

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

VI. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
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	X

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	
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°)⁹ :	Cocher
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	NC
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	NC
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.	NC

⁹ Ne concernent pas les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS

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

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<i>Reste à charge des prises en charge psychologiques et sociales en ville et risque d'abandon ou de refus des soins prescrits</i>
<u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Facturation, • Tarification, • Remboursement, • Paiement direct des honoraires par le malade • Participation de l'assuré 	<i>Remboursement :</i> L.162-1-7 L.162-2 L.160-8
II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>L. 4113-5</i>
<u>Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°) :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Partage d'honoraires entre professionnels de santé • Prestations d'hébergement non médicalisé • Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements • Dispensation à domicile des dialysats 	<i>Définition d'un forfait pluridisciplinaire : partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social. Prise en compte des temps de concertation (RCP) + autres intervenants de type pharmacien, spécialistes...</i>

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

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

Au regard de l'expérience, la volumétrie est estimée à 42 patients par microstructure médicale addiction. Le projet de montée en charge cible à terme environ 7 000 patients annuels représentant près de 124 microstructures médicales addictions sur l'ensemble du territoire national. Les porteurs de projet proposent une montée en charge avec deux temps d'inclusion de nouvelles microstructures médicales addictions, à savoir le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

- Estimation financière du modèle

Voir précisions régionales

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

Le coût global des addictions est estimé à 249 milliards d'euros (cf. partie II). Les régions impliquées dans l'expérimentation représentent 41 % de la population de France métropolitaine. Le projet agit potentiellement sur un coût actuel de l'addiction pour la société de 102 milliards d'euros, soit un montant à investir pour l'expérimentation à hauteur d'environ 2 % du coût actuel pour l'assurance maladie.

IX. Modalités de financement de l'expérimentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

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

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

Social	Relationnel	Santé	Réduction des risques
Ouverture des droits	Fréquence relationnelle familiale	% de patients / psychologue	Arrêt du tabac
Accès à un travail / une scolarité	Autorité parentale	% de patients inclus	Intensité de la consommation
Accès à un logement	Troubles	% primo-accédants	Réduction des consommations
Gestion financière (ouverture de compte)	Activités	Nbre de RCP /patient / an	Arrêt de la consommation
Problèmes judiciaires	Problématiques familiales	Fréquence de RCP	
		% TSO	
		Consommation problématique / Consommation	
		Nbre de traitements lancés	
		Précocité de la prise en charge	
		% Traitements VHC/VHB	
		Nbre de dépistages	
		Consultation après reprise de consommation	

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

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

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

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

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

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

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

XII. Liens d'intérêts

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

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

Cf. notes de bas de page

EQUIP'ADDICT

Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions

REGION OCCITANIE

1. LE CONTEXTE REGIONAL

La région Occitanie, particulièrement étendue, est pour l'INSEE « l'une des régions présentant les plus forts contrastes entre ses territoires », que ce soit en termes de caractéristiques physiques des 13 départements qui la composent, de caractéristiques socio-économiques des populations qui y vivent ou au regard de son tissu économique. Trois facteurs structurels, qui s'imposent aujourd'hui, conditionnent fortement l'organisation des soins dans la région : les contraintes géographiques et la répartition de la population, la dynamique démographique et l'offre de soins disponible.

Même si la région dispose d'une offre de soins supérieure aux moyennes nationales, cette dernière est inégalement répartie sur le territoire entraînant d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique aux soins et à l'offre de prise en charge.

L'étude des indicateurs socio-sanitaires en Occitanie met en exergue une part importante de la population en situation de pauvreté, une prévalence élevée et croissante des conduites addictives et des consommations à risques.

A ce titre, une personne sur six est en situation de pauvreté dans la région : 4 des 10 départements les plus pauvres de France se situent en Occitanie. Les indicateurs de défavorisation montrent des disparités territoriales fortes. La pauvreté et la défavorisation favorisent les conduites addictives et les consommations à risques.

Concernant les conduites addictives, l'Occitanie présente des indicateurs en moyenne plus défavorables que la moyenne française. Ainsi, à titre d'exemple, concernant les jeunes, à 17 ans, en Occitanie :

- 14 % des jeunes consomment régulièrement de l'alcool, 26 % déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées ;
- 37% des jeunes fument quotidiennement quand la moyenne nationale est de 32% ;
- plus de 10 % des jeunes ont un usage régulier du cannabis.

En outre l'Occitanie figure parmi les 4 régions françaises les plus concernées par les problématiques de conduites addictives.

En termes d'offre, la région compte 39 structures spécialisées dans la prise en charge des addictions (CSAPA). La répartition de ces structures conjuguée à l'étendue de la région ne leur permettent pas d'apporter une réponse adaptée et d'assurer une prise en charge de proximité, continue et sans rupture pour la population concernée au regard des indicateurs susvisés.

Par ailleurs, le sentiment de stigmatisation qui découle d'un recours à ces structures spécialisées n'est pas de nature à faciliter la prise en charge d'un certain nombre de personnes et notamment des femmes.

2. L'AMBITION DE L'ARS OCCITANIE

Face à la situation observée en Occitanie, l'ambition portée par l'ARS est :

- d'impliquer et de mobiliser les acteurs de soins primaires dans le cadre d'un exercice coordonné de soins,
- d'apporter une réponse de proximité aux besoins identifiés,
- et d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des personnes confrontées aux conduites addictives et consommations à risque au plus près du médecin traitant.

Le déploiement de microstructures médicales addiction (MSMA) au sein des cabinets de médecine générale est identifié comme étant de nature à contribuer à cette ambition.

Au regard du diagnostic régional, le développement de microstructures médicales addiction constitue un des projets structurants promu, dans le cadre du Projet Régional de Santé, afin de fournir un appui aux professionnels des soins primaires, pour faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe.

A ce titre, il est prévu de développer, a minima, une microstructure par département, à échéance, du PRS, en tenant compte aussi des opportunités territoriales. En effet, le déploiement des dispositifs s'appuie essentiellement sur la volonté des médecins généralistes à s'impliquer dans cette forme de prise en charge.

4 microstructures ont été constituées et financées via le FIR dès 2017. Elles intégreront l'expérimentation et 16 autres microstructures seront promues en janvier 2020 ainsi que 10 autres en janvier 2021.

3. LA GOUVERNANCE REGIONALE

1- La gouvernance stratégique

Un Comité de pilotage Régional des microstructures addictions est constitué et se réunit 2 fois par an.

Piloté par l'Agence Régionale de Santé, il associe l'ANPAA Occitanie, les représentants régionaux de la fédération addictions, les réseaux addictions régionaux tels le RAMIP, les représentants des microstructures impliquées, ainsi que la coordination nationale des microstructures addictions.

Chaque délégation départementale de l'ARS concernée par le déploiement de microstructures addictions dans son territoire est systématiquement invitée à participer au COPIL.

La mission du comité de pilotage consiste à réaliser le suivi de la mise en œuvre des microstructures dans la région, de s'assurer de leur bon fonctionnement. Il a également un rôle dans le déploiement des microstructures et plus particulièrement dans le recrutement des médecins généralistes et dans le repérage des structures qui pourront mettre à disposition un travailleur social et/ou un psychologue.

2- Le pilotage opérationnel

Le pilotage régional du projet expérimental est assumé par l'Agence Régionale de Santé.

3- La mission d'animation régionale

Une mission d'animation régionale sera confiée au réseau régional RAMIP.

Cette mission rend compte au pilote régional et intervient à plusieurs niveaux :

- elle réalise une étude prospective pour proposer les MSMA qui pourraient intégrer l'expérimentation, et notamment dans le cadre de la deuxième vague de mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2021, au regard des caractéristiques des territoires, de la motivation et de la capacité des acteurs à se mobiliser sur ce projet. Cette étude est soumise à l'avis de chaque délégation départementale de l'ARS concernée, avant arbitrage par le pilote régional l'ARS ;
- elle assure un appui à la mise en place, à la montée en charge, au fonctionnement des MSMA et au développement de leurs partenariats avec les structures médico-sociales et hospitalières du territoire ;
- elle réalise un suivi régulier et rend compte à chaque délégation départementale de l'ARS et au pilote régional de l'ARS de la mise en place des MSMA. Elle identifie les risques, alerte à bon escient, en cas de difficultés et propose des solutions ;
- elle participe à la programmation des sessions de formation des professionnels des MSMA organisées par l'ANPAA Occitanie et la CNRMS et participe aux sessions ;
- elle élabore une synthèse biannuelle auprès du COFIL régional ;
- elle s'assure avec l'ARS, de la cohérence du dispositif régional en lien avec les acteurs régionaux (fédération addictions, ANPAA ...) et nationaux (CNRMS) et les orientations nationales en matière de lutte contre les addictions (Directions du Ministère, MILDECA).

4. LE PARTENARIAT AVEC LA CNRMS

Outre les missions dévolues à la CNRMS en matière de maintenance de l'application informatique et d'hébergement des données de santé, de collecte et de préparation des données, la Coordination Nationale intervient conjointement avec l'ANPAA Occitanie pour organiser les sessions de formations à destination des professionnels intervenant dans les nouvelles microstructures.

A ce titre, elle apporte son expertise sur le concept de microstructures médicales addictions et sur les bonnes pratiques en ce domaine. En outre, elle forme les professionnels à l'utilisation de l'application permettant la collecte des données d'activité.

Par ailleurs, la CNRMS est conviée et participe aux COFIL régionaux et apporte, dans ce contexte, un appui dans l'analyse de la montée en charge des microstructures et du suivi de l'activité développée et apporte un conseil pour pallier aux éventuelles difficultés.

5. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

L'ANPAA Occitanie est chargée d'organiser la formation des professionnels intervenant dans les microstructures (médecin généraliste, assistant social, travailleur social), en lien avec la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures). Elle mobilise les compétences en associant en tant que de besoin les autres acteurs régionaux. La fédération addiction et les réseaux addictions de la région tels le RAMIP (Réseau Addictions Midi-Pyrénées) pourront être associés à l'organisation de ces formations.

La formation est organisée en amont du démarrage de la microstructure et a pour objectif d'explicitier le concept et l'organisation des microstructures, l'utilisation du Système d'information permettant le recueil des données et de permettre le développement des compétences en addictologie des professionnels partie prenantes.

6. L'ORGANISATION DE LA COORDINATION DE PROXIMITÉ EN OCCITANIE

La coordination médicale et administrative est assurée en proximité, à l'échelle territoriale conjointement par le cabinet de médecine générale et la structure médico-sociale partenaire du projet.

La coordination médicale intervient en appui de l'équipe de la microstructure. Elle fournit, à la demande du médecin généraliste, un avis spécialisé sur des situations particulières et aide à l'orientation du patient, veille aux bonnes pratiques et réalise des visites adaptées à la demande des professionnels.

La coordination administrative prépare et formalise les documents contractuels, organise la programmation des interventions des psychologues et travailleurs sociaux mis à disposition dans les cabinets médicaux, aide à l'organisation et la programmation des RCP et des autres réunions, réalise la facturation et le suivi comptable et financier.

La coordination administrative recueille les informations utiles à la facturation et saisit les informations dans la plateforme nationale fournie par la CNAM sur un rythme mensuel. Elle sollicite le remboursement direct des professionnels libéraux (défraiement du médecin généraliste pour les RCP, consultations et participations aux RCP pour les psychologues libéraux) dans la limite du forfait. Elle perçoit le montant du forfait atténué des frais précités et le répartit, au regard des autres postes de dépenses.

La coordination régionale est assurée par la mission d'animation de projet (cf. 3.3).

7. LES TERRITOIRES D'EXPERIMENTATION

Une dynamique régionale importante, soutenue par l'Agence Régionale de Santé Occitanie, permet l'élaboration de microstructures, en s'appuyant en premier lieu sur l'engagement des médecins généralistes et sur les partenariats établis entre équipes de soins primaires et établissements médico-sociaux.

Les territoires en mesure d'intégrer l'expérimentation sont :

- les territoires d'intervention des 4 premières structures engagées dans cette expérimentation depuis 2017 :
 - territoire de la MSP de Laguiole dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA ANPAA 12,
 - territoire de la MSP de Besseges dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA ANPAA 30,
 - territoire de la MSP de Réalmont dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA ANPAA 81,
 - territoire de la Maison Médicale de Lunel (Cabinet de groupe) dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA ANPAA34.

- Les territoires d'intervention des autres structures en mesure de rejoindre l'expérimentation :
 - territoire de la MSP de Tarascon dans l'Ariège (09) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 09 ;
 - territoire de la MSP de Saint Laurent de la Cabrerisse dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA11 géré par l'USSAP ;
 - territoire de la MSP de Leuc dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA 11 géré par l'USSAP ;
 - territoire de la MSP de Ste Geneviève sur Argence dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 12 ;
 - territoire de la MSP de St Jean du Gard dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA Logos de l'APSA 30 à Alès ;
 - territoire de la MSP de Nailloux en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA Arcade ;
 - territoire de la MSP de Pint Justaret en Haute Garonne (31) en lien avec le CSAPA ARPADÉ ;
 - territoire de la MSP de Rieux-Volvestre en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 31 ;
 - territoire de la MSP de Nogaro dans le Gers (32), en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 32 ;
 - territoire de la MSP de Pézenas - Tourbes dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA Episode ;
 - territoire de la MSP d'Aniane dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 34 ;
 - territoire de la MSP d'Agly-Fenouillède dans les Pyrénées-Orientales (66) en lien avec le CARRUD Ascode ;
 - territoire de la MSP de Font-Romeu dans les Pyrénées-Orientales (66) en lien avec l'antenne du CSAPA de l'ANPAA 66 ;
 - territoire du cabinet médical de Cantepau d'Albi dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 81 ;
 - territoire de la MSP de Montech dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CARRUD Epis 82;
 - territoire de la MSP La Française dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 82 ;

8. L'ACTIVITE CIBLE

Il est prévu une activité correspondant à 30 patients par nouvelle MSMA, la première année, puis 45 patients, lors des années suivantes. L'activité des 4 MSMA préexistantes a fait l'objet d'une projection, en fonction de la montée en charge opérée depuis 2017.

9. LES DEPENSES ELIGIBLES AU TITRE DU FISS

MSMA	2020		2021		2022	
	Patients	Coût	Patients	Coût	Patients	Coût
MSP de LAGUIOLE	35	18 515	37	19 573	41	21 689
MSP de BESSEGES	40	21 160	42	22 218	46	24 334
MSP de REALMONT	40	21 160	42	22 218	46	24 334
Maison Médicale de LUNEL	40	21 160	42	22 218	46	24 334
16 MSMA supplémentaires démarrage 2020 avec 30 patients en moyenne la première année et 45 patients ensuite	480	253 920	720	380 880	720	380 880
10 MSMA supplémentaires démarrage 2021 Avec 30 patients en moyenne la première année et 45 patients ensuite			300	158 700	450	238 050
TOTAL FISS	635	335 915	1 183	625 807	1 349	713 621

10. LES DEPENSES ELIGIBLES AU TITRE DU FIR

Nature des dépenses	2019	2020	2021	2022
Contribution mutualisée avec les autres régions aux prestations fournies par la CNRMS				
Recueil et préparation des données Mission de recueil de données, constitution de base, suivi de l'exhaustivité, transmission des données à l'évaluateur, formation des utilisateurs à l'utilisation de la base, dossier CNIL RGD 0,5 ETP * 60 000 € par an/5 régions	1 500	6 000	6 000	6 000
Maintenance du SI 1000 € par an/5 régions		200	200	200
Hébergement des données sur serveur dédié sécurisé 3600 € par an/5 régions		720	720	720
Participation au COPIL régional 2 déplacements annuels (500 € par déplacement) pour participation au COPIL		1 000	1 000	1 000
Participation au COPIL National 2 déplacements annuels (500 € par déplacement) pour participation au COPIL /5 régions		200	200	200
Participation aux sessions de formation régionales 5 déplacements de 2 personnes pour les sessions de formation : 3 en 2019 et 2 en 2020	3 000	2 000		
Total prestations CNSMS	4 500	10 120	8 120	8 120
Autres dépenses				
Mission d'accompagnement du projet 0,5 ETP + déplacements + frais annexes à compter du 1er novembre 2019	7 500	45 000	45 000	45 000
Crédits d'amorçage : Permanences initiales psychologue et travailleur social sur 8 semaines 3 heures par semaine rémunérées à hauteur de (31 € +45 €)*3h*8 semaines soit 1824 euros arrondis à 2000 € en incluant une contribution forfaitaire aux frais de déplacement 16 MS en 2020 10 MS en 2021		32 000	20 000	
Formation Financement du coût pédagogique de modules de formation de 2 jours pour les 3 professionnels de santé hors DPC 5 sessions permettant de former chacune 5 MSMA dont 3 sessions en 2019 et 2 sessions en 2020 Coût de la session : 1100 € + (950 € *3) : 3950 €	11 850	7 900		
Total autres dépenses	19 350	84 900	65 000	45 000
Total dépenses FIR	23 850	95 020	73 120	53 120

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2020-06-22-005

Arrêté n°2020-2004 relatif au projet régional Programmes de réhabilitation respiratoire coordonné au domicile

Arrêté n° 2020-2004
relatif au projet régional Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

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 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie (Monsieur RICORDEAU Pierre), à compter du 5 novembre 2018 ;

Vu la décision du Directeur Général de l'ARS Occitanie n°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature ;

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

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 8 juin 2020 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de structurer l'organisation et le déploiement sur le territoire régional de programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés et développés au domicile du patient ;

Considérant que ce projet est conforme aux dispositions susvisées et qu'il est répond à une véritable problématique de santé publique ;

Arrête:

Article 1^{er} : Le projet expérimental "Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile" porté par les Associations Partn'air et Air+R' est autorisé, ceci pour une durée de 3 ans à compter de la première inclusion, conformément au cahier des charges annexé et sous réserve de la conclusion de la convention prévue à l'article 3 du présent arrêté.

Article 2 : Le projet expérimental est mis en œuvre sur la région Occitanie.

Article 3 : La répartition des financements du projet expérimental "Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile" fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM).

Article 4 : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie.

Article 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, ceci dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

Le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Montpellier, le 22 juin 2020

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie**

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur du Premier Recours

Pierre RICORDEAU
Pascal DURAND

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ CAHIER DES CHARGES

PROGRAMMES DE RÉHABILITATION RESPIRATOIRE COORDONNÉS AU DOMICILE : L'INNOVATION AU SERVICE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET DE LA RÉGULATION DES COÛTS DE SANTÉ

NOM DU PORTEUR : *Associations Parten'air – Air+R*

PERSONNE CONTACT : *BAJON Daniel, bajon.d@gmail.com, 05 61 39 34 78 – 06 09 57 20 78*

Résumé du projet

La progression de l'incidence des maladies respiratoires chroniques, le rang croissant en terme de mortalité (3ème rang à l'horizon 2030), le coût global de la maladie et de ses traitements, notamment à travers le nombre de journées d'hospitalisation (grade A), la difficulté d'accès aux programmes de réhabilitation pour les patients en situation complexe, les préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en terme de parcours des personnes porteuses de BPCO, conduisent à proposer des solutions innovantes en terme d'accès et de modalités de réalisation de programmes de réhabilitation.

Le projet vise l'organisation et le déploiement sur le territoire régional de programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés et développés au domicile du patient. Ces derniers s'appuient sur l'action coordonnée des professionnels de santé habituels de proximité du patient (pneumologue, médecin traitant, paramédical, tabacologue, psychologue, diététicienne). Leur mise en place se fait sur la base d'une prescription médicale, dans la majorité des cas effectuée par le pneumologue, plus rarement par le médecin traitant. Ces programmes présentent une durée de 12 semaines et comprennent l'ensemble des composantes recommandées par les sociétés savantes à savoir, le reconditionnement physique du patient (réentraînement à l'effort, renforcement musculaire), l'éducation thérapeutique, la kinésithérapie respiratoire et en fonction des besoins un accompagnement diététique, une aide au sevrage tabagique et/ou un accompagnement psychologique.

L'ensemble des actions mises en œuvre est évalué et intégré dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. Cette évaluation s'appuie sur des indicateurs robustes relatifs aux résultats des programmes (tolérance à l'effort, qualité de vie, bilan éducatif, satisfaction), à leur pertinence dans le cadre des soins de ville (satisfaction des professionnels de santé impliqués) et à leur impact médico-économique.

Le projet vise ainsi à proposer une organisation innovante permettant de:

- Répondre aux recommandations des sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisant d'adapter les modalités de mise en œuvre de la réhabilitation aux besoins des patients et de proposer, si possible, en première intention, les programmes développés à domicile. Ces derniers constituent le maillon manquant des dispositifs en France ;

- Répondre à une nécessité en termes d'équité et d'accessibilité aux soins quel que soit le lieu de résidence et les conditions socio-professionnelles. Nombre de patients ne peuvent quitter leur domicile pendant plusieurs semaines pour des raisons familiales ou professionnelles ;
- En complémentarité avec l'offre de soins existante (Établissements SSR : hospitalisation complète ou de jour), fluidifier la filière permettant à ces structures d'accueillir plus précocement les patients dont la complexité nécessite une hospitalisation ;
- Accroître l'offre de soins en réhabilitation respiratoire, dont on connaît le caractère déficitaire, par la coordination et le soutien des ressources soignantes existantes avec un souci de contrôle des coûts de santé ;
- Participer à l'amélioration des pratiques soignantes, la sous-prescription de la réhabilitation constituant clairement une perte de chances pour le patient. L'implication directe des soignants de premier recours aux programmes coordonnés à domicile, les progrès obtenus par leur patient qui étaient dans une impasse thérapeutique, l'expertise (dans le domaine disciplinaire et éducatif) apportée contribueront à l'intégration des programmes de réhabilitation dans les options thérapeutiques majeures prescrites dans la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique évoluée ;
- Témoigner que cette prise en charge est généralisable aux autres régions françaises. Préexistante en Occitanie Ouest, l'expérimentation permettra de l'étendre à l'Occitanie Est et d'ainsi devenir réalité pour 13 départements.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

CATEGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

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

Renseigner le tableau en annexe 2

DATE DES VERSIONS :

Vdef : 20/05/2020

DESCRIPTION DU PORTEUR

Les associations Partn'air et Air+R sont porteuses du projet. Ces associations créées en 2003 regroupent des professionnels de santé issus de la médecine de ville, des hôpitaux mais également des acteurs institutionnels. Les Conseils d'Administration actuels reflètent l'ambition de départ associant médecins libéraux et publics, kinésithérapeutes, infirmiers, représentants des patients, URPS, fédération des réseaux de santé.

Dans le cadre de l'expérimentation ces deux associations regroupées, ayant adopté des processus et des outils (notamment un système d'information) communs assurent les conditions optimales (administratives, techniques, organisationnelles) de la mise en œuvre de prises en charge partagées entre professionnels de santé en réhabilitation respiratoire sur le territoire régional. De façon plus précise, il s'agit de faciliter une approche globale et pluridisciplinaire par :

- la gestion d'éléments logistiques et de communication (mise à disposition de matériel de rééducation adapté, développement, gestion d'un système d'information dédié, de la circulation et de la traçabilité de l'information) ;
- l'aide à la pratique de la réhabilitation respiratoire par la mise en place d'actions d'accompagnement et de soutien des professionnels de santé (élaboration et gestion de protocoles de soins et de référentiels) et par la réalisation de procédures cliniques notamment en termes d'évaluation des limitations d'activité et de participation et de suivi à domicile ;
- l'élaboration et la gestion d'actions de cadrage pour la mise en place de programmes d'Education Thérapeutique du Patient. La cellule de coordination centralise les données et participe à l'évaluation globale bio-psycho-sociale du patient permettant d'établir le Bilan Educatif Partagé (BEP) et de définir les objectifs pédagogiques. Elle met à disposition des professionnels des supports éducatifs concernant des thématiques variées, emblématiques des maladies chroniques notamment respiratoires ;
- La facilitation de la transition ville-Hôpital ou plus précisément SSR-Ville visant à éviter les ruptures du parcours de réhabilitation, à optimiser les bénéfices générés par un séjour en SSR pour des patients en situation complexe et à fluidifier la filière de réhabilitation par la mise en place de programmes écourtés en SSR favorisant le « turn-over » ;
- l'inscription de l'expérimentation dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dans le cadre de l'expérimentation, les 2 associations regroupées ont pour rôle :

- d'assurer la coordination (administrative, technique et organisationnelle) des professionnels de santé du territoire,
- d'apporter l'expertise pour garantir la qualité des soins délivrés,
- d'évaluer la pertinence des processus, la satisfaction des professionnels et les bénéfices en termes de santé obtenus par le patient au terme du programme et à 1 an du début de sa mise en œuvre.

De nombreux atouts font des porteurs du projet la structure idéale de pilotage de l'expérimentation :

- Expertise en réhabilitation respiratoire (plus de 1900 programmes de réhabilitation réalisés depuis 2004) ;
- Reconnaissance par les sociétés savantes et notamment la HAS qui présente le programme de réhabilitation respiratoire coordonné à domicile de l'association Partn'air comme un exemple de réalisation largement éprouvé (1) ;
- Légitimité concernant la thématique et le territoire du fait notamment de la collaboration du réseau avec plus de 2000 professionnels de santé du territoire (pneumologues, médecins traitants, kinésithérapeutes, IDE, diététiciens) et de la présence de l'URPS médecins et de représentants des patients au sein du conseil d'administration ;
- Equipe opérationnelle comprenant des compétences en ETP (Diplômes universitaires, Formation IPCEM, 40 heures...) et concernant la conduite d'une démarche qualité (certification) ;
- Possession d'un parc d'ergocycles médicalisés (matériel de rééducation) d'environ 50 unités en état de fonctionnement ;
- Collaborations préexistantes avec les réseaux territoriaux et PTA notamment dans les Hautes-Pyrénées, le Gers, le Lot et l'Hérault ;
- Collaborations préexistantes avec des établissements de SSR du territoire ;
- Partenariats préexistants et opérationnels facilitant le transport et la mise à disposition à domicile de matériel de rééducation.

L'équipe opérationnelle de PARTN'AIR opérant sur l'Occitanie Ouest, associe notamment:

- le Médecin directeur, portant la responsabilité médicale des prises en charge coordonnées à domicile, pneumologue, exerçant également en SSR,
- un coordinateur et une assistante de coordination,
4 référents de programmes intervenant au domicile (8 départements),
un psychologue et un tabacologue,
une gestionnaire administrative.

Le choix de professionnels titulaires d'un master en Activité Physique Adaptée (APA) au poste de coordinateur et de référent de programme est motivé par :

- La nécessité d'associer des approches qui relèvent des secteurs sanitaire, médico-social et social pour une prise en charge globale de la personne. Les formations en APA sont universitaires et relèvent d'une approche pluridisciplinaire associant sciences biologiques, sciences humaines et sciences sociales ;
- L'aptitude de ces professionnels à intervenir dans les trois principaux axes de la réhabilitation à savoir le reconditionnement physique, l'éducation thérapeutique (avec complément de diplôme en ETP) et le soutien psycho-comportemental ;
- Le fait que les compétences d'un enseignant en APA soient recommandées dans le cadre de la prise en charge des affections respiratoires en SSR dans la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du 3 octobre 2008 règlementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

L'équipe opérationnelle d'AIR+R, au fur et à mesure de la montée en charge du nombre de patients, mettra à disposition les moyens humains adéquats.

Les interventions combinées du médecin, du coordinateur et des intervenants à domicile ont permis d'accroître significativement la file active de patients pris en charge au cours des 2 dernières années en Occitanie Est.

PRÉSENTATION DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

NOM DU PARTENAIRE	NATURE PARTENARIAT	PARTENARIAT PRE-EXISTANT
Établissements de santé		
Clinique Saint-Orens (SSR)	Coordination du parcours de réhabilitation pour les personnes en situation complexe. Actions d'éducation thérapeutique partagées. Mise à disposition de locaux.	X
Clinique la Roseiraie (SSR)	Coordination du parcours de réhabilitation pour les personnes en situation complexe	X
Clinique du souffle d'Osséja (SSR)	Coordination du parcours de réhabilitation pour les personnes en situation complexe. Actions d'éducation thérapeutique partagées. Mise à disposition de locaux. Actions de formation.	X
Clinique du souffle de Lodève (SSR)	Coordination du parcours de réhabilitation pour les personnes en situation complexe. Actions d'éducation thérapeutique partagées. Mise à disposition de locaux. Actions de formation.	X
SSR d'Antrenas	Coordination du parcours de réhabilitation pour les personnes en situation complexe. Actions d'éducation thérapeutique partagées. Mise à disposition de locaux. Actions de formation.	X
Réseaux de santé (ou fédération)		
Reso Occitanie	Gouvernance fédération – Formations – Veille stratégique -	X
F3R (Fédération des Réseaux de Réhabilitation Respiratoire)	Partage d'expériences – outils - Formation	X
Réseau Arcade (65)	Expertise - Transfert de compétences – Orientation patients porteurs de pathologie respiratoire chronique. Mise à disposition d'intervenants formés aux 40h ETP.	X

Réseau Arpège (32)	Expertise - Transfert de compétences – Orientation patients porteurs de pathologie respiratoire chronique. Mise à disposition d'intervenants formés aux 40h ETP.	X
Réseau Icare 46 (46)	Expertise - Transfert de compétences – Orientation patients porteurs de pathologie respiratoire chronique. Mise à disposition d'intervenants formés aux 40h ETP.	X
RESEDA (30)	Actions de formation. Mise à disposition d'intervenants formés aux 40h ETP.	X
Représentants des professionnels de santé		
URPS Médecin Occitanie	Gouvernance association	X
URPS Pharmacien Occitanie	Actions de formation. Mise à disposition d'intervenants formés aux 40h ETP.	X
Sidéral Santé	Gouvernance association. Transition Hôpital-Ville	X
Dispositif Asalée	Orientation patients porteurs de pathologie respiratoire chronique.	X
Associations de patients		
ADIR 31 (31)	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
ADIRA (12)	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
ADIR 81 (81)	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle Cévenol	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle d'Orb	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
APRRES Béziers	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
APRRES Carcassonne	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
APRRES Cerdagne	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
APRRES Montpellier	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
APRRES Nîmes	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X

APRES Perpignan	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle Lozérien	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle Narbonnais	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle Lodévois	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle Mendois	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X
Souffle du Rhône	Gouvernance association – Accompagnement patients dans le long terme.	X

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe 1.

I. CONTEXTE ET CONSTATS

L'incidence des maladies respiratoires chroniques (MRC) est en constante augmentation. La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), principale étiologie des MRC, représentera selon les dernières estimations épidémiologiques, la troisième cause de mortalité à l'échelle mondiale à l'horizon 2030. Bien qu'il soit difficile d'établir précisément la prévalence des MRC dans la région Occitanie, certaines données disponibles permettent de l'appréhender. Le tableau de bord sur la santé en région Occitanie, publié en 2016, décompte un total de 38900 personnes en ALD pour insuffisance respiratoire, soit 4400 nouvelles admissions par an sur le territoire régional pour la période 2011-2013. Les coûts directs et indirects induits par les MRC sont considérables notamment au travers du nombre de journées d'hospitalisation et de la perte de productivité. Concernant la BPCO, la consommation annuelle de soins d'un patient directement attribuable à la BPCO est comprise entre 3237€ (2) et 5516€ (3) et la probabilité cumulée de ré-hospitalisation à 1 an s'élève à 31% (4).

Ces données épidémiologiques et économiques s'inscrivent dans un contexte régional caractérisé par une prévalence croissante, un sous-diagnostic patent, une prise en charge thérapeutique inadéquate et un parcours de soins à optimiser (5).

En termes de prise en charge, les malades respiratoires chroniques et notamment les patients BPCO présentent un suivi insuffisant de leur pathologie chronique, comme en témoignent les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie publiées en 2012. Seulement 40% des patients porteurs d'une pathologie diagnostiquée et bénéficiant d'un traitement médicamenteux présentent un suivi effectif de cette dernière (6). La réhabilitation respiratoire est préconisée en première intention, à la fois par les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est le plus souvent définie, dans les recommandations, comme un programme d'interventions déterminé en fonction des besoins du patient. La fiche HAS (1) précise : « la réhabilitation respiratoire comporte deux composantes essentielles : le réentraînement à l'exercice avec reprise d'activités physiques adaptées et l'éducation thérapeutique (ETP), auxquels sont associés le sevrage tabagique, le bilan et suivi nutritionnels et la prise en charge psycho-sociale ». Ces éléments permettent d'appréhender le fait que la réhabilitation ne peut en aucun cas se résumer à une action de réadaptation et être mise en œuvre de façon mono-disciplinaire et isolée.

Les résultats attendus sont « la réduction de la dyspnée, l'amélioration de la force musculaire, de la tolérance à l'effort et de la qualité de vie ainsi que et surtout la diminution du risque de ré-hospitalisation » (1). En ce sens, elle représente une des interventions les plus rentables (7) et constitue un pilier de la prise en charge dans les formes évoluées de la maladie respiratoire chronique. La HAS, dans son guide du parcours de soins BPCO (2012), précise que la réhabilitation respiratoire doit être proposée dès le stade II (modéré). Malgré ces recommandations, seulement 10% des patients bénéficient de cette prise en charge dans leur parcours (9) du fait notamment d'un défaut d'accessibilité.

Les questions qui se posent actuellement concernent non plus l'intérêt de proposer une réhabilitation respiratoire mais les modalités de mise en œuvre telles que le degré de supervision, le traitement des données en sous-groupes, la pérennité des bénéfices obtenus dans le temps (8) ou encore le développement de formes novatrices (7) en termes d'organisation. Ces préoccupations sont identifiées par la HAS, notamment quand elle recommande de privilégier les pratiques de la réhabilitation en ambulatoire ou à domicile afin de réserver le recours au SSR aux patients à risque.

Il s'avère cependant qu'une expertise de terrain permet l'identification de freins au développement de ce type de modalités de mise en œuvre notamment concernant le domicile. Parmi ces derniers, les principaux sont, d'une part l'absence de structures proposant l'organisation de la réhabilitation respiratoire à domicile et d'autre part la difficulté de réaliser le bilan initial pré-réhabilitation respiratoire (essentiellement l'épreuve fonctionnelle d'exercice) en dehors des structures de SSR.

La situation actuelle concernant les MRC est donc caractérisée par une majoration importante de la prévalence associée à la multiplication de recommandations incitant à la prescription de réhabilitation respiratoire dans un contexte de faible accessibilité liée à une offre de soins extrêmement modeste. La HAS affirme la nécessité de privilégier des modalités de mise en œuvre orientées vers l'ambulatoire et le domicile mais reconnaît que cet objectif ne peut être atteint dans la situation actuelle de répartition d'une offre essentiellement disponible en SSR (10). Au final, un très faible nombre de patients bénéficient de réhabilitation respiratoire induisant ainsi une réelle perte de chance pour ces derniers. Cet état de fait présente également une conséquence délétère pour le système de santé qui doit renoncer à la réduction des dépenses de santé, notamment concernant les consultations médicales non-programmées et l'hospitalisation, démontrées par la littérature scientifique en lien avec le déploiement de la réhabilitation respiratoire.

Le dispositif organisationnel proposé permet d'apporter une réponse innovante par le développement d'une nouvelle modalité d'accès à la réhabilitation respiratoire jusqu'alors inédite en France. La réhabilitation respiratoire coordonnée à domicile répond à l'ensemble des recommandations de la HAS sur le sujet. Cette modalité innovante d'organisation favorise l'accès à une prise en charge partagée et pluridisciplinaire comportant l'ensemble des composantes de la réhabilitation respiratoire. Au-delà de la majoration de l'offre induite, le dispositif permet à des patients dont les conditions de vie interdisent d'envisager une hospitalisation en SSR (conjoint dépendant, enfants à charge, artisan...) de bénéficier de réhabilitation respiratoire. D'un point de vue médico-économique, ce mode d'organisation permet de réaliser des économies supplémentaires en lien avec l'absence de recours à des transports sanitaires et la possibilité de maintien de l'activité professionnelle durant la prise en charge. De plus, en raison de la présence de longue date de l'association sur le territoire régional, de collaborations régulières avec les établissements de santé et leur plateau technique et d'une expertise technique et disciplinaire, elle facilite la réalisation du bilan initial pré-réhabilitation pour les médecins spécialistes ou généralistes en difficultés vis-à-vis de cette question d'évaluation.

II. OBJET DE L'EXPÉRIMENTATION (RESUMÉ)

- Majorer l'accessibilité à la réhabilitation respiratoire sur le territoire régional par l'augmentation de l'offre et le déploiement d'une modalité d'organisation innovante permettant sa déclinaison au domicile du patient ;

- Démontrer que le dispositif est reproductible et généralisable. Pendant la durée de l'expérimentation, le dispositif préexistant en Occitanie ouest (8 départements) va être reproduit et intéressera la totalité de l'Occitanie Est (5 départements). Le Système d'Information, les processus, les documents pédagogiques, ... seront transférés ;

Le dispositif étant en conformité avec les recommandations des sociétés savantes et la communauté des professionnels de la réhabilitation étant dynamique et regroupée au sein d'un important groupe de travail (Alvéole) de la Société de Pneumologie de Langue Française, sa généralisation à d'autres régions sera facilitée, en cas de validation de l'expérimentation.

III. OBJECTIFS

- Objectifs stratégiques

1. **Majorer l'accessibilité à la réhabilitation respiratoire et l'offre de soins par le développement de nouveaux modes d'organisation coordonnés des acteurs de soins primaires ;**
2. **Réduire les coûts de santé imputables aux maladies respiratoires chroniques par l'optimisation de la filière de soins en réhabilitation respiratoire ;**
3. **Accompagner l'évolution des pratiques et des compétences des professionnels de santé en réhabilitation respiratoire afin d'assurer une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins des usagers.**

- Objectifs opérationnels

Concernant l'objectif stratégique 1

- a. Proposer, coordonner et évaluer des programmes de réhabilitation respiratoire à domicile en s'appuyant sur les acteurs du territoire (premier recours, professionnels de santé de proximité...), quel que soit le lieu de résidence du patient sur le territoire régional ;
- b. Développer un système d'information facilitant la gestion, la coordination et l'évaluation des programmes de réhabilitation respiratoire développés au domicile. Le SI autorise notamment l'édition automatisée de documents facilitant la coordination du parcours et permettant la fluidité du travail en interdisciplinarité, la gestion d'importantes files actives de bénéficiaires et une évaluation facilitée des actions menées. Il n'existe pas de liaison entre les données recueillies au domicile par l'ergocycle (notamment la fréquence cardiaque) et le SI.

Le SI permet de caractériser la population prise en charge et l'impact du programme dans ses différentes composantes : au niveau du patient (notamment sur les capacités d'endurance, la qualité de vie, les compétences d'auto-soins et d'adaptation, ...), au niveau des soignants, au niveau du respect des processus, au niveau médico-économique (impact du programme sur l'hospitalisation, notamment le nombre de patients hospitalisés, d'hospitalisations et de journées d'hospitalisation: comparaison de ce nombre entre l'année qui précède et celle qui suit le programme, le nombre de patients en âge de poursuivre une activité professionnelle et maintenant celle-ci pendant le programme, ...).

- c. Proposer des parcours modulables en fonction des spécificités des territoires et des besoins des professionnels de santé (bilan pré-réhabilitation respiratoire) et des patients (sévérité du handicap, conditions de vie...).

Concernant l'objectif stratégique 2

- a. Développer l'offre et la participation aux programmes d'éducation thérapeutique afin de favoriser l'acquisition de connaissances et de compétences par le patient visant à lui permettre de mieux vivre avec sa maladie chronique ;
- b. Pérenniser les bénéfices de la réhabilitation respiratoire en favorisant l'adoption et le maintien de comportements favorables par un accompagnement à distance (télésuivi) dans la continuité du programme de réhabilitation respiratoire ;
- c. Réduire le recours aux soins non programmés et à l'hospitalisation en veillant à la continuité des soins et du suivi pneumologique.

Le recueil par enquête systématique auprès du pneumologue du nombre et des durées d'hospitalisation, dans l'année qui précède et l'année qui suit le programme de réhabilitation respiratoire à domicile, permet d'observer une diminution de 62 % du nombre d'hospitalisations et une réduction de 68% du nombre de jours d'hospitalisation. Ces données sont issues de l'analyse d'une cohorte de 1145 patients ayant bénéficié du programme de réhabilitation à domicile. Cette méthodologie, adaptée aux contraintes du terrain, présente toutefois des limites notables car elle est dépendante du retour des questionnaires d'hospitalisation par les pneumologues. Concernant les 1145 patients de la cohorte, les données « intra-patient » (données d'hospitalisation disponibles avant et après programme pour le même patient) ne concernent que 637 patients (le taux de retour des questionnaires d'hospitalisation dans l'année qui précède le programme est de 82% et seulement de 58% dans l'année qui suit le programme). De plus, cette méthodologie n'explore que les hospitalisations pour cause pneumologique alors que les bénéfices des programmes sont systémiques ce qui induit probablement une sous-estimation des économies générées (comorbidités). Il en est de même en ce qui concerne la non prise en compte des frais liés au transports sanitaires notamment dans le cadre de programmes de réhabilitation respiratoire réalisés en hospitalisation à temps partiel ou en ce qui concerne les indemnités journalières pour les patients professionnellement actifs.

A titre d'exemple, 32% des patients ayant bénéficié du programme de réhabilitation à domicile durant l'année 2017 présentent un maintien de leur activité professionnelle. Dans le cadre de cette expérimentation, une coopération avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permettrait d'accéder à des données plus complètes et non circonscrites aux coûts liés à l'hospitalisation et en lien exclusif avec l'affection respiratoire.

Concernant l'objectif stratégique 3 :

- a. Assurer un rôle d'appui aux réseaux territoriaux/PTA dans la prise en charge des maladies chroniques à dominante respiratoire (parcours de soins, ETP, réadaptation).
- b. Développer des outils et référentiels visant à favoriser l'amélioration des pratiques en réhabilitation respiratoire.
- c. Faciliter le retour au domicile des patients en situation complexe en lien avec l'offre de soins de premier recours.

- d. Proposer des formations (« Prescription et suivi de la réhabilitation respiratoire » pour les médecins traitants et « Éducatons Thérapeutique du Patient » pour l'ensemble des professionnels de santé) ainsi qu'un accompagnement pratique des professionnels afin de favoriser le développement de « bonnes pratiques ».
- e. Formaliser une démarche qualité impliquant les professionnels du premiers recours afin de favoriser l'amélioration continue des pratiques professionnels et des actions menées.

L'expérimentation s'inscrit dans le cadre des orientations régionales de santé déclinées dans le Plan Régional de Santé :

- **Thème : Pour un accès aux soins renforcé et un meilleur partage de l'information :**Présence médicale et soignante / Appui aux soins primaires dans les territoires
 - **Priorité opérationnelle 3 :** Accompagner l'évolution des pratiques et de la démarche préventive en soins primaires.
- **Thème : Pour un accès aux soins renforcé et un meilleur partage de l'information :** Transformation numérique en santé
 - **Priorité opérationnelle 1 :** Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine.
 - **Priorité opérationnelle 2 :** Améliorer la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange d'informations.
- **Thème : Pour des risques sanitaires mieux maîtrisés et des comportements plus favorables à la santé :** Prévention et promotion de la santé
 - **Priorité opérationnelle 1 :** Renforcer la prévention et la promotion de la santé par des interventions adaptées.
 - **Priorité opérationnelle 3 :** Permettre aux personnes de prévenir ou de "mieux vivre avec" leur maladie chronique grâce à l'éducation thérapeutique.
- **Thème : Pour une relation soignant-soigné renouvelée autour de soins de qualité :** Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice
 - **Priorité opérationnelle 2 :** Faire de la formation un levier pour la qualité, l'organisation et la pertinence des prises en charge.
 - **Priorité opérationnelle 3 :** Accompagner l'évolution des compétences pour les prises en charge spécifiques.
- **Thème : Pour une relation soignant-soigné renouvelée autour de soins de qualité :** Qualité-Sécurité
 - **Priorité opérationnelle 2 :** Poursuivre l'inscription de la culture qualité/sécurité dans l'action quotidienne des professionnels de santé.
- **Thème : Pour une relation soignant-soigné renouvelée autour de soins de qualité :** Pertinence
 - **Priorité opérationnelle 1 :** Développer la culture de la pertinence.
- **Equipements, activités et filières de soins : Activité structurantes pour les parcours de santé :** Activités de soins de suite et de réadaptation
 - **L'ambition portée pour les 5 ans à venir :** « Un objectif de désengorgement du secteur SSR par l'accompagnement du virage ambulatoire et l'émergence de solutions innovantes ».

IV. DESCRIPTION DU PROJET

- Modalités de pilotage et de gestion du projet :

Le pilotage du projet est assuré par le médecin directeur et le coordinateur sous la gouvernance du Conseil d'Administration de l'association.

Le pilotage est essentiel car les évolutions organisationnelles du système de santé et celles liées à la technologie numérique notamment en termes de communication sont nombreuses et rapides.

Les actions mises en œuvre visent à anticiper les difficultés et à apporter des réponses pertinentes à l'évolution du programme, de son environnement et des technologies susceptibles de modifier les pratiques et usages actuels.

A cet effet, le médecin directeur et le coordinateur, sur la base d'une méthodologie d'évaluation solide :

- analysent les indicateurs de résultats et de satisfaction des acteurs de santé et des bénéficiaires du programme et élaborent une politique stratégique adaptée ;
- supervisent l'évolution du système d'information en adéquation avec les évolutions de l'organisation, du contenu et de l'évaluation du programme ;
- organisent et animent des réunions de retour d'expérience visant à :
 - Recenser les éléments favorisant ou limitant l'implication des acteurs de santé notamment ceux du premier recours,
 - Faciliter l'inscription d'un patient dans le programme de réhabilitation respiratoire à domicile ;
- assurent une veille scientifique vis-à-vis de l'actualisation des recommandations des sociétés savantes concernant la réhabilitation respiratoire, la BPCO, les modalités de réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique du patient.

La question de l'intégration du programme au plus près des territoires et de leurs acteurs est également capitale pour limiter les coûts et favoriser la cohérence du parcours de santé.

Les actions d'ingénierie visent également à favoriser un accroissement des partenaires locaux (DAC, MSP, CPTS, Centre de santé, IDE en pratique avancée, acteurs de santé libéraux) permettant une amélioration du maillage territorial et une possible réduction des coûts liés aux déplacements.

Cet objectif dépend d'actions de communication et de soutien (formations, sensibilisations, conférences) notamment aux structures territoriales impliquées dans l'exercice regroupé de la médecine de ville. Ces actions permettent de faire évoluer le programme et l'organisation de sa mise en œuvre au sein des territoires.

Au total, des réductions du coût du programme sont espérées à travers la mise en place d'outils multimédia, l'identification et la formation des soignants locaux afin notamment de réduire les déplacements de la cellule opérationnelle. Cet aspect fera l'objet d'un point de situation, en cours d'expérimentation.

- Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

La nouvelle modalité de mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire proposée vise à majorer l'offre de soins et à favoriser l'accessibilité à la prise en charge sur l'ensemble du territoire régional d'Occitanie. Cette innovation organisationnelle répond aux orientations stratégiques édictées par la HAS en décembre 2018 (privilégier l'offre de soins en réhabilitation ambulatoire ou à domicile).

La figure 1 illustre la plus-value du dispositif proposé vis-à-vis de l'accès à la réhabilitation respiratoire et des ruptures du parcours.

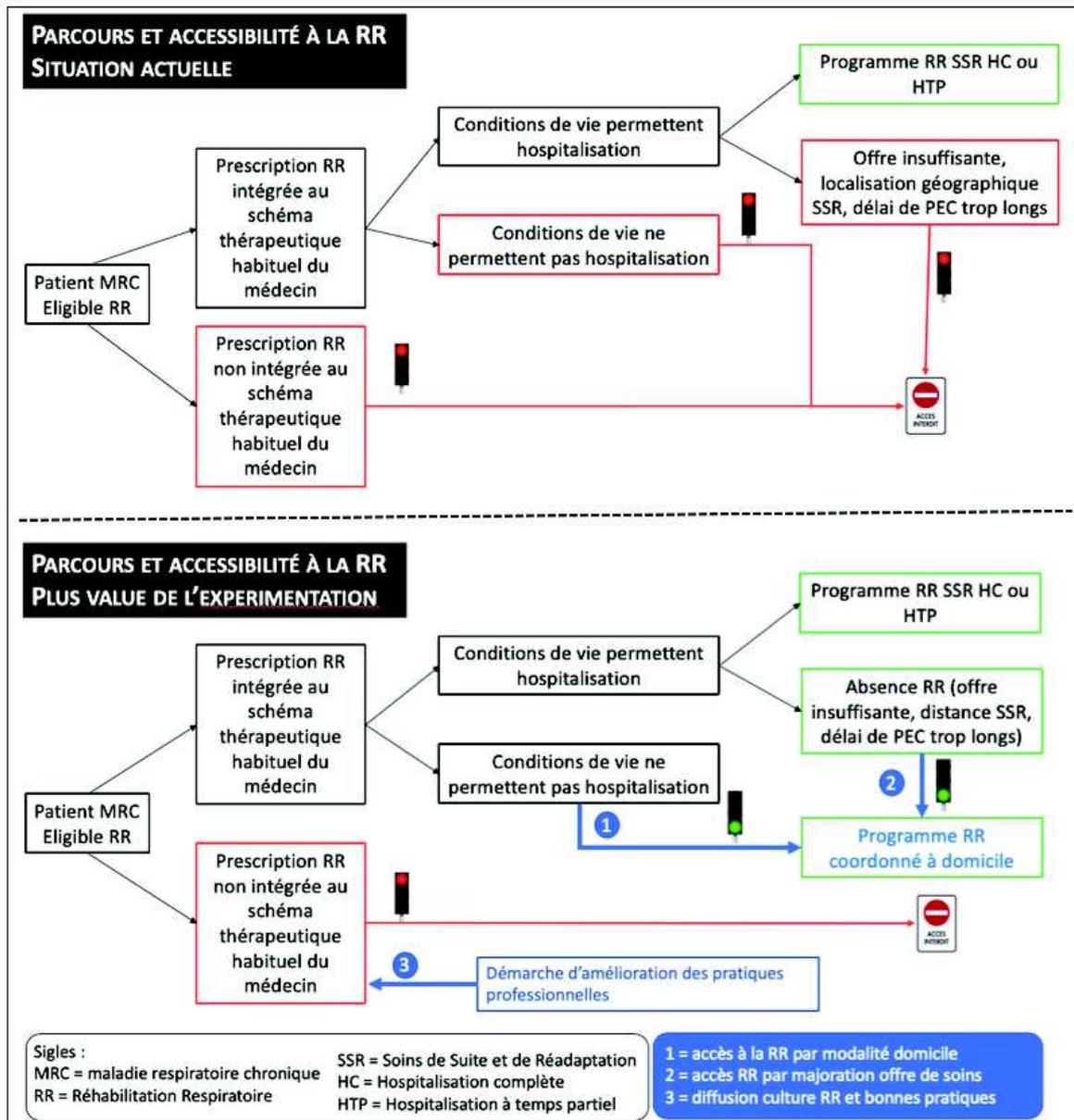


Figure 1 : Impact attendu de l'expérimentation sur l'accessibilité et les ruptures de parcours en réhabilitation respiratoire

Le programme de réhabilitation respiratoire coordonné au domicile du patient reconnaît une phase d'intervention de 12 semaines puis une phase d'accompagnement à distance d'une durée de 40 semaines, décrites dans la figure 2.

Ce choix est lié au fait que la littérature concernant la BPCO rapporte des programmes de réhabilitation dont la durée est majoritairement comprise entre 6 et 12 semaines.

D'autre part, il a été démontré que les programmes de 3 mois et plus sont à l'origine de modifications comportementales plus pérennes notamment en termes d'activité physique (11).

Enfin, nous pouvons également nous appuyer sur l'étude de Li et collaborateurs publiée en 2018 (Annexe complémentaire B) qui explore l'influence d'une stratégie de suivi d'un an associant visites à domicile et contacts téléphoniques dans les suites d'un programme de réhabilitation respiratoire initial. Cette étude inclut 172 patients BPCO répartis en 2 groupes (suivi domicile versus soins usuels).

Les bénéfices cliniques (tolérance à l'effort, qualité de vie et dyspnée objectivée par l'échelle mMRC), sont maintenus dans le groupe suivi à domicile alors que ces derniers s'étiolent progressivement dans le groupe soins usuels. Cette différence apparaît comme statistiquement significative.

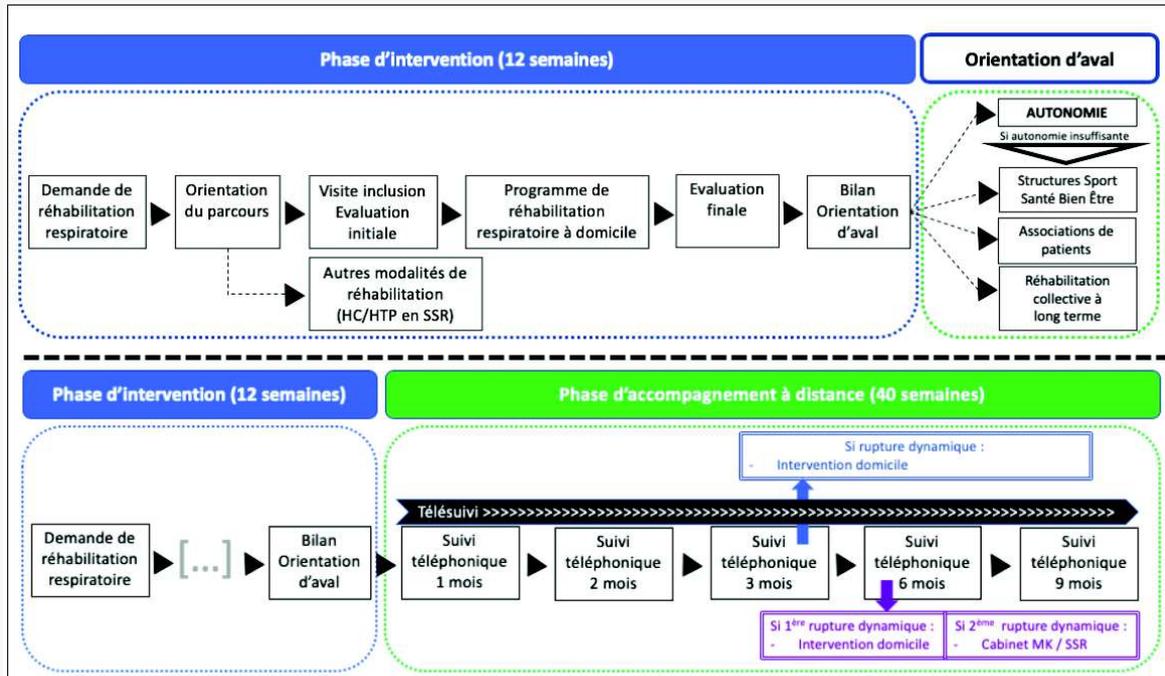


Figure 2 : Les étapes du programme respiratoire à domicile

Les associations PARTN'AIR et Air+R, conscientes des difficultés pouvant être rencontrées par le bénéficiaire à l'issue du programme pour maintenir des comportements favorables à la santé, ont développé, grâce à un financement issu du FIR, un programme permettant d'intégrer la dimension collective.

Ce programme développé sur 10 mois, à raison d'une séance hebdomadaire, associe activités physiques adaptées et ETP. Il constitue un soutien de proximité avec des sites implantés sur l'ensemble du territoire, 27 sites sur l'ensemble des départements de l'Occitanie et une file active de plus de 500 bénéficiaires.

DESCRIPTION DU DEROULEMENT DE LA PHASE D'INTERVENTION :

(La quantification du temps de travail de chaque intervenant est précisée en annexe 5)

- Etape 1 : Demande de réhabilitation respiratoire

L'inclusion d'un patient dans le programme peut se faire suivant 3 modalités :

- Classiquement, le patient consulte son pneumologue qui va poser l'indication de réhabilitation respiratoire, organiser le bilan pré-réhabilitation (spirométrie, gazométrie, épreuve fonctionnelle d'exercice) et renseigner le formulaire d'inscription au programme de réhabilitation à domicile. L'ensemble des documents sont communiqués à la coordination par voie postale, fax ou messagerie sécurisée de santé Medimail.
- Le médecin traitant peut également être à l'origine de l'inclusion du patient dans le programme. Il va, comme le spécialiste, devoir organiser (ou récupérer) le bilan pré-réhabilitation (spirométrie, gazométrie, tests d'exercice) et renseigner le formulaire d'inscription au programme de réhabilitation à domicile. L'ensemble des documents sont communiqués à la coordination par voie postale, fax ou Medimail.
- La troisième modalité d'entrée s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec les SSR :
 - d'une part, certains patients sont orientés par leur médecin (spécialiste ou généraliste) mais ces derniers n'ont pas la possibilité d'organiser le bilan pré-réhabilitation. Dans ce cas, le patient bénéficie d'un séjour écourté (8 à 10 jours) en SSR facilitant l'évaluation, puis il poursuit sa réhabilitation respiratoire à domicile ;
 - d'autre part, certains patients ayant bénéficié d'une réhabilitation complète en SSR nécessitent un accompagnement au retour à domicile afin d'inscrire les modifications comportementales dans le temps et d'éviter un étiolement trop précoce des bénéfices obtenus. Il s'agit souvent de patients présentant une pathologie avancée très sévère, vivant dans un contexte économique et social défavorable. Ces derniers bénéficient donc d'un programme de renforcement à domicile.

- Etape 2 : Orientation du parcours

- Réception du formulaire d'inclusion : l'exhaustivité des éléments nécessaires à la prise en charge est vérifiée, les éléments manquants sont recherchés et récupérés le cas échéant.
- Le dossier instruit est alors étudié par le médecin directeur. Sa validation du dossier est un préalable à la mise en place du programme à domicile. Il peut, en fonction des caractéristiques et des besoins du patient, proposer une réorientation vers une autre modalité de réhabilitation (SSR).

La constitution du dossier comprend plusieurs étapes :

- le médecin prescripteur réalise la prescription médicale du programme et renseigne de la fiche navette,
- le coordinateur, aidé par l'assistante de coordination, s'assure de l'exhaustivité du dossier (Fiche navette, EFR, gazométrie et test d'effort). En cas de pièces manquantes, débutent les démarches auprès du ou des secrétariats ou médecins pour récupérer les examens,
- Le dossier constitué passe alors en **comité de concertation de réhabilitation** comprenant au minimum le médecin, le coordinateur général et l'assistante de coordination. Sont déterminés le projet de soins et notamment les objectifs qui seront discutés avec le patient, les compétences recommandées en fonction des besoins spécifiques du patient, les spécificités du réentraînement à l'effort, les consignes de sécurité.

- Contact patient : l'assistante de coordination contacte le patient afin de lui donner des précisions sur l'organisation et les objectifs du programme, d'effectuer un recueil de données (complément formulaire inclusion, éléments impactant les modalités de livraison du matériel de réentraînement comme par exemple la présence d'escaliers), de recueillir le consentement du patient (finalisé par l'envoi d'un acte d'adhésion traçable) et de fixer la date de mise en œuvre du programme.
 Dans les suites de ce contact sont communiqués au patient par voie postale un document d'information résumant les informations données par téléphone, l'acte d'adhésion (consentement éclairé) et le questionnaire de qualité de vie. Ces derniers seront récupérés par le coordinateur de programme, lors de la première visite à domicile.
 Dans le cas d'une proposition de réorientation vers une autre modalité de réhabilitation, le patient sera informé par le médecin de cette dernière et des éléments qui la motivent. Il reste décideur de la modalité de réhabilitation qui lui convient à partir du moment où sa sécurité n'est pas engagée.
- Mise à disposition de la logistique à domicile : l'assistante de coordination organise la livraison de l'ergocycle (prenant en compte le modèle retenu selon les caractéristiques du réentraînement à l'effort, car certains patients nécessitent l'usage de très faibles charges développées) au domicile en partenariat avec un des prestataires de service partenaires.
- Mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire : Selon le secteur géographique (8 départements en Occitanie) un des 4 référents de programmes prendra en charge le déroulé de la prise en charge. Ce professionnel (salarié de la coordination) est celui qui va entrer en contact avec les professionnels de santé (médecin généraliste, professionnels paramédicaux) habituels du patient afin de recueillir leur accord de participation et de les fédérer autour de la prise en charge. Une rencontre avec les professionnels paramédicaux est parfois organisée pour s'accorder sur les attendus et les modalités de la prise en charge. Le médecin entre en contact si nécessaire avec ses confrères.

- Etape 3 : Visite d'inclusion - Evaluation initiale

- Le référent de programme, après une prise de RDV s'adaptant aux contraintes du patient, se rend au domicile du patient afin de réaliser la visite d'inclusion. Ses missions sont nombreuses lors de ce premier entretien :
 - Décrire précisément le déroulement du programme, remettre le classeur du programme comprenant l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement et récupérer l'acte d'adhésion (consentement) du patient daté et signé ;
 - Former le patient à l'utilisation de l'ergocycle et aux modalités de réalisation du réentraînement à l'effort (régularité de pratique, reporting des séances dans le classeur du programme...) ;
 - Établir le Bilan Éducatif Partagé (BEP) en complétant les données communiquées par le pneumologue (formulaire d'inclusion) et contractualiser avec le patient les objectifs éducatifs ;
 - Décider, avec le patient et en fonction de ses besoins, des prises en charge non médicamenteuses à mettre en place (accompagnements diététique, tabacologique et/ou psychologique) ;
 - Évaluer la qualité de vie (questionnaire spécifique validé : CRQ) et l'endurance musculaire (test à charge constante sur ergocycle) ;

- Sensibiliser le patient à l'après programme, à la nécessité d'élaborer un projet visant à maintenir les modifications comportementales dans le temps notamment vis-à-vis de l'activité physique ;
 - Rédiger un document de synthèse initiale visant à être adressé à tous les intervenants (médecin traitant, médecins spécialistes, kinésithérapeute ou infirmier(e), diététicien si impliqués dans la prise en charge) afin de favoriser la réalité d'une prise en charge pluri et interdisciplinaire.
 - Le coordinateur supervise et valide le document de synthèse initiale (via le SI) qui est ensuite communiqué à tous les intervenants par l'assistante de coordination via Medimail (si le correspondant est titulaire d'une adresse Medimail) ou par voie postale.
- Etape 4 : Programme de réhabilitation respiratoire à domicile
 - Durant les 6 premières semaines :
 - Le référent du programme va réaliser un suivi téléphonique hebdomadaire afin d'accompagner le patient dans la réalisation du réentraînement à l'effort (évolution du volume de travail, recueil des difficultés rencontrées et bénéfices perçus). Il retranscrit les données utiles colligées dans le dossier informatisé du patient. Il conduit les modalités du réentraînement à l'effort (évolution du volume de travail). L'individualisation hebdomadaire du programme (durées / intensités/ modalités : continu, intermittent, interval training, ...) est une condition nécessaire à l'obtention de résultats à terme et à l'absence de prise de risque.
 - Une permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 19h permet de prendre en compte de façon immédiate la survenue d'éléments cliniques intercurrents et de fixer des RDV téléphonique adaptés aux contraintes du patient.
 - Le patient va réaliser le réentraînement à l'effort en autonomie à raison de 4 à 6 séances hebdomadaires (55 à 60 séances réalisées au terme du programme).
 - Les professionnels de santé habituels du patient vont effectuer en partie leurs interventions à domicile, assurer le suivi médical et proposer une démarche éducative calibrée sur les objectifs partagés définis avec le patient et soutenue par les documents éducatifs mis à disposition par la coordination.
 - Les prises en charge non médicamenteuses (diététique, tabacologique et psychologique en fonction des besoins du patient) vont être initiées par les professionnels concernés.
 - Durant la 6^{ème} semaine, le référent de programme réalise une nouvelle visite à domicile. Cette dernière présente les objectifs suivants :
 - Effectuer un bilan d'étape concernant le réentraînement à l'effort (conformité de la pratique avec les recommandations, difficultés rencontrées, bénéfices perçus) et recueillir la satisfaction du patient vis-à-vis du programme et de l'évolution de son état de santé (EVA) ;
 - Adapter et enrichir les pratiques en activité physique mises en place (réentraînement à l'effort, électro-myostimulation et/ou renforcement musculaire), en collaboration avec le professionnel paramédical sollicité ;
 - Réaliser un bilan intermédiaire de l'évolution du patient vis-à-vis des objectifs éducatifs partagés et définis lors de la visite d'inclusion ;

- S'assurer de la conformité des suivis médical, paramédical et non médicamenteux et réajuster si nécessaire ;
- Mettre en œuvre une séance éducative (par exemple, vis-à-vis de l'intérêt d'adopter un mode de vie actif et soutenir le patient dans l'élaboration d'un projet au long cours en activité physique).

Les données recueillies et les ajustements proposés durant cette visite sont synthétisés par le référent de programme et soumis au comité de concertation de réhabilitation et après validation, communiqués (par voie postale ou Médimail) par l'assistante de coordination à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le programme.

- Durant les 6 semaines suivantes :
 - Le référent du programme va réaliser un suivi téléphonique hebdomadaire afin d'accompagner le patient dans la réalisation du réentraînement à l'effort (évolution du volume de travail, recueil des difficultés rencontrées et bénéfices perçus). Il retranscrit les données utiles colligées dans le dossier informatisé du patient. Il conduit les modalités du réentraînement à l'effort (évolution du volume de travail). Les informations sont déclaratives et elles font l'objet d'un contrôle de cohérence, lors des visites à domicile (relevé du kilométrage parcouru).
 - Les professionnels de santé habituels du patient vont également poursuivre leurs interventions à domicile, assurer le suivi médical et finaliser leur action éducative. Un cahier de suivi à domicile permet à chaque professionnel de tracer les données d'évolution du patient. A chaque visite à domicile, ces informations font l'objet d'un reporting dans le système d'information à la sixième et douzième semaine. En outre, lors des entretiens téléphoniques, sont reportées les dates d'intervention des professionnels.
 - Les prises en charge non médicamenteuses (diététique, tabacologique et psychologique en fonction besoins du patient) vont se poursuivre et les professionnels concernés communiqueront un bilan concernant leurs interventions à la coordination.
- Etape 5 : Evaluation finale
 - Le référent de programme effectue la visite de clôture du programme à domicile. Ses missions sont nombreuses lors de ce dernier entretien :
 - Effectuer un bilan concernant le programme global (reconditionnement physique, éducation, impact clinique et comportemental) et recueillir à nouveau la satisfaction du patient vis-à-vis du programme et de l'évolution de son état de santé (EVA) ;
 - Récupérer l'attestation de fin de programme datée et signée par le patient ;
 - Recueillir l'évaluation de la démarche éducative réalisée par chacun des professionnels impliqués dans le programme et établir le bilan éducatif sur la base des objectifs partagés initialement définis avec le patient ;
 - Evaluer la qualité de vie (questionnaire spécifique validé : CRQ) et l'endurance musculaire (test à charge constante sur ergocycle) ;
 - Finaliser avec le patient le projet de maintien des modifications comportementales favorables notamment vis-à-vis de l'adoption d'un mode de vie actif ;
 - Orienter vers des associations de patients proposant de la réhabilitation respiratoire collective à long terme, s'il en existe.

Dans le cas contraire et en fonction des besoins et des souhaits du patient, orienter vers les groupes de maintien des acquis (réhabilitation à long terme) ou des structures Sport Santé Bien Être ;

- Rédiger un document de synthèse finale visant à être adressé à tous les intervenants (médecin traitant, médecins spécialistes, kinésithérapeute ou infirmier(e), diététicien si impliqués dans la prise en charge) et au patient.

• Etape 6 : Bilan – Orientation d’aval

- Récupération de la logistique à domicile : l’assistante de coordination organise la récupération de l’ergocycle au domicile en partenariat avec un des prestataires de service partenaires.
- Le patient consulte le pneumologue (3ème et dernière consultation pour le programme) afin d’établir un bilan avec lui et de se projeter vers l’avenir.
- Le coordinateur supervise et valide le document de synthèse finale (via le SI) qui, après validation du médecin, est communiqué par l’assistante de coordination à tous les intervenants via Medimail (si le correspondant est titulaire d’une adresse Medimail) ou par voie postale et au patient lui-même.

La figure 3 illustre le déroulement de la phase interventionnelle au domicile du patient et précise le séquençage des interventions des différents professionnels coordonnés autour du projet de réhabilitation du patient.

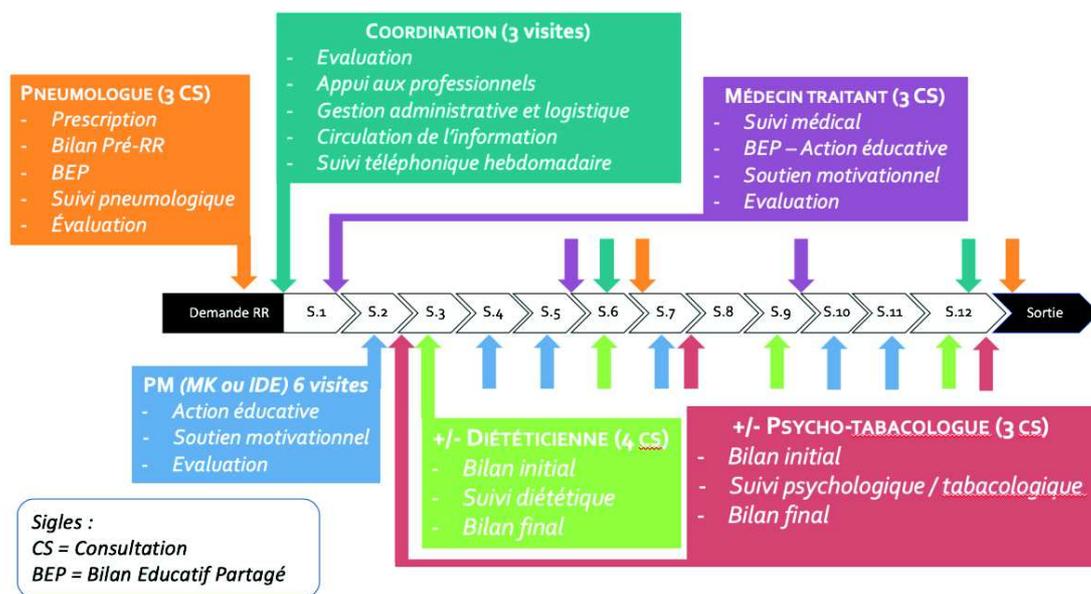


Figure 3 : séquençage des interventions des professionnels de santé durant la phase d’intervention du programme de réhabilitation respiratoire à domicile

Événements intercurrents :

Tout événement de santé intercurrent pendant la phase d’intervention de 12 semaines est porté, par le référent du programme, immédiatement à la connaissance du médecin directeur. Ce dernier contacte le patient et selon les éléments cliniques identifiés autorise la poursuite du programme ou, si nécessaire, se met en relation avec les soignants habituels pour orienter le patient vers une structure de soins adaptés.

Dans notre pratique, 30% des programmes de réhabilitation respiratoire supervisés à domicile ont présenté un incident durant leur déroulement. Parmi ces incidents, les plus fréquemment recensés sont de nature respiratoire (35% des incidents soit 10% des programmes), musculaire – articulaire ou orthopédique (17% des incidents soit 5% des programmes), motivationnelle (13% des incidents soit 4% des programmes) et cardio-vasculaire (5% des incidents soit 1% des programmes). Les événements intercurrents qui conduisent à la suspension temporaire ou à l'interruption du programme sont recueillis en routine et colligés dans le système d'information.

En termes de sévérité, 17% de ces incidents présentent un niveau de sévérité élevé (hospitalisation du patient). Aucun décès pour cause cardio-vasculaire n'a été recensé.

En termes d'impact sur le programme, 37% de ces incidents ont conduits à une interruption définitive du programme (11% des programmes). La nature des incidents conduisant à une interruption définitive du programme est motivationnelle dans 29% des cas, respiratoire dans 20% des cas et musculaire- articulaire ou orthopédique dans 19% des cas.

Malgré la survenue d'événements intercurrents, 89% des patients ayant débuté un programme en bénéficient dans son intégralité.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

L'ETP est intégrée dans les prestations proposées aux patients et constitue l'un des 2 piliers centraux du programme de réhabilitation coordonné à domicile. Conçu spécifiquement pour le domicile dès 2004, adapté régulièrement, le programme : « Osez un nouveau souffle à domicile » a été autorisé par l'ARS en mars 2011 et régulièrement reconduit. Il intègre les recommandations issues du guide méthodologique publié par l'HAS en juin 2007, puis les modalités évaluatives publiées en avril 2012 et juin 2014.

DESCRIPTION DU DEROULEMENT DE LA PHASE D'ACCOMPAGNEMENT A DISTANCE :

(La quantification du temps de travail de chaque intervenant est précisée en annexe 5)

Lors de cette phase, chaque patient bénéficie d'un accompagnement à distance effectué par le référent du programme ayant assuré l'intervention à domicile (relation de confiance établie). L'objet de cette phase est de soutenir les changements comportementaux mis en place durant la phase interventionnelle.

La littérature scientifique et les témoignages de patients soulignent les difficultés rencontrées pour maintenir les nouveaux comportements favorables à la santé, une fois le programme initial terminé. A un an, seuls 35% des patients maintiennent ceux-ci. L'étude de Sharp et collaborateurs publiée en 2017 (annexe complémentaire H) questionne la proportion de patients maintenant une activité physique régulière à 6 et 12 mois de distance d'un programme de réhabilitation respiratoire. Au total, 79 patients porteurs de pneumopathies interstitielles ont été inclus dans l'étude. A 6 mois 58% des patients poursuivaient des exercices physiques à domicile, cette proportion diminuait jusqu'à 39% à 12 mois de distance du programme de réhabilitation.

Pour pallier à cet écueil, les patients bénéficient d'une démarche de télésuivi durant les 40 semaines d'accompagnement afin de faciliter l'objectivation du niveau d'activité physique et de favoriser la motivation. Il s'agit également d'opérer un suivi de l'observance médicamenteuse et de s'assurer de la continuité des soins et notamment du suivi pneumologique. Cette phase permet d'éviter le sentiment « d'abandon » ressenti par les patients et de les accompagner vers une autonomie progressive tout en demeurant soutenus dans la gestion de leur pathologie chronique.

- Contacts téléphoniques 1 mois et 2 mois après la sortie de la phase interventionnelle :
Le référent de programme contacte le patient afin de :
 - Recueillir les évènements de santé (consultations médicales non programmées, hospitalisations...).
 - Objectiver l'observance médicamenteuse.
 - Objectiver le niveau d'activité physique et mesurer les écarts existants avec le projet en activité physique défini durant la phase interventionnelle.

- Contact téléphonique 3 mois après la sortie de la phase interventionnelle :
Le référent de programme contacte le patient afin de :
 - Recueillir les évènements de santé (consultations médicales non programmées, hospitalisations...);
 - Objectiver l'observance médicamenteuse ;
 - Objectiver le niveau d'activité physique et mesurer les écarts existants avec le projet en activité physique défini durant la phase interventionnelle ;
 - Inciter le patient à poursuivre ou majorer ses pratiques en activité physique et valoriser les efforts réalisés.

Lors de cet entretien et dans le cas où la dynamique en activité physique n'est pas maintenue (rupture) ou que des événements de santé sont survenus, le référent de programme soumet le dossier du patient au comité de concertation de réhabilitation. Si l'évolution le nécessite, une visite à domicile de renforcement est programmée.

- Contact téléphonique 6 mois après la sortie de la phase interventionnelle :
Le référent de programme contacte le patient afin de :
 - Recueillir les évènements de santé (consultations médicales non programmées, hospitalisations...);
 - Objectiver l'observance médicamenteuse ;
 - Objectiver le niveau d'activité physique et mesurer les écarts existants avec le projet en activité physique défini durant la phase interventionnelle ;
 - Inciter le patient à poursuivre ou majorer ses pratiques en activité physique et valoriser les efforts réalisés.

Lors de cet entretien et dans le cas où la dynamique en activité physique n'est pas maintenue (rupture) ou que des événements de santé sont survenus, le référent de programme soumet le dossier du patient au comité de concertation de réhabilitation.

Si l'évolution le nécessite, une visite de renforcement est programmée à domicile. Dans le cas où une telle visite a déjà été effectuée durant le 4^{ème} mois après la sortie de la phase interventionnelle, une réorientation peut être proposée au patient après une prise de contact par le médecin directeur auprès de ces confrères. Celle-ci correspond à la prescription de séances de réentraînement à l'effort en cabinet de kinésithérapie voire d'un stage de réhabilitation respiratoire en SSR.

- Visite à domicile (exclusivement en cas de rupture de la dynamique) du référent de programme dans le 4^{ème} mois ou le 7^{ème} mois après la sortie de la phase interventionnelle :
Le référent de programme réalise un entretien motivationnel avec le patient afin d'objectiver les freins et leviers vis-à-vis de la pratique d'activité physique en autonomie. Il opère avec le patient une analyse de l'écart entre le projet co-construit durant la phase interventionnelle et les réalisations factuelles afin de remobiliser le patient. Au terme de cet entretien, un micro-projet (4 semaines) est co-construit.
Un suivi téléphonique hebdomadaire est planifié afin de faciliter l'engagement et de favoriser la motivation du patient.

- Contact téléphonique 9 mois après la sortie de la phase interventionnelle :
Le référent de programme contacte le patient afin de :
 - Recueillir les évènements de santé (consultations médicales non programmées, hospitalisations...);
 - Objectiver l'observance médicamenteuse ;
 - Objectiver le niveau d'activité physique et mesurer les écarts existants avec le projet en activité physique défini durant la phase interventionnelle ;
 - Inciter le patient à poursuivre ou majorer ses pratiques en activité physique et valoriser les efforts réalisés.
- Rédaction d'une synthèse de l'évolution du patient après 12 mois d'engagement dans une dynamique de réhabilitation respiratoire :
 - Le référent de programme rédige une synthèse qu'il soumet au comité de coordination de réhabilitation concernant la phase d'accompagnement à distance.
 - Une fois la synthèse validée ou amendée, l'assistante de coordination communique cette dernière à l'ensemble des professionnels impliqués durant la phase interventionnelle via Medimail (si le correspondant est titulaire d'une adresse Medimail) ou par voie postale et au patient lui-même.

La figure 4 illustre le déroulement de la phase d'accompagnement à distance.

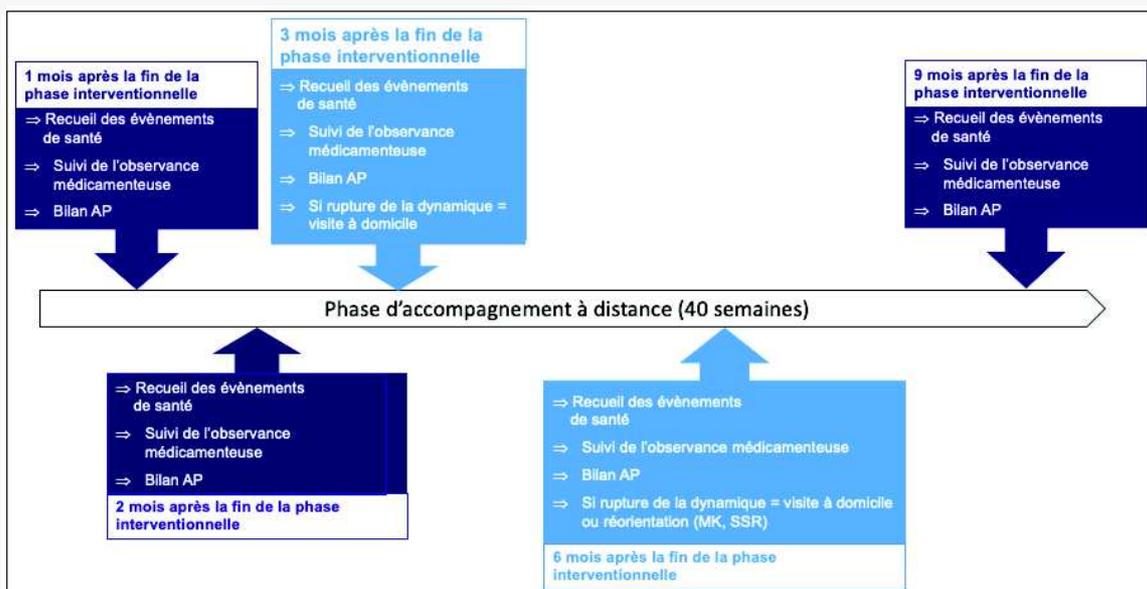


Figure 4 : déroulement de la phase d'accompagnement à distance

- Population Cible

Le parcours de réhabilitation respiratoire à domicile s'adresse à l'ensemble des personnes adultes porteuses de handicap lié à une pathologie respiratoire chronique demeurant sur le territoire régional.

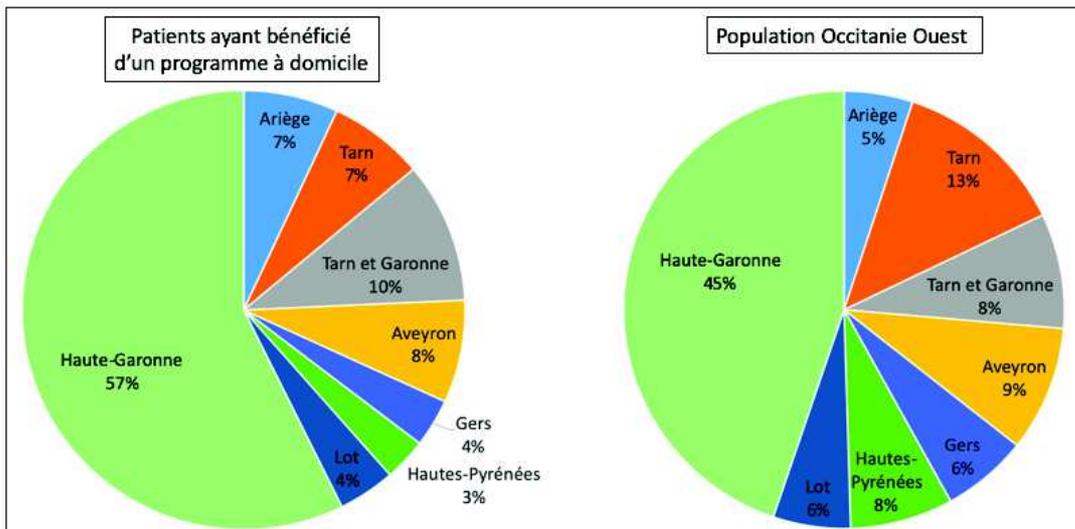


Figure 5 : Comparaison entre la répartition départementale de la population de l'Occitanie Ouest et la répartition départementale des patients ayant bénéficié d'un programme à domicile

Dans notre pratique, l'étiologie largement dominante est la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (environ 90%).

D'autres étiologies, plus rares, au cours desquelles la mise en œuvre de programme de réhabilitation est recommandée sont notamment la fibrose pulmonaire, la période pré et post transplantation pulmonaire, enfin en pré-opératoire de chirurgie thoracique oncologique lorsque l'intervention est conditionnée à une amélioration fonctionnelle (VO2max) :

- la fibrose pulmonaire est une pathologie grave, au pronostic sombre et à l'origine d'une altération sévère de la qualité de vie et de la tolérance à l'effort. La réhabilitation améliore ces paramètres (« Recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de la fibrose pulmonaire idiopathique » élaborées par le centre national de référence et les centres de compétence pour les maladies pulmonaires rares sous l'égide de la Société de pneumologie de langue française (p 891 &892)),
- la mise en œuvre d'une réhabilitation en pré-opératoire d'une chirurgie thoracique peut rendre possible un geste que les données fonctionnelles pré-opératoires pré réhabilitation contre-indiquaient. La chirurgie est, dans la grande majorité des cas, réalisée dans la prise en charge d'un cancer broncho-pulmonaire et les guérisons de cette maladie redoutable sont essentiellement le fait de patients ayant bénéficié d'une chirurgie d'exérèse.

Ne pas proposer l'accès à un programme de réhabilitation pour ces patients constitue une perte de chance.

La littérature scientifique montre, au travers de plusieurs études publiées, que la réhabilitation respiratoire bénéficie également à des étiologies multiples.

L'étude de Ferreira et collaborateurs publiée en 2006, propose une comparaison statistique des bénéfices obtenus par une cohorte de 309 patients porteurs de BPCO et par une cohorte de 113 patients présentant des étiologies diverses, toutes deux engagées dans un programme de réhabilitation respiratoire de 8 semaines. Les patients « non BPCO » sont porteurs d'asthme, de fibrose pulmonaire, de pathologies restrictives (déformation thoracique, thoracoplastie, paralysie phrénique, chirurgie d'exérèse), de bronchectasies, d'hypertension artérielle pulmonaire, d'asbestose, etc. Les deux cohortes présentent une amélioration de la tolérance à l'effort (test de marche de 6 minutes) et de qualité de vie (questionnaire spécifique = CRQ).

L'ampleur des bénéfices obtenus ne présente aucune différence significative entre les deux cohortes. Ces données nous ont conduits à ne pas limiter l'accès au programme de réhabilitation respiratoire à domicile aux seuls patients BPCO bien que ces derniers demeurent les principaux bénéficiaires.

Dans notre pratique, les bénéficiaires justifiant d'une oxygénothérapie de longue durée représentent 26% et ceux requérant une ventilation non invasive représentent 14% de la population prise en charge.

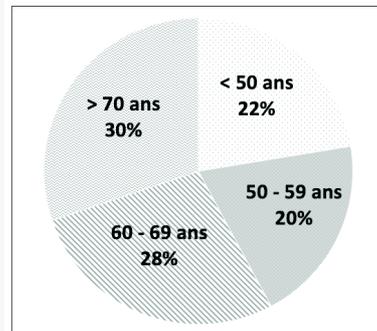


Figure 6 : Répartition selon l'âge des bénéficiaires du programme de réhabilitation respiratoire en 2018

L'origine des patients adressés est multiple :

- Patients adressés par le médecin généraliste ou le pneumologue. Le patient est évalué et traité selon les recommandations et il demeure en situation de handicap, du fait de la dyspnée ou d'exacerbations fréquentes. La réhabilitation est le traitement recommandé pour ce patient étant à son domicile et pour qui l'admission au sein d'un SSR n'est pas le choix de 1ere intention (environ 86% dans notre pratique) ;
- Patients adressés par le pneumologue, à l'occasion d'une hospitalisation pour exacerbation ;
- Patients adressés par le médecin réhabilitateur exerçant en SSR dans 2 circonstances :
 - o au terme du programme réalisé au sein de l'établissement l'acquisition et le maintien d'une autonomie au domicile nécessite la poursuite du programme entrepris en hospitalisation,
 - o en substitution d'une partie de l'hospitalisation en SSR. Au sein de celui-ci est réalisé un programme d'évaluation-initiation de 8 à 10 jours puis le programme est poursuivi à domicile pendant 10 semaines. Cette modalité a plusieurs avantages, notamment de prendre en charge à domicile des patients habitant dans des territoires dépourvus de plateaux d'évaluation, de fluidifier la filière dans le SSR permettant de réduire les délais d'admission et enfin de réduire le coût global du programme de réhabilitation.

a. Critères d'inclusion

- Personnes adultes porteuses de maladies respiratoires chroniques, résidant en Occitanie, présentant une incapacité d'origine respiratoire (dyspnée, intolérance à l'exercice) et/ou un handicap d'origine respiratoire (réduction des activités sociales personnelles ou professionnelles) en rapport avec l'altération de l'état de santé.

Chez les patients en état stable ou au décours d'une hospitalisation pour exacerbation.

- Évaluation pneumologique préalable (EFR, gazométrie et test d'effort),
- Optimisation des traitements pharmacologiques,
- Limitations d'activité et de participation en lien avec la dyspnée et la fatigue.

b. Critères d'exclusion :

Relatifs à l'état de santé et à l'environnement du patient

- Âge < 18 ans,
- Instabilité sévère de l'état de santé au niveau pneumologique (acidose respiratoire non compensée par exemple). A noter que la sévérité (élevée) de l'atteinte pneumologique en état stable ne constitue en aucun cas un critère d'exclusion,
- la présence de contre-indication cardio-vasculaire au réentraînement à l'exercice (en particulier angor instable ou infarctus du myocarde récent). Une coronaropathie instable ou des troubles du rythme mal contrôlés conduisent à une orientation vers une prise en charge en SSR,
- Pathologies ostéo-articulaires sévères interdisant la pratique régulière d'un réentraînement à l'effort sur ergocycle,
- Troubles psychiatriques ne permettant pas la réalisation en autonomie de réentraînement à l'effort et/ou un accompagnement à distance,
- Absence de ligne téléphonique ne permettant pas le suivi à distance,
- Absence d'accès à l'énergie électrique au domicile (impossibilité de faire fonctionner l'ergocycle),
- Déficience visuelle ou auditive à l'origine d'une incapacité du patient pour utiliser l'ergocycle, effectuer le relevé des paramètres de réentraînement, communiquer par téléphone. Ce critère d'exclusion est relatif car la présence d'un aidant à domicile peut permettre de passer outre.

Relatifs aux soignants habituels du patient :

- En cas d'opposition de médecin traitant à la mise en œuvre du programme, s'il n'en est pas le prescripteur.
 - Effectifs concernés par l'expérimentation

L'objectif quantitatif de l'expérimentation est de 220 programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés à domicile pour l'année N, 240 programmes en N+1 et 260 en programmes en N+2.

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

Les professionnels de santé sollicités pour le programme sont systématiquement les professionnels habituels du patient. Cet élément est essentiel vis-à-vis de l'efficacité de la démarche éducative (relation de confiance soignant-soigné) et de l'inscription de la dynamique dans le long terme (au terme du programme ces professionnels demeurent impliqués dans le parcours de santé du patient). Le tableau 1 présente l'ensemble des professionnels impliqués ou susceptibles de l'être (besoins du patient) dans le programme de réhabilitation respiratoire à domicile. Le référent du programme met en lien l'ensemble des professionnels de santé et les mobilise autour du projet de soins co-établi par ces derniers en début de programme et contractualisé avec le patient.

Catégories de professionnel	Nombre d'interventions	Missions	Commentaires
Pneumologue	3	Prescription Evaluation Education Suivi pneumologique	Médecin spécialiste habituel du patient.
Médecin généraliste	3	Prescription Evaluation Education Suivi médical	Médecin traitant du patient.
Professionnel paramédical (MK ou IDE)	6	Evaluation Education	Formation initiale du soignant paramédical fonction des besoins du patient.

Responsable du programme	3 + suivi téléphonique hebdomadaire	Coordination Suivi réhabilitation Education Evaluation	Salarié de l'association, sa formation initiale peut être variable (MK, Enseignant APA..) mais il est obligatoirement titulaire d'une formation en ETP (minimum 40h). Ressource principale du patient et des professionnels de santé impliqués durant le programme et assure une permanence téléphonique.
Diététicien(ne)	4	Evaluation Suivi diététique Education nutritionnelle	Fonction des besoins (IMC < 21 ou > 27, perte pondérale importante et non volontaire, prise pondérale récente et importante en lien avec le sevrage tabagique) et du consentement du patient. Le réseau mobilise un professionnel de proximité.
Tabacologue	3 + disponibilité téléphonique	Evaluation Accompagnement au sevrage tabagique	Fonction des besoins (tabagisme actif) du patient. Un tabacologue salarié du réseau assure, du fait de la spécificité de ce suivi, la mobilisation et l'accompagnement des professionnels locaux. A défaut de ressource locale du fait d'un faible maillage territorial, ce dernier assure les interventions au domicile. La coexistence des 2 modalités permet d'éviter les zones « blanches ».
Psychologue	3 + disponibilité téléphonique	Evaluation Suivi psychologique	Fonction des besoins du patient. Un psychologue salarié du réseau assure, du fait de la spécificité de ce suivi, la mobilisation et l'accompagnement des professionnels locaux. A défaut de ressource locale du fait d'un faible maillage territorial, ce dernier assure les interventions au domicile. La coexistence des 2 modalités permet d'éviter les zones « blanches ».

Description du rôle de chacun des professionnels concernés dans le programme de réhabilitation respiratoire à domicile :

- Le pneumologue

Il est dans la grande majorité des cas le prescripteur du programme de réhabilitation respiratoire à domicile (parfois le médecin traitant est le prescripteur). Il réalise 3 consultations dans le périmètre du programme.

- 1^{re} consultation (avant la mise en place du programme) : le pneumologue pose l'indication de réhabilitation respiratoire, il organise la réalisation du bilan pré-réhabilitation respiratoire et renseigne le formulaire d'inclusion du patient qu'il communique à la coordination.
- 2^{ème} consultation (6^{ème} semaine du programme) : le pneumologue effectue le suivi pneumologique et réalise un bilan d'étape de l'impact du programme. Un contact (téléphonique) avec la coordination est effectué en cas de nécessité de réajustement du programme.
- 3^{ème} consultation (12^{ème} semaine, au terme de la phase interventionnelle) : le pneumologue effectue le suivi pneumologique et réalise le bilan de l'impact du programme. Si cela lui semble nécessaire, il peut réaliser une épreuve fonctionnelle d'exercice permettant d'objectiver l'évolution de la capacité fonctionnelle et d'ajuster les recommandations de pratique de l'activité physique à long terme.

Ces 3 consultations sont financées par le droit commun.

Le pneumologue est impliqué dans les démarches éducatives et évaluatives.

Il participe à l'établissement du BEP (Bilan Éducatif Partagé).

Il renseigne et communique à la coordination un relevé des hospitalisations pour cause pneumologique dans les 12 mois qui ont précédé le programme et dans les 12 mois qui l'ont suivi.

Il renseigne également un questionnaire concernant le bénéfice obtenu à 12 mois de distance du programme.

Ces actions spécifiques sont rémunérées sur la base d'un forfait dérogatoire.

- Le médecin traitant

Il est la pierre angulaire du parcours de santé du patient et son référent.

La non adhésion du médecin généraliste au projet de réhabilitation à domicile est un critère d'exclusion.

Son intervention dans le programme se présente sous la forme de 3 consultations.

Ces dernières sont financées par le droit commun.

Les 3 consultations « classiques » permettent :

- La surveillance de l'évolution de l'état de santé en tenant compte de la dynamique de réhabilitation en cours ;
- Le recueil de constantes (FC repos, TA repos +/- TA effort, Fréquence Respiratoire) ;
- Le traitement des douleurs musculaires ou articulaires légères parfois provoquées par le retour à l'exercice physique régulier.

Le forfait spécifique « exercice de réhabilitation coordonnée » intègre :

- Le renseignement de la fiche navette de coordination (outil de recueil de données cliniques, paracliniques et à visée éducative participant à la richesse du bilan éducatif partagé). Cette fiche navette revient vers la coordination par voie postale actuellement. Le SI permettrait d'éviter l'échange de documents physiques toutefois son déploiement vers les praticiens, bien qu'envisageable sur le plan technique, se heurte actuellement au conflit perpétuel avec le temps des soignants, la lourdeur de l'usage des outils informatiques et la faible culture des médecins vis à vis de ces derniers ;
- La conduite d'une action d'éducation thérapeutique suivant les objectifs pédagogiques définis en amont avec le patient lors du BEP. Cette action intègre l'objectif de renforcer l'observance thérapeutique et notamment le traitement médicamenteux ;
- Le renforcement de la motivation du patient durant le programme ;
- L'évaluation de l'action éducative conduite et le renseignement de la fiche d'évaluation de l'ETP présente au domicile du patient et retranscrite dans le dossier patient (SI) par la coordination ;
- L'évaluation à distance (3 à 6 mois après la phase interventionnelle) des bénéfices obtenus par le patient, de l'intérêt du programme (pratique professionnelle) et de sa qualité (procédures, supports, organisation...).

La rémunération de l'ensemble de ces actions s'effectue sur la base d'un forfait et permet l'interdisciplinarité de la prise en charge.

- Le professionnel paramédical (MK ou IDE)

Le professionnel paramédical sollicité est fonction des besoins et ressources du patient.

Le principe fondateur est de cibler les professionnels paramédicaux habituels du patient.

Si ce dernier n'a pas de professionnel paramédical habituel ou si celui-ci ne souhaite pas s'engager dans le programme de réhabilitation, la coordination sollicite, en deuxième intention, un professionnel de proximité.

L'intervention dans le cadre du programme de réhabilitation comprend 6 visites (30 à 45 minutes) réalisées préférentiellement au domicile du patient.

La mission du professionnel paramédical est aussi éducative, motivationnelle et de suivi. En fonction d'une part du BEP (Bilan Éducatif Partagé) et d'autre part de sa propre expertise (première intervention à domicile), le professionnel poursuit un ou plusieurs des objectifs définis et contractualisés avec le patient. Il peut s'appuyer sur l'expertise de la cellule de coordination qui assure un accompagnement pratique et la mise à disposition de supports éducatifs.

Durant l'ensemble du programme, le professionnel paramédical assure également une action de soutien motivationnel en valorisant l'implication du patient dans la gestion de sa maladie chronique et en facilitant l'auto-évaluation de l'impact du programme au quotidien.

Au terme du programme, le professionnel paramédical assure l'évaluation de l'action conduite et le renseignement de la fiche d'évaluation de l'ETP présente au domicile du patient et retranscrite dans le dossier patient (SI) par le référent du programme.

Le professionnel paramédical participe également à l'évaluation à distance du programme (3 à 6 mois après la phase interventionnelle). Il renseigne un questionnaire concernant les bénéfices obtenus par le patient, l'intérêt du programme (pratique professionnelle) et de sa qualité (procédures, supports, organisation...).

Le financement de ces interventions se fait sur la base d'un forfait dérogatoire de 180€ qui peut être variable en fonction des besoins et de l'évolution du patient.

- Il comprend :
- Séance initiale d'évaluation = 50€
- Séances de suivi = 26€/séance (au maximum 5 séances de suivi donc 130€)

Dans notre expérience, le professionnel le plus souvent sollicité est le masseur-kinésithérapeute.

Il est également intéressant de noter que, dans notre expérience, la sollicitation d'un soignant paramédical est effective dans environ 80% des cas. En effet, il existe des cas où le patient ne souhaite pas cet accompagnement, d'autres où le référent du programme juge cet accompagnement non indispensable (besoins du patient) et enfin d'autres où cet accompagnement n'est pas envisageable du fait de l'indisponibilité des soignants paramédicaux locaux (plus rares).

- Le (a) diététicien(ne)

La cellule de coordination sollicite un(e) diététicien(ne) de proximité si le patient présente un IMC < 21 ou > 29 et bien évidemment si ce dernier est favorable à ce type d'accompagnement. Cette intervention prévoit 4 consultations sur la base d'une rémunération forfaitaire de 150€:

- Consultation initiale d'évaluation (définition des objectifs et rédaction d'un bilan initial) = 45€
- Première consultation de suivi (évolution du comportement alimentaire, évaluation des indicateurs tels que l'IMC et le périmètre abdominal, réajustement des objectifs) = 30€.
- Deuxième consultation de suivi (évolution du comportement alimentaire, évaluation des indicateurs tels que l'IMC et le périmètre abdominal, réajustement des objectifs) = 30€.
- Consultation finale d'évaluation (évolution du comportement alimentaire, évaluation des indicateurs tels que l'IMC et le périmètre abdominal, définition d'objectifs à long terme, rédaction du bilan final) = 45€

Le(a) diététicien(ne) participe également à l'évaluation à distance du programme (3 à 6 mois après la phase interventionnelle). Il renseigne un questionnaire concernant les bénéfices obtenus par le patient, l'intérêt du programme (pratique professionnelle) et de sa qualité (procédures, supports, organisation...).

- Le psychologue / tabacologue

La cellule de coordination, via le tabaco-psychologue salarié, sollicite et accompagne un professionnel de proximité. Toutefois afin d'éviter les zones blanches liées à la répartition géographique de ces professionnels, le tabaco-psychologue salarié du réseau intervient au domicile en cas de carence. Ce dispositif est pour nous essentiel car nous considérons la prise en charge psychologique et celle des addictions comme prioritaires dans la démarche de réhabilitation.

L'accès à un accompagnement tabacologique est conditionné par un tabagisme actif ou par un sevrage récent et encore peu consolidé.

L'accès à un accompagnement psychologique est conditionné par le recours à des traitements psychotropes, à une demande du patient ou un retentissement fonctionnel documenté (mesurable) des troubles émotionnels (syndrome d'hyperventilation par exemple).

Cette intervention prévoit 3 consultations. Concernant les professionnels libéraux la rémunération est forfaitaire pour un montant de 150€.

Elle comprend :

- Une consultation initiale = 45€
- Une consultation de suivi = 45€.
- Une consultation finale + bilan final = 60€.

Le psychologue / tabacologue participe également à l'évaluation à distance du programme (3 à 6 mois après la phase interventionnelle). Il renseigne un questionnaire concernant les bénéfices obtenus par le patient, l'intérêt du programme (pratique professionnelle) et de sa qualité (procédures, supports, organisation...).

- Terrain d'expérimentation

L'expérimentation est mise en œuvre sur la région Occitanie. Toute personne porteuse d'une pathologie respiratoire chronique invalidante est éligible au programme, quel que soit son lieu de résidence sur le territoire régional, sur prescription médicale et engagement du prescripteur dans le programme.

La région présente un contexte particulier caractérisé par une forte croissance démographique avec une part déjà importante des plus de 75 ans qui doit encore s'accroître (13,5% d'ici 2030). Elle fait partie des 4 régions les plus « âgées » de France et compte 4 des 10 départements les plus pauvres du territoire national. Ces éléments sont d'importance car il est démontré que les personnes de plus de 65 ans et les plus fragiles sur le plan social sont les plus touchées par la BPCO (12). De plus, le contexte régional est caractérisé par une prévalence croissante, un sous-diagnostic patent, une prise en charge thérapeutique inadéquate et un parcours de soins à optimiser (5).

- Durée de l'expérimentation

La durée est de 3 années.

V. FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

a. Synthèse du besoin de financement

	Coût patient	Montant par année FISS
Phase de construction (36 mois)		
Année N (pour 220 patients)	2 300,08 € arrondi à 2 300 €	506 017,60 € Arrondi à 506 000 €
Année N+1 (pour 240 patients)	2 300,08 € arrondi à 2 300 €	552 019,20 € Arrondi à 552 000 €
Année N+2 (pour 260 patients)	2 300,08 € arrondi à 2 300 €	598 020,80 € Arrondi à 598 000 €
Coût Total de l'expérimentation FISS (720 patients)	1 656 057,60 € arrondi à 1.656.000 euros	

Le modèle de financement est basé, au titre du FISS, sur une rémunération forfaitaire moyenne de 2.300 euros par patient pris en charge pour un programme de réhabilitation respiratoire à domicile qui comprend une séquence de soins de 12 semaines et un suivi de 40 semaines.

Ce montant moyen comprend :

- les prestations de soins des professionnels pour un montant moyen de 344 euros. Ce montant comprend une rétribution forfaitaire du médecin à hauteur de 100 euros, un forfait diététicien à 150 euros pour 1/3 des patients, un forfait de kinésithérapie à 180 euros pour 80 % des patients et un forfait psychologue à 150 euros pour 1/3 des patients. Le coût maximal pour un patient bénéficiant de l'ensemble des prestations de soins est donc de 580 euros ;
- les dépenses liées à la mise en place, au suivi et à la coordination du programme individuel de réhabilitation. Ces dépenses s'élèvent à 1345 euros dont 1064 euros pour la séquence de soins de 12 semaines et 281 euros pour le suivi de 40 semaines ;
- les frais de fonctionnement de 611 euros dont 542 euros pour la séquence de soins et 69 euros pour le suivi.

Le détail est précisé en Annexe 3.

Il est prévu au cours de l'expérimentation, de réaliser un point de situation sur le modèle économique et de repérer les possibilités d'optimisation des coûts et donc d'ajustement du forfait, dans la perspective d'une possible généralisation.

En outre des frais d'ingénierie de projet, avec un pilotage par le médecin et le coordinateur, financés par le FIR s'élève à 28 000€ pour l'année N puis 20 000€ pour l'année N+1 et 20 000€ pour l'année N+2 (descriptif et mode de calcul en Annexe 4) soit un montant total, sur l'ensemble de l'expérimentation, de 68.000 euros.

VI. IMPACTS ATTENDUS

a. Impact en termes de service rendu aux patients

La mise en œuvre de l'expérimentation permet une amélioration de l'accessibilité à la réhabilitation respiratoire, prise en charge efficace (niveau de preuve scientifique incontestable) et recommandée par les sociétés savantes et la HAS.

Cette majoration de l'accessibilité est liée à l'augmentation de l'offre de réhabilitation respiratoire sur le territoire mais aussi à la diversification des modalités de réhabilitation permettant une plus grande adaptabilité aux situations d'un certain nombre de bénéficiaires (obligation de maintien de l'activité professionnelle, maintien à domicile indispensable du fait d'enfants à charge ou de conjoint dépendant...) et aux possibles complications per-programme (adaptation de la durée de prise en charge plus aisée qu'en structure SSR).

D'autre part cette nouvelle modalité dans le parcours de soins permet une amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires au travers :

- de la majoration de la tolérance à l'effort,
- de l'amélioration de l'autonomie permettant un maintien à domicile des personnes présentant les formes les plus sévères,
- de l'acquisition de compétences d'adaptation et d'auto-soins permettant une amélioration de la gestion et du vécu quotidien avec la maladie,
- de la prolongation des bénéfices dans le temps par la réalisation du programme dans l'espace-temps du bénéficiaire (domicile), par la possible implication de ses aidants naturels et par celle des soignants habituels,
- de la diminution du recours aux soins non programmés et des hospitalisations.

Enfin l'expérimentation permet une meilleure continuité des soins pour les personnes présentant les formes les plus sévères car le programme peut s'inscrire dans une dynamique d'optimisation du retour à domicile dans les suites d'une prise en charge en structure SSR.

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

L'expérimentation permettra de réduire la mesure d'écart entre les pratiques professionnelles actuelles et les recommandations de prise en charge élaborées par la HAS sur la base des publications nationales et internationales concernant la BPCO. Cet impact attendu sera favorisé par une majoration de l'offre sur le territoire ainsi que par la sensibilisation et l'accompagnement des acteurs du parcours de soins, notamment les pneumologues et les médecins généralistes, vis-à-vis des indications et de la prescription de réhabilitation respiratoire.

Cette nouvelle modalité dans le parcours de soins favorise, par l'implication des professionnels de santé habituels du patient, l'évolution d'une prise en charge séquentielle vers une prise en charge continue plus adaptée à la chronicité de l'affection respiratoire. L'action coordonnée vise à promouvoir les collaborations interprofessionnelles des acteurs de proximité afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins, le recours aux soins d'urgence et la réalisation de soins coûteux pour l'assurance maladie.

Le dispositif favorise l'implication et l'efficacité d'intervention des professionnels de santé de proximité par un accompagnement (mise à disposition de supports, permanence téléphonique, accès au dossier médical de réhabilitation, ...).

Une autre dimension essentielle à l'engagement de ces derniers est liée à l'évitement de tâches administratives et d'évaluation, assurées par les acteurs de la cellule de coordination, qui s'inscrivent difficilement dans les contraintes d'exercice des soins de ville.

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

L'expérimentation permettra d'améliorer le parcours de soins des patients BPCO tout en réduisant les coûts de santé. En effet, les dépenses annuelles par patient sont évaluées à 7628€, pour les patients les moins sévères, et 20747€ pour les patients sous oxygénothérapie (3). Bien que l'hospitalisation représente le poste de dépense principal, la prise en charge des exacerbations traitées en ville représente un surcoût estimé au minimum (hypothèse selon laquelle le coût d'une exacerbation est toujours la même) à 1467€ par patient.

Au-delà de cette dimension essentielle mais spécifique à l'atteinte respiratoire chronique, il est très probable d'obtenir une diminution des dépenses totales de soins par l'amélioration du conditionnement physique. Il est tout à fait établi scientifiquement que l'activité physique endurante de type réentraînement à l'effort améliore le conditionnement cardio-respiratoire et qu'il existe une corrélation notable entre condition physique (VO₂ max notamment) et état de santé (incidence d'autres maladies chroniques).

Le programme permettra :

- de réduire les postes de dépenses de soins les plus importants pour les patients en ayant bénéficié. A savoir, une diminution de 50% des hospitalisations (données littérature scientifique) et des consultations médicales non programmées liées à la BPCO,
- d'adapter la modalité de mise à œuvre du programme de réhabilitation aux besoins du patient, l'admission en structures SSR en hospitalisation complète étant préférentiellement proposée aux patients présentant une complexité médicale (instabilité de grandes fonctions physiologiques, nécessité d'explorations complémentaires, ...) ou sociale (besoin de rupture, ...),
- de réduire les dépenses totales de soins pour les patients en ayant bénéficié.

VII. MODALITES D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION PROPOSÉES

L'évaluation est totalement intégrée à l'action quotidienne de la cellule de coordination et contribuera à la démarche d'évaluation externe. Le recueil, l'organisation et l'analyse des données, éléments incontournables de la démarche évaluative, sont facilités par un Système d'Information (SI) dédié.

La méthode évaluative envisagée reconnaît comme socle les objectifs stratégiques de l'expérimentation. Pour chacun d'entre eux, une dizaine d'indicateurs (activité, processus, résultats) seront retenus afin de procéder à une mesure d'écart entre l'impact attendu et les résultats obtenus. Ces derniers et les tableaux de bord de pilotage dont ils sont issus, serviront la prise de décision stratégique et les ajustements organisationnels afin d'assurer une amélioration continue de la qualité.

La période d'observation (recueil de données) pourrait, en accord avec l'évaluateur externe, s'étendre sur une durée de 27 mois.

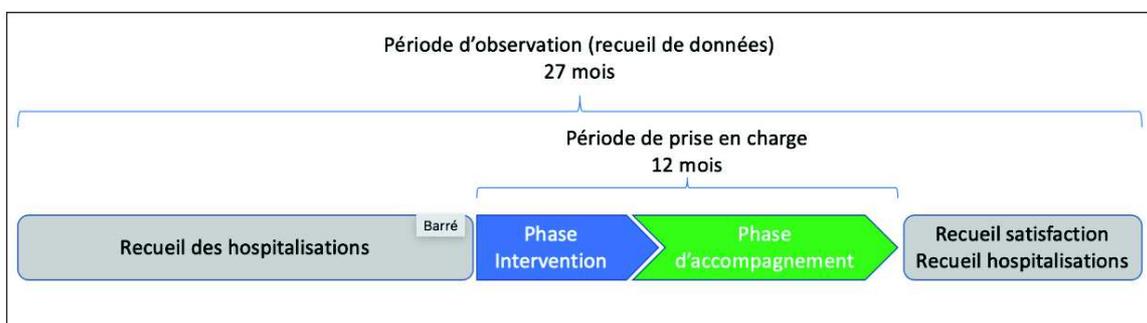


Figure 7 : Périmètre temporel de l'évaluation

Les outils utilisés sont essentiellement des questionnaires, grilles d'entretien et d'observation (compétences), des échelles visuelles analogiques (EVA) et des tests de terrain (condition physique).

Concernant l'objectif stratégique « Majorer l'accessibilité à la réhabilitation respiratoire et l'offre de soins par le développement de nouveaux modes d'organisation coordonnés des acteurs de soins primaires », les indicateurs d'évaluation pourraient être :

Type d'indicateur	Indicateurs	Cible Année N	Cible N+1	Cible N+2
Activité	Nombre de programmes (phase interventionnelle) réalisés	220	240	260
Activité	Nombre de professionnels de santé impliqués dans le suivi d'un programme	500	550	600
Processus	Taux de validation du parcours « intervention » (Nombre de programmes initiés/Nombre de programme terminés)	85%	85%	85%
Processus	Délai moyen de prise en charge Entre date demande de réhabilitation (dossier complet) et date de mise en œuvre	4 sem.	4 sem.	4 sem.

Résultat	Qualité de vie (QdV) Taux de patient présentant une amélioration significative de la QdV (test CRDQ)	80%	85%	90%
Résultat	Tolérance à l'effort Taux de patient présentant une amélioration significative (test endurance à charge constante 80% PMT)	75%	80%	85%
Résultat	Maintien de la pratique d'activité physique à l'issue du programme Taux de patients pratiquant une activité physique significative (3 séances ou plus par semaine) par trimestre	A définir	A définir	A définir

Concernant l'objectif stratégique « Réduire les coûts de santé imputables aux maladies respiratoires chroniques par l'optimisation de la filière de soins en réhabilitation respiratoire », les indicateurs d'évaluation pourraient être :

Type d'indicateur	Indicateur	Cible Année N	Cible N+1	Cible N+2
Activité	Nombre de Patients ayant bénéficié du parcours (phase d'accompagnement)	220	240	260
Activité	Nombre de Patients ayant bénéficié du télé suivi par entretien téléphonique	150	120	100
Activité	Nombre de Patients ayant bénéficié du télé suivi par visio consultation	70	120	160
Processus	Taux de validation du parcours « accompagnement » (Nombre de programmes initiés/Nombre de programme terminés)	65%	75%	85%
Processus	Taux de réorientation en SSR Nombre de patients réorientés en SSR / Nombre de patients ayant bénéficié du parcours accompagnement	< 20%	< 15%	< 10%
Résultat	Taux de diminution du nombre de journées d'hospitalisation	40%	45%	50%
Résultat	Taux de diminution des dépenses totales de soins moyennes par patient Une collaboration avec la caisse d'assurance maladie serait nécessaire pour cet indicateur.	A définir	A définir	A définir

Concernant l'objectif stratégique « Accompagner l'évolution des pratiques et des compétences des professionnels de santé en réhabilitation respiratoire afin d'assurer une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins des usagers », les indicateurs d'évaluation pourraient être :

Type d'indicateur	Indicateur	Cible Année N	Cible N+1	Cible N+2
Activité	Appui aux acteurs du territoire Nombre de Patients pris en charge orientés par des dispositifs d'appui à la coordination ou par des structures d'exercice regroupé	20	30	40
Activité	Élaboration et diffusion de référentiels, supports à la pratique en réhabilitation respiratoire Nombre de référentiels diffusés	5	8	10
Processus	Participation aux actions d'amélioration des pratiques professionnelles Nombre d'actions ayant bénéficié de l'intervention d'un ou plusieurs acteurs de la cellule de coordination	10	12	15
Résultat	Satisfaction des professionnels de santé Analyse des retours des questionnaires de satisfaction destinés aux professionnels de santé ayant été impliqués dans un programme	> 70%	> 80%	> 85%
Résultat	Continuité des soins Nombre de patients ayant bénéficié d'une optimisation du retour à domicile après un programme en SSR	A définir	A définir	A définir

Ces éléments seront complétés et consolidés avec l'évaluateur externe.

VIII. ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES / EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

- 1 - Haute Autorité de Santé. « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ». Fiche Points Clés & Solutions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014
- 2 - Foo et al., Continuing to Confront COPD International Patient Survey: Economic Impact of COPD in 12 Countries, PLoS One. 2016 Apr 19;11(4)
- 3 - Laurendeau C. et al, Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 32, Issue 7, September 2015, Pages 682-691
- 4 - C.Fuhrman et al, Prognostic factors after hospitalization for COPD exacerbation, Rev Mal Respir. 2017 Jan;34(1):1-18
- 5 - ARS Occitanie, Éléments de contexte pour un diagnostic régional, 2017
- 6 - Caisse Nationale Assurance Maladie, PRADO - le service d'accompagnement à domicile après hospitalisation - Diaporama acteurs locaux - BPCO, Février 2016
- 7 - T. Troosters, A proposal for a delayed New Years' resolution : make use of pulmonary rehabilitation for patients who need it, ERS, 2016.
- 8 - Y.Lacasse et al, This Cochrane Review is closed : deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD, Cochrane Database of systematic Reviews, 2015
- 9 - G. Jebrak, COPD routine management in France: Are guidelines used in clinical practice?, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 27, numéro 1, pages 11-18 (2010)
- 10 - Haute Autorité de Santé. « Pertinence de la prise en charge des patients en SSR après hospitalisation en MCO pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ». Rapport: HAS; décembre 2018
- 11 - Michelle Casey et al., Pulmonary Rehabilitation in COPD: Current Practice and Future Directions
- 12 - DREES, L'état de santé de la population en France - Rapport 2017, 2017

ANNEXE1. COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteurs	Association Partn'air 12 Avenue de Revel 31650 Saint-Orens de Gameville Association Air+R 59 Avenue de Fes, Bat A, 34090 Montpellier	Daniel BAJON bajon.d@gmail.com 05 61 39 34 78 – 06 09 57 20 78	
Partenaires	Clinique Saint-Orens (SSR)	M Robin Stéphane 12 Avenue de Revel 31650 Saint- Orens de Gameville	
Partenaires	Clinique la Roseraie (SSR)	3, place de la mairie 46240 MONTFAUCON	
Partenaires	La Solane : Clinique du souffle (SSR)	Clinique du Souffle La Solane - 19, rue des Casteillets - 66340 Osséja	
Partenaires	La Vallonie : Clinique du souffle (SSR)	Clinique du Souffle la Vallonie - 800, Avenue Joseph Vallot - 34700 Lodève	
Partenaires	SSR d'Antrenas	Route De Nasbinals, 48100 Antrenas	
Partenaires	Reso Occitanie	Espace Henri Bertin SansBâtiment A59 avenue de Fès 34080 Montpellier	
Partenaires	F3R (Fédération des Réseaux de Réhabilitation Respiratoire)	Federation des reseaux de rehabilitation respiratoire –F3R 36 rue de clementville, 34070 Montpellier	
Partenaires	Relais de santé Réseau de santé (65)	Nathaly JACKIMOWSKI 9 Boulevard du Martinet 65000 TARBES	
Partenaires	Réseau Arpège (32)	Nathalie CHAOUI 9 Avenue de la Marne, 32000 Auch	
Partenaires	Réseau Icare 46 (46)	Mazeyrie Christelle 162 Rue Président Wilson, 46000 Cahors	
Partenaires	GAIA 34 (34)	1 Rue Denfert Rochereau, 34200 Sète	
Partenaires	URPS Médecin Occitanie	1300 Avenue Albert Einstein, 34000 Montpellier 33 Route de Bayonne, 31300 Toulouse	
Partenaires	Sidéral Santé	7 Place de Soupetard, 31500 Toulouse	

Partenaires	ADIR 31	800 route de Plagnole 31370 Rieumes	
Partenaires	ADIRA	DERRUAU Jean 2 avenue Louis Lacombe 12000 Rodez	
Partenaires	ADIR 81	7 rue Louis Vicat 81000 Albi	
Partenaires	Souffle Cevenol	Maison de la Santé 34 Bis, Av Jean Baptiste Dumas 30100 Alès	
Partenaires	Souffle d'Orb	Polyclinique des 3 Vallées, 4 rte de St Pons, 34600 BEDARIEUX	
Partenaires	APRRES Béziers	Maison de la Vie Associative - Boîte n° 59, 15 rue du Général Margueritte, 34500 BEZIERES	
Partenaires	APRRES Carcassonne	3 Chemin de Pennautier, 11600 VILLEGAILHENC	
Partenaires	APRRES Cerdagne	La clinique du Souffle, 19 rue des Casteillets, 66340 OSSEJA	
Partenaires	APRRES Montpellier	Maison des Réseaux - 59 avenue de Fes BAT A 1er étage 34080 Montpellier	
Partenaires	APRRES Nimes	179, chemin du Mas de Balan 30000 NÎMES	
Partenaires	APRRES Perpignan	Mme Decriaud, 10 Rue du Scorpion, 66300 THUIR	
Partenaires	Souffle Lozerien	Maryanne Chardes, 11 lotissement Pré de France, 48100 Marvejols	
Partenaires	Souffle Narbonnais	15 avenue de la Promenade 11120 MOUSSAN	
Partenaires	Souffle Lodevois	151, rue des Genêts 34700 Lodève	
Partenaires	Souffle Mendois	Souffle Mendois Maison de la vie solidaire Espace Jean Jaures 10 rue Charles Morel 48000 Mende	
Partenaires	Souffle du Rhône	Souffle du Rhône 3 impasse de la Garance 30131 PUJAUT	

ANNEXE 2. CATEGORIES 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	X	
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	X	Prise en charge coordonnée pluri-professionnelle disciplinaire et éducative à domicile
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°) ¹	COCHER	SI OUI, PRÉCISER
1. 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		
2. 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		
3. 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.		

¹ 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. TABLEAUX DE FINANCEMENT SUR 3 ANS

Tableau synthétique

	Droit commun	Article 51 (FISS) dont ETP		
		Année N	Année N+1	Année N+2
Phase d'intervention du programme de réhabilitation coordonné à domicile (de M1 à M3)				
Prestations dérogatoires - Forfait médical (médecins généralistes + spécialistes)	165 €			
Honoraires / forfaits dérogatoires		344 €	344 €	344 €
Charges de personnel / impôts et taxes		1 063,96 €	1 063,96 €	1 063,96 €
Frais de fonctionnement		541,62 €	541,62 €	541,62 €
Dépenses phase 1	165 €	1 949,58 €	1 949,58 €	1 949,58 €
Phase d'accompagnement à distance (M3 >M12)				
Charges de personnel / impôts et taxes		281,04 €	281,04 €	281,04 €
Frais de fonctionnement		69,46 €	69,46 €	69,46 €
Dépenses phase 2		350,50€	350,50€	350,50€
Dépenses totales / patient		2 300,08 €	2 300,08 €	2 300,08 €

Tableau détaillé de financement sur 3 ans

Tableau des charges	Article 51 (FISS)					
	ANNEE N		ANNEE N+1		ANNEE N+2	
	Programme de réhabilitation coordonné à domicile	Accompagnement à distance	Programme de réhabilitation coordonné à domicile	Accompagnement à distance	Programme de réhabilitation coordonné à domicile	Accompagnement à distance
Prestations dérogatoires de soins	344,00 €		344,00 €		344,00 €	
Forfait médical d'inclusion et d'évaluation (généraliste + spécialiste)	100,00 €		100,00 €		100,00 €	
Forfait diététicienne : 150€ pour 1/3 des patients (bilan diététique, suivi)	50,00 €		50,00 €		50,00 €	
Forfait kinésithérapeute ou infirmière (180 € pour 80 % des patients)	144,00 €		144,00 €		144,00 €	
Forfait psychologue/tabacologue (150€ pour 1/3 des patients)	50,00 €		50,00 €		50,00 €	
Prestations de mise en place, de suivi et de coordination du programme individuel de réhabilitation	1 063,96 €	281,04 €	1 063,96 €	281,04 €	1 063,96 €	281,04 €
Assistante de coordination	172,68 €	21,59 €	172,68 €	21,59 €	172,68 €	21,59 €
Coordinateur	121,14 €	30,29 €	121,14 €	30,29 €	121,14 €	30,29 €
Médecin directeur	147,82 €	55,43 €	147,82 €	55,43 €	147,82 €	55,43 €
Intervenants à domicile (4 salariés)	595,68 €	173,74 €	595,68 €	173,74 €	595,68 €	173,74 €
Gestionnaire administrative	26,64 €		26,64 €		26,64 €	
Frais de fonctionnement	541,62 €	69,46 €	541,62 €	69,46 €	541,62 €	69,46 €
Systèmes d'information	19,88 €		19,88 €		19,88 €	
Frais annuel de fonctionnement	521,74 €	69,46 €	521,74 €	69,46 €	521,74 €	69,46 €
Coût unitaire des charges fonctionnement	1 949,58 €	350,50 €	1 949,58 €	350,50 €	1 949,58 €	350,50 €

ANNEXE N° 4

INGENIERIE DU PROJET

Le pilotage du projet est assuré par le médecin directeur et le coordinateur sous la gouvernance du Conseil d'Administration de l'association.

Le pilotage est essentiel car les évolutions organisationnelles du système de santé et celles liées à la technologie numérique notamment en termes de communication sont nombreuses et rapides.

Les actions mises en œuvre visent à anticiper les difficultés et à apporter des réponses pertinentes à l'évolution du programme, de son environnement et des technologies susceptibles de modifier les pratiques et usages actuels. A cet effet, le médecin directeur et le coordinateur, sur la base d'une méthodologie d'évaluation solide :

- analysent les indicateurs de résultats et de satisfaction des acteurs de santé et des bénéficiaires du programme et élaborent une politique stratégique adaptée ;
- supervisent l'évolution du système d'information en adéquation avec les évolutions de l'organisation, du contenu et de l'évaluation du programme ;
- organisent et animent des réunions de retour d'expérience visant à :
 - Recenser les éléments favorisant ou limitant l'implication des acteurs de santé notamment ceux du premier recours,
 - Faciliter l'inscription d'un patient dans le programme de réhabilitation respiratoire à domicile ;
- assurent une veille scientifique vis-à-vis de l'actualisation des recommandations des sociétés savantes concernant la réhabilitation respiratoire, la BPCO, les modalités de réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique du patient.

La question de l'intégration du programme au plus près des territoires et de leurs acteurs est capitale pour limiter les coûts et favoriser la cohérence du parcours de santé. Les actions d'ingénierie visent également à favoriser un accroissement des partenaires locaux (DAC, MSP, CPTS, Centre de santé, IDE en pratique avancée, acteurs de santé libéraux) permettant une amélioration du maillage territorial et une possible réduction des coûts liés aux déplacements. Cet objectif dépend d'actions de communication et de soutien (formations, sensibilisations, conférences) notamment aux structures territoriales impliquées dans l'exercice regroupé de la médecine de ville. Ces actions permettent de faire évoluer le programme et l'organisation de sa mise en œuvre au sein des territoires.

Au total, des réductions du coût du programme sont espérées à travers la mise en place d'outils multimédia, l'identification et la formation des soignants locaux afin notamment de réduire les déplacements de l'équipe opérationnelle

Le coût de l'ingénierie, supporté par le FIR est de :

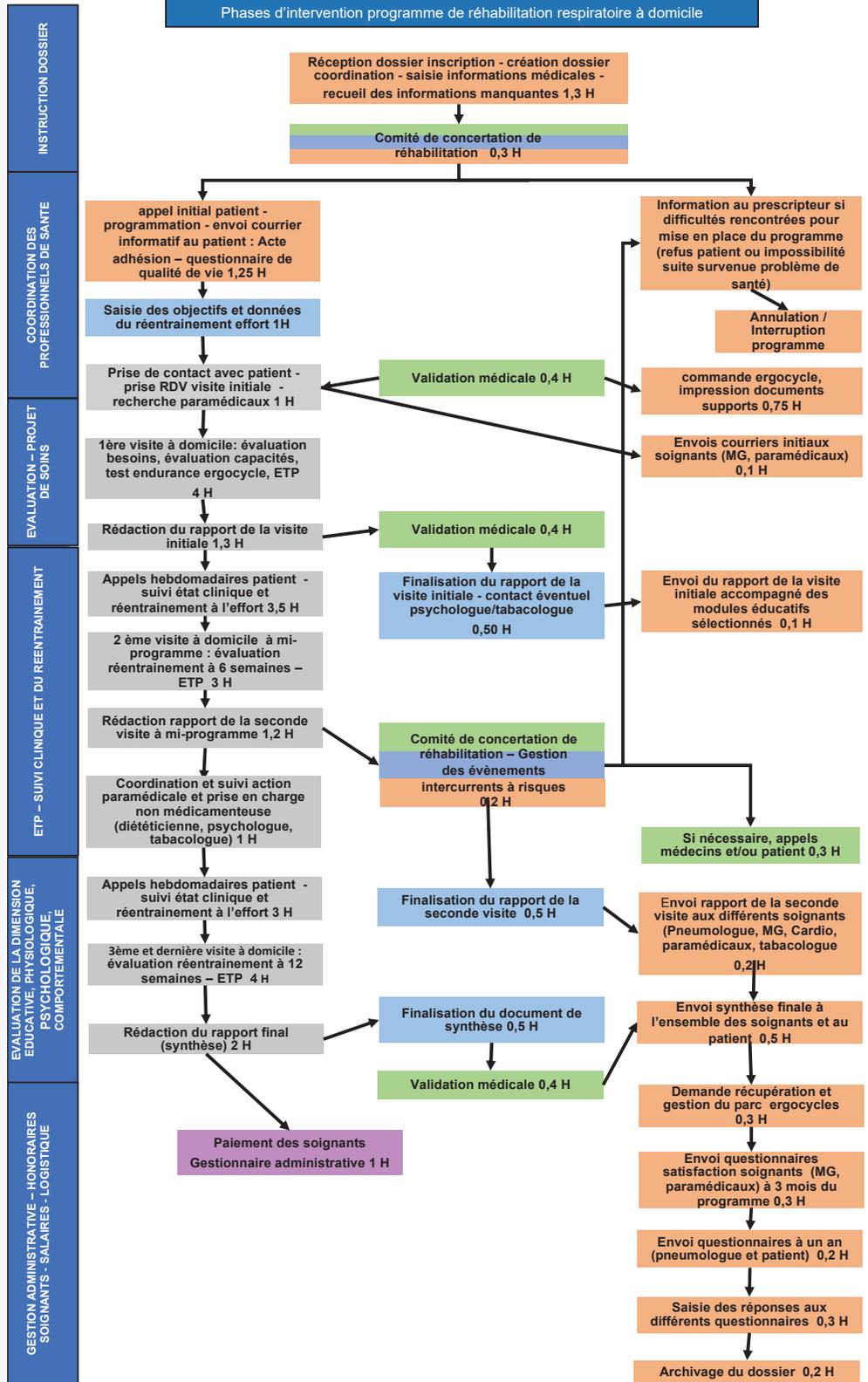
- Année N : 28 000 € (Soit 0,1 équivalent temps plein médical + 0,2 équivalent temps plein coordinateur)
- Année N + 1 : 20 000 € (Soit 0,1 équivalent temps plein médical + 0,1 équivalent temps plein coordinateur)
- Année N + 2 : 20 000 € (Soit 0,1 équivalent temps plein médical + 0,1 équivalent temps plein coordinateur)

Le coût plus élevé l'année N est lié au déploiement territorial du projet.

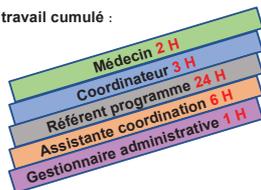
ANNEXE N° 5

QUANTIFICATION DU TEMPS DE TRAVAIL PAR INTERVENANT

Phases d'intervention programme de réhabilitation respiratoire à domicile

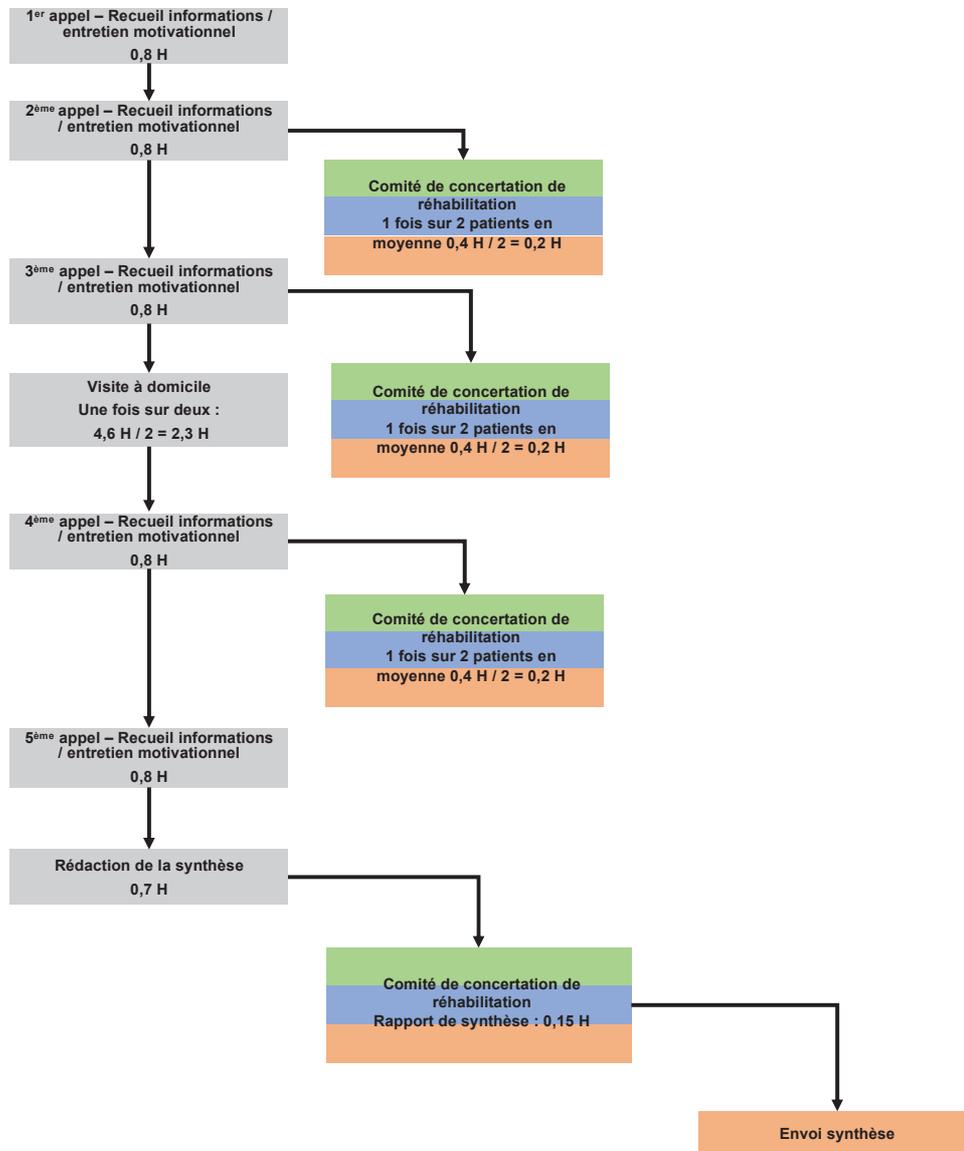


Intervenants et temps de travail cumulé :

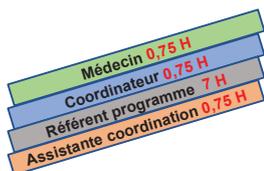


17/04/2020

Phases d'accompagnement programme réhabilitation respiratoire à domicile



Intervenants et temps de travail cumulé :



17/04/2020

ARS santé

R76-2020-04-17-004

Arrêté 2020-1245 CH Rodez FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1245

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier de Rodez (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier de Rodez,

ARRETE

EJ FINESS : 120780044
EG FINESS : 120000039

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier de Rodez est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **1 500 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier de Rodez et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

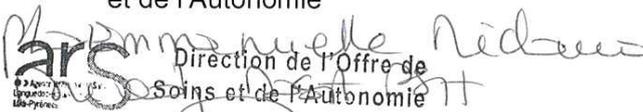
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier de Rodez et le Délégué Départemental de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
26/28 Parc Club Millénaire
1025 rue Henri RUD'HOMEAUX
34067 MONTPELLIER Cedex

ARS santé

R76-2020-04-08-133

ARRETE 2020-1102 Château de Vernhes arrêté DMA
réelle 2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1102

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 du Château de Vernhes à Bondigout,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Château Vernhes pour le Château de Vernhes à Bondigout,

ARRETE

EJ FINESS : 310000161
EG FINESS : 310780374

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **819 624 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **-5 607 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **5 613 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-134

ARRETE 2020-1103 Clinique Saint -Roch arrêté DMA
réelle 2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1103

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 de la Clinique Saint -Roch à Fronton,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Clinique Saint-Roch pour la Clinique Saint -Roch à Fronton,

ARRETE

EJ FINESS : 310000419
EG FINESS : 310781125

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **204 313 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **247 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **1 416 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-135

ARRETE 2020-1104 Korian Montvert arrêté DMA réelle
2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1104

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 de Korian Montvert à Castelmaurou,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique de Montvert pour Korian Montvert à Castelmaurou,

ARRETE

EJ FINESS : 310000450

EG FINESS : 310781174

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **266 562 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **9 029 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **1 827 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-136

ARRETE 2020-1105 Clinique de Lagardelle arrêté DMA
réelle 2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1105

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 de la Clinique de Lagardelle à Lagardelle sur Lèze,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinea pour la Clinique de Lagardelle à Lagardelle sur Lèze,

ARRETE

EJ FINESS : 920030269

EG FINESS : 310781695

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **485 222 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **24 188 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **3 421 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-137

ARRETE 2020-1106 Clinique du Midi Verdaich arrêté
DMA réelle 2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1106

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 de la Clinique du Midi Verdaich à Gaillac Toulza,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Société des Cliniques du Midi pour la Clinique du Midi Verdaich à Gaillac Toulza,

ARRETE

EJ FINESS : 310014378

EG FINESS : 310781984

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **1 636 605 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **64 907 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **11 941 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-138

ARRETE 2020-1107 Maison de Repos le Val des Cygnes
arrêté DMA réelle 2019 SSR OQN

ARRETE ARS OCCITANIE /2020 - 1107

Fixant la régularisation définitive au titre de la part activité de la DMA SSR 2019, le dégel des mises en réserves 2019 et les recettes issues des transmissions de DMA au titre du LAMDA 2018 de la Maison de Repos le Val des Cygnes à Labarthe sur Lèze,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié,

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2o du E du III de l'article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret no 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS MEDICA France pour la Maison de Repos le Val des Cygnes à Labarthe sur Lèze,

ARRETE

EJ FINESS : 750056335
EG FINESS : 310782396

Article 1 :

Le montant de la DMA réelle, minorée des avances 2018 réalisées pour les séjours non clos, est fixé au titre de l'année 2019 à **392 673 euros**.

Le montant issu du différentiel entre la DMA réelle 2019 et la DMA théorique 2019 est fixé à **3 037 euros**.

Le montant du dégel des mises en réserve imputées sur la DMA SSR 2019 est fixé à **2 805 euros**.

Article 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-08-167

Arrêté 2020-1154 CH HBT FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1154

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau (Soutien à l'investissement)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau,

ARRETE

EJ FINESS : 340011295
EG FINESS : 340000223

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien à l'investissement : **2 000 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-1)

Le versement de cette subvention s'effectuera sur la base des pièces justificatives transmises par l'établissement.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 8 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
la Directrice Adjointe de l'offre de soins et de l'autonomie

Bertrand PRUDHOMMEAUX

Emmanuelle MICHAUD

ARS santé

R76-2020-04-17-003

Arrêté 2020-1243 CHIVA FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1243

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège,

ARRETE

EJ FINESS : 090781774
EG FINESS : 090000175

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **500 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège et le Délégué Départemental de l'Ariège sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

 Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
26/28 Parc Club Millénaire
1025 rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 03
Bertrand PRUD'HOMME

ARS santé

R76-2020-04-17-005

Arrêté 2020-1246 CH Villefranche de Rouergue FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1246

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue,

ARRETE

EJ FINESS : 120780069
EG FINESS : 120000054

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **1 000 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

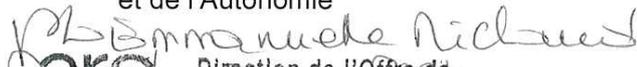
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue et le Délégué Départemental de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

26/28 Parc Club Millénaire
13250 PRUD'HOMMEAUX
34067 MONTPELLIER Cedex

ARS santé

R76-2020-04-17-006

Arrêté 2020-1247 CH Decazeville FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1247

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier de Decazeville (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier de Decazeville,

ARRETE

EJ FINESS : 120780085
EG FINESS : 120000070

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier de Decazeville est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **500 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier de Decazeville et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier de Decazeville et le Délégué Départemental de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
26/28 Parc Club Millénaire
1025 rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex
Bertrand PRUDHOMMEAUX

N. Prudhommeaux
Nedraud

ARS santé

R76-2020-04-17-007

Arrêté 2020-1249 CH Vic Fezensac FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1249

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier Vic-Fezensac (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier Vic-Fezensac,

ARRETE

EJ FINESS : 320780216
EG FINESS : 320000185

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier Vic-Fezensac est fixé pour l'année 2020 comme suit :

. au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **100 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier Vic-Fezensac et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

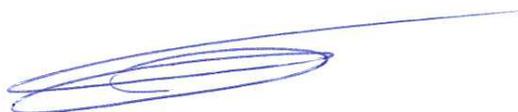
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier Vic-Fezensac et le Délégué Départemental du Gers sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-17-008

Arrêté 2020-1250 CH HBT FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1250

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau,

ARRETE

EJ FINESS : 340011295

EG FINESS : 340000223

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau est fixé pour l'année 2020 comme suit :

. au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **1 000 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier les Hôpitaux du Bassin de Thau et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-04-17-009

Arrêté 2020-1251 CH Cahors FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 1251

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Centre Hospitalier de Cahors (Soutien exceptionnel à la trésorerie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier de Cahors,

ARRETE

EJ FINESS : 460780216

EG FINESS : 460000110

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional au Centre Hospitalier de Cahors est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre du soutien exceptionnel à la trésorerie : **500 000 €** (Compte d'Imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement dès signature de l'avenant à l'annexe financière du CPOM 2019-2023.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le Centre Hospitalier de Cahors et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Responsable du Pôle Soins Hospitaliers de la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, le Représentant du Centre Hospitalier de Cahors et la Déléguée Départementale du Lot sont chargées, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 17 avril 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-27-307

Arrêté 2020-593 Clinique le Piétat FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 593

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat (Accompagnement exceptionnel aux établissements à but lucratif de Psychiatrie en difficulté)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA MEDICA FRANCE à Barbazan Débat pour la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat,

ARRETE

EJ FINESS : 650000284

EG FINESS : 650780737

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement exceptionnel aux établissements de santé à but lucratif en difficulté ayant une activité de psychiatrie : **1 972,28 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA MEDICA FRANCE à Barbazan Débat et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et la Directrice de la délégation départementale des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 27 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-021

Arrêté 2020-903 Clinique Miremont FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 903

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Miremont à Badens (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Miremont à Badens pour la Clinique Miremont à Badens,

ARRETE

EJ FINESS : 110000064

EG FINESS : 110780152

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Miremont à Badens est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **3 560 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Miremont à Badens et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

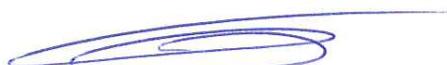
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Aude sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-022

Arrêté 2020-904 UPSR Château de Coulorgues FIR 2020

ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 904

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional du Château de Coulorgues à Bagnols sur Cèze (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ASVMT à Saint Paulet de Caisson pour le Château de Coulorgues à Bagnols sur Cèze,

ARRETE

EJ FINESS : 300000247

EG FINESS : 300002128

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé au Château de Coulorgues à Bagnols sur Cèze est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **3 116 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre l'ASVMT à Saint Paulet de Caisson et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-023

Arrêté 2020-905 Clinique Bellerive FIR 2020

ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 905

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Bellerive à Villeneuve les Avignon (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Bellerive à Villeneuve les Avignon pour la Clinique Bellerive à Villeneuve les Avignon,

ARRETE

EJ FINESS : 300000148
EG FINESS : 300780210

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Bellerive à Villeneuve les Avignon est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- . au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 326 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Bellerive à Villeneuve les Avignon et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-003

Arrêté 2020-906 Clinique du Pont du Gard FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 906

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique du Pont du Gard à Remoulins (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique du Pont du Gard à Puteaux pour la Clinique du Pont du Gard à Remoulins,

ARRETE

EJ FINESS : 920031747

EG FINESS : 300780244

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique du Pont du Gard à Remoulins est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **3 428 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique du Pont du Gard à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-004

Arrêté 2020-907 Clinique Psy de Quissac FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 907

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Neuropsychiatrique de Quissac (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Neuropsychiatrique de Quissac pour la Clinique Neuropsychiatrique de Quissac,

ARRETE

EJ FINESS : 300000189

EG FINESS : 300780251

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Neuropsychiatrique de Quissac est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **9 804 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Neuropsychiatrique de Quissac et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

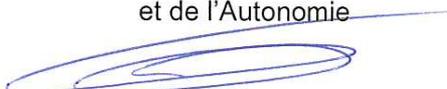
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-005

Arrêté 2020-908 Clinique les Sophoras FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 908

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique les Sophoras à Nîmes (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA la Clinique les Sophoras à Nîmes pour la Clinique les Sophoras à Nîmes,

ARRETE

EJ FINESS : 300000197

EG FINESS : 300780269

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique les Sophoras à Nîmes est fixé pour l'année 2020 comme suit :

. au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **5 731 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA la Clinique les Sophoras à Nîmes et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-006

Arrêté 2020-909 Clinique la Camargue FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 909

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique la Camargue Mont Duplan à Bouillargues (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique la Camargue Mont Duplan à Bouillargues pour la Clinique la Camargue Mont Duplan à Bouillargues,

ARRETE

EJ FINESS : 300000692
EG FINESS : 399781424

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique la Camargue Mont Duplan à Bouillargues est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **3 964 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique la Camargue Mont Duplan à Bouillargues et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-024

Arrêté 2020-910 Clinique de Montberon FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 910

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique de Montberon (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique de Montberon pour la Clinique de Montberon,

ARRETE

EJ FINESS : 310000047
EG FINESS : 310780119

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique de Montberon est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **6 322 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique de Montberon et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-025

Arrêté 2020-911 Clinique Château de Seysses FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 911

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique du Château de Seysses (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique du Château de Seysses à Puteaux pour la Clinique du Château de Seysses,

ARRETE

EJ FINESS : 920031754

EG FINESS : 310780143

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique du Château de Seysses est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 282 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique du Château de Seysses à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-026

Arrêté 2020-912 MS Mailhol FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 912

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Maison de Santé de Mailhol à Labastide Beauvoir (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Maison de Santé de Maihol à Labastide Beauvoir pour la Maison de Santé de Maihol à Labastide Beauvoir,

ARRETE

EJ FINESS : 310000146
EG FINESS : 310780358

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Maison de Santé de Maihol à Labastide Beauvoir est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **5 527 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA Maison de Santé de Maihol à Labastide Beauvoir et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-027

Arrêté 2020-913 Clinique Beaupuy FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 913

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique de Beaupty (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Clinique de Beaupuy pour la Clinique de Beaupuy,

ARRETE

EJ FINESS : 310000187

EG FINESS : 310780390

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique de Beaupuy est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **10 303 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA Clinique de Beaupuy et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-007

Arrêté 2020-914 Clinique les Cèdres FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 914

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique les Cèdres à Blagnac (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique les Cèdres à Blagnac pour la Clinique les Cèdres à Blagnac,

ARRETE

EJ FINESS : 310788880
EG FINESS : 310781000

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique les Cèdres à Blagnac est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **8 296 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique les Cèdres à Blagnac et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-008

Arrêté 2020-915 Clinique d'Aufrery FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 915

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique d'Aufrery à Pin Balma (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Aufrery à Pin Balma pour la Clinique d'Aufrery à Pin Balma,

ARRETE

EJ FINESS : 310000427

EG FINESS : 310781133

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique d'Aufrery à Pin Balma est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 418 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA Aufrery à Pin Balma et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-009

Arrêté 2020-916 Clinique du Vieux Château d'Oc FIR
2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 916

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique du Vieux Château d'Oc à Castelmaurou (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique du Vieux Château d'Oc à Castelmaurou pour la Clinique du Vieux Château d'Oc à Castelmaurou,

ARRETE

EJ FINESS : 310000435
EG FINESS : 310781141

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique du Vieux Château d'Oc à Castelmaurou est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 687 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique du Vieux Château d'Oc à Castelmaurou et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

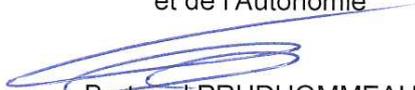
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la-Garonne Haute sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-010

Arrêté 2020-917 Clinique Marigny FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 917

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Marigny à Saint Loup Cammas (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Marigny à Puteaux pour la Clinique Marigny à Saint Loup Cammas,

ARRETE

EJ FINESS : 920031762

EG FINESS : 310781158

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Marigny à Saint Loup Cammas est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **8 469 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Marigny à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

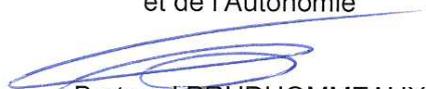
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de la Haute-Garonne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-011

Arrêté 2020-918 Clinique d'Embats FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 918

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Maladies Mentales d'Embats à Auch (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Maladies Mentales d'Embats à Auch pour la Clinique Maladies Mentales d'Embats à Auch,

ARRETE

EJ FINESS : 320000078
EG FINESS : 320780109

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Maladies Mentales d'Embats à Auch est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **2 957 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Maladies Mentales d'Embats à Auch et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

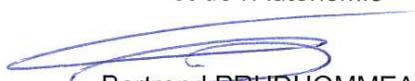
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental du Gers sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-012

Arrêté 2020-919 Clinique St Clément de Rivière FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 919

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Saint Clément à Saint Clément de Rivière (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Saint Clément à Saint Clément de Rivière pour la Clinique Saint Clément à Saint Clément de Rivière,

ARRETE

EJ FINESS : 340010099
EG FINESS : 340010149

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Saint Clément à Saint Clément de Rivière est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **5 284 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Saint Clément à Saint Clément de Rivière et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-013

Arrêté 2020-920 Clinique la Pergola FIR 2020

ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 920

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique la Pergola à Béziers (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SASU Clinique la Pergola à Béziers pour la Clinique la Pergola à Béziers,

ARRETE

EJ FINESS : 340000082

EG FINESS : 340780121

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique la Pergola à Béziers est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 085 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SASU Clinique la Pergola à Béziers et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-014

Arrêté 2020-921 Clinique Rech FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 921

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Rech à Montpellier (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Rech à Montpellier pour la Clinique Rech à Montpellier,

ARRETE

EJ FINESS : 340000355

EG FINESS : 340780758

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Rech à Montpellier est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **11 128 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Rech à Montpellier et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-015

Arrêté 2020-922 Clinique la Lironde FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 922

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique la Lironde à Saint Clément de Rivière (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS CLINEA à Puteaux pour la Clinique la Lironde à Saint Clément de Rivière,

ARRETE

EJ FINESS : 920030269
EG FINESS : 340780766

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique la Lironde à Saint Clément de Rivière est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 137 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS CLINEA à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-016

Arrêté 2020-923 Clinique Stella FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 923

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Stella à Saint Christol (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Stella à Saint Christol pour la Clinique Stella à Saint Christol,

ARRETE

EJ FINESS : 340000371

EG FINESS : 340780782

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Stella à Saint Christol est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **8 599 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Stella à Saint Christol et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

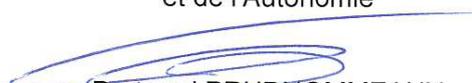
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-017

Arrêté 2020-924 Clinique Saint Antoine FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 924

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Saint Antoine à Montarnaud (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Saint Antoine à Montarnaud pour la Clinique Saint Antoine à Montarnaud,

ARRETE

EJ FINESS : 340000389
EG FINESS : 340780790

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Saint Antoine à Montarnaud est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **4 655 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Saint Antoine à Montarnaud et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

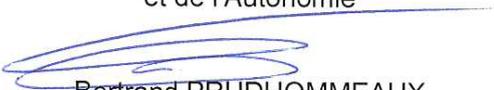
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-018

Arrêté 2020-925 Clinique St Martin de Vignogoul FIR
2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 925

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Saint Martin de Vignogoul à Pignan (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Saint Martin de Vignogoul à Pignan pour la Clinique Saint Martin de Vignogoul à Pignan,

ARRETE

EJ FINESS : 340000454

EG FINESS : 340780931

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Saint Martin de Vignogoul à Pignan est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **6 911 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Saint Martin de Vignogoul à Pignan et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

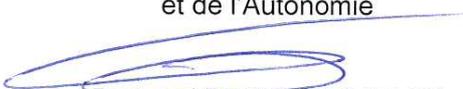
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-020

Arrêté 2020-926 Clinique République FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 926

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique République à Semeac (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique République à Semeac pour la Clinique République à Semeac,

ARRETE

EJ FINESS : 650000276

EG FINESS : 650780729

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique République à Semeac est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **2 633 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique République à Semeac et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-019

Arrêté 2020-927 Clinique le Piétat FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 927

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA MEDICA France à Barbazan Débat pour la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat,

ARRETE

EJ FINESS : 650000284

EG FINESS : 650780737

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Maladies Mentales le Piétat à Barbazan Débat est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **2 170 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA MEDICA France à Barbazan Débat et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

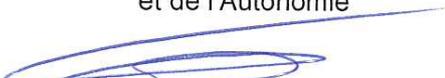
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental des Hautes-Pyrénées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-028

Arrêté 2020-928 Clinique Sensévia FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 928

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique Sensévia à Osseja (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS CLINEA à Puteaux pour la Clinique Sensévia à Osseja,

ARRETE

EJ FINESS : 920030269

EG FINESS : 660780214

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique Sensévia à Osseja est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **4 176 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinea à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental des Pyrénées-Orientales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-029

Arrêté 2020-929 Clinique le Pré FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 929

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique du Pré à Théza (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SA Clinique du Pré à Théza pour la Clinique du Pré à Théza,

ARRETE

EJ FINESS : 660000142
EG FINESS : 660780248

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique du Pré à Théza est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **7 060 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SA Clinique du Pré à Théza et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental des Pyrénées-Orientales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

ARS santé

R76-2020-03-30-030

Arrêté 2020-930 Clinique du Roussillon FIR 2020



ARRETE ARS OCCITANIE / 2020 – 930

fixant les recettes d'assurance maladie pour l'année 2020 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique du Roussillon à Perpignan (Accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11; R.1435-16 à R.1435-36,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu le décret N°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 et le 13 février 2019 relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique,

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 16 décembre 2019 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2020,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS CLINEA à Puteaux pour la Clinique du Roussillon à Perpignan,

ARRETE

EJ FINESS : 920030269

EG FINESS : 660780735

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional versé à la Clinique du Roussillon à Perpignan est fixé pour l'année 2020 comme suit :

- au titre de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : **6 832 €** (Compte d'imputation N°4-2-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en un seul paiement à la signature de l'avenant à l'annexe financière.

Article 2 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS CLINEA à Puteaux et l'Agence Régionale de Santé.

Article 3 :

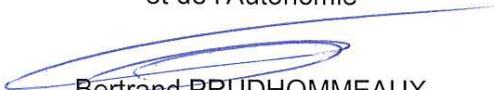
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 4 :

La Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Délégué Départemental des Pyrénées-Orientales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région.

Montpellier, le 30 mars 2020

Pour le Directeur Général
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Bertrand PRUDHOMMEAUX

DIRRECTE OCCITANIE

R76-2020-06-25-003

Arrêté de délégation de signature en matière de
licenciement collectif pour motif économique et d'accord
collectif portant rupture conventionnelle collective



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL

DIRECTION RÉGIONALE DES ENTREPRISES,
DE LA CONCURRENCE, DE LA
CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE
L'EMPLOI DE LA RÉGION OCCITANIE

Décision portant délégation de signature de
Christophe Lerouge en matière de
licenciement collectif pour motif
économique et d'accord collectif portant
rupture conventionnelle collective

La Directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi de la région Occitanie,

VU le code du travail et notamment son article R8122-2 ;

VU le décret n°2009-360 du 31 mars 2009 relatif aux emplois de direction de l'administration territoriale de l'État ;

VU le décret n° 2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

VU l'arrêté du 25 août 2016 portant nomination de Christophe LEROUGE, en qualité de directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

VU l'arrêté du 22 janvier 2016 portant nomination de Damien VERGUIN, en qualité de chef du pôle Entreprises, Economie, Emploi ;

VU l'arrêté du 11 décembre 2015 portant nomination de Madame Marie-Noëlle BALLARIN, responsable de l'unité départementale de l'Ariège ;

VU l'arrêté du 15 novembre 2018 portant nomination de Madame Hélène SIMON responsable de l'unité départementale de l'Aude ;

VU l'arrêté du 24 mai 2018 portant nomination de Madame Isabelle SERRES, responsable de l'unité départementale de l'Aveyron ;

VU l'arrêté du 27 juin 2019 portant nomination de Madame Florence BARRAL-BOUTET, responsable de l'unité départementale du Gard ;

VU l'arrêté du 6 novembre 2018 portant nomination de Monsieur Jacques COLOMINES, directeur régional adjoint, responsable de l'unité départementale de la Haute-Garonne ;

VU l'arrêté du 22 février 2018, portant nomination de Madame Nathalie CAMPOURCY, responsable de l'unité départementale du Gers ;

VU l'arrêté du 23 septembre 2015, portant nomination de Monsieur Richard LIGER, responsable de l'unité départementale de l'Hérault ;

VU l'arrêté du 11 février 2019, portant nomination de Béatrice MASSOULARD, responsable de l'unité départementale du Lot ;

VU l'arrêté du 11 décembre 2019, portant nomination de Monsieur Xavier MOINE, responsable de l'unité départementale de la Lozère ;

VU l'arrêté du 17 juin 2019 portant nomination de Monsieur Grégory FERRA, responsable de l'unité départementale des Hautes-Pyrénées ;

VU l'arrêté du 31 mars 2019 portant nomination de Monsieur Eric DOAT, responsable de l'unité départementale des Pyrénées-Orientales ;

VU l'arrêté du 10 décembre 2018 portant nomination de Monsieur Jean-Marc DUFROIS, responsable de l'unité départementale du Tarn ;

VU l'arrêté du 1^{er} août 2017 portant nomination de Madame Nathalie VITRAT, responsable de l'unité départementale du Tarn-et-Garonne ;

DÉCIDE

Article 1 : délégation de signature est donnée à Damienne VERGUIN, chef du pôle Entreprises, Economie, Emploi, pour le territoire régional, Marie-Noëlle BALLARIN, Hélène SIMON, Isabelle SERRES, Florence BARRAL-BOUTET, Jacques COLOMINES, Nathalie CAMPOURCY, Richard LIGER, Béatrice MASSOULARD, Xavier MOINE, Grégory FERRA, Eric DOAT, Jean-Marc DUFROIS, Nathalie VITRAT, responsables d'unité départementale de la DIRECCTE, dans leur ressort territorial respectif, pour signer en son nom les actes et les décisions mentionnés ci-dessous :

DÉCISIONS		DISPOSITIONS
1-Relations du travail		
LICENCIEMENTS POUR MOTIF ECONOMIQUE	Avis concernant la nature des irrégularités constatées dans la procédure de licenciement économique.	Article L 1233-56 du code du travail.
	Propositions d'amélioration ou de modification du plan de sauvegarde de l'emploi.	Articles L 1233-56, L1233-57 et L1233-57-6 du code du travail.
	Décision de validation ou de refus de validation de l'accord majoritaire mentionné à l'article L1233-24-1 du code du travail.	Articles L1233-57-2 et L. 1233-58 du code du travail.
	Décision d'homologation ou de refus d'homologation du document élaboré par l'employeur mentionné à l'article L1233-24-4 du code du travail.	Articles L1233-57-3 et L. 1233-58 du code du travail.
	Injonction article L1233-57-5 du code du travail.	Article L1233-57-5 du code du travail.
	Injonction relative à l'expertise du CHSCT sur le projet de compression des effectifs.	Article R4616-10 du code du travail.
ACCORD COLLECTIF PORTANT RUPTURE CONVENTIONNELLE COLLECTIVE	Décision de validation d'un accord collectif portant rupture conventionnelle collective	Articles L1237-17 et L. 1237-19 et suivants du code du travail

Article 2 :

Délégation de signature est également donnée, pour leur département d'affectation respectif et sous réserve d'éventuelles conditions d'exercice de la délégation précisées par le(a) directeur(rice) d'unité départementale, à :

Monique VIDAL

Francelyne CALMELS
Didier POTTIER
Paul RAMACKERS
Nathalie ASTRUC-BARTHE
Virginie BONNEFONT
Sylvie MARTINOU
Anouck SINGERY
Christian RANDON
Pierre SAMPIETRO
Fabienne SEBAG
Arnaud VIGNAL
Anne CHAMFRAULT
Frédéric LECLERC

Article 3 :

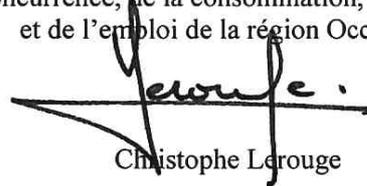
La décision du 9 janvier 2020 relative à la délégation de signature pour les licenciements collectifs pour motif économique est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 4 :

Le directeur régional des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie.

Toulouse, le 25 juin 2020

Le Directeur régional des entreprises, de la
concurrence, de la consommation, du travail
et de l'emploi de la région Occitanie



Christophe Lerouge

DIRRECTE OCCITANIE

R76-2020-06-25-004

Arrêté de subdélégation de signature de C. Lerouge,
Directe, aux agents des unités départementales pour les
compétences générales



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Décision portant subdélégation de signature de M. Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie

Compétences générales

**LE DIRECTEUR REGIONAL DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE,
DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI
OCCITANIE**

Vu le code du commerce ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code du tourisme ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions, notamment son article 21-1 ;

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

Vu le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

VU le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives ;

VU l'arrêté préfectoral du 4 janvier 2016 portant organisation de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

Vu l'arrêté préfectoral du 31 décembre 2019 de Monsieur le Préfet de la région Occitanie, Préfet de la Haute-Garonne, portant délégation de signature à Monsieur Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Occitanie ;

DECIDE

Article 1 : subdélégation de signature est donnée, dans les conditions posées à l'arrêté préfectoral de délégation susvisé aux agents et fonctionnaires de la Direccte Occitanie désignés ci-après concernant les décisions, actes administratifs et correspondances relevant des attributions de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de la région Occitanie dans les domaines suivants, dans leur ressort territorial respectif sauf mention particulière :

A) L'exercice des missions de la DIRECCTE, dans la limite de leurs attributions, tels que prévues par le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, à l'exception des mémoires devant les tribunaux administratifs.

B) La sécurité des bâtiments, de l'environnement de travail des agents, de l'hygiène et sécurité.

C) L'organisation des unités de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Cette disposition est soumise au visa préalable du délégant, dans le cas où la structure de l'unité est modifiée ou dans le cas où les répartitions des effectifs entre les missions au sein de l'unité sont modifiées.

D) La gestion des absences des personnels de la DIRECCTE.

Ces dispositions sont sans préjudice de l'exercice des pouvoirs propres du supérieur hiérarchique (propositions de promotions, d'avancements, d'indemnités, avis sur les demandes de mutation, tenue des entretiens professionnels, etc.).

E) La gestion des personnels titulaires ou non titulaires, dans les conditions et suivant les modalités fixées par les textes réglementaires.

Marie-Noëlle BALLARIN
Hélène SIMON
Isabelle SERRES
Florence BARRAL-BOUTET
Jacques COLOMINES
Nathalie CAMPOURCY
Richard LIGER
Béatrice MASSOULARD
Xavier MOINE
Grégory FERRA
Eric DOAT
Jean-Marc DUFROIS
Nathalie VITRAT
Directeur(ices) d'unités départementales,

Article 2 : en cas d'absence ou d'empêchement, de Marie-Noëlle BALLARIN, Hélène SIMON, Isabelle SERRES, Florence BARRAL-BOUTET, Jacques COLOMINES, Nathalie CAMPOURCY, Richard LIGER, Béatrice MASSOULARD, Xavier MOINE, Grégory FERRA, Eric DOAT, Jean-Marc DUFROIS, Nathalie VITRAT, la subdélégation de signature sera exercée, pour les décisions visées à l'article 1 § A, B, D et E, et dans leur département d'affectation respectif, par :

Joan MAISSONNIER
Evelyne TOURET
Monique VIDAL
Francelyne CALMELS
Didier POTTIER
Paul RAMACKERS
Isabelle REVOL
Sylvie MARTINOU
Nathalie ASTRUC-BARTHE
Virginie BONNEFONT
Cyrille BORTOLUZZI
Anouck SINGERY
Eve DELOFFRE
Christian RANDON
Pierre SAMPIETRO
Bruno REDOLAT

Fabienne SEBAG
Roland CAYZAC
Agnès DIJOURD
Arnaud VIGNAL
John BOGAERTS
Isabelle BERDAGUER
Angèle MADZAR
Anne CHAMFRAULT
Lucie BARBA
Anne GARRIGUES
Emilie ITIE
Frédéric LECLERC

Adjoint(e)s au directeur(ices) ou chefs de service dans les unités départementales,

Article 3 : La décision de subdélégation de signature pour les compétences générales du 9 janvier 2020 est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 4 : Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le 25 juin 2020

Le directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi
Occitanie

signé

Christophe Lerouge

DIRRECTE OCCITANIE

R76-2020-06-25-001

Arrêté portant subdélégation de signature de C.
LEROUGE, Direccte pour les agents des unités
départementales pour les compétences générales

Décision portant subdélégation de signature de M. Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie

Compétences générales

**LE DIRECTEUR REGIONAL DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE,
DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI
OCCITANIE**

Vu le code du commerce ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code du tourisme ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions, notamment son article 21-1 ;

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

Vu le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

VU le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives ;

VU l'arrêté préfectoral du 4 janvier 2016 portant organisation de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

Vu l'arrêté préfectoral du 31 décembre 2019 de Monsieur le Préfet de la région Occitanie, Préfet de la Haute-Garonne, portant délégation de signature à Monsieur Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Occitanie ;

DECIDE

Article 1 : subdélégation de signature est donnée, dans les conditions posées à l'arrêté préfectoral de délégation susvisé aux agents et fonctionnaires de la Direccte Occitanie désignés ci-après concernant les décisions, actes administratifs et correspondances relevant des attributions de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de la région Occitanie dans les domaines suivants, dans leur ressort territorial respectif sauf mention particulière :

A) L'exercice des missions de la DIRECCTE, dans la limite de leurs attributions, tels que prévues par le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, à l'exception des mémoires devant les tribunaux administratifs.

B) La sécurité des bâtiments, de l'environnement de travail des agents, de l'hygiène et sécurité.

C) L'organisation des unités de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Cette disposition est soumise au visa préalable du délégant, dans le cas où la structure de l'unité est modifiée ou dans le cas où les répartitions des effectifs entre les missions au sein de l'unité sont modifiées.

D) La gestion des absences des personnels de la DIRECCTE.

Ces dispositions sont sans préjudice de l'exercice des pouvoirs propres du supérieur hiérarchique (propositions de promotions, d'avancements, d'indemnités, avis sur les demandes de mutation, tenue des entretiens professionnels, etc.).

E) La gestion des personnels titulaires ou non titulaires, dans les conditions et suivant les modalités fixées par les textes réglementaires.

Marie-Noëlle BALLARIN
Hélène SIMON
Isabelle SERRES
Florence BARRAL-BOUTET
Jacques COLOMINES
Nathalie CAMPOURCY
Richard LIGER
Béatrice MASSOULARD
Xavier MOINE
Grégory FERRA
Eric DOAT
Jean-Marc DUFROIS
Nathalie VITRAT
Directeur(rices) d'unités départementales,

Article 2 : en cas d'absence ou d'empêchement, de Marie-Noëlle BALLARIN, Hélène SIMON, Isabelle SERRES, Florence BARRAL-BOUTET, Jacques COLOMINES, Nathalie CAMPOURCY, Richard LIGER, Béatrice MASSOULARD, Xavier MOINE, Grégory FERRA, Eric DOAT, Jean-Marc DUFROIS, Nathalie VITRAT, la subdélégation de signature sera exercée, pour les décisions visées à l'article 1 § A, B, D et E, et dans leur département d'affectation respectif, par :

Joan MAISSONNIER
Evelyne TOURET
Monique VIDAL
Francelyne CALMELS
Julien HORNERO
Didier POTTIER
Paul RAMACKERS
Isabelle REVOL
Sylvie MARTINOU
Nathalie ASTRUC-BARTHE
Virginie BONNEFONT
Cyrille BORTOLUZZI
Anouck SINGERY
Eve DELOFFRE
Christian RANDON
Pierre SAMPIETRO

Bruno REDOLAT
Fabienne SEBAG
Roland CAYZAC
Agnès DIJOURD
Arnaud VIGNAL
John BOGAERTS
Isabelle BERDAGUER
Angèle MADZAR
Anne CHAMFRAULT
Lucie BARBA
Anne GARRIGUES
Emilie ITIE
Frédéric LECLERC

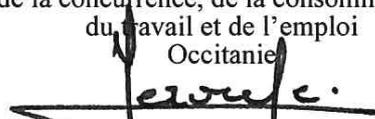
Adjoint(e)s au directeur(rices) ou chefs de service dans les unités départementales,

Article 3 : La décision de subdélégation de signature pour les compétences générales du 9 janvier 2020 est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 4 : Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le 25 juin 2020

Le directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi
Occitanie



Christophe Lerouge

DREAL Occitanie

R76-2020-06-26-001

Arrêté n°2020-cs-31 du 23 juin 2020 relatif
à une autorisation de transport, de détention et de relâcher
de tortues protégées au Refuge des tortues de Bessières



PRÉFECTURE DE L'ARIÈGE
PRÉFECTURE DE L'AUDE
PRÉFECTURE DE L'AVEYRON
PRÉFECTURE DU GARD
PRÉFECTURE DE LA HAUTE-GARONNE
PRÉFECTURE DU GERS
PRÉFECTURE DE L'HÉRAULT
PRÉFECTURE DES HAUTES-PYRÉNÉES
PRÉFECTURE DES PYRÉNÉES ORIENTALES
PRÉFECTURE DU LOT
PRÉFECTURE DE LA LOZÈRE
PRÉFECTURE DU TARN
PRÉFECTURE DE TARN-ET-GARONNE

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DIRECTION ECOLOGIE

Département Biodiversité

**Arrêté n°2020-cs-31 du 23 juin 2020 relatif
à une autorisation de transport, de détention et de
relâcher de tortues protégées au Refuge des tortues de
Bessières**

**La Préfète de l'Ariège,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite**

**La Préfète de l'Aude,
Chevalier de l'ordre national du Mérite**

**La Préfète de l'Aveyron,
Chevalier de la Légion d'honneur**

**Le Préfet du Gard,
Chevalier de la Légion d'honneur**

**Le Préfet de la Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite**

**La Préfète du Gers,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite**

**Le Préfet de l'Hérault,
Officier de l'ordre national du Mérite
Officier de la Légion d'honneur**

Le Préfet du Lot,
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite

La Préfète de la Lozère,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

Le Préfet des Hautes-Pyrénées,
Chevalier de l'ordre national du Mérite

Le Préfet des Pyrénées-Orientales,
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite

La Préfète du Tarn,
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite

Le Préfet de Tarn-et-Garonne,
Chevalier de l'ordre national du Mérite

Vu le livre IV du Code de l'environnement, dans sa partie législative et notamment ses articles L.411-1 et L. 411-2,

Vu le livre II du Code de l'environnement, dans sa partie réglementaire et notamment ses articles R.411-1 à R.411-14,

Vu le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles et le décret n° 97-1204 du 19 décembre 1997 pris pour son application,

Vu l'arrêté ministériel du 19 novembre 2007 fixant les listes des amphibiens et des reptiles protégés sur l'ensemble du territoire et les modalités de leur protection,

Vu l'arrêté ministériel du 30 juin 1998 fixant les modalités d'application de la convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction et des règlements (CE) n° 338/97 du Conseil européen et (CE) n° 939/97 de la Commission européenne,

Vu l'arrêté du 25 mars 2004 fixant les règles générales de fonctionnement et les caractéristiques générales des installations des établissements zoologiques à caractère fixe et permanent, présentant au public des spécimens vivants de la faune locale ou étrangère,

Vu l'arrêté du 8 octobre 2018 fixant les règles générales de détention d'animaux d'espèces non domestiques

Vu l'arrêté préfectoral en date du 18 novembre 2019 de la préfecture de l'Ariège portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,

- Vu l'arrêté préfectoral en date du 13 novembre 2019 de la préfecture de l'Aude portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 13 novembre 2019 de la préfecture de l'Aveyron portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 18 novembre 2019 de la préfecture du Gard portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 28 novembre 2019 de la préfecture de la Haute-Garonne portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 22 novembre 2019 de la préfecture du Gers portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 26 novembre 2019 de la préfecture de l'Hérault portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 10 février 2020 de la préfecture du Lot portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 3 février 2020 de la préfecture de la Lozère portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 12 novembre 2019 de la préfecture des Hautes-Pyrénées portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 13 novembre 2019 de la préfecture des Pyrénées-Orientales portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 10 février 2020 de la préfecture du Tarn portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 19 novembre 2019 de la préfecture du Tarn-et-Garonne portant délégation de signature à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'environnement de l'aménagement et du logement de la région Occitanie,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de l'Ariège,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de l'Aude,

- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de l'Aveyron,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département du Gard,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de la Haute-Garonne,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département du Gers,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de l'Hérault,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département du Lot,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département de la Lozère,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département des Hautes-Pyrénées,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département des Pyrénées-Orientales,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département du Tarn,
- Vu l'arrêté préfectoral du 14 mai 2020 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement aux agents de la DREAL Occitanie pour le département du Tarn-et-Garonne,
- Vu la demande présentée par Monsieur Jérôme MARAN, responsable du refuge aux tortues de Bessières, en date du 31 octobre 2019,
- Vu l'arrêté préfectoral n°31-2019-108 du 18 avril 2019 autorisant l'ouverture d'un établissement d'élevage et de présentation au public à caractère fixe d'animaux d'espèces non domestiques et définissant les espèces pouvant être recueillis, et pris en charge par l'établissement, ainsi que leur quantité ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 15 avril 2019 délivrant un certificat de capacité 'faune sauvage' à Monsieur Jérôme MARAN définissant la liste des espèces autorisées,
- Vu la décision préfectorale n° 31-2019-006 accordant le certificat de capacité pour l'entretien et la présentation au public d'animaux d'espèces non domestiques,

Vu le compte rendu du contrôle du 22 juillet 2019 et du 23 juin 2020 de l'établissement par la DREAL Occitanie ;

Sur proposition du Directeur Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

- Arrête -

Article 1 : L'établissement de l'association de refuge des tortues (ART)(partie « refuge » de l'établissement), basé au 2920 route de Paulhac, à Bessières (31000), est autorisé à recueillir, détenir temporairement, transporter et relâcher les spécimens de tortues protégées et visées dans le/les autorisation/s concernant l'ouverture de l'établissement et le/les certificat/s des capacitaires présents susvisés,

Le bénéficiaire de la présente autorisation dans le cadre de ses activités de refuge pour les tortues est le capacitaire déclaré en charge du soin de ces animaux, à savoir Monsieur Jérôme MARAN.

Article 2 : Le Centre de récupération de tortues est autorisé à :

- Recevoir des spécimens d'espèces protégées sauvages visées dans les certificats des capacitaires présents susvisés, dans le respect de la capacité d'accueil du centre de l'autorisation d'ouverture de l'établissement ;
- Détenir dans le refuge ces spécimens blessés en soins ou en cours de réhabilitation ;
- Relâcher ces spécimens dans le milieu naturel les tortues d'eau des espèces *Emys orbicularis* et *Mauremys leprosa* ;
- Transporter ces spécimens du refuge vers les sites de relâcher en vue d'une réinsertion dans la nature dans les conditions précisées à l'article 3° du présent arrêté ;
- Transporter ces spécimens du refuge vers un autre établissement autorisé, comme le centre de soin de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse pour des examens complémentaires nécessaires (radiologiques notamment), vers le laboratoire pour les éventuelles autopsies ou vers le centre d'équarrissage départemental pour destruction.

Dans le cadre du transfert des animaux vers un autre établissement autorisé, les spécimens vivants ou morts devront bénéficier d'un certificat intra-communautaire à solliciter auprès du bureau régional CITES Occitanie.

Article 3 : Les animaux pouvant être relâchés devront l'être au plus près des lieux de leur découverte initiale.

Article 4 : L'autorisation d'exposition est accordée jusqu'au 31 décembre 2025.

Article 5 : Chaque spécimen recueilli au refuge doit être identifié dès son arrivé par un numéro à verser au registre du centre, quel que soit le devenir de l'animal.

Le registre du centre identifie l'identifiant du spécimen, l'origine du spécimen (l'auteur de la découverte et ses coordonnées, le lieu, la date de découverte du spécimen, sa date de l'arrivé au centre, la date du départ, le devenir de l'animal, la cause de la mort, les références du dossier médical ou de l'autopsie éventuel, la référence du marquage de l'animal avant son relâché (référence des bagues pour les oiseaux), le récépissé du centre d'équarrissage).

Article 6 : Un compte rendu d'activité annuel des opérations sera établi, ainsi l'extraction annuelle du registre du Centre. Ce compte-rendu, ainsi que les éventuels articles afférents aux études réalisées, seront transmis à la DREAL Occitanie, avant le 31 mars de l'année suivant les opérations.

Les données d'inventaire seront reversées chaque année au système d'information sur la nature et les paysages par le bénéficiaire.

Article 7 : Les bénéficiaires préciseront dans le cadre de leurs publications et communications diverses que ces activités ont été réalisés sous couvert d'une autorisation préfectorale, s'agissant d'espèces protégées.

Article 8 : La présente autorisation ne dispense pas d'autres accords ou autorisations qui pourraient être par ailleurs nécessaires pour la réalisation de l'opération, notamment l'autorisation des propriétaires des sites, les gestionnaires de réserves naturelles ou établissement de parc national pour les coeurs de parcs nationaux.

Article 9 : Des modifications substantielles pourront faire l'objet d'avenants ou d'arrêtés modificatifs. Elles ne deviendront effectives qu'après leur notification.

Article 10 : La mise en œuvre du présent arrêté peut faire l'objet de contrôle par les agents chargés de constater les infractions mentionnées à l'article L.415-3 du code de l'environnement.

Article 11 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans les conditions de l'article R.421-1 du code de justice administrative à compter de sa notification. Le délai de recours est de deux mois.

Article 12 : L'arrêté n°2019-cs-31 du 18/11/2019 relatif à une autorisation de transport de détention et de relâcher de tortues protégées au Refuge des tortues de Bessières est abrogé.

Article 13 : Le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement d'Occitanie, les chefs des services départementaux de l'office national pour la biodiversité, des directions départementales de la protection des populations et des directions départementales des territoires et de la mer, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de cet arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs des Préfectures de l'Ariège, de l'Aude, de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, de l'Hérault, du Gard, du Gers, du Lot, de la Lozère, des Hautes-Pyrénées, des Pyrénées Orientales, du Tarn et de Tarn-et-Garonne.

Fait à Toulouse, le 23 juin 2020

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le directeur régional de l'environnement,
de l'aménagement et du logement,
Pour la Directrice de l'Ecologie,
Le chef du bureau « local » Convention de Washington,



David DANEDE

SGAMI SUD

R76-2020-06-23-005

Arrêté autorisant l'ouverture d'un recrutement des adjoints
de sécurité de la Police Nationale - 3ème session 2020

PREFET DE LA ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE SUD

SECRETARIAT GENERAL DE LA
ZONE DE DEFENSE ET DE
SECURITE SUD



ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE SUD
SGAMI

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES /
BUREAU DU RECRUTEMENT

N° SGAMI/DRH/BR/ N°2020/ 23

**LE PREFET DE LA ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE SUD
PREFET DE REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR
PREFET DES BOUCHES DU RHONE**

**Arrêté autorisant l'ouverture d'un recrutement des Adjoints de Sécurité de la Police Nationale –
3ème session 2020**

VU Code de la sécurité intérieure ;

VU le décret n°2014-296 du 6 mars 2014 relatif aux secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'intérieur et modifiant diverses dispositions du code de la défense et de la sécurité intérieure ;

VU le décret n°2015-76 du 27 janvier 2015 modifiant diverses dispositions relatives aux secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'intérieur;

VU le décret n°2016-684 du 26 mai 2016 modifiant le code de la sécurité intérieure et relatif au recrutement des adjoints de sécurité;

VU le décret du 7 mai 2019 portant nomination de Monsieur Christian CHASSAING, en qualité de secrétaire général de la zone de défense et de sécurité sud auprès du préfet de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur, préfet de la zone de défense et de sécurité sud, préfet des Bouches du Rhône ;

VU l'arrêté du 24 août 2000, modifié fixant les modalités de recrutement et de formation des adjoints de sécurité recrutés au titre du développement d'activités pour l'emploi des jeunes;

VU l'arrêté du 24 août 2000 modifié fixant les droits et obligations des adjoints de sécurité recrutés au titre du développement d'activités pour l'emploi des jeunes;

VU l'arrêté préfectoral du 24 juillet 2014 portant organisation du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur de la zone de défense et de sécurité sud ;

VU l'arrêté préfectoral 9 mars 2020 portant délégation de signature à Monsieur Christian CHASSAING, secrétaire général de la zone de défense et de sécurité Sud ;

VU la circulaire NOR/INT/C/93/2600/C du 2 janvier 2020 relative aux adjoints de sécurité de la police nationale;

SUR proposition du secrétaire général de la zone de défense et de sécurité Sud ;

ARRETE

ARTICLE 1ER – Un recrutement d’adjoint de sécurité est organisé dans le ressort du secrétariat général pour l’administration du ministère de l’intérieur sud. Les départements concernés sont les : **04** – Alpes-de-Haute-Provence – **05** Hautes-Alpes – **06** Alpes-Maritimes – **09** Ariège – **11** Aude – **12** Aveyron – **13** Bouches-du-Rhône – **2A** Corse-du-Sud – **2B** Haute-Corse – **30** Gard – **31** Haute-Garonne – **32** Gers – **34** Hérault – **46** Lot – **48** Lozère – **65** Hautes-Pyrénées – **66** Pyrénées-Orientales – **81** Tarn – **82** Tarn-et-Garonne – **83** Var – **84** Vaucluse

ARTICLE 2 – La date d’ouverture des inscriptions est fixée au 29 juin 2020.

La date limite de retrait des dossiers est fixée au 12 août 2020.

La date limite de dépôt des dossiers et des inscriptions en ligne est fixée également au 12 août 2020 (le cachet de la poste faisant foi).

ARTICLE 3 – Les tests psychotechniques auront lieu à compter du 1er septembre 2020 à Marseille, Nice, Nîmes, Toulouse et en Corse (un centre d’examen à Perpignan pourra être ouvert si le nombre de candidats le nécessite).

Les épreuves sportives auront lieu à Marseille, Nice, Nîmes, Toulouse et en Corse à compter du 1er septembre 2020 (un centre d’examen à Fos-sur-Mer, Martigues et/ou Perpignan pourra être ouvert si le nombre de candidats le nécessite).

Les candidats déclarés admissibles seront convoqués pour l’épreuve d’admission qui aura lieu à Marseille, Nice, Nîmes, Toulouse et en Corse (un centre d’examen à Perpignan pourra être ouvert si le nombre de candidats le nécessite) à compter du 21 septembre 2020.

ARTICLE 4 – le préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet de région Provence Alpes Côte d’Azur, Préfet des Bouches du Rhône est chargé de l’exécution du présent arrêté.

Fait à Marseille, le 23 juin 2020

Pour le Préfet de la zone de défense et de sécurité Sud
la directrice des ressources humaines

Signé

Céline BURES