OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS N°R76-2021-223

PUBLIÉ LE 4 DÉCEMBRE 2021

Sommaire

Agence Régionale de Santé Occitanie / DOSA-PSH

R76-2021-07-07-00369 - Arrêté 2021-3754 HAD Korian Pays d'Ovalie FIR 2021 (4 pages) Page 5
R76-2021-07-07-00370 - Arrêté 2021-3755 Clinique Toulouse Lautrec FIR 2021 (4 pages) Page 10
R76-2021-07-07-00371 - Arrêté 2021-3756 Polyclinique Sidobre FIR 2021 (4 pages) Page 15
R76-2021-07-07-00372 - Arrêté 2021-3757 Clinique Claude Bernard FIR 2021 (4 pages) Page 20
R76-2021-07-07-00374 - Arrêté 2021-3758 Korian le Château FIR 2021 (4 pages) Page 25
R76-2021-07-07-00373 - Arrêté 2021-3759 Clinique Pont de Chaume FIR 2021 (4 pages) Page 30
R76-2021-07-07-00375 - Arrêté 2021-3760 Clinique Croix Saint Michel FIR 2021 (4 pages) Page 35
R76-2021-07-07-00376 - Arrêté 2021-3761 Clinique Dr Cave FIR 2021 (4 pages) Page 40
R76-2021-07-07-00377 - Arrêté 2021-3762 CRF Midi-Gascogne FIR 2021 (4 pages) Page 45
R76-2021-07-07-00378 - Arrêté 2021-3763 Clinique la Pinède FIR 2021 (4 pages) Page 50
R76-2021-07-07-00379 - Arrêté 2021-3764 Clinique Beaupuy FIR 2021 (4 pages) Page 55
R76-2021-07-07-00380 - Arrêté 2021-3765 HAD 3G Santé FIR 2021 (4 pages) Page 60
R76-2021-07-07-00381 - Arrêté 2021-3766 HAD ADENE Nîmes FIR 2021 (4 pages) Page 65
R76-2021-07-07-00382 - Arrêté 2021-3767 Centre l'Egrégore Audavie FIR 2021 (4 pages) Page 70
R76-2021-07-07-00383 - Arrêté 2021-3768 Clinique Oliviers FIR 2021 (4 pages) Page 75
R76-2021-07-07-00384 - Arrêté 2021-3769 Clinique Pasteur FIR 2021 (2 pages) Page 80
R76-2021-07-07-00385 - Arrêté 2021-3770 Clinique le Millénaire FIR 2021 (4 pages) Page 83
R76-2021-07-07-00387 - Arrêté 2021-3772 Clinique Stella FIR 2021 (4 pages) Page 88
R76-2021-07-07-00392 - Arrêté 2021-3781 Clinique Aufrery FIR 2021 (2 pages) Page 93

R76-2021-07-07-00393 - Arrêté 2021-3788 CSSR la Clauze FIR 2021 (2 pages) Page 96

ARS OCCITANIE / DIRECTION

R76-2021-12-18-00001 - ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par l'Alliance ClinAvenir (47 pages) Page 99

R76-2021-11-25-00009 - ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par Parours LymphoRac 51 (54 pages) Page 147

R76-2021-11-18-00004 - ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par PRéCIDIVE (72 pages) Page 202

ARS OCCITANIE / Direction de la Santé Publique

R76-2021-11-24-00021 - Arrêté de désignation de P. LIARES (2 pages) Page 275

R76-2021-10-19-00014 - Décision 2021-5021_modification habilitation SI des agents ARS et sous-traitant_tat urgence sanitaire (3 pages) Page 278

R76-2021-11-25-00006 - Décision n° 2021-5667 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant - ContactCOVID (3 pages) Page 282

R76-2021-11-25-00007 - Décision n° 2021-5668 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie - SIDEP (3 pages) Page 286

R76-2021-11-25-00008 - Décision n° 2021-5669 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l Agence nationale de santé publique - SORMAS (3 pages) Page 290

ARS OCCITANIE / DOSA-PSH

R76-2021-09-29-00008 - Arrêté 2021-4910 Montpellier Institut du Sein FIR 2021 (2 pages) Page 294

R76-2021-10-21-00008 - ARRETE 2021-4989 CENTRE LORDAT Tarifs Journaliers de Prestations 2021 (2 pages) Page 297

R76-2021-10-21-00009 - Arrêté 2021-4993 CENTRE POST CURE LE PEYRON Tarifs Journaliers de Prestations 2021 (2 pages) Page 300

R76-2021-10-21-00011 - ARRETE 2021-5019 CHIC Moissac Tarifs Journaliers de Prestations 2021 (2 pages) Page 303

R76-2021-10-21-00012 - ARRETE 2021-5036 CH Des Deux Rives Tarifs Journaliers de Prestations 2021.pdf (2 pages) Page 306

R76-2021-10-21-00010 - ARRETE N°2021-5017 Centre de protection infantile MONTAURY Tarifs Journaliers de Prestations 2021 (2 pages) Page 309

ARS OCCITANIE / DPR

R76-2021-11-23-00003 - ARRETE ARS OC n° 2021-5645 du 23/11/2021 portant rejet d autorisation de transfert d une officine de pharmacie à NARBONNE (AUDE) (4 pages) Page 312

DREETS OCCITANIE /

R76-2021-11-17-00010 - Arrêté préfectoral régional relatif à la composition du bureau du CREFOP (2 pages) Page 317

DREETS OCCITANIE / pôle cohésion sociale

R76-2021-11-22-00022 - Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 09-31 (3 pages) Page 320

R76-2021-11-30-00013 - Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 11 (3 pages) Page 324

R76-2021-11-17-00014 - Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 12 (3 pages) Page 328

R76-2021-11-18-00006 - Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs APAJH 09 (4 pages) Page 332

R76-2021-11-18-00005 - Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs UDAF 09 (4 pages) Page 337

SGAMI SUD / Cabinet

R76-2021-12-02-00001 - Arrêté portant délégation d'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'Etat (8 pages) Page 342

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00369

Arrêté 2021-3754 HAD Korian Pays d'Ovalie FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3754
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de l'HAD KORIAN PAYS D OVALIE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 750056335
EG FINESS : 810007989

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à l'HAD KORIAN PAYS D OVALIE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **5 690,0 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

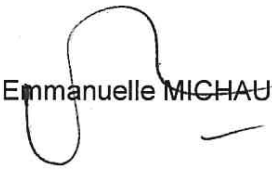
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00370

Arrêté 2021-3755 Clinique Toulouse Lautrec FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3755
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 810101162
EG FINESS : 810101170

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

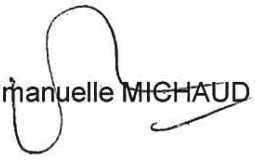
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00371

Arrêté 2021-3756 Polyclinique Sidobre FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3756
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la POLYCLINIQUE DU SIDOBRE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 810000992
EG FINESS : 810101444

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la POLYCLINIQUE DU SIDOBRE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

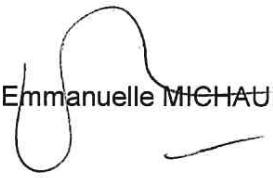
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00372

Arrêté 2021-3757 Clinique Claude Bernard FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3757
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE CLAUDE BERNARD

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 810000471
EG FINESS : 810000224

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE CLAUDE BERNARD est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **12 657,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00374

Arrêté 2021-3758 Korian le Château FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3758
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de KORIAN LE CHÂTEAU

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 750056335
EG FINESS : 810004200

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à KORIAN LE CHÂTEAU est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

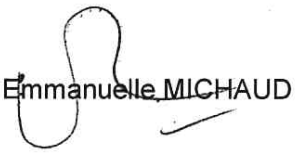
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00373

Arrêté 2021-3759 Clinique Pont de Chaume FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3759
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE DU PONT DE CHAUME

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 820000131
EG FINESS : 820000057

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE DU PONT DE CHAUME est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn-et-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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00375

Arrêté 2021-3760 Clinique Croix Saint Michel FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3760
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 820000081
EG FINESS : 820000040

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn-et-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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00376

Arrêté 2021-3761 Clinique Dr Cave FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3761
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE DU DR CAVE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 820000156
EG FINESS : 820000065

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE DU DR CAVE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn-et-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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00377

Arrêté 2021-3762 CRF Midi-Gascogne FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3762
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional du CRF MIDI GASCOGNE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 820000578
EG FINESS : 820002350

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée au CRF MIDI GASCOGNE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn-et-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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00378

Arrêté 2021-3763 Clinique la Pinède FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3763
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE LA PINEDE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn-et-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 31 mai 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 820008142
EG FINESS : 820003218

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE LA PINEDE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn-et-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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00379

Arrêté 2021-3764 Clinique Beaupuy FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3764
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE DE BEAUPUY

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 310000187
EG FINESS : 310780390

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE DE BEAUPUY est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale de 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00380

Arrêté 2021-3765 HAD 3G Santé FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3765
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de l'HAD 3G SANTE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 300013760
EG FINESS : 300013778

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à l'HAD 3G SANTE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **12 657,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

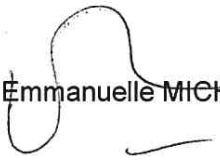
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00381

Arrêté 2021-3766 HAD ADENE Nîmes FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3766
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de l'HAD ADENE NIMES

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 340027937
EG FINESS : 300012309

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à l'HAD ADENE NIMES est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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..

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00382

Arrêté 2021-3767 Centre l'Egrégore Audavie FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3767
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional du CENTRE MEDICAL DE L'EGREGORE AUDAVIE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie du Gard et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 380804542
EG FINESS : 300017423

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée au CENTRE MEDICAL DE L'EGREGORE AUDAVIE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

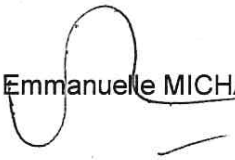
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Administratif compétent dans un délai franc de deux mois, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie



Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00383

Arrêté 2021-3768 Clinique Oliviers FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3769
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE PASTEUR

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 310000096
EG FINESS : 310780259

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE PASTEUR est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **40 294,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale de 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00384

Arrêté 2021-3769 Clinique Pasteur FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Service émetteur :
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie Pôle Soins Hospitaliers

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Le 08/07/2021

M./Mme l'agent comptable de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Objet : Attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement n°2021-DOSA_DES2021 - OP001 au titre du FIR pour CLINIQUE PASTEUR FINESS ET – 310780259 (code interne n°0001104 et Engagement n°0000034)

CLINIQUE PASTEUR bénéficie de plusieurs financements au titre du FIR, qui lui sont attribués par l'arrêté modificatif n° 2021-DOSA_DES2021-3769 FIR

Le montant total du financement à imputer sur la mesure « MI4-2-10 : Intéressement CAQES » et la mission « 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels (657344) » s'élève à **40 294.40 euros**.

J'atteste que mes services ont procédé au contrôle du service fait, conformément aux dispositions de l'alinéa 3 de l'article L. 1435-10 et de l'article R. 1435-32 du code de la santé publique (CSP), de contrôle de la validité de la créance et de paiement au titre du fonds d'intervention régional (FIR) dans le cadre des orientations définies par le CNP des ARS.

Vous voudrez bien ainsi effectuer le paiement de **40 294.40 euros**.

Pour Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,
et par délégation,

Directrice Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie -Responsable du Pôle Soins Hospitaliers,

Mme Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00385

Arrêté 2021-3770 Clinique le Millénaire FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3770
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE LE MILLENAIRE

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 340000512
EG FINESS : 340015502

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE LE MILLENAIRE est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00387

Arrêté 2021-3772 Clinique Stella FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité,
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3772
fixant pour l'année 2019 le montant de l'intéressement prévu au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, au titre du Fonds d'Intervention Régional de la CLINIQUE STELLA

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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,

Considérant, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2018,

Considérant, l'avenant n°1 du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, et ses annexes, conclu entre l'agence régionale de santé Occitanie, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et l'établissement précité, prenant effet au 1er janvier 2019, prévoit en son article 6 l'allocation d'un intéressement en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat,

Considérant, le rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs 2019 envoyé par courrier en date du 17 décembre 2020 à l'établissement précité,

Considérant, la notification en date du 7 juin 2021 qui confirme l'éligibilité de l'établissement précité à un intéressement,

ARRETE

EJ FINESS : 340000371
EG FINESS : 340780782

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la CLINIQUE STELLA est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de l'amorçage intéressement CAQES pour 2019 : **6 967,4 €** (Compte d'imputation N°4-2-10)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00392

Arrêté 2021-3781 Clinique Aufrery FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 3781
fixant la subvention pour l'année 2021 au titre du Fonds d'Intervention Régional de la Clinique d'Aufrery à Pin Balma

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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 Aufrery pour la Clinique d'Aufrery à Pin Balma,

ARRETE

EJ FINESS : 310000427
EG FINESS : 310781133

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à la Clinique d'Aufrery à Pin Balma est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de la participation au financement d'1 ETP de case manager pour 6 mois dans le cadre de la prise en charge réactive et innovante dès la 1ère psychose des jeunes de 16-18 ans : **30 000 €** (Compte d'imputation N°4-2-7)

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

Article 2 :

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.

Article 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale de 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 9 août 2021

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

Bertrand PRUDHOMMEAUX

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2021-07-07-00393

Arrêté 2021-3788 CSSR la Clauze FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 - 3788
fixant la subvention pour l'année 2021 au titre du Fonds d'Intervention Régional du CSSR la Clauze (semaine du parcours de la personne âgée)

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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

Vu le décret n° 2012-1906 du 27 février 2012 modifié le 5 octobre 2015 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 10 décembre 2018 portant fixation du budget initial du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2019 et du 11 mars 2019 arrêtant le budget rectificatif N°1,

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 le CSSR la Clauze à Saint Jean Delnous

ARRETE

EJ FINESS : 120000104
EG FINESS : 120780135

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versé au CSSR la Clauze est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de la participation aux dépenses liées aux intervenants extérieurs dans le cadre de la « semaine du parcours du patient âgé » : **3 500 €** (Compte d'Imputation N°2-8)

Le versement de cette subvention s'effectuera à la signature de l'avenant à l'annexe financière au socle 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 CSSR la Clauze 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 Directeur de la Délégation Départementale 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 7 juillet 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-12-18-00001

ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par l'Alliance ClinAvenir

Arrêté n° 2021-5436 relatif au projet expérimental

Projet d'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique pour améliorer la prise en charge (bilan initial, suivi et traitement) des patients atteints de maladies chroniques

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 662-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

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

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021, du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2 ; et du 29 septembre 2021 arrêtant le budget rectificatif N°3 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 05 novembre 2021 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de mettre en place, pour les patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques dont l'état de santé nécessite un suivi renforcé sur demande de leur médecin traitant, un modèle d'organisation de soins ambulatoires avec un haut niveau de coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical ainsi que les patients, pour des bilans pluri-professionnels et une prise en charge gradués et optimisés ;

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

Arrête:

Article 1er : L'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique portée par l'Alliance ClinAvenir à Toulouse est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I et sous réserve de la conclusion des conventions prévues à l'article 4 du présent arrêté.

Article 2 : La durée de l'expérimentation est de 54 mois à compter de l'inclusion du premier patient.

Article 3 : Le projet expérimental est mis en œuvre dans le département de la Haute-Garonne sur un territoire correspondant au Grand Toulouse.

Article 4 : La répartition des financements du projet expérimental d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM),

Article 5 : 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 6 : 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.télérecours.fr.

Montpellier, le 18 novembre 2021

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Pierre RICORDEAU

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

Pascal DURAND

ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

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

Projet d'expérimentation d'une clinique ambulatoire de la maladie chronique pour améliorer la prise en charge (bilan initial, suivi et traitement) des patients atteints de maladies chroniques

Porteur : Clinavenir–Toulouse

Contact : Dominique PON – Directeur (dpon@clinique-pasteur.com ; 05 62 21 30 40)

Le projet présenté dans cette lettre consiste en la construction d'un modèle de clinique ambulatoire proposant **un parcours de soins optimisé pour la prise en charge des patients présentant une/des maladie(s)** d'un groupe de pathologies chroniques définies. La réalisation de ce projet s'appuie sur la participation de l'ensemble des cliniques privées de l'alliance Clinavenir. Le territoire sélectionné pour cette expérimentation correspond au Grand Toulouse.

Ce projet vise à mettre en place un modèle d'organisation de soins de haut niveau de **coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical ainsi que les patients**, avec un recours aux **technologies innovantes de l'information.** La mobilisation de ces moyens humains et techniques permettra de construire et de s'assurer du bon suivi d'un **plan personnalisé de soins** conforme aux recommandations nationales et internationales pour chaque patient inclus dans le programme.

Cette expérimentation a pour objectif, d'une part, de **faciliter l'accès à une offre de soins adaptée et de qualité**, et d'autre part, **d'optimiser la consommation du temps médical, des moyens humains et financiers** pour une meilleure **amélioration de la santé et la qualité de vie des patients et pour préserver leur autonomie**.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :
V5 : Décembre 2020
V6 : Avril 2021
V7 : Juillet 2021
V8 : Septembre 2021
V9 : Octobre 2021

Table des matières

Description du porteur 2

Contexte et Constats 3

I. Objet de l'expérimentation (Résumé) 5

II. Objectifs 6

III. Description du projet 7

1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils) 7

2. Population Cible 20

3. Effectifs concernés par l'expérimentation 22

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation 23

5. Terrain d'expérimentation 25

6. Durée de l'expérimentation 25

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre 26

IV. Financement de l'expérimentation 26

1. Modèle de financement 26

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée 27

3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles 33

4. Besoin de financement 35

V. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation 36

VI. Impacts attendus 37

VII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées 39

Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation 41

VIII. Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel 42

IX. Liens d'intérêts 42

Description du porteur

Ce programme a été construit par Clinavenir[1], une alliance de onze cliniques privées indépendantes d'Occitanie : Pasteur, Rive Gauche, Médipôle Garonne, Saint Exupéry, Aufrery, Gascogne, Monié, Château de Vernhes et Minimes, la clinique des Pyrénées et la clinique de Montberon. Ce réseau de cliniques accueille environ 90 000 patients par an. L'alliance a été créée dans le but de construire un modèle d'établissements hospitaliers privés responsable et durable et de proposer une offre de soins adaptée et de qualité.

Clinavenir est particulièrement qualifié pour déployer ce projet, en raison de l'expertise des cliniques du réseau dans l'ensemble des pathologies incluses dans le programme, ainsi que par les projets en cours de réalisation, visant à améliorer l'offre de soins.

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

Dans le but de mener à bien ce programme, l'ensemble des acteurs de la chaine de prise en charge des patients seront intégrés pour déployer un parcours de soins optimisé :

- Cliniques membres de Clinavenir : en tant que porteur de projet, Clinavenir souhaite impliquer l'ensemble des membres de son réseau à la mise en place de cette expérimentation afin de valoriser leurs activités au travers :
    - De l'expertise dans la prise en charge des maladies chroniques,
    - De la capacité d'innovation,
    - Du partenariat « Cliniques privées + médecine de ville + associations de patients ».

- Professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux : La réussite de ce projet est dépendante de la bonne intégration des professionnels de santé présents sur le territoire d'expérimentation. Les services et soins proposés par les cliniques Clinavenir pourront servir d'appui aux professionnels de santé libéraux dans le suivi des pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique. Parmi les professionnels de santé libéraux intégrés à cette expérimentation, il est essentiel de citer le **médecin traitant**. La prise en charge proposée dans ce programme ne se substitute pas à celle du médecin traitant mais le soulage des tâches de suivi et surveillance et vient le soutenir dans la prise en charge des patients complexes. Son implication, qu'il soit généraliste ou spécialiste, sera la suivante :

    - L'adressage des patients constituant ainsi la deuxième porte d'entrée au programme.
    - L'accord avant l'intégration des patients au programme pour les patients adressés par le médecin Clinavenir.
    - La validation du plan de soins construit par le médecin coordinateur ou le médecin spécialiste de la clinique.
    - La réception d'un bilan de suivi périodique via les outils de coordination tout au long de la prise en charge (compte rendu des séances d'ETP et/ou des consultations dont le patient a bénéficié, synthèse des alertes de télésurveillance en cas d'écart à la normale, etc.)
    - Le suivi d'un ensemble d'indicateurs pour garantir la continuité de la prise en charge du patient à la sortie du programme.

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

- Associations de patients : Parallèlement, les associations de patients seront sollicitées pour la mise en œuvre de cette expérimentation. Les associations de patients auront un rôle de conseil pour s'assurer de la bonne « expérience patient », notamment à travers le support à la conception du programme ainsi qu'à la création des questionnaires d'évaluation du ressenti patient.

Contexte et Constats

Les maladies chroniques, définies par l'OMS comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou plusieurs décennies » recouvrent de nombreuses affections relevant de spécialités médicales différentes et concernent une part importante de la population. En France, on considère que plus d'un tiers de la population est atteinte d'une pathologie chronique[2].

Malgré les progrès médicaux, la prévalence de certaines maladies chroniques et des complications associées a continué d'augmenter ces dernières années[3] :

- Augmentation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 4,4 à 4,7% entre 2010 et 2013 (soit près de 3M de personnes),
- Augmentation de l'incidence de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) de 2% par an, augmentation qui serait majoritairement liée à celle du diabète,
- Augmentation des hospitalisations pour exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) entre 2000 et 2014,
- Etc.

D'un point de vue économique, l'impact des pathologies chroniques est également non négligeable :

- Pour la NASH (Nonalcoholic steohepatitis), une étude rétrospective à partir des données du PMSI entre 2009 et 2015 a montré que le coût annuel de prise en charge d'un patient passe de 5 076€ avant le diagnostic à 7 736€ après diagnostic[4],
- Une étude des données de l'Assurance Maladie de 2013[5] a montré que le coût moyen annuel de prise en charge d'un patient diabétique en France est estimé à 6 506€. Ce montant peut s'élevé à 12 890€ pour les patients insulinodépendants. Il est intéressant de noter que les hospitalisations représentent en moyenne un tiers de ces coûts,
- Une étude conduite sur les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB° a démontré que la consommation de soins annuelle moyenne attribuable à la BPCO était de 5 516€[6]. En parallèle, une hausse de la fréquence d'hospitalisations dues aux exacerbations de la BPCO est observée ces dernières années. Cette hausse s'est accompagnée par une augmentation de 10% des coûts entre 2007 à 2012[7].

[2] https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/
[3] L'état de santé de la population en France, rapport 2017, DREES, Santé Publique France
[4] Boursier J. et al., Hospitalization costs and risk of mortality in adults with nonalcoholic steatohepatitis: Analysis of a French national hospital database, EClinical Medicine, Volume 25, Août 2020
[5] Charbonnel B. et al., Direct Medical Costs of Type 2 Diabetes in France: An Insurance Claims Database Analysis, Pharmacoeconomics, Volume 219, Août 2017
[6] 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, Septembre 2015, Pages 682-691
[7] Molinari N. et al., Rising total costs and mortality rates associated with admissions due to COPD exacerbations, Respiratory research, 2016

Ces chiffres montrent notamment que les hospitalisations non programmées (exacerbations, décompensations, etc.) des maladies chroniques présentent un fardeau lourd en termes de dépenses et de santé publique, avec un poids des hospitalisations potentiellement évitables importants dans certaines pathologies (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'hospitalisation et HPE dans certaines pathologies

Pathologies	Taux d'hospitalisation	HPE
Insuffisance cardiaque aiguë	**67%**	**47%**
Maladie coronaire chronique	**27%**	**18%**
BPCO	**44%**	**29%**
Diabète	**6%**	**2%**

Dans de nombreux cas, les patients sont touchés par plusieurs maladies chroniques de manière concomitante. La HAS a déjà évoqué les problématiques que rencontrent actuellement cette frange de la population : difficultés de gérer ses maladies de manière simultanée, limitations fonctionnelles, etc. restreignant ainsi leur accès aux soins. Ainsi, il existe un besoin fort d'intervention coordonnée d'acteurs de différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, médico-social, etc.).

Au vu des éléments, la mise en place de parcours innovants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques est devenue une priorité de Santé Publique. Une réflexion doit ainsi être menée autour de la mise en place d'une approche globale de la prise en charge des patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Dans ce sens, la HAS a organisé son action autour de trois enjeux essentiels[8] :

- « Evoluer vers une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge par une juste articulation des professionnels entre eux.
- Harmoniser les pratiques autour des points critiques du parcours de soins tout en prenant en compte la nécessaire personnalisation des prises en charge.
- Favoriser la participation et l'implication du patient dans sa prise en charge. »

Deux dimensions essentielles sont évoquées :

- La mise en œuvre mieux coordonnée des bonnes pratiques professionnelles,
- La facilitation du parcours de soins des malades, notamment pour leur suivi[9].

En 2017 l'ARS Occitanie[10] évoquait l'importance du levier ambulatoire comme élément fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé dans la région et notamment l'augmentation des maladies chroniques. Ainsi, dans le PRS Santé 2022, l'ARS Occitanie s'engage sur les quatre points ci-dessous :

- Accompagner **la personne** pour lui permettre d'être **acteur** de sa santé,
- Améliorer l'organisation des services de santé pour une **accessibilité renforcée** sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations,
- Renforcer la coordination des acteurs pour **des prises en charge adaptées**, de bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé,
- Promouvoir et garantir **la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge et des accompagnements.

[8] Parcours de soins maladies chroniques, HAS, 2013
[9] Prise en charge des malades chroniques, HAS, 2013
[10] Projet régional de santé Midi-Pyrénées, 2012-2017

Il s'agit donc de fédérer tous les acteurs œuvrant autour de la personne pour qu'elle devienne actrice de son *empowerment* en termes de prévention comme de prise en charge de sa maladie chronique. Cette prise en charge doit se recentrer, non plus sur la maladie, mais sur le patient dans sa globalité, sur l'optimisation de sa qualité de vie dans une vision systémique.

Cet empowerment doit notamment passer par l'éducation thérapeutique des patients. Aujourd'hui, ces programmes d'éducation sont conçus par pathologie et ne prennent pas en compte les besoins des patients polypathologiques. La HAS évoque le besoin de construire des solutions pour ces patients, qui ne reposent pas sur la somme de plusieurs programmes d'éducation. Cela explique, en partie, la faible adhérence des patients aux programmes d'ETP existants, seulement 6 à 8% des patients ont accès à l'éducation thérapeutique[11] [12].

Ces actions doivent également s'accompagner d'une réflexion autour de nouvelles formes de rémunération permettant de faire tomber les barrières d'un fonctionnement en silo et favorisant ainsi une prise en charge globale et coordonnée.

Ce projet est issu des **réflexions croisées de médecins spécialistes au sein de Clinavenir** et de la synthèse de **différents dispositifs actuellement opérationnels ou en expérimentation** : la CLIC (Clinique de l'Insuffisance Cardiaque), le Centre de plaies et cicatrisation, Diabscop, Emy Santé, les programmes d'ETP à destination des patients diabétiques, porteurs d'ulcère veineux et de prévention de la récidive de l'infarctus du myocarde, etc. Il semblerait aujourd'hui pertinent de décloisonner ces services qui fonctionnent encore en silo par pathologie.

I. Objet de l'expérimentation (Résumé)

Le projet consiste à mettre en œuvre un modèle de prise en charge globale des patients atteints de pathologies chroniques sur un même site géographique, depuis la phase de bilan jusqu'au suivi du patient. Les médecins spécialistes et les fonctions supports constituées de professionnels paramédicaux et du champ de l'accompagnement psychologique et social interviennent dans le bilan initial, le traitement et le suivi des maladies chroniques conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

Au sein d'une même unité de lieu, des moyens humains et techniques seront mutualisés pour créer une infrastructure « clé en main » sur laquelle viendront se plugger des vacations de médecins spécialistes en présentiel ou télémédecine.

Cette structure n'a pas vocation à se substituer au réseau de soins primaires mais à lui venir en appui pour le bilan initial puis le traitement et le suivi des maladies chroniques avec ou sans comorbidités associées. La place de référent du médecin traitant est maintenue.

Ce modèle d'organisation va requérir un haut niveau de coordination qui sera effectuée par des infirmières coordinatrices et un médecin coordinateur. Le recours aux nouvelles technologies de l'information sera bien sûr indispensable : télémédecine, télésurveillance, télésuivi, guichet unique sous forme de plateforme de rendez-vous, objets connectés, etc.

[11] Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques (ETP), HAS, 2018
[12] Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes, The American Diabetes Association, Diabetes Care Volume 43, Supplement 1, Janvier 2020

II. Objectifs

1. Objectifs stratégiques

Trois objectifs stratégiques ont été identifiés dans le cadre de ce projet :

- Faciliter l'accès aux soins : pour que le patient puisse bénéficier du juste soin au bon moment, il est nécessaire que sa prise en charge soit graduée. Il doit pouvoir accéder lorsque son état le nécessite à une offre spécialisée, en maintenant la fluidité dans son parcours et dans les interactions entre les professionnels qui le prennent en charge. C'est le premier objectif de notre dispositif.
- Améliorer la qualité de vie des patients et préserver leur autonomie : L'éducation thérapeutique, le télésuivi et la personnalisation de la prise en charge du patient, à travers ce parcours de soins optimisé, a pour principal objectif d'améliorer la qualité de vie et le quotidien du patient, ainsi qu'à prévenir l'aggravation de sa/ses pathologie(s) et la perte de son autonomie. Cet objectif est commun et prioritaire pour la politique de santé régionale et nationale.
- Créer un modèle de *disease management* à la française : Le *disease management* se focalise sur la relation entre le médecin et le patient dans le cadre d'un plan de soins, la prévention des complications en utilisant des recommandations scientifiquement fondées et les stratégies visant à accroitre les capacités des patients à se prendre en charge (*empowerment*).
  C'est un mode innovant de prise en charge, qui consiste concrètement à regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de différentes spécialités au sein d'une même structure et de fournir des soins complets, coordonnés et adaptés.

2. Objectifs opérationnels

Hospitalisation

- Réduire les fréquences et durées d'hospitalisation des malades chroniques grâce à un suivi et traitement personnalisé conforme aux recommandations de la HAS ;

Optimisation des organisations existantes

- Diminuer le nombre de consultations itératives en développant un lieu d'accueil spécifique pour le bilan initial médical et paramédical ;
- Libérer du temps médical de praticiens généralistes et spécialistes grâce à une nouvelle répartition des tâches, une nouvelle organisation (télémédecine, délégation / supervision, IPA, etc.) ;
- Mettre en place une prise en charge adaptée au niveau de sévérité du patient en identifiant les patients à plus faible compliance ou plus fort risque pour intensifier les interventions à leur égard ;

Personnalisation et autonomisation du patient

- Soutenir la notion de patient empowerment : formations de groupe transverses avec l'appui de patients experts, dialogues individualisés avec un infirmier spécialisé (coordonnateur de soins) sur la pathologie ;
- Evaluer les causes d'une faible compliance médicamenteuse ou comportementale parmi les suivantes : niveau de connaissance de la maladie, statut socioéconomique, environnement social, réduction des facultés physiques et/ou cognitives.

III. Description du projet

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

a. Mise en place de lieux d'accueil des patients :

Pour la concrétisation du projet, un premier lieu d'accueil des patients spécifique au projet sera aménagé au sein de la Clinique Pasteur. Cette structure offrira un plateau technique complet et suffisant pour répondre aux objectifs de l'expérimentation. Un second lieu du même type pourra être déployé en cours de projet, au sein de la clinique Monié.

Ces lieux d'accueil serviront à la réalisation des bilans initiaux à l'entrée des patients dans le programme ainsi qu'une partie du suivi récurrent :

- Réalisation des bilans initiaux : Des moyens techniques et humains seront mis en place pour permettre la réalisation de bilans médicaux et paramédicaux pour tous les patients bénéficiant du programme. Cette étape sera assurée par le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice, les médecins spécialistes et un ensemble de paramédicaux.
- Activité des ressources de coordination : Ces lieux d'accueil seront également les lieux d'activités des infirmières coordinatrices et du médecin coordinateur.

b. La coordination du parcours de soins

Une coordination à deux niveaux sera mise en place :

1) Niveau 1 - Coordination de l'ensemble du programme :

La coordination médicale et paramédicale sera assurée par un médecin coordinateur et un chef de projet soignant, respectivement.

Le rôle du médecin coordinateur consistera à assurer la coordination de l'ensemble des intervenants médicaux (médecins spécialistes, médecins adresseurs, …), l'animation des relations avec les médecins partenaires, le positionnement du dispositif dans les organisations et les institutions en place, ainsi que la définition des parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec le chef de projet soignant.

Quant au chef de projet soignant, il travaillera en collaboration avec le médecin coordinateur et sera responsable de la mise en place de la coordination de l'ensemble des équipes soignantes, l'organisation de la structure d'accueil et des formations pour les professionnels de santé concernés, la définition des parcours de santé, la coordination des actions de l'équipe soignante ainsi que la gestion, en termes de ressources humaines, des équipes mobilisées.

Au-delà des aspects médicaux et paramédicaux, un chef de projet sera présent pour la gestion opérationnelle du programme. Son rôle sera de travailler en collaboration avec le médecin

coordinateur et le chef de projet soignant, d'élaborer le plan d'action de la mise en œuvre du projet, d'identifier les outils nécessaires à la réalisation de l'ensemble des phases. Il sera également responsable de la collecte des indicateurs de suivi nécessaires à l'évaluation et à la répartition des forfaits ainsi que la formalisation des processus organisationnels, médicaux et financiers et de leur application dans une démarche qualité.

2) Niveau 2 - Coordination du parcours de soins de chaque patient : Celle-ci sera assurée par une infirmière coordinatrice (IDEC) et le médecin coordinateur. L'infirmière coordinatrice sera responsable de la coordination lors du bilan initial, du suivi éducationnel des patients, le suivi du respect du PPS ainsi qu'une partie du télésuivi. Le médecin coordinateur supervise l'activité des IDEC, a la charge de la synthèse des éléments relatifs à la construction des plans personnalisé de soins (PPS) pour les patients ayant plusieurs pathologies chroniques. Il assurera également une partie du télésuivi ainsi que la réévaluation de l'ensemble des patients ayant bénéficié d'hospitalisations non programmées.

c. Les outils informatiques et organisationnels déployés pour l'expérimentation

Clinavenir dispose d'un certain nombre de solutions informatiques et organisationnelles d'ores et déjà fonctionnelles au sein de ses établissements qui pourront servir de support au cours du projet. Dans le cadre de cette expérimentation le scope d'utilisation de ces solutions sera étendu et les patients et médecins pourront ainsi s'appuyer sur des outils ayant déjà démontrés leur efficacité :

Dopasoins : Le cœur du SI de la Clinique ambulatoire de la maladie chronique est d'abord basé sur le logiciel de dossier patient informatisé Dopasoins. Il s'agit d'une solution générique de suivi des soins permettant aux soignants d'interagir entre eux. Cet outil correspond au back-office du portail patient, les deux solutions étant ainsi interopérables.

Portail patient : Le deuxième logiciel socle est un portail informatisé, développé au départ par la Clinique Pasteur et aujourd'hui commercialisé sous le nom de Yooli. Ce portail est aujourd'hui utilisé par Clinavenir comme interface entre les établissements et les patients afin de préparer leur venue en hospitalisation de jour. Le patient peut ainsi renseigner toutes les informations requises par l'établissement de santé (informations administratives, résultats d'examens, etc.) en amont de sa venue. Il retrouve également sur ce portail l'ensemble des informations à connaitre en vue de son hospitalisation. En parallèle, les équipes de soins peuvent s'assurer en amont de l'arrivée du patient que l'ensemble des éléments nécessaires ont été renseignés afin, si besoin, de procéder à une relance de ce dernier.

A ce jour, le portail patient est utilisé en amont des hospitalisations uniquement. Dans le cadre du projet d'expérimentation détaillé dans cette lettre, des fonctionnalités opérationnelles mais encore non utilisées par Clinavenir pourront être déployées pour assurer le suivi du patient en aval de la phase de bilan. Les fonctionnalités concernées sont les suivantes : renseignement et suivi des consultations, intégration de l'ensemble des résultats d'examens, suivi de constantes renseignées par le patient dans l'outil. Ce portail pourra ainsi servir d'outil de suivi du PPS et de télésuivi du patient.

Tableau 2 - Taux d'utilisation actuel de l'espace patient par catégorie d'âge

Age	Utilisation
-18 ans	80%
19-30 ans	75%
31-40 ans	71%
41 -50 ans	71%
51-60 ans	68%
61-70 ans	63%
70+ ans	51%

Dopasoins et Yooli intégreront très prochainement les référentiels et services socles de la feuille de route nationale du numérique en santé (INS, PSC, MSSanté, DMP notamment), en intégrant les objectifs du programme Ségur numérique. Yooli a par ailleurs vocation à rejoindre le store de l'Espace Numérique de Santé dès 2022.

Comme tout DPI (Dossier Patient Informatisé), au-delà de l'intégration des référentiels et services socles nationaux, Dopasoins a évidemment vocation à intégrer des connecteurs pour les outils régionaux de coordination de parcours complexe déployés dans le cadre du programme e-Parcours.

En conclusion, DOPASOINS et Yooli seront à court terme totalement conforme à la Doctrine Technique nationale du Numérique en santé.

Emy santé : En parallèle, l'expérimentation s'appuiera également sur la solution Emy Santé, une solution qui facilite l'accès aux consultations de spécialistes pour les médecins adhérents (médecins généralistes intégrés à une MSP, etc.). L'objectif de cette solution est d'accélérer l'obtention des rendez-vous pour les patients ayant besoin de voir un spécialiste dans un délai contraint. A ce jour, les demandes de rendez-vous se font par formulaire transmis par messagerie sécurisée. D'ici le lancement du projet, cette fonctionnalité sera adaptée afin de pouvoir procéder aux demandes directement en ligne. Cette solution est donc parfaitement adaptée pour soutenir l'étape d'adressage et ainsi servir de guichet unique pour l'inclusion des patients dans le programme. Cette plateforme est actuellement mise en place et donc prête à être étendue au projet d'expérimentation. La plateforme fonctionnera comme *hotline* (numéro unique pour toute demande de rendez-vous comme d'informations) pour l'ensemble des médecins adresseurs, sans restriction et sans engagement de frais, moyennant la signature d'une convention par le professionnel de santé.

d. Répartition des patients

Deux groupes de niveaux de sévérité ont été définis selon le nombre de pathologies auxquelles est exposé un patient :

- **Groupe de patients monopathologiques (MONO)** : patients présentant une pathologie chronique du scope (cf. Tableau 4) et en échec thérapeutique malgré un parcours de prise en charge classique par le binôme médecin traitement / médecin spécialiste.
- **Groupe de patients pluripathologiques (POLY)** : patients présentant plusieurs pathologies chroniques du scope du projet (cf. Tableau 4) et nécessitant donc une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée.

e. Le parcours de soins :

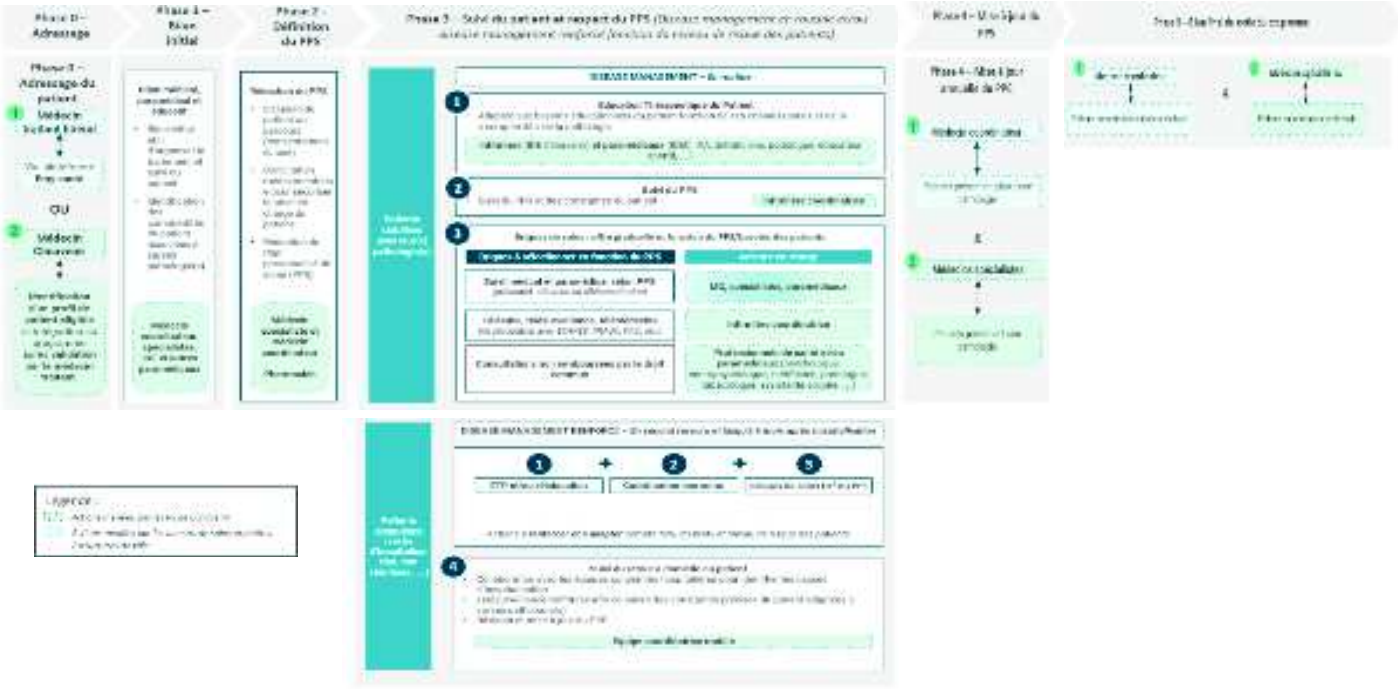


Figure 1: Vue générale du parcours de soins

Le parcours de soins se compose de 6 étapes (Figure 1) :

Phase 0 : Entrée des patients dans le parcours
Phase 1 : Bilan initial
Phase 2 : Définition du plan personnel de soins (PPS)
Phase 3 : Suivi du patient et respect du PPS
Phase 4 : Mise à jour annuelle du PPS
Phase 5 : Bilan final

1) Phase 0 : Entrée des patients

L'objectif est de partir de la file active déjà existante au sein des cliniques Clinavenir. Cependant, l'intégration des médecins traitants à l'expérimentation est un facteur de réussite du projet. Par conséquent, deux portes d'entrée sont possibles pour les patients :

- Par le médecin *Clinavenir* : les patients éligibles peuvent être identifiés directement par les médecins Clinavenir. Afin d'impliquer le médecin traitant dans le projet, ce dernier sera contacté afin de collecter son accord pour la participation du patient à l'expérimentation. Si un accord est donné par téléphone, le consentement du médecin traitant est confirmé par courrier électronique via la plateforme *Emy Santé.* Le patient peut alors intégrer le parcours. Il sera directement contacté par Emy Santé afin d'organiser sa journée de bilan et de lui

donner ses accès au portail patient afin qu'il renseigne l'ensemble de ses informations administratives et exprimer son consentement éclairé quant à l'intégration du programme et la récupération des informations relatives à son traitement de son pharmacien d'officine[13].

- Par le médecin traitant : lorsque le médecin traitant identifie un profil de patient qui pourrait bénéficier de l'expérimentation, il remplit un questionnaire sur la plateforme *Emy santé* permettant de confirmer l'éligibilité du patient. Après validation, le patient est directement contacté par Emy Santé sur le même format que pour les patients intégrés par un médecin Clinavenir.

2) Phase 1 : Bilan initial

En amont du bilan :

A la suite de la prise de contact par le centre d'appel, et en amont du rendez-vous, une secrétaire médicale appelle le patient pour procéder à une vérification des informations renseignées lors de l'intégration au programme par le médecin et pour lui demander de compléter les documents manquants ou de réaliser des examens de biologie ou d'imagerie nécessaires pour son bilan initial. Lors de cette étape, la secrétaire médicale peut apporter son soutien au patient pour l'aider à naviguer sur le portail patient. Cette étape permettra également de récolter le consentement éclairé du patient quant à son intégration au programme.

Les examens demandés au patient prendront en compte son historique afin de ne pas reproduire des examens réalisés récemment (biologie de moins de 3 mois, dépistage de la rétinopathie dans l'année, etc.).

L'infirmière coordinatrice aura également la charge de prendre contact avec le pharmacien d'officine après consentement du patient afin de confirmer les traitements dispensés au patient (informations relatives à l'observance, etc.)

Le jour du bilan :

Afin d'organiser la prise en charge et le suivi du patient sur les 2 années à venir, une journée de bilan au sein du lieu d'accueil Clinavenir sera organisée dès son entrée dans le parcours. Cette phase de bilan initial sera réalisée pour l'ensemble des patients intégrés au programme, qu'ils soient identifiés par leur médecin traitant ou par un médecin Clinavenir.

Ce bilan comprendra :

- **Un bilan médical** : Chaque patient bénéficiera de 3 à 4 consultations de spécialistes, adaptées à son profil de pathologie(s) / facteurs de risques (ex : les patients diabétiques pourront bénéficier d'une consultation par un diabétologue, un cardiologue et un médecin du sport). Ces consultations permettront d'identifier les besoins médicaux du patient, de potentiels comorbidités et dans le cas du médecin du sport, identifier le besoin de prescription d'une réadaptation à l'effort.

[13] Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical partagé et l'alimente.

Pour les patients ayant déjà réalisé un des examens proposés récemment (biologie dans les 3 mois, bilan de rétinopathie dans l'année, etc.), il ne sera pas demandé de les réaliser de nouveau.
Cette phase de bilan pourra également actionner, selon les besoins des différents patients, des équipes spécialisées déjà présentes au sein des murs des cliniques du groupe :

- Equipe mobile de gériatrie
- Chirurgien dentistes

- **Un bilan paramédical** : Ce bilan viendra compléter le bilan médical en récoltant toutes les informations pertinentes pour la personnalisation du plan de soins via une série de consultations :
  - Infirmière coordinatrice : Prise des constantes, questionnaires, évaluation des connaissances, évaluation médico-sociale, etc.
  - Diététicien : Bilan nutritionnel
  - Psychologue : Bilan psychologique
  - Neuropsychologue : Diagnostic d'éventuels troubles cognitifs
  - Tabacologue : Evaluation de l'addiction et mise en place d'un programme de sevrage tabagique.
  - Educateur sportif : tests fonctionnels adaptés

- **Conciliation thérapeutique** : Chaque patient bénéficiera d'une phase de conciliation médicamenteuse effectuée par le pharmacien Clinavenir afin de prévenir et intercepter tout risque d'erreur dans le traitement du patient et de s'assurer de la sécurité de sa prise en charge. En cas de difficultés, le pharmacien Clinavenir pourra contacter le pharmacien d'officine. Le médecin traitant recevra la conclusion de la conciliation médicamenteuse.

Dans certains cas, les patients pourront intégrer le programme en sortie d'hospitalisation. Bien que ces patients aient bénéficié d'un bilan de sortie, la phase de bilan initial médical et paramédical leur sera également proposée étant donné les objectifs différents du bilan de sortie d'hospitalisation (bilan spécifique à la cause de l'hospitalisation) et du bilan initial de notre projet (approche plus large prenant en compte le patient et ses pathologies dans leur globalité).

Le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice supervisent et s'assurent de la bonne organisation et de la transmission des flux d'information entre chaque acteur du programme.

3) Phase 2 : Définition du PPS

A la suite de la phase de bilan, une consultation de définition du PPS sera mise en place avec :

- le médecin spécialiste pour les patients atteints d'une pathologie unique
- le médecin coordinateur pour les patients polypathologiques
- l'infirmière coordinatrice pour l'ensemble des patients

Au cours de cette consultation, un Plan Personnalisé de Soins (PPS) sera construit. **Son contenu sera adapté aux besoins du patient, selon son profil pathologique, l'existence de facteurs de risques et sa situation psychologique et sociale**. Il contiendra toutes les informations autour de la prise en charge du patient et pourra notamment contenir:

- le nombre de consultations médicales et paramédicales[14].
- les caractéristiques et la fréquence du télésuivi : une série d'indicateurs seront identifiés en début de programme pour couvrir les besoins de l'ensemble des pathologies du scope de l'étude. Le médecin en charge de la rédaction du PPS pourra ainsi sélectionner les indicateurs les plus adaptés pour le suivi de leur patient. La fréquence de la remontée des informations sera également identifiée dans le PPS.
- la prescription de réadaptation à l'effort
- le suivi éducationnel à mettre en place : participation à des ateliers d'ETP ou à des actions éducatives.

Aucun de ces éléments ne sera obligatoire ou automatique. La prise en charge dont bénéficie déjà le patient sera prise en compte au moment de la rédaction afin d'éviter des doublons.

A la suite de la rédaction du PPS, le médecin traitant sera sollicité pour valider le contenu du PPS.

L'élaboration du PPS est accompagnée par la fourniture de matériel(s) nécessaires pour le suivi des indicateurs et constantes liés aux pathologies en question. Le type de matériel fourni sera adapté au profil (pathologies, matériel déjà disponible, etc.) de chaque patient et pourra comprendre :

- Balance ;
- Tensiomètre électronique d'automesure ;
- Saturomètre ;
- Podomètre.

Ces outils sont fournis aux patients dans un cadre de prêt de longue durée et seront récupérés à l'issue du programme pour être réutiliser par d'autres patients.

4) Phase 3 : Suivi du patient et respect du PPS / ''Disease management''

La phase de disease management pourra s'étaler sur un à deux ans, avec une intensité qui variera selon les besoins du patient et qui s'adaptera entre la première à la deuxième année de suivi. A cette phase du programme, la prise en charge de chaque patient est fonction de son profil pathologique et du niveau de sévérité auquel il est attribué et sera suivie par les infirmières coordinatrices. Les briques de soins du ''Disease management'' seront composées de :

i. Suivi du PPS par l'infirmière coordinatrice et télésuivi :

Actuellement, la télésurveillance n'existe qu'en monopathologie et est peu paramétrable. En amont du lancement de l'expérimentation, une série d'indicateurs faciles à remonter sera identifiée par les équipes Clinavenir pour couvrir les besoins de l'ensemble des pathologies du scope de l'étude. Au moment de la constitution du PPS, le médecin spécialiste (patients monopathologiques) ou le médecin coordinateur (patients polypathologiques) sélectionnera parmi ces indicateurs, celui/ceux qui est/sont le plus adapté(s) à chaque patient. La fréquence et la remontée des informations sera également identifiée dans le PPS.

[14] Les consultations médicales et paramédicales faisaient partie du suivi « classique » des patients ne sont pas comprises dans le cadre de ce projet d'expérimentation mais seront toutefois inscrites au PPS.

L'ensemble des patients bénéficieront d'un télésuivi avec un niveau d'intervention adapté à leurs besoins et à leurs niveaux de risque. Les actions au cours de cette étape du parcours sont les suivantes :

- Suivi du PPS sur l'outil numérique : l'infirmière s'assure que le patient a honoré l'ensemble de ses rendez-vous (médicaux, paramédicaux, éducatifs, sportifs, etc.),
- Récupération des données des examens médicaux et paramédicaux : l'infirmière prend contact de manière régulière avec le patient afin de récupérer et intégrer au système d'information l'ensemble des éléments issus de ses différents rendez-vous (comptes rendus biologiques, etc.) ainsi que les indicateurs sélectionnés dans le PPS. Le numérique ne devra pas être un frein à la prise en charge et le projet d'expérimentation ne devra pas créer de « fracture numérique ». C'est pourquoi il a été pris la décision qu'aucune donnée ne sera remontée par des objets connectés.

Analyse des données cliniques et remontée des écarts au médecin coordinateur : en cas d'écart à la normal, des alertes sont générées et seront traitées par l'infirmière coordinatrice qui pourra choisir d'avertir le médecin coordinateur afin de mettre en place des actions correctives. Ces actions seront soit médicales (consultations médicales, ajustement du traitement, etc.), soit éducatives (consultations d'alerte par un diététicien, une infirmière d'éducation, une APA) selon les besoins du patient. La gestion médicale n'est pas détaillée dans le cahier des charges car patient-dépendante. Cependant, elle sera réalisée dans le respect des Recommandations et les Gold Standards médicaux en coordination avec le médecin traitant.

ii. Education du patient :

Au cours du parcours, l'ensemble des patients bénéficieront d'éducation thérapeutique afin de leur permettre d'acquérir ou de maintenir les compétences nécessaires pour bien vivre avec leur(s) pathologie(s). Cette phase éducative prendra des formes variables selon le niveau de sévérité du patient :

Pour les patients monopathologiques :

Mise en place d'un programme d'ETP classique aujourd'hui financé par l'ARS. Les séances d'ETP comprendront :

- Un bilan éducatif initial : Cette étape sera réalisée par l'infirmière coordinatrice au cours de la journée de bilan. Il comprendra notamment une évaluation du degré de connaissance du patient de ses pathologies et de son engagement et participation dans sa propre prise en charge.
- Des séances d'ETP : Le nombre et le contenu des séances d'éducation thérapeutique seront décidés par le médecin en charge de la rédaction du PPS en début de parcours.
- Un bilan éducatif final : En aval des séances d'ETP, une évaluation du développement des connaissances du patient à la suite de la formation sera réalisée par l'infirmière de coordination.

Pour les patients polypathologiques :

Les patients polypathologiques bénéficieront d'actions éducatives individuelles et transverses non plus basées sur la pathologie uniquement (programme d'ETP diabète, programme d'ETP BPCO, etc.) mais sur les besoins généraux des patients atteints de maladies chroniques.

Il s'agit de consultations éducatives individuelles et à proximité, « à la carte », considérant l'ensemble des pathologies et facteurs de risque des patients, leurs besoins et niveaux de sévérité. Ces séances permettront au patient d'avoir une formation complète autour de sa/ses pathologie(s) et des modalités de prise en charge (observance du traitement, nutrition, etc.).

Ces actions éducatives seront réalisées par les acteurs suivants :

- Diététicien : 1 session d'une heure par patient
- Infirmière d'éducation : 2 sessions d'une heure par patient
- APA : 1 session d'une heure par patient

Ces actions éducatives seront ensuite renforcées sur le long terme grâce à des consultations de suivi (cf. paragraphe suivant : consultations avec un neuropsychologue, suivi diététique avec un diététicien, suivi psychologique avec un psychologue, aide à l'arrêt du tabagisme et suivi avec un tabacologue).

Les professionnels intervenant dans les phases d'éducation sont formés et suivent les recommandations de l'HAS sur l'ETP pour inscrire ces actions éducatives dans une démarche d'ETP.

iii. Offres de soins non remboursés dans le droit commun :

Une offre de soins complémentaire sera déployée pour répondre aux besoins transverses rencontrés lors de la prise en charge des pathologies chroniques. Les consultations proposées aux patients seront là aussi fonction des profils pathologiques et des facteurs de risque :

- Diététicien : Un suivi nutritionnel pour les patients dont l'enjeu alimentaire est important dans la prise en charge de leur(s) pathologie(s),
- Psychologue : Un suivi des évolutions psychologiques des patients souffrant de troubles psychologiques notamment ceux sous traitement antidépresseur,
- Neuropsychologue : l'intervention d'un neuropsychologue dans le cadre du bilan et la disponibilité de la filière gériatrique au sein des établissements Clinavenir permettront les actions suivantes :
    - Réalisation du dépistage et à l'orientation de ces patients
    - Adaptation des objectifs thérapeutiques aux patients ayant des troubles cognitifs : éviter la polymédication, limiter les traitements confusiogènes ou hypoglycémiants,
- Tabacologue : Une aide à l'arrêt du tabac et suivi pour les patients fumeurs,
- Activité Physique Adaptée (APA) : Organisation de séances de groupe (10 ou 4 patients) de réadaptation à l'effort. En parallèle, des vidéos adaptées seront disponibles dans l'espace patient. D'un point de vue opérationnel, des moyens et outils (partenaires, salles de sports, etc.) sont disponibles pour la mise en place de l'APA.
- Assistante sociale : Bilan de la situation médico-sociale des patients et orientation vers les assistantes sociales territoriales, jouant ainsi un rôle de relai vers les dispositifs existants dans le territoire.

La répartition de l'offre de soins non remboursés entre les trois groupes de patients est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Taux de recours aux offres de soins non remboursées par le droit commun par niveau de sévérité

	MONO	POLY
Diététicien	100% *1 séance / an*	100% *2 séances / an*
Psychologue	75% *1 séance / an*	75% *2,5 séances / an*
Neuropsychologue	+ de 65ans (50%) *1 consultation / an*	
Tabacologue	Patients fumeurs (20%) *4 consultations / an*	
Assistance sociale	100% *1 / an*	
Educateur sportif	75% des patients Séance par groupe de 10 patients : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 9 mois - puis 1 tous les 2 mois pendant 1 an (2ème année de suivi) Séance par groupe de 4 patients : - 2/semaine les 3 premiers mois - puis 1/ mois pendant 1 an 9 mois	75% des patients *Séance par groupe de 10 patients (70% des patients polypathologiques concernés par l'APA) :* - *2/semaine les 3 premiers mois* - *puis 1/ mois pendant 9 mois* - *puis 1 tous les 2 mois pendant 1 an (2ème année de suivi)* *Séances par groupe de 4 patients (30% des patients monopathologiques concernés par l'APA) :* - *2/semaine les 3 premiers mois* - *puis 1/ mois pendant 1 an et 9 mois*

Dans le cadre de l'expérimentation, l'offre de soins d'activité physique adaptée (APA) se différencie non seulement entre les patients monopathologiques et polypathologiques (fréquence graduelle) mais également au sein du groupe de patients polypathologiques (séances de groupe de 4 ou 10 participants selon les besoins du patient).

Les résultats du programme Capacity[15] montrent l'intérêt et l'impact de l'APA sur l'état de santé des patients polypathologiques ainsi que sur leur qualité de vie. Une diminution de la graisse abdominale, une amélioration des capacités à l'effort et une amélioration du bilan hépatique et de l'équilibre glycémique ont été constatés chez des patients présentant une à plusieurs affections, essentiellement cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires et de santé mentale. Au vu de ces résultats, il a semblé essentiel de proposer des séances en groupes de taille restreinte (4 patients) et donc concentrées sur les besoins spécifiques des patients pour une part des patients polypathologiques, afin de s'assurer d'un impact médical fort.

Également, le nombre moyen de séances minimum à proposer a été défini à 33 séances pour chaque année de suivi. En effet, la réduction de ce nombre de séances est liée à un risque important de décrochage des patients. Si la motivation n'est pas entretenue, tout l'investissement initial pourrait être perdu. Des études[16] appuient ces propos en montrant l'importance de déployer un dispositif d'APA avec une fréquence soutenue et sur le long terme :

[15] Capa-city est un centre d'APA mettant en place un programme adressé aux personnes de tous âges, obèses ou en surcharge pondérale, compliquée ou non d'une ou plusieurs pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire , maladies cardiovasculaires…) et aux personnes valides en situation de fragilité et/ou de sarcopénie (personnes âgées >70 ans, personnes atteintes de cancers …). Une cohorte de patients a été suivie pendant 4 mois afin d'établir l'impact du programme sur l'état de santé.

[16] Ninot G. et al., Justification scientifique de la prescription en première intention de programmes d'activité physique à visée thérapeutique dans les maladies chroniques, BEH, Novembre 2020, Santé Publique France

- Diabète : L'expertise collective Inserm recommande en première intention la prescription d'un programme d'APA, supervisé et progressif d'au moins 3 mois combinant au minimum, 3 séances d'endurance d'intensité modérée à forte et 2 séances de renforcement musculaire par semaine pour garantir la baisse la plus importante d'HbA1c chez les patients DT2.
- AOMI: L'expertise collective Inserm recommande la mise en place du protocole de Gardner en phase initiale, pendant 2 à 3 mois pour atteindre un volume d'entrainement total de 1 500 à 2 000 minutes

Ces séances d'APA seront réalisées dans le respect des recommandations de la HAS[17] [18].

iv. Consultations d'alertes :

Dans le cadre du télésuivi, les alertes générées et traitées par l'infirmière coordinatrice en collaboration avec le médecin traitant pourront se traduire par la mise en place de consultations « d'alertes » afin de proposer une prise en charge soutenue répondant aux besoins du patient à un temps T. L'objectif de ces consultations sera de corriger les constantes du patient. Ces consultations pourront être réalisées par :

- Le diététicien
- L'infirmière d'éducation
- L'APA

Ces consultations ne constituent pas un doublon mais viennent en support des autres activités de soins prévues dans le cadre de l'expérimentation. Ces consultations sont déclenchées par le médecin coordinateur lors de la phase « d'analyse des données remontées par l'infirmière & prise de décision ».

v. Suivi du retour à domicile

Dans le cas d'une hospitalisation non programmée (décompensation, exacerbation, etc.) d'un des patients intégrés à l'expérimentation, le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice prendrons connaissance du dossier médicale afin d'identifier les causes de l'hospitalisation et de mettre en place des actions correctives.

Cette étape pourra être réalisée via différents canaux :

- Téléconsultation
- Déplacement de l'équipe mobile au chevet du patient pour les patients hospitalisés au sein de la clinique Pasteur,
- Déplacement de l'équipe mobile au domicile du patient dès sa sortie d'hospitalisation dans certains cas.

Le médecin coordinateur pourra décider de réviser le PPS afin de l'adapter aux problématiques rencontrées par le patient pour éviter une potentielle rechute. Parmi les éléments du PPS qui pourront être adaptés, il est possible de noter :

[17] Maladie chronique : une ordonnance d'activité physique sur mesure, HAS – 11/2019
[18] Activité : adapter la prescription à la situation du patient, HAS – 11/2019

- Renforcement du télésuivi lors du retour à domicile (nouveaux indicateurs suivis, fréquence révisée, etc.),
- Renforcement des actions médicales et/ou éducatives
- Renforcement des consultations,
- Etc.

  Le médecin traitant sera prévenu de toute modification du PPS.

5) Phase 4 : Mise à jour annuelle du PPS et suivi au cours de la deuxième année

A l'issue de la première année de suivi, une consultation de révision du PPS du patient sera réalisée sur un même format identique à la définition du PPS. Cette étape permettra de préparer la transition avec le médecin traitant sur la 2ème année de suivi. En effet, lors de la deuxième année du projet, un programme de suivi allégé et à distance sera mis en place pour l'ensemble des patients. Ce suivi allégé contiendra les actions suivantes :

- Le suivi du PPS et le télésuivi par l'infirmière coordinatrice et le médecin coordinateur sur le même format que pour l'année 1
- Les consultations d'alertes sur le même format que pour l'année 1
- Les séances de sport sur un format allégé par rapport à l'année 1

6) Phase 5 : Bilan final

Après deux ans de suivi et à la sortie du programme, un bilan final sera programmé pour l'ensemble des patients. La réalisation de ce bilan aura un format proche de la mise à jour annuelle du PPS avec une consultation par le médecin spécialiste pour les patients monopathologiques et par le médecin coordinateur pour les patients polypathologiques.

L'infirmière coordinatrice contribuera également à l'élaboration du bilan final notamment sur la composante médico-sociale.

Cette consultation sera complétée par une consultation par un médecin du sport permettant d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient et de prescrire un programme d'APA assurant ainsi la continuité de l'évolution.

Ce bilan final a pour objectif de préparer le patient à retrouver un suivi classique, de faire le lien avec le médecin traitant et ainsi s'assurer de conserver le bénéfice du programme dans le temps.

En amont de ce bilan final, la sortie du patient est libre à tout moment du parcours. A chaque sortie de parcours, un courrier associé à l'ensemble des données médicales obtenues au cours du projet sera envoyé à son Médecin Traitant sous le format d'une synthèse.

7) Articulation avec le médecin traitant

Ce parcours n'a pas pour objectif de remplacer l'organisation de ville, mais a pour but de mettre en place des acteurs « modulables » pour faciliter la PEC du patient : « Une MSP de 2nd recours, une MSP

de spécialistes que le 1er recours peut solliciter ». De nombreux échanges ont eu lieu avec l'URPS Occitanie et notamment son président. Le projet est accueilli très favorablement dans ce positionnement d'organisation libérale de 2nd recours étant donné qu'il répond à des attentes exprimées par les équipes de médecine de ville.

L'articulation avec le médecin traitant (qu'il soit généraliste ou spécialiste) débute dès la phase d'adressage avec la possibilité d'inclure directement leurs patients dans le projet d'expérimentation via la plateforme Emy Santé.

Lors du suivi, l'articulation entre la Clinique des Maladies Chroniques et le médecin traitant se déroulera de la manière suivante :

- Accès aux données du patient (après accord de ce dernier) via le portail patient / Yooli
- Envoi de courriers au médecin traitant :
    - À la suite de la phase de bilan et de rédaction du PPS,
    - A la suite de la conciliation médicamenteuse,
    - À la suite de chaque mise à jour du PPS,
    - À la suite de chaque alerte traitée par l'équipe de coordination,
    - A la sortie du patient (fin de programme ou après une sortie anticipée).

8) Articulation avec le projet régional de santé

La proposition de ce parcours de soins optimisé se croise avec les thèmes transversaux du projet régional de santé 2ème génération, de l'Occitanie. Parmi ces thèmes on retrouve l'organisation des soins, la prévention et la promotion de la santé, la transformation numérique en santé et l'amélioration de la qualité, la sécurité et la pertinence de l'offre de soins. De ce fait ce projet de parcours de soins optimisé viendra appuyer les engagements du PRS2 à savoir :

- Repérage et accompagnement précoces, par la prise en compte non pas que de la pathologie du patient mais aussi aux comorbidités associées et à son exposition à des facteurs de risque.
- Implication et responsabilisation du patient à travers l'éducation thérapeutiques des patients et le développement du concept de l'*empowerment*.
- Meilleur accès aux soins dans les territoires par une présence médicale et soignante accrue, à travers les différents lieux d'accueil équipés de moyens humains et techniques complets et adaptés.
- De nouvelles formes d'organisation permettant de renforcer la coordination entre professionnels de santé, l'élément central du projet étant de réunir différents profils de professionnels de santé et de coordonner leur activité pour une offre de soins complète et de qualité.
- Exigence de qualité, sécurité et pertinence à chaque étape de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, assurée à travers le bilan initial et la conciliation médicamenteuse en amont et le plan personnalisé de soins pour chaque patient en aval de l'intégration au programme.

La concrétisation de l'expérimentation s'appuiera notamment sur les ressources des différents dispositifs de coordination et d'offre de soins, notamment en termes de ressources humaines pour les

HAD, les CPTS, les MSP, etc. Lors de la généralisation, les programmes de prise en charge pourront s'appuyer sur les structures présentes dans les territoires concernés.

2. Population Cible

Le choix des pathologies à intégrer à l'expérimentation s'est basé sur une série de critères :

- Epidémiologie des pathologies en Haute-Garonne,
- Poids dans la dépense de santé totale,
- Part moyenne des hospitalisations,
- Part moyenne des hospitalisation potentiellement évitables (HPE),
- Capacité à faire par les équipes des établissements Clinavenir.

L'ensemble des pathologies sélectionnées est présenté dans le Tableau 4. La population cible correspond donc aux patients atteints de l'une ou plusieurs de ces pathologies, quels que soient la prise en charge dont ils bénéficient, leur situation sociale et les facteurs de risques associés.

A ces pathologies peuvent s'ajouter des facteurs de risque. Dans le cadre de cette expérimentation, nous avons choisi d'en sélectionner trois, en utilisant une méthodologie identique à celle utilisée pour la sélection des pathologies. Les facteurs de risque retenus sont : Obésité (IMC≥30), l'âge (≥75ans) et le risque psychiatrique (patients sous traitement antidépresseur).

Tableau 4 : Pathologies sélectionnées dans le cadre du projet Article 51 "Clinique des pathologies chroniques"

Groupe de pathologies	Pathologies ciblées
Maladies cardiovasculaires (CV)	Hypertension artérielle Maladie coronaire chronique Insuffisance cardiaque chronique et aiguë Syndrome coronaire aigu Thromboses veineuses profondes Embolie pulmonaire Artériopathie oblitérante du membre inférieur
Diabète	Diabète de Type 1 Diabète de Type 2
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	Maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique
Maladies respiratoires	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
Maladies du foie	NASH
Maladies rénales	Insuffisance rénale chronique
Cancers *(patients traités par thérapies orales uniquement)*	Cancer du sein Cancer de la prostate Cancer colorectal

a. Critères d'inclusion

Les patients inclus seront identifiés sur la base de critères médicaux et d'un besoin d'une prise en charge médico-sociale :

- **Patients monopathologiques** : les patients présentant une seule pathologie du scope (cf. Tableau 4) pourront être inclus à l'expérimentation sur la base des critères suivants :

Diabète :

- Diabète diagnostiqué dans l'année ;
- Difficulté de prise en charge à domicile : problème de compliance aux traitements et aux recommandations diététiques ;
- Diabète déséquilibré.

Insuffisance cardiaque :

- Patient ayant présenté une décompensation cardiaque, hospitalisé ou non ;
- Diagnostic récent d'une insuffisance cardiaque ;
- Difficulté de prise en charge à domicile : problème de compliance au traitement et au recommandation diététique.

Maladies coronariennes :

- Patient ayant présenté un SCA ;
- Patient coronarien difficile à prendre en charge (équilibre des facteurs de risque, activité physique, trouble psychologique, ...) ;
- Patient récemment hospitalisé pour revascularisation.

Artériopathie des membres inférieurs :

- Patient présentant des facteurs de risque non contrôlé ;
- Patient au stade de claudication nécessitant un encadrement pour la reprise et le maintien de l'activité physique ;
- Patient récemment hospitalisé pour revascularisation.

Maladies inflammatoires chroniques intestinales :

- Patient sous immunosuppresseurs ;
- Patient sous biothérapies : anti-TNF, anti-Intégrine, anti-Interleukine, ... ;
- Patient présentant des troubles de l'observance et des troubles nutritionnels ;
- Patient avec complications de la maladie : fistule, sténose, abcès ;
- Patient avec MICI et pathologie associée : SPA, cholangite sclérosante, uvéite, … ;
- Patient en suivi post opératoire pour limiter le risque de récidive post op à long terme.

Cancer (prostate / sein / colorectal) :

- Patient traité par thérapie orale

Insuffisance rénale chronique :

- Patient présentant une autre pathologie du scope, en plus de son insuffisance rénale

NASH :

- Patients présentant une fibrose sévère

BPCO :

- Patient dès la première exacerbation, avec hospitalisation ou non

- **Patients pluripathologiques** : patients présentant plusieurs pathologies du scope du projet (cf. Tableau 4) et nécessitant donc une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée

Que ce soit pour les patients monopathologiques ou pluripathologiques, le besoin d'une prise en charge médico-sociale sera identifié sur la base des critères suivants :

- Patients avec un parcours de soins difficile en ville,
- Faible accès aux professionnels libéraux,
- Patients avec un parcours avec des pertes de chance et des risques d'aggravation : éloignement, complexité du patient et risque de rupture de la PEC,
- Difficultés ressenties par le médecin traitant pour assurer une PEC de qualité au patient.

Dans tous les cas, l'accord du médecin traitant devra être obtenu.

b. Critères d'exclusion

- Opposition de la part du médecin traitant à l'intégration au programme, s'il n'en est pas le prescripteur ;
- Patients âgés de moins de 18 ans ;
- Patient présentant des troubles cognitifs pour lesquels un aidant ne peut pas les accompagner dans la bonne compréhension des informations données dans le cadre du programme ;
- Patients présentant des troubles psychiatriques ne permettant pas la réalisation du PPS et/ou un accompagnement à distance,
- Patients bénéficiant d'une prise en charge dans l'un des dispositifs suivants : PRADO, programme d'ETP, ETAPES, MAIA, PTA, forfait MRC (afin d'éviter tout risque de doublon). La participation au dispositif Asalée ne fait pas partie des critères d'exclusion[19].

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Dans le cadre de cette expérimentation, un total de 1 350 patients pourra être suivi. Une montée en charge progressive sera mise en place avec 450 patients inclus la première année, 575 patients inclus la 2ème année et 325 patients inclus la 3ème année. Un rapport intermédiaire sera produit à mi-parcours (2,5 ans d'expérimentation) afin de faire la preuve de concept de l'organisation mise en place pour prendre en charge les patients en lien avec la médecine de ville. Selon les premiers résultats de cette évaluation, des ajustements pourront être envisagés notamment en terme d'implémentation du dispositif, de coordination avec la médecine de ville, d'ajustement des forfaits avec le cas échéant l'introduction soit d'un intéressement à la performance à répartir entre les acteurs, soit d'un risk sharing basé sur la performance.

Une extraction des données du PMSI a été réalisée afin de s'assurer que la volumétrie de patients est atteignable. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés au sein des cliniques Clinavenir est estimé à environ **10 000 patients sur l'année 2019** pour les pathologies considérées. Il est essentiel de noter que cette file active est sous-estimée étant donné qu'une part des patients pris en charge au sein de Clinavenir pour ces pathologies n'a pas bénéficié d'hospitalisation.

[19] Pour Asalée, le principe de coordination et de subsidiarité fera foi.

Les données détaillées relatives au nombre de patients par pathologie sont présentées dans le tableau ci-dessous. Ces données correspondent donc à une hypothèse basée sur la ventilation actuelle au sein des cliniques Clinavenir. Ces données pourront être validées au moment de l'évaluation du projet.

Tableau 5 : Extraction PMSI des patients traités au sein des cliniques Clinavenir (2019)

Pathologie	Nombre de patients
BPCO	864
Cancer du colorectal (thérapie orale)	99
Cancer du sein (thérapie orale)	171
Cancer de la prostate (thérapie orale)	90
Diabète	2 092
HTA	1 324
Insuffisance cardiaque	2 329
Maladie coronaire chronique	4 974
SCA	793
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	880
Thromboses veineuses profondes	114
Embolie pulmonaire	153
NASH	400 *(estimation)*
MICI	225
Insuffisance rénale	534
Total	**9 849**

En appliquant le système de répartition des patients selon le nombre de pathologie sur la file active de patients de l'année 2019 de Clinavenir (uniquement pour les pathologies ciblées par l'expérimentation), la répartition en 2 niveaux a été obtenue :

- Groupe de patients monopathologiques : 62% des patients
- Groupe de patients polypathologiques : 38% des patients

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

Les professionnels intervenant au cours du projet, ainsi que les actions respectives, sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Professionnels de santé concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Professionnels impliqués	Rôle(s)
Chef de projet (salarié Clinavenir)	• Travaille en collaboration avec le Médecin coordinateur de projet • Organise et mets en œuvre du projet ART51 • Elabore le plan d'action de la mise en œuvre du projet • Identifie et met en place les outils nécessaires à la réalisation de toutes les phases du projet (SI, facturation, paiement au forfait, évaluation externe), conformément aux engagements du cahier des charges • Développe et collecte les indicateurs du suivi du projet nécessaires à l'évaluation et à la répartition des forfaits, • Formalise les processus organisationnels, médicaux et financiers et s'assure de leur application dans une démarche qualité • Organise des réunions du comité opérationnel.
Médecin coordinateur (salarié Clinavenir)	• Mets en place la coordination de l'ensemble des intervenants qui participent au fonctionnement médical de la structure (services médicaux, paramédicaux, biomédicaux…) • Anime les relations avec les médecins partenaires (les spécialistes et les généralistes adresseurs) • Contribue au positionnement du dispositif dans les organisations et les institutions en place • Contribue à la définition des parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec l'infirmière chef de projet. • Agrège les informations nécessaires à la construction du PPS de l'ensemble des médecins traitant libéraux et les médecins Clinavenir pour les patients pluri pathologiques, • Elabore le PPS pour les patients pluri pathologiques, • A la charge du bilan des patients hospitalisés, • Mets à jours le PPS annuellement pour les patients pluri pathologiques, • Suit et fait remonter les informations d'intérêt à l'équipe médicale.
Chef de projet soignant (salarié Clinavenir)	• Travaille en collaboration avec le Médecin coordinateur de projet • Travaille en collaboration avec le chef de projet • Mets en place la coordination de l'ensemble des équipes soignantes nécessaires au fonctionnement de la structure (IDEC, podologue, psychologue, diététicienne, éducateur APA, secrétaire médicale…) • Organise la structure d'accueil (adaptation des locaux, installation SI…) • Organise les formations pour les professionnels de santé concernés • Définit les parcours de santé, en organisant les circuits de prises en charge et en structurant les échanges d'informations avec le chef de projet médical, création ou adaptation des outils et documents de liaison • Prépare l'information des patients et de leurs familles par la réalisation de différents documents (plaquettes, affiches…) • Contribue à l'information des professionnels partenaires • Supervise la coordination des actions et des interventions de l'équipe soignante • Gestion RH des équipes mobilisées
Médecins généralistes (Libéraux)	• Réalise les consultations habituelles de suivi, • Est informé du PPS et des modifications apportées • Est informé de la conciliation médicamenteuse
Spécialistes (Libéraux)	• Réalisation les consultations de bilan, • Rédige le PPS pour les patients ayant une seule pathologie, • Réalise les consultations habituelles.
Infirmière coordinatrice (salarié Clinavenir)	• Réalise la phase de bilan médico-social et éducationnel du patient • Elaboration du PPS • A la charge de la coordination du parcours du patient (contrôle et respect du PPS) • Suit les constantes du patient et remonte les écarts au médecin coordinateur
Autres acteurs libéraux *(Podologue, diététicien, psychologue, éducateur sportif, assistante sociale, etc.)*	• Anime les ateliers d'ETP • Réalise les consultations d'évaluation dans le cadre du bilan initial • Réalise les consultations classiques (podologie, nutrition / diététique, psychothérapie, APA, etc.) non couvertes par le droit commun
Pharmacien Clinavenir	• A la charge de la conciliation médicamenteuse
Pharmacien d'officine	• Est contacté par l'infirmière de coordination lors de la phase de pré-bilan (confirmation des traitements, adhérence, etc.) en cas d'accord du patient • Peut être contacté par le pharmacien Clinavenir lors de la conciliation médicamenteuse, en cas de besoin
Secrétaire médicale	• Hotline EmySanté • Relance des patients en amont du bilan initial

5. Terrain d'expérimentation

En raison de la répartition géographique des établissements de santé participant à l'expérimentation, et donc de l'origine géographique des patients qui pourront intégrer le projet, le territoire sélectionné correspond au Grand Toulouse (Figure 2).

Figure 2 – Territoire concerné par l'expérimentation

Des réflexions sont en cours afin d'assurer une articulation à l'expérimentation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et/ou des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) localisées dans cette zone géographique.

6. Durée de l'expérimentation

La durée de ce projet est estimée à 5 ans. Une hypothèse d'un démarrage du programme à la suite du premier recrutement au 2nd semestre (S1) 2022 est émise (cette hypothèse dépendra du respect du calendrier prévisionnel en amont de la mise en œuvre du programme).

Les 6 premiers mois correspondent à une phase d'amorçage du programme, faisant suite à la publication du cahier des charges et seront notamment destinés à réaliser les travaux suivants :

- Déploiement de la communication auprès des professionnels de santé du territoire,
- Préparation de l'ensemble des outils nécessaires au bon déroulement du projet,
- Formation des professionnels de santé.

Les années suivantes seront consacrées au fonctionnement opérationnel de l'expérimentation.

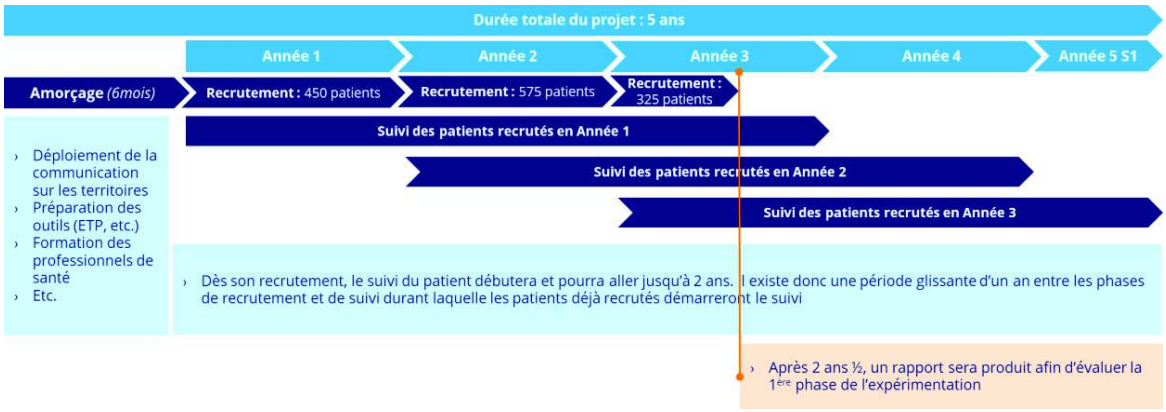


Figure 3 - Planning de l'expérimentation

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

- Pour la gouvernance et le suivi de la mise en œuvre du projet, un comité opérationnel sera mis en place :
    - Composé de l'équipe opérationnelle, à savoir le/les médecins coordinateurs, les infirmières coordinatrices, les médecins spécialistes impliqués et deux représentants de l'équipe administrative de Clinavenir.
    - Le comité organise un suivi :
        - Tous les mois jusqu'à la fin de la 2ème année
        - Tous les 2 à 3 mois sur les 3 dernières années

IV. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

La tarification à l'acte, majoritaire aujourd'hui dans notre système de santé, cloisonne les rapports entre les professionnels et ne permet ni la coordination ni un accompagnement biopsychosocial des patients en maladie chronique : focalisation sur le curatif, les phases aigues au détriment de l'accompagnement dans la durée et de la prévention secondaire. Les effets systémiques de la maladie chronique sont sous-estimés.

L'approche que nous souhaitons mettre en œuvre est celle d'une bascule d'un financement à l'acte ou à l'activité à un financement au forfait de l'ensemble de l'activité de prise en charge des patients opérée par la clinique des maladies chroniques :

Etant donné la stratégie de gradation des soins décrite plus haut, un total de 5 forfaits sera défini :

- Forfait de bilan
- Forfait Année 1 : 2 forfaits, 1 pour les patients mono pathologiques et 1 pour les patients poly pathologiques

- Forfait Année 2 : 2 forfaits, 1 pour les patients mono pathologiques et 1 pour les patients poly pathologiques

Par patient et par prise en charge, ce sont 5 forfaits qui seront mobilisés en fonction du profil mono ou polypathologique du patient. A titre indicatif, le montant moyen de 2 222€ sur 2 ans par patient.

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

a. Montants de prise en charge

Le détail des dépenses « Enveloppe Article 51 » par phase est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 Dépenses estimées pour 2 années de prise en charge par patient

	Coûts Art51 par patient MONO	***Coûts Art51 par patient POLY***
Forfait pré-bilan + bilan		
Management médical et infirmier	231 €	231 €
Phase 0 - Pré-bilan	21 €	21 €
Phase 1 - Bilan initial médical et paramédical	203 €	203 €
Phase 2 - Définition du PPS	219 €	219 €
Emy Santé + coûts maintenance SI Année 1	11 €	11 €
Signature éléctronique	1 €	1 €
Coût pré-bilan + bilan	***687 €***	***687 €***
Forfait suivi - Année 1		
Management médical et infirmier	69 €	69 €
Phase 3a - ETP et actions éducatives	- €	184 €
Phase 3b - Suivi du PPS et télésuivi du patient	229 €	418 €
Phase 3c - Consultations hors droit commun	182 €	295 €
Phase 3d - Consultations d'alerte	69 €	173 €
Phase 3e - Retour à domicile	- €	54 €
Phase 4 - Mise à jour annuelle du PPS	100 €	100 €
Coûts de maintenance SI Année 2	7 €	7 €
Autres frais (SMS de rappel de rdv)	1 €	1 €
Coût total Année 1	***658 €***	***1 301 €***
Forfait suivi - Année 2 (87,5% des patients)		
Management médical et infirmier	79 €	79 €
Phase 5a - Suivi du PPS et télésuivi du patient	229 €	418 €
Phase 5b - Consultations hors droit commun	42 €	104 €
Phase 5c - Consultations d'alertes	16 €	36 €
Phase 5d - Retour à domicile	- €	54 €
Phase 6 - Bilan final	225 €	225 €
Coûts de maintenance SI Année 3	7 €	7 €
Autres frais (SMS de rappel de rdv)	1 €	1 €
Coût total Année 2	***600 €***	***924 €***

En synthèse

Montant par patient	
Forfait 1 MONO ou POLY- Forfait bilan -	687€
Forfait 2 MONO- Forfait suivi Année 1-	658€
Forfait 3 POLY - Forfait suivi Année 1-	1301€
Forfait 4 MONO - Forfait suivi Année 2 -	600€
Forfait 5 POLY - Forfait suivi Année 2 -	924€

b. Financements nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation

En parallèle des coûts de fonctionnement opérationnel, des crédits d'amorçage et d'ingénierie ont également été calculés :

Lancement du projet :

- Gestion de projet (sur les 6 mois d'amorçage) :
  - Mise en place de la stratégie de communication
  - Logistique du projet (gestion prestataires, etc.)
  - Organisation et animation des réunions (construction des contenus, etc.)
  - Présentation du projet lors des soirées formation et sensibilisation

- Formation des professionnels de santé : Un plan de formation et de sensibilisation au programme a été mis en place selon les différentes phases du parcours :
  - Formations des professionnels paramédicaux à l'ETP
  - Formation spécialisée en coordination de parcours de soins pour les infirmières coordinatrices

Tableau 8 - Plan de formation des acteurs intervenant

		Nombre de professionnels concernés	Nb d'heure de formation / professionnel	Coût de la formation	Coût de remplacement / professionnel	Coût total de la formation
ETP	Professionnels paramédicaux	*4*	*40*	*1 100 €*	*1 800 €*	*11 600 €*
Coordination	Infirmières coordinatrices	*2*	*200*	*4 000 €*	*9 000 €*	*26 000 €*
Sensibilisation au programme	Médecins spécialistes Infirmières coordinatrices	*30 médecins spécialistes 6 IDEC*	*4*	*- €*	*- €*	*- €*
Hotline et pré-bilan	Secrétaires médicales	*2*	*8*	*- €*	*162 €*	*324 €*

- Développement d'un écran spécifique au projet Article 51 pour la plateforme EmySanté
- Développement du matériel nécessaire pour la mise en œuvre des actions éducatives
- Communication à l'ensemble des professionnels de santé du territoire

Suivi du projet :

- Gestion de projet et facturation (sur les 3 ans de phase opérationnelle du projet depuis l'inclusion du premier patient jusqu'à la fin du suivi).

Tableau 9 - Dépenses estimées pour la mise en œuvre de l'expérimentation (FIR)

Phase	Dépense totale
Dépense totale (totalité de l'expérimentation)	**533k€**
Lancement du projet	
Gestion de projet	40k€
Direction médicale	20k€
Chef de projet soignant	Pas de demande de financement pour ce poste
Formation des professionnels de santé	38k€
Développement écran spécifique projet Art51 pour EmySanté	12k€
Développement du matériel éducatif	60k€
Communication et frais généraux	15k€
Suivi du projet *(totalité de l'expérimentation)*	
Gestion administrative *(facturation)*	89k€
Gestion du projet *(Suivi et logistique)*	240k€
Gouvernance *(totalité de l'expérimentation)*	
Comité opérationnel	20k€

c. Méthode de calcul utilisée

Le montant des dépenses a été calculé en se basant sur les hypothèses suivantes :

- Coûts horaires chargés
- Pourcentage de patients concernés par chaque intervention et durées d'interventions
- Coût des outils organisationnels et systèmes d'informations

Les consultations spécialistes à la phase du bilan initial sont prises en charge à 100% dans le droit commun sans reste à charge patient.

Tableau 10 - Synthèse des coûts horaires chargés utilisés

Spécialité	Coût horaire chargé
Médecin coordinateur	100€
Infirmière coordinatrice	45€
Secrétaire médicale	20€
Cardiologue	100€
Médecin vasculaire	100€
Diabétologue	100€
Hépatologue	100€
Gastro-entérologue	100€
Pneumologue	100€
Oncologue	100€
Néphrologue	100€
Médecin du sport	80€
Podologue	45€
Diététicien	45€
Psychologue	45€
Neuropsychologue	45€
Pharmacien hospitalier	50€
Tabacologue	23€
Assistante sociale	30€
Educateur sportif	49€

Tableau 11- Synthèse des hypothèses nécessaires au calcul des dépenses

	Phase	Mission	PS	% patients	Durée
Démarrage du parcours	Pré-bilan	Relances patients	Secrétaire médicale	100%	30mn / patient
		Appel pharmacien d'officine	Infirmière coordinatrice	100%	15mn / patient
	Bilan	Consultation spécialiste	Médecins spécialistes	100%	3,5 consultations d'1h / patient
		Questionnaire, prise des constantes, etc.	Infirmière coordinatrice	100%	1h / patient
		Bilan nutritionnel	Diététicien	100%	1h / patient
		Bilan psychologique	Psychologue	100%	1h / patient
		Bilan neuropsychologique	Neuropsychologue	50%	1h / patient
		Bilan tabagisme	Tabacologue	20%	30mn / patient
		Conciliation thérapeutique	Pharmacien	100%	15mn / patient
		Tests fonctionnels	Educateur sportif	80%	30mn / patient
	PPS	Elaboration du PPS	Médecin coordinateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
		Elaboration du PPS	Médecin spécialiste de la pathologie	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
		Participation à l'élaboration du PPS	Infirmière coordinatrice	100%	1h / patient
Première année de suivi	ETP	Programme ETP "classique"		100% des MONO = 62% des patients	Programme classique (8h) par groupe de 8 patients / 2ans
		Actions ETP spécifique maladies chroniques	Infirmière d'éducation	100% des POLY = 38% des patients	2h / an /patient
			Diététicien		1h / an / patient
			APAP		1h / an / patient
	Suivi du PPS	Suivi du PPS sur l'outil numérique	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 1h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Récupération des données	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 1h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Analyse des données et remontées d'écarts	Infirmière coordinatrice	100%	MONO: 2h/patient/an POLY: 2h/patient/an
		Gestion des écarts	Médecin coordinateur	100%	MONO: 30mn/patient/an POLY: 1h30/patient/an
	Consultations non remboursées	Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2 consultations de 30mn / an
		Neuropsychologue		Patients de plus de 65 ans : 50%	1 consultation de 30min / an
		Psychologue		75%	MONO : 1consultation d1h/patient /an POLY : 2,5consultations d'1h/patient / an
		Tabacologue		20%	4 consultations de 30mn / patient /an
		Assistante sociale		100%	1 consultation / patient / an
		APA		75%	MONO : groupe de 10, 2/semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois pendant 9 mois POLY : *70% des patients* : groupe de 10 patients : 2/semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois *30% des patients* : groupe de 4 patients, 2 fois par semaine les 3 premiers mois puis 1/ mois
	Consultations d'alerte	Infirmière d'éducation		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an

		APA		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
	Retour à domicile	Consultation longue et mise à jour du PPS	Médecin coordinateur	25% des POLY = 10% des patients	2h / patient
		Réalisation d'un nouveau bilan éducatif	Infirmière coordinatrice	25% des POLY = 10% des patients	1,5h / patient
Mise à jour annuelle du PPS		Révision et mise à jour du PPS	Médecin spécialiste	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
		Révision et mise à jour du PPS	Médecin coordinateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
Deuxième année de suivi	**Suivi du patient**	Suivi du PPS sur l'outil numérique	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Récupération des données	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Analyse des données et remontées d'écarts	Infirmière coordinatrice	100%	MONO : 1h/patient/an POLY : 2h/patient/an
		Gestion des écarts	Médecin coordinateur	100%	MONO : 30mn/patient/an POLY : 1h30/patient/an
	Consultations non remboursées	APA		75%	**MONO** : groupe de 10 :1x tous les 2 mois **POLY :** 70% des patients : groupe de 10, 1 séance tous les deux mois 30% des patients : groupe de 4, 1x/ mois
	Consultations d'alertes	Infirmière d'éducation		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		Diététicien		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
		APA		100%	MONO : 1 consultation de 30mn / an POLY : 2,5 consultations de 30mn / an
	Suivi du retour à domicile	Consultation longue et mise à jour du PPS	Médecin coordinateur	25% des POLY = 10% des patients	2h / patient
		Réalisation d'un nouveau bilan éducatif	Infirmière coordinatrice	25% des POLY = 10% des patients	1,5h / patient
Bilan final de sortie du parcours		Réalisation d'un bilan final de sortie	Médecin coordinateur	100% des POLY = 38% des patients	1h / patient
			Médecin spécialiste	100% des MONO = 62% des patients	1h / patient
			Médecin du sport	100%	1h / patient
			Infirmière coordinatrice	100%	1h / patient

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

Afin d'estimer le potentiel d'économie d'une approche telle que celle que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de cette expérimentation, nous avons tout d'abord recherché l'effet moyen du disease management sur un groupe de patients atteints de pathologies chroniques. A ce jour, il existe peu de littérature évaluant l'impact de tels programmes sur une population polypathologiques. En effet, les publications existantes se concentrent généralement sur une pathologie unique. Ainsi, nous

avons choisi d'identifier des articles évaluant l'impact budgétaire de la mise en place de programmes proches de celui que nous souhaitons déployer sur un panel de pathologies larges afin de moyenner cet effet dans un second temps.

Tableau 12- Calcul de l'impact budgétaire moyen de solutions de disease management sur les coûts de prise en charge

Pathologie étudiée	**Coût prise en charge** *(usual care)*	**Coût de la prise en charge** *(avec intervention)*	**Impact sur les coûts**	**Source**
Diabète	6 506€	4 814€	**- 26%**	Da Costa Correia et al (2008)
Asthme / diabète / coronaropathie	$5 564	$5 175	**- 7%**	Counsis M. S. & Liu Y. (2003)
BPCO	$589	$388	**- 34%**	Chuang C. et al., (2011)
Insuffisance cardiaque / Diabète	$16 712	$9 065	**-46%**	Reilly et al. (2016)
Insuffisance cardiaque	$8 080	$6 459	**-20%**	Gonzalez Guerrero et al. (2018)
		Moyenne	**-31%**	

En parallèle, nous avons identifié la dépense annuelle moyenne pour l'ensemble des pathologies du scope de l'expérimentation via la **Cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie**. Nous avons moyenné ces montants en les pondérant par rapport au nombre de patients concernés dans la file active des patients Clinavenir. Nous avons ainsi calculé un montant moyen de dépenses annuelles par patient de 4 728€.

Ainsi, il est possible d'espérer une économie sur 2 ans de suivi de **2 916€/ patient** en moyenne via la mise en place de ce programme.

4. Besoin de financement

Le besoin de financement total est de 3 532 133€, le montant total des prestations dérogatoires est de 2 999 409€.

La synthèse des besoins de financement est décrite ci-dessous :

Tableau 13 - Tableau de synthèse de financement

	% de patients	Année 1 : phase de préparation de 6 mois	Année 1 (1ère inclusion)	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Nb de patients inclus		-	450	575	325	-	1 350
Forfait bilan (1 forfait)	*100%*	- €	309 082 €	394 938 €	223 226 €	- €	927 245 €
Forfait suivi année 1 pondéré (2 forfaits : un pour les mono et un pour les poly)	*100%*	- €	338 378 €	498 543 €	381 239 €	- €	1 218 159 €
Forfait suivi année 2 pondéré (2 forfaits : un pour les mono et un pour les poly)	*87,50%*	- €	- €	237 400 €	349 629 €	266 976 €	854 005 €
Total prestations dérogatoires (FISS)		**- €**	**647 459 €**	**1 130 881 €**	**954 093 €**	**266 976 €**	**2 999 409 €**
Total CAI (FIR)		**187 424 €**	**88 200 €**	**86 700 €**	**85 200 €**	**85 200 €**	**532 724 €**
Total expérimentation (FISS+FIR)		**187 424 €**	**735 659 €**	**1 217 581 €**	**1 039 293 €**	**352 176 €**	**3 532 133 €**

Les crédits d'amorçage pourront être versés lors des 6 premiers mois de phase de construction du projet expérimental. Le reste du financement pourra être versé tous les 6 mois à partir du premier recrutement.

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

a. Aux règles de financements de droit commun

A ce jour, le secteur de ville est majoritairement financé par la rémunération à l'activité. Ce type de financement crée un cloisonnement entre les différents acteurs du secteur, notamment les professionnels de santé généralistes et spécialistes, les auxiliaires médicaux et les assistantes sociales, freinant ainsi la coordination de la prise en charge des patients multi-pathologiques. Ce programme permet d'assurer une prise en charge globale du patient de toutes ces pathologies et facteurs de risque auxquels il est exposé via le PPS et une continuité de l'offre sur la durée à travers le suivi du respect du PPS et le suivi des constantes médicales. C'est pourquoi un financement forfaitaire semestriel ou annuel semble le plus propice pour organiser la continuité de la prise en charge.

A titre d'exemple, le financement à l'acte ne permet pas de prendre en compte la prévention primaire chez les patients exposés à certains facteurs de risque qui permettrait d'éviter des complications et des hospitalisations.

De plus, le financement à l'activité ne permet pas non plus d'adresser les enjeux de qualité et d'efficience des prises en charge en évitant les actes non pertinents.

Il existe donc une réelle opportunité d'améliorer le financement de la prise en charge des patients avec une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), permettant de répondre aux enjeux de coordination, de qualité et d'efficience.

Le modèle de financement proposé déroge à plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les principales règles de facturation des professionnels de santé et offreurs de soins concernés, ainsi que des maisons pluriprofessionnelles de santé, à savoir :

- L. 162-1-7
- L. 162-5
- L. 162-9
- L. 162-12-2
- L. 162-14-1
- L. 162-22-10
- L.4113-5
- Dernier alinéa de l'article L.6133-1

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

Le cloisonnement entre les secteurs et entre les professionnels de santé ne permet pas une prise en charge holistique des patients présentant une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) ainsi qu'un nombre de facteurs de risque.

Par ailleurs, Clinavenir est particulièrement qualifié pour déployer ce projet, en raison de l'expertise des cliniques du réseau dans l'ensemble des pathologies incluses dans le programme, ainsi que par les outils organisationnels et informatiques actuellement opérationnels visant à améliorer l'offre et la coordination des soins.

De nouvelles modalités organisationnelles autour de la construction d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) du patient seront proposées via ce projet expérimental :

Un adressage des patients par les médecins traitants ou les médecins Clinavenir en collaboration avec le médecin traitant.
Une consultation médicale longue permettant de rédiger le PPS adapté au profil du patient selon une trame prédéfinie.

Des ateliers d'éducation thérapeutique du patient, le formant sur sa ou ses pathologie(s) afin d'optimiser ses capacités de se prendre en charge ''empowerement''

Un suivi de routine ou renforcé du PPS selon le profil de sévérité du patient.

Des briques de soins non remboursés dans le droit commun spécifiques aux besoins du patient (Des consultations de diététicien, psychologue, neuropsychologue et tabacologues ; APA ; assistant social)

En ce sens, le programme proposé déroge aux articles suivants du code de la santé publique :

- Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation,
- Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation.

VI. Impacts attendus

a. Impact en termes de service rendu aux patients

Sur le processus de prise en charge

- **La réduction du temps dédié au traitement de la maladie**

Le malade chronique reste au moins partiellement imbriqué dans la vie sociale, familiale et professionnelle. Il devrait donc passer le moins de temps possible dans les structures de soins. La concentration des consultations médicales et paramédicales sur une journée ou une demi -journée va permettre de réduire le temps consacré à la maladie, la fatigue et la tension qui lui sont liées.

- **Un accès aux soins facilité**

Un guichet unique pour le patient et pour le médecin traitant va être mis en place : un seul numéro de téléphone et un Espace Patient informatisé pour organiser les formalités administratives, le parcours, etc. Ce guichet unique fonctionnera à la fois comme *hotline* (numéro unique pour toute demande de rendez-vous comme d'informations). De nombreuses études américaines sur le *disease management* ont montré que l'entretien téléphonique proactif guidé par les recommandations de bonnes pratiques présentait le meilleur rapport coût/efficacité.

- **Un projet de soins personnalisé**

Si l'adressage reste à l'initiative du médecin traitant, le Projet de Soins Personnalisé organisant le traitement et suivi sera ensuite co-construit entre le médecin traitant et la clinique ambulatoire de la maladie chronique. Il se déclinera par une prise en charge coordonnée au domicile et à la clinique ambulatoire pondérée par des critères prenant en compte l'éloignement géographique du patient, son autonomie, l'offre de soins disponible autour de son domicile…

- **Un suivi complet pour une durée indéterminée**

On ne guérit pas d'une maladie chronique. Comme la définit l'OMS, c'est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou plusieurs décennies ». Le suivi et le traitement doivent s'organiser dans la durée et le patient doit apprendre à vivre avec et malgré sa maladie. La tarification à l'acte en se polarisant sur l'épisode aigu, ne favorise pas l'accompagnement à long terme, n'incite pas les professionnels à la coopération et ne finance pas la coordination pourtant indispensable.

Le suivi psychologique et social, la prévention secondaire et l'ETP dispensées par les personnels de soins et les patients experts ont pour but d'accompagner le patient dans son *empowerment* vis-à-vis de sa maladie chronique, d'améliorer sa qualité de vie et de soutenir les aidants.

- **Sur le résultat de la prise en charge**

En termes de mortalité, morbidité, hospitalisation, qualité de vie.

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

L'organisation de soins en réseau (soins primaires, 2nd recours spécialistes, paramédicaux) doit permettre de développer la coordination et de réduire les dépenses de santé en améliorant la qualité sur le principe des modèles de *disease management* ou *case management*.

- **Une nouvelle organisation en équipe**

Le système de délivrance des soins va s'organiser en équipe avec un clair partage du travail : le médecin spécialiste intervient principalement dans le bilan initial et dans les épisodes aigus et les membres de l'équipe assurent le suivi et traitement du patient sous délégation et/ou supervision du médecin coordinateur.

Le médecin coordinateur vient colliger et assurer le lien entre les différents intervenants dans le parcours de soins des patients. Il a notamment un rôle principal dans la construction du PPS et le suivi des patients complexes présentant plus d'une pathologie et ceux sortant d'une hospitalisation non programmée.

Cette organisation s'appuiera en partie sur le nouveau statut d'infirmière de pratique avancée (loi 2016-41 du 26 janvier 2016), habilitée à réaliser des prises en charge complexes, la coordination médecine de proximité ou ville - hôpital, des consultations de suivi sur patients stabilisés, des actes de

soins, des orientations et prescriptions pour la continuité des soins. C'est l'émergence de nouvelles organisations de soins avec une redistribution des rôles où l'on assiste à l'évolution des pratiques soignantes, où les savoirs individuels sont transformés en accroissement des compétences collectives. Le suivi du respect du PPS et la coordination ville – clinique ambulatoire seront réalisées par des infirmières coordinatrices.

- **La libération de temps médical**

L'organisation en équipe et le recours à des systèmes d'information et des outils numériques performants vont permettre de réduire le temps consacré aux tâches administratives (rédaction de lettres, comptes rendus, agrégation des données patients collectées…), permettant ainsi aux médecins spécialistes de libérer du temps médical pour les consultations complexes.

Par construction, un autre bénéficiaire de l'expérimentation devrait être le médecin généraliste qui pourra accéder à des ressources/compétences « rares » (au sens économique du terme) : consultations de praticiens spécialistes en présentiel ou en télémédecine et personnel dédié à la coordination et à l'organisation. Il devrait ainsi pouvoir se consacrer à ses missions cliniques et relationnelles.

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

La mise en place d'une clinique des maladies chroniques devrait dégager des marges importantes d'efficience pour le système de santé. Tout d'abord, elle peut permettre par le renforcement du suivi des patients chroniques de stabiliser ces patients, évitant hospitalisations et complications.

A plus court terme, d'autres impacts positifs en termes d'efficience sont également à attendre de cette expérimentation. Le modèle de clinique des maladies chroniques entend également optimiser et rationaliser le recours aux soins de premier recours et aux soins spécialisés dans le suivi des maladies chroniques

- en développant toutes les alternatives à la prise en charge séquentielle habituelle de la chronicité (digitalisation, télémédecine, délégation de tâches,…)
- en globalisant la prise en charge pour les patients polypathologiques évitant ainsi soins en silo, doublons dans la prise en charge et examens inutiles

VII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

De manière générale, les méthodes d'évaluation définies par les évaluateurs externes devront adresser différentes dimensions du projet :

- Identifier les enjeux auxquels répond l'expérimentation en termes de santé publique et d'organisation des soins (stratégies et structure)
- L'engagement des acteurs et leur implication dans le programme
- L'efficacité du projet en fonction des résultats et des objectifs définis dans le cahier des charges (impacts du projet)
- L'impact perçu par les patients (qualité de vie, etc.)

- L'efficience du projet en fonction des ressources mobilisées, de leur pertinence et des résultats (processus, résultats).

A titre illustratif, la liste non exhaustive qui suit indique certaines dimensions du programme qui pourraient être mesurées :

- La qualité et la pertinence des soins (expérience des patients, qualité de vie, suivi des patients, traitements adaptés),
- Les recours et parcours de soins (consultations, éducation thérapeutique et suivi éducationnel, recours aux différentes briques de soins),
- L'efficacité opérationnelle du programmes (ressources médicales consacrées à la prise en charge des patients)
- L'efficacité clinique du parcours (nombre d'hospitalisations, stabilisation des patients),
- L'efficience du programme (coûts évités et coût/efficacité)

Des indicateurs précis seront co-construits afin d'évaluer l'ensemble des dimensions du programme. Une combinaison de démarches qualitatives et quantitatives permettra la mesure de ces indicateurs. Les démarches qualitatives pourront s'appuyer sur des enquêtes patients, questionnaires, entretiens et les démarches quantitatives pourront s'appuyer sur les différentes bases de données de l'Assurance Maladie, ainsi que les données cliniques recueillies via les outils numériques. Les indicateurs d'évaluation sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 14 - Exemples d'indicateurs analysés pour l'évaluation du programme

Paramètre mesuré	Indicateurs utilisés
Résultat et impact (recours aux soins)	Nombre, fréquence et durée d'hospitalisation ; Nombre de passages aux urgences ; Nombre de patients inclus ; Nombre de patients perdus de vue / sortants ; Nombre de patients et nombre de patients par médecin ; Nombre de PPS ; Délai moyen entre l'entrée dans le parcours et le bilan initial.
Satisfaction des patients (et/ou leurs aidants)	PROMs (patient-reported outcome measures) génériques et/ou spécifiques (QoL, HRQoL, Profil de santé de Duke, ISPN…) ; PREMs (patient-reported experience measures) ; Participation des patients (Le ratio nombre de questionnaires envoyés / nombre de questionnaires retournés)
Satisfaction des médecins traitants	Questionnaire de satisfaction médecins traitants : Satisfaction médecin ? recommandation du programme ? Le programme lui apporte-t-il des changements appropriés dans sa pratique ? s'appuie-t-il ou fait il référence au programme dans sa pratique ? Retour d'information satisfaisant ? A t'il modifié sa prise en charge (conformément aux référentiels) pour certains de ses patients ?
Processus de réalisation du programme	Pourcentage de personnes atteignant un objectif-cible (pourcentage de patients ayant cessé de fumer, ayant perdu du poids ou faisant de l'exercice physique régulièrement…) ; Pourcentage de patients ayant effectué les examens et consultations préconisés dans les recommandations de bonnes pratiques ; Pourcentage de patients dont les résultats aux examens se sont améliorés (type hémoglobine glyquée, taux de cholestérol…) ; Evolution des compétences des patients (capacité à faire connaitre ses besoins, à comprendre, à s'expliquer, à ressentir sa maladie, à résoudre un problème quotidien lié à sa maladie, maitrise des gestes techniques) ; Nombre de questionnaires EPICES remplis pour précarité sociale ; le cas échéant, intéressement distribué.
Moyens humains et financiers	Nombre de professionnels intervenants (pluridisciplinaires) ; Nombre de conventions signées (médecins, associations, libéraux…) ; Ressources mobilisées en dehors des soins courants dans le cadre du programme ; Degré d'adéquation entre la segmentation réalisée et la consommation de ressource

Cette évaluation devrait être menée le plus souvent possible de manière comparative :

- Les impacts cliniques majeurs (hospitalisations, complications, mortalité) et la performance médico-économique du programme pourraient être mesurés selon un design quasi-expérimental en comparaison avec une population identifiée dans le SNDS au moyen d'un score de propension
- L'efficacité opérationnelle du disease management multi-pathologies proposé pourrait être comparée à celle d'autres modèles intégrés de prise en charge mono-pathologies testés dans l'article 51 (DiVA, Insuffisants cardiaque IdF, etc.)
- Les indicateurs cliniques nécessitant des données non présentes dans les SNDS, les PROMs et les PREMs pourraient être collectés tout au long de l'expérimentation et comparés en avant/après. Il existe au sein de la clinique Pasteur une volonté forte de développer une solution permettant de mesurer les PROMs en routine. Une expérimentation est lancée dès maintenant pour les patients BPCO. L'évaluation de ce projet Article 51 pourra ainsi s'appuyer sur les outils déployés dans le cadre de cette expérimentation (questionnaire, outil numérique, etc.).

Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le suivi des indicateurs s'appuiera autant que possible sur des données déjà existantes dans les bases de l'Assurance Maladie et sur les données recueillies par Clinavenir dans le cadre des soins délivrés aux patients disponibles sur le système d'information. Dans ce cadre-là, les professionnels de santé sont responsables du traitement des données et de l'information préalable du patient.
De manière générale, selon le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le patient sera informé dès la première consultation de l'expérimentation et du partage possible des données le concernant entre les acteurs de sa prise en charge. Les patients peuvent s'opposer au partage d'information entre les professionnels de santé de l'expérimentation et pour l'évaluation.
Les éléments collectés dans les dossiers patients pourront être transmis au prestataire en charge de l'évaluation ou à l'Assurance Maladie via la plateforme afin de réaliser l'évaluation de l'expérimentation. L'Assurance Maladie est responsable du traitement des données sur la plateforme et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées.

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

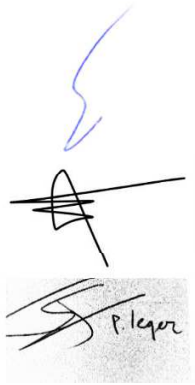
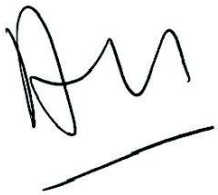
La plateforme patients / professionnels de santé sera compatible avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

IX. Liens d'intérêts

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

Liste des praticiens et structures participantes (annexe 1)

Annexe1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	Clinique Pasteur Toulouse 45 avenue de Lombez 31300 Toulouse	Dominique PON Directeur dpon@clinique-pasteur.com 05 62 21 30 40 Dr Caroline SANZ Endocrinologue Dr Philippe LEGER Médecin vasculaire – Angiologue	
Partenaires	Clinique des Minimes Clinique Rive Gauche Clinique Saint-Exupéry Clinique Aufréry Clinique Médipôle Garonne Clinique Monié Clinique de Gascogne Clinique du Château de Vernhes Clinique des Pyrénées Clinique de Montberon	Dr Alain Delbos Président de Clinavenir v.nunes@clinavenir.fr 07 64 35 54 00	

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

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

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	**Cocher**	**Si oui, préciser**
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	**X**	**Forfait global ajusté sur les comorbidités du patient**
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations	**X**	**Bonus pondéré en fonction de critères de performance**
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	**X**	**Forfait collectif et bonus à redistribuer entre acteurs**

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**	**Participation pluriprofessionnelle au parcours de soins et partage des activités en fonction des compétences**
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	**X**	**Outil numérique de suivi et de coordination du parcours**

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)[20] :	**Cocher**	**Si oui, préciser**
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

[20] 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)

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-25-00009

ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par Parours LymphoRac 51

Arrêté n° 2021-4894 relatif au projet expérimental

Parcours LymphoRac 51

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 662-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

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

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021, du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2 ; et du 29 septembre 2021 arrêtant le budget rectificatif N°3 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 15 septembre 2021 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de mettre en place, pour les patients porteurs d'un lymphœdème quelle qu'en soit l'étiologie, un parcours de soin régional coordonné, intégré et organisé entre les centres experts et les soins de ville en fonction des besoins, à des fins de faciliter l'accès aux soins au plus proche du domicile sans reste à charge pour les patients, tout en maitrisant la pertinence de l'utilisation des soins et leur coût ;

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

Arrête:

Article 1er : L'expérimentation « Parcours Lymphorac 51 » portée par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I et sous réserve de la conclusion des conventions prévues à l'article 4 du présent arrêté.

Article 2 : La durée de l'expérimentation est de 24 mois à compter de l'inclusion du premier patient.

Article 3 : Le projet expérimental est mis en œuvre dans la région Occitanie.

Article 4 : La répartition des financements du projet expérimental « Parcours LymphoRac 51 » fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM),

Article 5 : 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 6 : 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.télérecours.fr.

Montpellier, le 25 novembre 2021

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Pierre RICORDEAU

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

Pascal DURAND

ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

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

Parcours LYMPHORAC 51

NOM DU PORTEUR :

- ✓ Dr Julie MALLOIZEL-DELAUNAY, Service de Médecine Vasculaire, Pôle Cardio-Vasculaire et Métabolique – CHU Rangueil / Toulouse ;
- ✓ Pr Isabelle QUERE, Service de Médecine Vasculaire, Pôle des Cliniques Médicales, Hôpital St Eloi – CHU Montpellier

PERSONNE CONTACT :

- ✓ Stéphane Helen, Ingénieur Chef de Projet, Direction des Opérations et de la Performance CHU de Montpellier, 04.67.33.90.11, s-helen@chu-montpellier.fr

Résumé du projet

Ce projet est né de l'identification d'un défaut d'accès à des soins de qualité au long court pour le traitement du lymphœdème pour des raisons notamment financières et géographiques.

Ainsi l'objectif est de proposer aux patients porteurs d'un lymphœdème un parcours de soin coordonné et intégré dans la région, organisé entre des centres experts et les soins de ville, sans reste à charge pour le patient, et au plus proche du domicile.

La mise en place de ce parcours répondra à plusieurs enjeux :

- ➢ D'un point de vue médical, l'accès à bon escient et dans les meilleurs délais au diagnostic et au traitement des lymphœdèmes relevant de soins spécialisés intensifs dans les centres hospitaliers experts, puis l'optimisation des soins permettant **le maintien au long court du bénéfice obtenu au décours du traitement intensif** dans les centres experts;
- ➢ Du point de vue organisationnel, un accès aux soins de qualité identique et équitable tant financièrement que géographiquement, en tenant compte des spécificités de la maladie chronique ;
- ➢ Du point de vue économique, diminuer le recours à des soins hospitaliers et ambulatoires potentiellement évitables et coûteux tant du point de vue de l'assurance maladie que du point de vue du patient.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

CATEGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS : V1 : 23/10/2020
V2 : 06/07/2021
V3 : 26/07/2021

DESCRIPTION DU PORTEUR

Ce projet est porté par les CHU de Toulouse et de Montpellier. L'expérience des centres hospitaliers en termes de formation est une plus-value avec une coordination des deux Diplômes Universitaires de Lymphologie et la création d'un DPC pour former les professionnels de santé qui participeront au parcours de soins sur l'ensemble de la région Occitanie.

Mme le Dr Julie MALLOIZEL-DELAUNAY est praticien hospitalier dans le service de Médecine Vasculaire, responsable de l'unité de lymphologie du CHU de TOULOUSE depuis 6 ans. Elle est à l'initiative du projet. En 2017, elle travaille à la mise en place d'un parcours de soins entre le CHU de Toulouse et l'Oncopôle afin d'améliorer l'accès aux soins des patients atteints de lymphœdème post-cancer, réduire les délais de prise en charge, et proposer précocement un traitement adapté. Alors que le réseau se met en place, l'ensemble des hospitalisations de jour réalisées dans le cadre de la prise en charge des lymphœdèmes ont été déclassé par la CPAM car cette pathologie ne bénéficie d'aucune cotation adaptée (actes médicaux et paramédicaux non valorisées ou inexistants). L'unité de lymphologie de Toulouse pâtit de cette situation inextricable aboutissant à une dégradation de la prise en charge de ces patients. Ces mêmes difficultés sont à noter dans les autres centres experts de lymphologie, tels que celui du CHU de Montpellier qui a réalisé plusieurs travaux mettant en évidence les nombreux freins au traitement du lymphœdème. Le Dr MALLOIZEL-DELAUNAY a participé à plusieurs reprises aux études initiées par le Pr. QUERE.

Mme le Pr Isabelle Quéré est Professeur des Universités et Praticien Hospitalier et dirige le département de Médecine Vasculaire et le Centre de Référence des Maladies Vasculaires et Lymphatiques Rares depuis 2014. L'unité de lymphologie du département de Médecine Vasculaire existe dans son organisation actuelle médico-soignante depuis 20 ans et travaille en lien étroit avec l'association de patients AVML « Vivre Mieux le Lymphœdème » partie prenante de l'organisation des ateliers d'auto-soins du programme d'éducation thérapeutique Lympheduc destiné aux adultes et aux enfants atteints de lymphœdème quelle qu'en soit l'étiologie. Cette unité subit comme l'unité de Toulouse une inadéquation entre la qualité des soins administrés et leur source de financement selon les modalités de financement des soins hospitaliers actuels et des difficultés de maintien du bénéfice acquis malgré les liens étroits construits au fil du temps avec les professionnels libéraux.
Les travaux nationaux menés du Centre ont permis d'identifier le défaut de maintien du bénéfice thérapeutique obtenu pendant le traitement intensif hospitalier au long cours (Polit 2014).
Le Partenariat Français du Lymphœdème présidé par le Pr Isabelle Quéré, association nationale qui réunit les sociétés savantes et les associations de patient concernées par le lymphœdème, a conduit une première étude médico-économique (Etude Lymphorac) qui met en évidence les freins à l'accès aux soins du lymphœdème. Le reste à charge pour les patients est de 100 euros par mois en moyenne dont 30% relèvent du défaut de remboursement du matériel de compression et 30% aux transports. Il existe un défaut d'investissement des professionnels libéraux du fait des tarifications inadaptées par rapport à l'expertise et au temps de soin nécessaire (19). Le Diplôme Universitaire de Lymphologie existe depuis 1998 et a formé entre 30 et 50 professionnels par an, médecins, physiothérapeutes, infirmiers, orthésistes et pharmaciens français et originaires de 12 pays dans le monde.

Les associations de patients participent à l'élaboration du projet et ont exprimé des besoins concrets de terrain. Les URPPS infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthopédistes, pharmaciens nous soutiennent dans ce travail.

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

- ICM, ONCOPOLE
- Département de Médecine Générale des deux facultés de médecine
- URPS infirmiers, médecine générale, kinésithérapeutes, pharmaciens-orthésistes
- PFL : Partenariat Français de Lymphologie : suivi de l'expérimentation et mise en œuvre d'une réflexion nationale sur la généralisation potentielle de ce type de projet
- AVML : Association de patients nationale « Vivre Mieux Mon Lymphœdème »

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

I.CONTEXTE ET CONSTATS

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. Par ailleurs, une caractéristique essentielle du territoire régional est la part importante de la population en situation de pauvreté, qui est un paramètre majeur à prendre en compte pour appréhender les parcours de soins et les résultats de santé de la région.
En synthèse :

- Le territoire de la région est vaste avec une faible densité de population (77 habitants au km²), en lien avec le relief montagneux qui occupe 45% de sa superficie.
- Avec près de 6 millions d'habitants, il s'agit de la région de France dont la croissance démographique est la plus dynamique (+ 51 000 habitants par an). Cette croissance s'inscrit dans le long terme, du fait essentiellement de l'attractivité de la région.
- L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées. Sa population est vieillissante et une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est à prévoir (1 million de personnes de plus de 75 ans en 2040 soit 16% de la population).
- 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 d'état de santé sont favorables en moyenne, mais recouvrent des disparités territoriales fortes notamment au regard de la « défavorisation » ;
- Si la région dispose d'une offre de soins supérieure aux moyennes nationales, cette dernière est inégalement répartie sur le territoire pouvant entraîner d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique aux soins et à l'offre médico-sociale.

Le parcours de soins présenté dans ce dossier d'instruction concerne les patients porteurs de lymphœdèmes, qui est une maladie chronique prise en charge par les deux CHU de Montpellier et Toulouse et a pour objectif de résoudre les difficultés d'accès aux soins et d'améliorer la qualité des soins au plus proche du domicile des patients.

Le lymphœdème est une maladie chronique, lié à une défaillance du système lymphatique. Son évolution naturelle sans traitement préventif aboutit à la description clinique très connue de l'éléphantiasis du fait de l'augmentation monstrueuse du volume du membre mais aussi de l'épaississement verruqueux de la peau. Il est iatrogène lorsqu'il survient après un cancer dont le plus connu est le cancer du sein (syndrome du gros bras); mais il survient également après le traitement des cancers pelviens (prostate, utérus), de la peau (mélanome), ORL et les lymphomes irradiés. Les lymphœdèmes secondaires sont les plus fréquents. Les lymphœdèmes primaires sont la conséquence d'une anomalie intrinsèque constitutive du système lymphatique, apparaissant dans l'enfance ou plus tard au cours de la vie. C'est une maladie plus rare, quoique de plus en plus diagnostiquée et dont l'évolution et les traitements sont identiques à ceux des lymphœdèmes secondaires [1-2-6-7-8-9-10-11-20-22].

D'un point de vue épidémiologique, on constate aujourd'hui que cette maladie augmente de façon épidémique avec :

- La chronicisation et l'allongement de la durée de vie des personnes atteintes des cancers concernés
- Le vieillissement de la population, l'obésité morbide et la réduction de mobilité inhérente à ces deux états.

Or, le lymphœdème est une maladie handicapante. Il altère fortement sur la qualité de vie (4,5,20,25). Les complications sont fréquentes, fonctionnelles et douloureuses consécutives au déséquilibre de poids entre les membres qui retentit sur les épaules et le rachis ; infectieuses, bactériennes et fongiques liées à une immunosuppression locale ; et enfin neurologiques à type de névralgies cervico-brachiales et de sciatiques. Ces complications génèrent une consommation de soins importante (6,7,8-14). Elles sont une source importante d'admission en hospitalisation complète (6,7).

Le lymphœdème est une affection mal connue des médecins généralistes, mal détectée par les soignants de premiers recours et qui a souffert d'une solide réputation d'incurabilité plutôt que de sa reconnaissance pour ce qu'elle est, une affection chronique dont les complications peuvent être prévenues. Les patients porteurs d'un lymphœdème, quelle qu'en soit l'origine, ne bénéficient pas d'un accès aux soins cohérent, souffrent d'une perte de revenus et sont victimes d'un renoncement aux soins pour raison financière et géographique quantifié prospectivement à 25% en France dans l'étude Lymphorac (18, 19).

A titre d'exemple, il n'existe aucune ressource fiable permettant d'estimer le recours aux soins hospitaliers.
Les bases nationales PMSI utilisent des codes imprécis, qui ne permettent pas d'avoir des informations exhaustives quant à la prise en charge hospitalière du lymphœdème. Le lymphœdème, y compris après cancer du sein est sous coté, voire inexistant. Les soins ambulatoires hospitaliers n'apparaissent pas dans les bases PMSI.
Une partie des lymphœdèmes sont pris en charge dans des SSR spécialisés Ces centre sont rares, l'activité lymphologie souvent marginale ; un seul centre référent SSR est spécialisé dans le traitement du lymphœdème à Paris.
Enfin, la DGOS a reconnu des centres de référence et de compétence exclusivement pour le diagnostic et le traitement de la forme rare primaire de la maladie (lymphœdème primaire). Pour ces patients la problématique du reste à charge est identique à celle des patients avec un lymphœdème secondaire.

L'étude POLIT (21) réalisé en 2014 est une étude observatoire multicentrique qui a évalué l'efficacité et de la tolérance des traitements décongestifs intensifs (TDI) dans 11 centres spécialisés puis des traitements à domicile (phase de maintien) pendant six mois. Un total de 306 patients a été inclus. Cette étude a montré une réduction du volume du lymphœdème de 20% à 40% après un traitement intensif dans un centre expert corrélé à une amélioration de la qualité de vie. Toutefois, elle a également permis d'identifier une reprise de 50% du volume perdu 6 mois après 6 mois de traitement ambulatoire en externe. L'étude POLIT en 2014 identifie une défaillance des soins ambulatoires à domicile, et la nécessité de recours itératifs à des hospitalisations après 6 mois d'un traitement en centres experts. Une étude réalisée par le Dr Vignes, publié en 2011 montre que les patients réalisant

uniquement des drainages lymphatiques associé au port de la compression au cours du traitement d'entretien ont une moins bonne stabilité du lymphœdème que les patients réalisant des bandages associés au port de la compression (22). Il est fondamental de valoriser la mise en place de bandages par l'équipe de proximité pour stabiliser et contrôler l'évolution du lymphœdème

Table 2 Lymphedema maintenance-therapy components: their association with outcome (risk of maintenance-therapy failure after intensive decongestive physiotherapy)

Treatment	Hazard ratio (95% CI)	*P* value
None	1	Reference category
MLD alone	1.91 (1.07–3.42)	0.03
Elastic sleeve alone	0.65 (0.40–1.08)	0.1
MLD + elastic sleeve	1.09 (0.68–1.73)	0.73
Bandage + elastic sleeve	0.53 (0.34–0.82)	0.004
MLD + bandage + elastic sleeve	0.73 (0.47–1.11)	0.14

MLD manual lymph drainage

Concernant, la consommation de soins en ambulatoire, elle a été évaluée de façon prospective pendant 6 mois sur une population de 203 patients inclus dans l'étude nationale observationnelle, LYMPHORAC réalisée entre 2014 et 2017. Le but de l'étude LYMPHORAC, était d'évaluer le reste à charge de ces patients et les inégalités d'accès aux soins. Le reste à charge (RAC) étant défini comme le coût assumé par les patients, après les remboursements par la sécurité sociale et leurs mutuelles complémentaires (18).

Les résultats de cette étude ont montré une consommation importante des actes paramédicaux, principalement kinésithérapeutes, à la hauteur de 4856 séances réalisées en ville ou à domicile ; suivies par 350 consultations médicales (chez les spécialistes et/ou généralistes). Ainsi, uniquement pour la réalisation de la prise en charge spécifique de leur lymphœdème en 6 mois de suivi, les patients ont dû réaliser au moins 1800 déplacements (entre allers et retours) utilisant un moyen de transport (public, privé ou moins souvent VSL).

Le RAC lié au traitement ambulatoire du lymphœdème pour ces patients était estimé à 100€ par mois et par patient alors qu'en France le RAC moyen sur les dépenses de santé se situe à 200€ à l'année (19).

Ainsi, l'étude LYMPHORAC a montré que pour la population ciblée, les patients (20%) se trouvant dans le groupe des revenus les plus faibles présentaient :

- Les dépenses totales de santé les plus faibles
- Un état de santé moins bon (0,62 de l'EQ5D)
- Un taux important de renoncement aux soins de santé liés au lymphœdème en raison du coût ou de la distance plus élevés (+54%) avec un « fardeau économique » de 16% du total du RAC.

Plus récemment, un essai randomisé en ouvert qui évalue l'intérêt de l'endermologie au cours du traitement décongestif intensif a été initié sur le CHU de Toulouse (26). Dans la mise en place de ce protocole ELOCS, les patientes bénéficient d'un traitement décongestif intensif puis d'un parcours de soin optimisé. La principale difficulté rencontrée était de trouver un relais au plus proche du domicile (manque de kinésithérapeutes formés, refus des soignants, absence de cotation). Dans la cadre de l'essai clinique, les patientes ont eu un suivi très rapproché et les ARC de l'étude ont contacté des kinésithérapeutes ou IDE libérales pour s'assurer qu'à l'issue du TDI, les soins prescrits serraient bien réalisés (sans gage sur la qualité des soins). Toutes les patientes ont bénéficié d'un programme éducatif, ont été équipé par un orthésiste formé et le traitement étaient réajusté à 3 mois et 6 mois.
Les résultats préliminaires (non publiés à ce jour) indiquent que pour les patientes incluses dans ce programme la consommation de soins de kinésithérapie a été réduite de 37%.
Par ailleurs, alors que le taux de ré hospitalisation est estimé à 40% à 1 an de suivi, et 50% à 2 ans, les premiers résultats indiquent un taux de ré hospitalisation inférieur de 10% après 6 mois d'étude.

Ainsi, les résultats de l'étude POLIT, de l'étude LYMPHORAC et les résultats préliminaires de l'étude ELOCS amènent à penser qu'un parcours de soin intégré entre l'hôpital et les soins ambulatoires, adapté aux besoins individuels et coordonné, impliquant des professionnels de santé formés et correctement rémunérés, au plus proche du domicile pourrait permettre de maintenir le bénéfice obtenu au décours des prises en charge spécialisées, réduire le recours à des hospitalisations en centre expert et réduire la consommation de soins (notamment les séances de kinésithérapie et les soins infirmiers)(18,19,21,26).

Ces études et l'expertise des centres experts ont en outre permis d'identifier les limites actuelles auxquelles le projet d'expérimentation pourra apporter des réponses et des améliorations :

Difficultés pour les patients :

- ✓ Listes d'attente : temps estimé à plus d'un an pour Montpellier, 6 mois pour Toulouse
- ✓ Difficulté pour identifier des professionnels compétents.
- ✓ Défaut de ressources proches du domicile : absence de soins spécifiques du lymphœdème proposés aux patients, surconsommation de transport pour trouver un soignant compétent et formé à la prise en charge des LO, peu de kinésithérapeutes acceptent de les prendre en charge
- ✓ Orthèses de compression mal prescrites, rarement précédées par une phase de bandages intensifs, donc inefficaces et très mal supportées,
- ✓ Comme précisé précédemment, le reste à charge (RAC) élevé est à l'origine d'un renoncement aux soins ambulatoires important (50% dans le quintile le plus faible de l'étude Lymphorac) et créent des inégalités de prise en charge, représentant une barrière à l'observance du traitement (18-19).

Difficultés pour les professionnels

- ✓ Difficulté pour les médecins généralistes et angiologues d'identifier des kinés et infirmiers formés à la pathologie lymphatique et manque d'effectifs sur le territoire.
- ✓ Les recommandations professionnelles ne sont pas appliquées en libéral, le traitement proposé repose le plus souvent sur le drainage lymphatique seul, ce qui n'a aucun intérêt sur le volume du lymphœdème et son évolution. Ces prises en charge isolées ne sont pas souhaitables, et entraînent une surconsommation des soins.
- ✓ La valorisation financière des actes de lymphologie pour les kinésithérapeutes n'est pas adaptée et les actes ne sont pas coordonnés dans un parcours de soin cohérent (valorisation de la réalisation des bandages)
- ✓ Les modèles de cotation des actes de kinésithérapeutes et infirmiers ne sont pas adaptés, voire inexistants, pour la prise en charge des patients atteints de Lymphœdème et constituent un frein au développement d'une prise en charge multidisciplinaire, coordonnée et intersectorielle.
- ✓ L'absence d'implication des personnels soignants infirmiers habilités à mettre en place les compressions, car actuellement, il n'existe aucune cotation de cet acte pour les infirmiers.
- ✓ Dans l'imaginaire professionnel, le soin du lymphœdème est resté associé au drainage lymphatique et la compression réduite au port d'un manchon. En réalité, les bandages multi-types font partie intégrante des phases d'intensification et les IDE seraient les mieux placés pour les poser. Or, le traitement de l'œdème n'est à ce jour pas remboursé en l'absence d'ulcère de jambe. Ceci est une incohérence majeure de notre parcours de soin et de prévention.
- ✓ L'absence de coordination et d'interaction/formation intégrées avec les centres experts.

Autres freins identifiés :

- ✓ Prise en charge hospitalière complexe sur le plan financier avec le déclassement des séjours par l'assurance Maladie au CHU de Toulouse
- ✓ Non reconnaissance des soins en hospitalisation de jour en lien avec la circulaire frontière
- ✓ Inadéquation des textes de loi et des modalités de financement de soins hospitalier qui ne correspond pas à l'activité de terrain, réalisée en ambulatoire
- ✓ Prise en charge en structure hôtelière pour les patients habitant à plus de 50 km (CHU de Montpellier-CHU de Toulouse).
- ✓ Impossibilité de délivrer aux patients des systèmes de compression complexe dont le coût est trop important pour être inclus dans le financement du séjour

Principes de prise en charge du lymphœdème selon les recommandations internationales et nationales (1-2-28-29)

La prise en charge des lymphœdèmes représente actuellement un challenge thérapeutique et repose sur une prise en charge multidisciplinaire [1-2]. Les deux CHU de Montpellier et de Toulouse ont élaboré un algorithme d'accès aux soins commun. Il définit les critères de recours à des traitements hospitaliers et /ou ambulatoires coordonnés (Annexes 3, 4 et 10)

- La prise en charge optimale du lymphœdème se déroule en plusieurs phases distinctes : une phase diagnostique, une phase de traitement, dite « intensive », destinée à réduire rapidement le volume du lymphœdème, suivie d'une phase dite « de maintien ou d'entretien », qui vise à maintenir la réduction volumétrique à long terme, et prévenir l'évolution de la maladie et ses complications (1-2-19-20-28]

- <u>Phase diagnostique :</u>

Programmation des examens complémentaires à visée diagnostique et thérapeutique (vasculaires, fonctionnels…), diagnostic différentiel avec intervention de plusieurs disciplines ; détermination du stade du lymphœdème après anamnèse détaillée, examens et mesures périmétriques ; élaboration d'un plan de traitement individuel avec définition d'objectifs personnels concrets (pourcentage de réduction de volume, rééducation à la marche, mobilité des articulations…).

- <u>Phase de traitement décongestif intensif :</u>

Traitement décongestif intensif et complet de plusieurs jours successifs. Selon les recommandations, les traitements intensifs sont réalisés sur un minimum de 5 jours, et parfois prolongés jusqu'à 3 semaines chez des patients porteurs de lymphœdèmes sévères (1,2,21,28). Les patients bénéficient de soins de kinésithérapie avec bandages multi-types, drainage lymphatique manuel, +/- pressothérapie, soins de peau, activité physique sous bandage et sans, accompagnement possible d'un diététicien et/ou un psychologue, d'un podologue, d'un orthésiste.
Au cours du traitement décongestif intensif (TDI), une éducation thérapeutique est organisée pour chaque patient et son entourage pour favoriser l'autonomie du patient et le moindre recours aux soins.
Ce traitement permet une réduction de volume du lymphœdème chez l'adulte de 30 à 60% [2,21,29].
Le déroulement d'un traitement décongestif est détaillé en Annexe 6.

- <u>Phase de suivi :</u>

Elle doit impliquer de nombreux acteurs de santé de proximité (1, 2,27-29).
Elle comprend : le port de compression élastique, la réalisation de bandages à une fréquence inférieure à celle de la phase intensive, la pratique éventuelle de DLM, la poursuite des soins de peau, le contrôle du poids et le maintien d'une activité physique régulière.
Le traitement d'entretien du lymphœdème est réalisé par le patient lui-même, par son entourage et par l'équipe soignante de proximité :

- Kinésithérapeute pour la réalisation de bandages, drainage manuel, pressothérapie, rééducation et de rachis, soin de peau…
- Infirmier libéral pour traitement d'entretien par bandages complexes, soins de peau, pansement…
- Podologue, pharmacien, orthésiste

Ainsi, le traitement d'entretien devrait s'articuler avec des phases d'intensification du traitement, au plus proche du domicile.
Comme pour toute pathologie chronique, un suivi régulier par l'équipe de proximité est nécessaire.

II.OBJET DE L'EXPÉRIMENTATION (RESUMÉ)

Création d'un parcours de soins régional pour les patients porteurs d'un lymphœdème quelle qu'en soit l'étiologie, qui propose une prise en soins coordonnée en intégrant la prise en charge hospitalière et ambulatoire en fonction des besoins, et qui renforce et développe une offre de soins de proximité, actuellement déficiente afin de faciliter l'accès aux soins sans reste à charge pour les patients, en maitrisant la pertinence de l'utilisation des soins et leur coût, tel que le modèle de prise en charge d'une maladie chronique le nécessite.

III.OBJECTIFS

1. Objectifs stratégiques

- ✓ **D'un point de vue médical, permettre l'accès à bon escient et dans les meilleurs délais au diagnostic et au traitement des lymphœdèmes relevant de soins spécialisés intensifs dans les centres hospitaliers experts, puis l'optimisation des soins permettant le maintien du bénéfice du traitement intensif au long court ;**
- ✓ **Du point de vue organisationnel, un accès aux soins de qualité identique et équitable tant financièrement que géographiquement, en tenant compte des spécificités de la maladie chronique ;**
- ✓ **Du point de vue économique, diminuer le recours à des soins ambulatoires et hospitaliers potentiellement évitables et coûteux tant du point de vue de l'assurance maladie que du point de vue du patient.**

2. Objectifs opérationnels

a. **D'un point de vue médical, permettre l'accès à bon escient et dans les meilleurs délais au diagnostic et au traitement des lymphœdèmes relevant de soins spécialisés intensifs dans les centres hospitaliers experts, puis l'optimisation des soins permettant le maintien du bénéfice du traitement intensif au long court**

Au niveau de l'hôpital : mettre en place les conditions d'accès aux soins spécialisés (définition des patients, disparition des listes d'attente par réduction des ré-hospitalisations ; financement permettant la mise en œuvre des soins nécessaires).
Au niveau des soins de ville : formation des professionnels intégrés au parcours, contrôle de la qualité des soins, financement permettant la mise en œuvre des soins ambulatoires et le développement d'une prise en charge de qualité.
Au niveau du patient : : augmenter la capacité d'autonomie des patients en collaboration avec son entourage et les professionnels de proximité tant pour les auto-soins que pour la prévention et le dépistage précoce des complications (éducation thérapeutique), diminuer le renoncement au soin.

b. Du point de vue organisationnel : un accès aux soins de qualité identique et équitable tant financièrement que géographiquement, en tenant compte des spécificités de la maladie chronique.

Mettre en place les conditions qui permettront de rendre plus accessible et plus pertinent le parcours de soins :

- Un meilleur référencement et une meilleure coordination des acteurs de santé avec les centres experts
  - Renforcer la collaboration entre les 2 CHU et la mise en œuvre des mêmes prises en charges coordonnées ville-centre expert
  - Développer la télémédecine dans le domaine de la lymphologie (téléconsultation, télé éducation)

- Une adaptation des modalités de financement des activités et de remboursement des frais pour les patients
  - Mettre en place un financement forfaitaire hospitalier pour l'activité de soins combinés complexes
  - Prise en charge du reste à charge des dispositifs médicaux pour tous les patients
  - Réduction des déplacements
  - Accès à des soignants formés, proche du domicile, qui pourront garantir des soins adaptés et de qualité grâce à la formation et à la mise en place de coordination entre le centre expert et les soignants de proximité

- Des actions de formation permettant de diffuser un meilleur niveau de compétence et plus largement au sein du territoire :
  - Réaliser des formations transversales sur l'Occitanie pour délivrer des messages communs et homogénéiser les pratiques (Capacité de formation identique des 2 CHU)
  - Intégrer une formation soignante continue intégrée aux soins (Amélioration du niveau de formation, diffusion des compétences) car les deux CHU ont un DU de formation expert en soins de lymphologie
  - Promouvoir la publication des travaux de recherche médicaux, médico-économiques et psycho-sociaux

c. **Du point de vue économique : un parcours de soins coordonné et intégré permettrait de diminuer le recours à des soins ambulatoires et hospitaliers potentiellement évitables et coûteux tant du point de vue de l'assurance maladie que du point de vue du patient**

Résultats attendus :

- Eviter une surconsommation des soins
- Améliorer l'efficacité des soins ambulatoires et éviter le recours à des hospitalisations itératives
- Identifier les sources de reste à charge qui sont à l'origine d'un renoncement aux soins et d'un échappement aux traitements du lymphœdème en Occitanie
- Déterminer de manière prospective le coût des différents paniers de soin, ce qui permet d'identifier les cibles pour une meilleure délivrance et une optimisation des moyens médicaux en Occitanie.
- Améliorer la coordination et l'efficacité des soins ambulatoires pour éviter la perte du bénéfice des traitements intensifs

IV.DESCRIPTION DU PROJET

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

   i. Entrée dans le parcours Lymphorac 51 et définition du parcours

➢ Entrée dans le parcours Lymphorac 51

Le parcours commence par un adressage par un professionnel de santé à l'un des deux centres : médecin traitant, médecin vasculaire, kinésithérapeutes, oncologue, radiothérapeute….
Chaque centre de compétence a un numéro dédié pour le parcours lymphorac 51.

Le centre expert à appeler dépend de la zone géographique du patient et de ses soignants de 1er recours (cabinet du médecin généraliste, oncologue, IDE, kinésithérapeute...). Le patient étant acteur de sa santé, il pourra aussi appeler lui-même le numéro donné par son médecin traitant, médecin vasculaire, kinésithérapeutes, oncologue, radiothérapeute….

Une campagne d'information destinée aux professionnels de santé va être proposée par l'URPS de médecine générale, kinésithérapeute et l'URPS infirmier (affiches, flyers, communiqué de presse) et via les sites internet des 2 CHU. Les coordonnées seront également disponibles sur les supports fournis aux patients par les services d'oncologie et de radiothérapie, et une information sera délivrée via les associations de patients.

Chaque centre expert dispose d'une assistante de coordination qui répond au téléphone, organise le premier rendez-vous, demande au patient d'apporter son dossier médical et son traitement le jour de la consultation initiale. Le patient vient avec ses dispositifs médicaux pour une évaluation complète du traitement appliqué (orthèses, bandes…)

➢ Définition du parcours lors de la consultation initiale (parcours A ou parcours B) :

Lors de la consultation initiale par le médecin vasculaire :

- Confirmation du diagnostic de lymphœdème,
- Évaluation du lymphœdème (classification, sévérité). La sévérité et le stade du lymphœdème vont permettre de définir le parcours, entre les 2 parcours distincts qui seront décrits dans les paragraphes suivant,
- Évaluation de la réponse aux traitements antérieurs,
- Information du patient et prescription du parcours de prise en charge,
- Définition des besoins d'évaluation et d'exploration spécifiques du patient en fonction de la présentation du lymphœdème.

A l'issue de cette phase de diagnostic et d'évaluation initiale, le choix d'un parcours de soins est donc effectué parmi 2 parcours distincts :

- Le **PARCOURS A** (estimé à 50% des cas) pour les patients autonomes qui présentent un lymphœdème de stade 1 ou 2a (lymphœdème modéré, peu volumineux) et pour lesquels un traitement ambulatoire en externe est proposé
- Le **PARCOURS B** (estimé à 50% des cas) pour les patients qui présentent un lymphœdème de stade 2b ou 3 (lymphœdème sévère, volumineux) et/ou en perte d'autonomie et pour lesquels une séquence de traitement décongestif intensif (TDI) à l'hôpital est nécessaire avant une prise en charge en externe.

ii. Les deux parcours en synthèse

En fonction du parcours choisi, la prise en charge optimale du lymphœdème se déroulera en plusieurs phases distinctes :

- *Une phase diagnostique* : « séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique », cette phase est commune au parcours A et B,
- *Une phase de traitement*, dite « intensive », (TDI) destinée à réduire le volume du lymphœdème uniquement pour le parcours B),
- Suivie d'une *phase dite « de maintien ou d'entretien* » commune au parcours A et B, cette phase vise à maintenir la réduction volumétrique à long terme, prévenir l'évolution de la maladie et ses complications, améliorer la qualité de vie des patients atteint de lymphœdème.

Ainsi le parcours A comprend :

1. **CS initiale « entrée dans le parcours »**
2. **Hospitalisation de jour « séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique » :**
   a. **Consultations médicales et para médicales**
   b. **Examens complémentaires à visée diagnostic et pré thérapeutique**
   c. **Initiation du traitement**
   d. **Initiation du parcours éducatif**
   e. **Synthèse HDJ et proposition de plan de soins aux soignants de 1er recours**
3. **Prise en charge externe par soignants de premiers recours avec un suivi régulier par téléconsultation**

Et le parcours B comprend :

1. **CS initiale « entrée dans le parcours »**
2. **HDJ « séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique »**
   a. **Consultation(s) médicale(s)**
   b. **Examens complémentaires à visée diagnostic et pré thérapeutique**
3. **Traitement Décongestif Intensif (TDI)**
   a. **Séquence de TDI de 5 à 10 jours en HC (patients en perte d'autonomie) ou HDJ itératif (patients autonomes)**
   b. **Initiation du parcours éducatif**
   c. **Synthèse et proposition de plan de soins aux soignants de 1er recours**
4. **Prise en charge externe par soignants de premiers recours avec un suivi régulier par téléconsultation**

iii. Description détaillée des différentes phases :

Phase d'hospitalisation de jour « séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique »

Après une première consultation médicale, réalisation d'un diagnostic en hôpital de jour **(Hors forfait)** avec une base commune et des examens spécifiques à la carte. Le type et le nombre d'examens est guidé par l'examen clinique et l'étiologie du Lymphœdème.

Phases	Description	Durée	Modalité
Phase diagnostique	▪ Diagnostic différentiel avec intervention de plusieurs disciplines ; ▪ Identification des comorbidités (insuffisance veineuse, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, … ; ▪ Détermination du stade du lymphœdème après anamnèse détaillée, examens et mesures périmétriques ; ▪ Élaboration d'un plan de traitement individuel avec définition d'objectifs personnels concrets (pourcentage de réduction de volume, rééducation à la marche, mobilité des articulations...) ; ▪ Diagnostic kiné du handicap (épaule, hanche, rachis) + décongestion ▪ Évaluation diététique du surpoids ou de l'obésité ▪ Évaluation des capacités d'autonomie du patient dans sa prise en charge	1 journée pleine +ou- examens complémentaires en CS	Centre expert : HDJ Plusieurs intervenants médicaux et paramédicaux

A partir de cette séquence, une stratégie thérapeutique est mise en place.

- Pour le parcours A, la stratégie thérapeutique est proposée au décours de l'HDJ, un parcours éducatif est initié, le patient est formé à l'auto-contention, un plan de soins est proposé à la fin de l'HDJ.

- Pour le parcours B, la stratégie thérapeutique est exposée au patient mais ne débutera que dans un 2ieme temps.

Liste des interventions réalisées au décours de l'hospitalisation de jour et fréquence des actes :

Lymphoedème primaire		**Lymphoedème secondaire**	
Type d'intervention	*Fréquence*	*Type d'intervention*	*Fréquence*
CS médicale	100%	CS médicale	100%
Radiographie des épaules et des han	5%	Radiographie des épaules et des hanches, genoux, cheville	20%
Echo-doppler veineux	100%	Echo-doppler veineux	100%
Echo-doppler arteriel	5%	Echo-doppler arteriel	5%
Echographie musculotendineuse	5%		
Impédancemétrie	20%	Echographie musculotendineuse	30%
IRM des membres	70%	Impédancemétrie	50%
Lympho IRM	70%	IRM des membres	20%
Lymphoscintigraphie	70%	Lympho IRM	10%
Prélèvements biologiques	100%		
CS pédiatrie	20%	Prélèvements biologiques	100%
CS génétique	30%	CS chirurgie plastique	20%
CS podologie	30%	CS podologie	10%
CS psychologue	30%	CS psychologue	20%
CS nutrition	40%	CS nutrition	50%
CS réadaptation	50%	CS réadaptation	30%
CS dermato	40%	CS dermato	20%
PEC kiné	100%	PEC kiné	100%
PEC IDE soins	100%	PEC IDE soins	100%

A noter que certains examens tels que la lymphoIRM ou la lymphoscintigraphie ne pourront pas être réalisées le même jour en raison des délais de RDV et de leur durée. Ainsi certains patients peuvent être amenés à réaliser certains examens en externe.

Phase de traitement Décongestif Intensif (TDI)

Pour les patients du parcours B (lymphœdème sévère, volumineux), la phase de traitement décongestif intensif (TDI) a pour objectif une réduction volumétrique du membre atteint de lymphœdème (phase intensive de décongestion du membre). Elle est réalisée en HC (hospitalisation traditionnelle) ou en HDJ itératif de 5 à 10 jours :

En moyenne, 90 % des patients bénéficient d'un TDI sur 5 jours, 10 % des patients bénéficient d'un TDI sur 10 jours.
Les soins réalisés au décours du TDI sont détaillés en Annexe 6.
Le forfait ambulatoire du traitement décongestif est présenté en Annexe 7.

Hôtel patient :

Pour les patients autonomes résidants à plus de 50km, il est nécessaire de pouvoir proposer l'hôtel hospitalier. C'est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle pour les patients autonomes qui habite loin de l'Hôpital et permet des hospitalisations de jour itératives en évitant des trajets couteux et fatiguant pour les patients. Par ailleurs, cela permet d'impliquer les accompagnants dans le projet de soins.

Le recours à l'hôtel patient permet d'éviter des trajets itératifs entre le centre expert et le domicile au cours du TDI. Les patients ont de volumineux bandages qui nécessitent la prescription de VSL, taxis pour revenir tous les jours réaliser les bandages dans le centre expert. Pour un TDI de 5 jours, le recours à 4 nuits d'hôtel patient évite 8trajets en VSL (juste 1 aller et 1 retour au domicile seront nécessaires).

En application de l'article 59 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le Décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé et l'Arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé prévoient, sur prescription médicale, une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé sous le format d'un forfait à la nuitée en amont ou en aval d'une hospitalisation ou d'une séance de soins, à hauteur de 80 euros/nuit pour le patient et son ou ses éventuels accompagnants.

Phase dite « de maintien ou d'entretien » au plus près du domicile.

La suite de la prise en charge est réalisée en externe, au plus près du domicile, pour les 2 parcours A et B. Le suivi en téléconsultation permet de faire le lien entre les soignants de 1er recours et le centre expert. La téléconsultation est réalisée au domicile du patient, ou au cabinet des IDE ou kinésithérapeutes. Elle implique la participation du patient, du requérant (Ide ou kinésithérapeutes), et l'expert. L'objectif de cette dernière étape est de maintenir le bénéfice de la prise en charge initiée à l'hôpital et éviter un retour en hospitalisation.

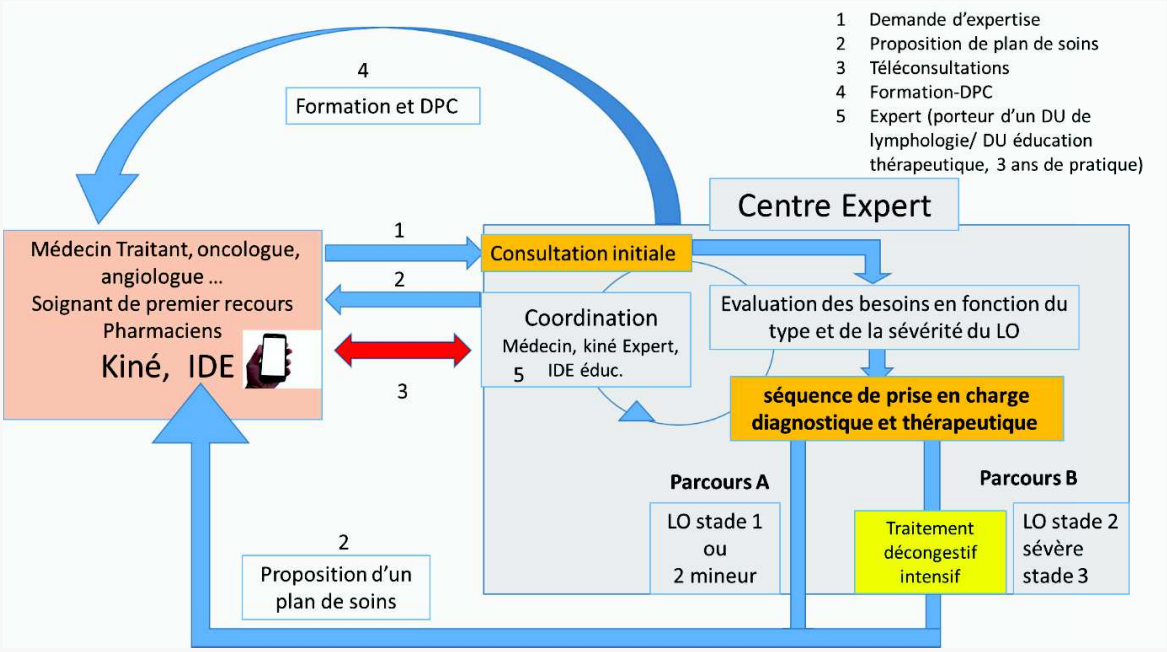
Les soins de kinésithérapie réalisés au cours du suivi sont détaillés en Annexe 7.

Dans plus de 90% des cas, les soins sont réalisés par des kinésithérapeutes.
Dans certains cas, l'isolement géographique ou l'inaccessibilité à un cabinet de kinésithérapie, l'alternative et la réalisation des bandages sera réalisé par les IDE associé avec les soins de peau.

Phases	Description	Durée	Modalité
Phase de suivi	Elle comprend : ▪ Traitement d'entretien du lymphœdème par le patient lui-même, par son entourage et par l'équipe soignante de proximité : ✓ Kinésithérapeute pour la réalisation de bandages, drainage manuel, pressothérapie, rééducation, renforcement musculaire, soin de peau… ✓ Infirmier libéral : traitement d'entretien par bandages, soins de peau, pansement… ✓ +/- Podologue ✓ +/- Orthésiste ▪ Consultation de suivi par l'équipe de proximité (angiologue, kinésithérapeute, médecin généraliste, pharmacien, orthopédiste, ou centre expert) ou en cas de complications intercurrentes, renouvellement de soins… ▪ Nouvel épisode de traitement intensif en centre expert en cas de non stabilisation. Ainsi, le traitement d'entretien devrait s'articuler avec des phases d'intensification du traitement, au plus proche du domicile, et un suivi médical régulier (téléconsultation).		Acteurs de proximité coordonnés par l'équipe référente du parcours lymphœdème (avec actes de téléconsultation)

iv. Modalités de coordination :

La coordination et l'animation de ce parcours est assurée par les praticiens coordonnateurs des 2 centres :



Le dispositif prévoit une coordination des soins afin d'organiser la mise en œuvre de propositions de plan de soins avec les soignants de premier recours infirmière ou kinésithérapeute, médecin traitant, pharmacien, orthésistes.

Une téléconsultation est proposée à J15, elle inclut l'évaluation clinique du patient et un temps d'éducation thérapeutique du patient.
Elle permet un suivi au chevet du patient quel que soit le lieu de vie et permet d'ajuster les protocoles de soins en fonction de l'évolution du lymphœdème.
Un formulaire de prise de mesures du membre atteint de lymphœdème doit être rempli le jour de la téléconsultation par le soignant de premier recours qui participe à a téléconsultation pour préparer la téléconsultation. L'acte de téléconsultation et la prise de mesures sont inclus dans le forfait (*cf. paragraphe*). Une photo du membre atteint peut-être envoyée de façon sécurisée pour vérifier l'état cutané, l'absence de plaie, objectivité la bonne pause de la compression adaptation de l'orthèse. La téléconsultation permet d'identifier les difficultés rencontrées par l'équipe de proximité (défaut de compliance du patient, dispositif médical inadapté, soins inadaptés…) et proposer une nouvelle stratégie thérapeutique : soit établir un nouveau plan de soins adaptée à la nouvelle situation clinique, soit orienter la téléconsultation vers une consultation d'éducation thérapeutique (télé-Education).
Le contenu de la téléconsultation peut varier selon les besoins identifiés par l'expert. La téléconsultation peut être une télé-éducation entre l'expert, le patient et le soignant de première recours infirmier ou kiné).
A l'issue de chaque téléconsultation, un nouveau plan de soins est proposé.

Le détail des actes de téléconsultation est décrit en Annexe 8.

La coordination s'articule avec les actes de téléconsultations et apporte un appui au secteur de premier recours et une aide pour la coordination avec d'autres acteurs médicaux et facilite le parcours patient. Cette organisation de soins permet aux experts de prendre en charge à distance les patients sur leur lieu de vie, évitent les déplacements itératifs (diminution du cout de la prise en charge, confort pour les patients à mobilité réduite) et désengorgent les consultations présentielles dans les centres experts (diminution des suivis, augmentation de la file active).

C'est le soignant de premier recours (IDE ou kiné) qui participe et réalise la téléconsultation en tant que requérant. La téléconsultation a aussi un rôle pédagogique et permet de transmettre aux soignants de premier recours de nouvelles compétences. Les échanges directs avec les experts permettent de former les équipes, de vérifier la transmission des plans de soins, leurs applications, et leurs compréhensions.

Au sein du centre de lymphologie **en qualité d'expert** peuvent pratiquer la téléconsultation : les médecins, kinésithérapeutes ou infirmières, porteurs d'un diplôme universitaire de lymphologie et ayant pratiqué depuis plus de 2 ans dans un centre de lymphologie. Les actes de télé éducation exigent une formation à l'éducation thérapeutique (validation des 40 heures et/ou DU d'éducation thérapeutique).

Les soignants de premier recours qui assurent le suivi via la téléconsultation en **qualité de requérant** doivent avoir une formation minimum. Cette formation des soignants de proximité qui participent au projet expérimentale est organisée et validée par les centres experts sous la forme d'un e-learning, ou DPC. Elle permet aux soignants de proximité d'améliorer leurs compétences en lymphologie et de les former à la téléconsultation.
Le DPC n'est pas suffisante pour obtenir un statut d'expert en lymphologie mais elle est nécessaire aux soignants qui souhaitent intégrer le Parcours Lymphorac 51. Les actes infirmiers et de kinésithérapies seront valorisées et payées au forfait, uniquement pour les soignants ayant validé le DPC ou e-learning

Cette formation permettra d'améliorer la prise en charge des patients au plus proche de leur lieu de vie, de redresser les diagnostics de lymphœdème, de permettre la mise en place de soins adaptés en évitant un recours à des hospitalisations itératives vers les centres experts
A terme, elle va permettre une amélioration des pratiques, faire progresser la qualité et la pertinence des prises en charge en lymphologie par la diffusion des bonnes pratiques, via des soignants formés.
Ainsi, le dispositif va permettre de développer le réseau de soins autour des patients atteints de lymphœdème et harmoniser les pratiques.

2. Population Cible

Identification des patients :

- Patient présentant un lymphœdème stade 1, 2 ou 3 adressé par un médecin traitant, médecin vasculaire, oncologue, radiothérapeute, dermatologue, kinésithérapeute, ou infirmière, acceptant de participer à l'étude Parcours LYMPHORAC 51
- Screening des patients sur liste d'attente pour un traitement décongestif intensif
- Recrutement au fil de l'eau de la consultation

a. Critères d'inclusion
   - Lymphœdème primaire et secondaire, quel que soit le stade
   - Acceptant de participer à l'étude « PARCOURS LYMPHORAC 51 » initié au cours d'une consultation ou une hospitalisation dans l'unité de lymphologie des CHU de Montpellier et de Toulouse
   - Affiliées à un régime d'assurance maladie,
   - Ayant signé le formulaire de consentement éclairé
   - Patient résident en Occitanie

b. Critères d'exclusion
   - D'impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet de surveillance selon le jugement du médecin désirant inclure le patient dans le projet de surveillance
   - De compliance ou d'adhésion thérapeutique faible estimée selon le médecin incluant le patient
   - De refus d'avoir un accompagnement thérapeutique
   - D'absence de lieu de séjour fixe
   - De toute pathologie associée impliquant une espérance de vie inférieure à 12 mois

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

La file active en hospitalisation de jour et consultations concernée par le projet est actuellement de 700 patients au CHU de Montpellier.
La file active en hospitalisation de jour et consultations concernée par le projet est actuellement de 500 patients au CHU de Toulouse.

La cible de population dans l'expérimentation est de 200 patients inclus.

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

Kinésithérapeutes, IDE, pharmaciens, orthésistes, podologues, psychologues, diététiciennes, nutritionnistes, chirurgiens plasticiens
AVML : Association « Mieux vivre avec le lymphœdème ».

5. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation porte sur la région Occitanie avec une coopération entre les CHU de Toulouse et Montpelier, ce qui est un atout majeur pour mener à bien ce travail.
Il existe actuellement en Occitanie une conscience collective de l'importance de renforcer le lien ville / hôpital, et de faciliter la coordination des professionnels de premier recours.

6. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation sera de 2 ans :

- 3 mois après la mise en place de l'expérimentation (création du Workflow sur SPICO outil régional pour la coordination, organisation de la formation)
- Inclusion pendant 1 an
- Suivi (phase diagnostique, phase de traitement suivie d'une phase dite « de maintien »)
- Bilan

La durée de suivi minimale de tout patient inclus dans l'expérimentation est de 15 mois.
Le suivi maximal est de 24 mois.

a. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Phase 1: dépôt du dossier

Phase 2: mise en place de l'expérimentation à T

- Création du Workflow
- Validation du DPC
- Campagne d'information via l'URPS de médecine générale et l'URPS infirmier, affiches, flyers, et via les sites internet CHU, associations de patients
- Phase 3: début des inclusions à T+3M
- Phase 4 : fin des inclusions T+15M
- Phase 5: fin du suivi des patients à T+24M
- Phase 6: Evaluation de l'expérimentation à T+24M

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La gouvernance du projet est assurée par le Pr Isabelle Quere (CHU de Montpellier) et le Dr Julie Malloizel (CHU de Toulouse).
Le pilotage de l'expérimentation sera assuré tout au long de sa durée en collaboration avec le Dr Malloizel (CHU de Toulouse) et le Pr Quere (CHU de Montpellier). Les porteurs pourront s'appuyer sur une ressource d'ingénierie dédiée à l'accompagnement de la mise en œuvre du projet (chef de projet).
Une réunion mensuelle est organisée avec les équipes soignantes de 2 centres d'expertise pour faire le point sur l'évolution du projet.
Une réunion trimestrielle est organisée par la gouvernance avec l'ensemble des participants au projet.

V.FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Modèle de financement

Le modèle de financement dérogatoire est proposé pour 2 séquences :

- *La phase de traitement décongestif intensif (TDI) pour le parcours B, nécessitant une hospitalisation de jour itérative de 5 ou 10 jours*
- *La phase de traitement ambulatoire en externe avec prise en charge du dispositif compressif et téléconsultation pour les parcours A et B.*

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

a. Méthode de calcul utilisée

***(1)* <u>Pilotage, ingénierie de projet et formations :</u>**

Les moyens évalués pour assurer le pilotage et l'ingénierie du projet dans les phases de rédaction de la lettre d'intention, du cahier des charges et de l'expérimentation, ainsi que les formations:

Type	Expertise	%	Coût unitaire moyen MTP 2018	Valorisation annuelle (2 CHU)
PH	PH	10%	**119 893 €**	23 979 €
	ingénieur	10%	56 650 €	11 330 €
	Kinésithérapeute	10%	53 030 €	10 606 €
	IDE / CDS	10%	50 930 €	10 186 €
	Formation			19 800 €
	Investissement (communication, SIH…)			10 000 €
	TOTAL			**85 901 €**
			2 ans	***171 801 €***

La réalisation de la formation des soignants correspond à 5 demi-journées par an et par centre. Au cours de ces demi-journées, est mobilisée une équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, kiné et infirmier d'éducation thérapeutique) :

10 demi-journée x 3 professionnels x 4 heures x 165€ de l'heure = 19800 €

***(2)* <u>Coordination du parcours (médicale, paramédicale, administrative) :</u>**

La coordination du parcours est un temps fondamental, elle comprend :

- *Direction des réunions d'équipe*
- *Collaboration à l'élaboration des plans de traitement individuels des patients avec le kinésithérapeute référent ;*
- *Collaboration à l'élaboration du projet éducatif individuel des patients avec l'infirmière d'éducation thérapeutique référente ;*
- *Suivi hebdomadaire de l'exécution des plans de traitement individuels des patients à la phase intensive ;*

- *Suivi médical du patient et gestion du dossier médical ; Coordination du traitement des comorbidités ;*
- *Contacts avec le médecin référent ;*
- *Maintien des contacts avec les soins avec l'équipe de premier recours pour le suivi du traitement (kinésithérapeute, IDE...) et supervision de l'exécution du traitement d'entretien ;*
- *Suivi du projet éducatif et coordination des séances éducatives à domicile ;*
- *Prescription d'examens supplémentaires, de kinésithérapie et de matériel de soins ;*
- *Participation et coordination des formations et de la communication;*
- *Gradation et orientation des appels entrants ;*
- *Suivi des PPS ;*
- *Supervision du secrétariat médical.*

L'ensemble de ces temps sont valorisés ci-après dans les différents forfaits dans le poste de dépenses « coordination ».

(3) La séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique

Maintien d'une rémunération d'une journée d'HDJ. Pas de dérogation au modèle de financement T2A.

GHM associés :

- ✓ *Lymphœdème primaire : 09M07T : autres affections dermatologiques, très courte durée => 515,17 €*
- ✓ *Lymphœdème secondaire : 09M09T : affections non malignes des seins, très courte durée => 571,88 €*

(4) La phase de TDI (parcours B)

Nous proposons, dans le cadre de la T2A, un reclassement de l'activité hospitalière correspondant au traitement décongestif intensif réalisé sur 5 à 10 jours en hospitalisation de jour chainée avec autorisation de dérogation.

La description (chap. IV) montre que chaque journée les interventions sont longues et diverses, et réalisées par plusieurs intervenants (kiné, IDE, médecin) ne permettant pas la cotation d'une journée d'HDJ : drainage lymphatique manuel, pressothérapie, soins de peau, bandages multicouches, exercices physiques, ETP, CS le 1er et le dernier jour…

Le coût de l'hospitalisation est estimé à :

- ***2226 €** pour une hospitalisation de 5 jours (90% des cas)*

Personnel Médical	233 €
Personnel paramédical	1 125 €
Prestations médico-techniques	170 €
Prestations plateaux de CS et rééducation	150 €
Coordination	168 €
Dépenses médicales	40 €
Charges induites	340 €
TOTAL 5 jours	**2 226 €**

- ***3748 €** pour une hospitalisation de 10 jours (10% des cas)*

Personnel médical	233 €
Personnel paramédical	2 013 €
Prestations médico-techniques	170 €
Prestations plateaux de CS et rééducation	300 €
Coordination	272 €
Dépenses médicales	80 €
Charges induites	680 €
Total 10 jours	**3 748 €**

Calculs réalisés sur la base des coûts moyens de personnels CHU 2019 (base de données RH et sociale des CHU, enquête de mars 2020, 19 CHU), d'une analyse détaillée des temps médicaux et paramédicaux nécessaires pour la prise en charge, et de données de comptabilité analytique du CHU de Montpellier pour estimer les charges de prestations et indirectes des séjours.

Le détail des calculs est disponible en Annexe 7.

La phase de TDI proposée dans le cadre de la présente expérimentation est substitutive et complémentaire à l'offre présente dans le droit commun. La facturation des forfaits pour la phase de TDI en hospitalisation de jour exclura la facturation GHT lié à l'HDJ (absence de double facturation).

Au-delà d'un périmètre d'action plus large, la phase de TDI en HDJ décrite ci-dessus présente un gain moyen d'environ 100 euros versus une HDJ inscrite en T2A. De plus, i est également attendu un gain qualitatif et quantitatif sur la phase de traitement ambulatoire en externe.

(5) La phase de traitement ambulatoire en externe (parcours A et B)

Pour cette phase, il est proposé de mettre en place des forfaits de 6 mois incluant les actes externes pour « bandages compressifs multicouches », le remboursement des dispositifs médicaux et un forfait de téléconsultation.

Ce dispositif pourrait être mis en place en distinguant un forfait soins destinés aux prestataires libéraux (IDE ou kinésithérapeutes) et un forfait centre expert destiné à l'établissement de santé.

(a) Concernant les prestations des actes paramédicaux :

✓ *Pour les kinésithérapeutes*

Les soins de kinésithérapie ne sont pas valorisés et n'encouragent pas les kinésithérapeutes à prendre en charge les patients atteints de lymphœdèmes. Pour améliorer les soins aux patients, il faut optimiser la prise en charge au plus proche du domicile et s'assurer que les professionnels libéraux soient formés et prennent le temps de délivrer des soins adaptés aux patients.

Actuellement, la prise en charge menée par les kinésithérapeutes auprès des patients atteints de lymphœdèmes repose sur des soins remboursés complémentaires au traitement tels que le soin de drainage lymphatique pour un membre (DLM unilatéral) et le soin de bandage, deux actes respectivement côté à 8 AMK et 1 AMK.

La réalisation d'un bandage compressif multicouche est reconnue comme plus efficace pour réduire le volume et stabiliser le lymphœdème versus le soin de DLM seul. Cet acte de bandage compressif multicouche (durée 45-60 minutes de soins) comprend : un soin de peau (hydratation du membre), la pose de jersey, un capitonnage et un bandage multicouche. La cotation d'un tel acte n'est actuellement pas prévu dans la nomenclature. Au regard du temps de réalisation pour mener à bien ce soin, il est proposé de s'aligner sur la valorisation de l'acte de DLM (durée30 minutes de soins), ce qui correspond à un coût de 17,20 €.

✓ *Pour les infirmier(e)s*

Les soins infirmiers pour la réalisation d'un bandage sans réfection de pansement associé ne sont pas rémunérés dans le droit commun.

Le bandage compressif multicouche d'un membre étant très important pour réduire le volume, stabiliser le lymphœdème et prévenir l'apparition de plaie, il est important de valoriser cet acte actuellement non côté.

Il est donc proposé de valoriser cette prestation de soin à hauteur de ce qui est prévu pour les kinésithérapeutes, soit 17,20 €. Dans le cadre d'une prise en charge IDE, la réalisation d'un bandage compressif multicouche comprend : un soin de peau (hydratation du membre), pose de jersey, capitonnage, bandage multicouches.

(b) Concernant le protocole de prise en charge paramédicale sur 6 mois pour les 2 parcours :

Le protocole de prise en charge sera déterminé à la sortie du centre expert (proposition de plan de soins délivré au patient à l'issue de l'HDJ (parcours A) ou du TDI (parcours B), puis ajuster au décours des téléconsultations. La proposition de plan de soins est discutée entre le centre expert et le professionnel libéral lors d'une téléconsultation. Cette évaluation permettra de définir le forfait le plus adapté au patient dans les 6 mois à venir, et de définir le cas échéant des actes complémentaires qui pourraient être réalisés par le professionnel libéral (réfections de pansement, rééducation de l'épaule, drainage lymphatique par exemple...). Les actes complémentaires sont des actes qui appartiennent au droits communs, ils sont donc hors forfaits.

***Dans le cadre de l'expérimentation, 3 types de forfaits sont proposés : minimal sur la base de 6 bandages, médian (16 bandages), maximal (26 bandages)**. Ils sont détaillés ci-après.*

Le traitement ambulatoire d'entretien se déroule sur une période de 6 mois renouvelable.

Lors de la première prise en charge de 6 mois :

- *Parmi les patients relevant du parcours A, 50 % bénéficieront d'une prise en charge maximale et 50 % d'une prise en charge médiane*
- *100 % des patients relevant du parcours B bénéficieront d'une prise en charge maximale*

Lors de la prise en charge de 6 mois suivante, 80 % des patients basculeront dans la prise en charge immédiatement plus légère ».

(c) Concernant la prise en charge des dispositifs de compression

Pour éviter tout reste à charge pour les patients et réduire les risques de renoncement aux soins, il est proposé d'inclure dans le forfait « centre expert » la prise en charge des dispositifs de compression prescrits aux patients.

Le centre expert aura la charge de rémunérer l'orthésiste.

Le montant de la rémunération du dispositif de compression a été évalué à 300 € par semestre.
Ce montant a été fixé au regard de l'étude publiée LYMHPORAC dans laquelle il est rapporté que le coût moyen des dispositifs médicaux est de 49,6 € par mois pour un patient. Le coût évalué de 300€ dans le présent forfait correspond à la prise en charge du traitement ambulatoire d'entretien de 6 mois.

Le montant « moyen » de prise en charge des dispositifs de compression fera l'objet d'un suivi lors de l'expérimentation pour être affiné au décours de l'expérimentation. Les dispositifs de compression seront fournis dans le respect du code des marchés publics.

(d) Concernant la téléconsultation

Il est proposé d'inclure dans les forfaits la réalisation de plusieurs téléconsultations avec un nombre adapté dans chacun des 3 forfaits.

A noter que la téléconsultation nécessite une préparation qui correspond à la prise de mesure du lymphœdème. Cette prise de mesure est chronophage. Elle est décrite en Annexe 9. Elle est nécessaire au suivi du lymphœdème, recommandé par l'ISL (1,2) Cette acte n'est actuellement pas valorisé. C'est un temps nécessaire, préalable obligatoire à chaque consultation de lymphologie. Nous proposons une rémunération de 10 euros pour la réalisation de cet acte fondamental au suivi du lymphœdème qui sera réalisé par le soignant requérant avant chaque téléconsultation.

Au décours des téléconsultations, un suivi éducatif peut être proposé.

Pour rappel, le parcours éducatif comprend un diagnostic éducatif réalisé au décours du passage dans le centre expert, et un minimum de consultations d'éducation thérapeutiques par an qui pourront être réalisé en téléconsultation. L'éducation thérapeutique est facturée dans le droit commun : le forfait par programme et par patient est de 250 euros pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 ateliers collectifs, y compris les éventuelles séances individuelles (*prises en charges ambulatoire)*.

Dans le cadre de l'expérimentation, l'éducation thérapeutique pourra être réalisée en téléconsultation, en fonction des besoins identifiés par l'expert et éviter le s retours itératifs au centre expert et la consommation de transports par VSL ou ambulances

(e) Tableau de synthèse des forfaits ambulatoires

Forfait ambulatoires		Forfait max			Forfait médian			Forfait min		
		Nb	Montant	Valo	Nb	Montant	Valo	Nb	Montant	Valo
Soins externes	Bandages	26	17,20 €	447,20 €	16	17,20 €	275,20 €	6	17,20 €	103,20 €
	Téléconsultation	4	10,00 €	40,00 €	3	10,00 €	30,00 €	2	10,00 €	20,00 €
	Prise de mesures	4	10,00 €	40,00 €	3	10,00 €	30,00 €	2	10,00 €	20,00 €
	sous total soins externes			527,20 €			335,20 €			143,20 €
Centre expert	Dispositif de compression	1	300,00 €	300,00 €	1	300,00 €	300,00 €	1	300,00 €	300,00 €
	Téléconsultation	4	23,00 €	92,00 €	3	23,00 €	69,00 €	2	23,00 €	46,00 €
	ETP *(pour info)*			*droit commun*			*droit commun*			*droit commun*
	Frais de coordination (10%)			145,00 €			104,00 €			63,00 €
	sous total Centre expert			537,00 €			473,00 €			409,00 €
Forfait ambu		*forfait max*		1 064 €	*forfait médi*		808 €	*forfait min*		552 €

NB Le parcours des patients est défini pour une durée de 6 mois suivi d'une évaluation qui orientera le patient sur une prise en charge dont l'intensité pourra être réévaluée (min, médian, max).

(6) Synthèse des prestations dérogatoires financées par le FISS

Le tableau suivant est la synthèse de la valorisation prévisionnelle pour les 200 patients de l'expérimentation sur l'année 1 et 2.

NB. Tous les patients bénéficiant de l'ensemble des séances, l'hypothèse retenue permet aux patients de terminer de façon synchrone leur prise en charge avec le renouvellement d'une séquence de 3 mois pour les patients inclus en T2-A1 et T4-A1.

	Année 1	Année 2	Total
Nb de patients inclus TDI	**174**	**26**	**200**
dont nb TDI initial 5j	*69*	23	92
dont nb TDI initial 10j	*9*	3	12
dont pas de TDI	*96*	0	96
Valo des retours en TDI	**35**	**5**	**40**
dont nb TDI initial 5j	*14*	*5*	*18*
dont nb TDI initial 10j	*2*	*1*	*2*
dont pas de TDI	*19*	*0*	*19*
Nb séquences ambulatoires de 6 mois	**200**	**450**	**650**
dont forfaits min	*10*	*223*	*233*
dont forfaits médian	*69*	*160*	*229*
dont forfaits max	*122*	*67*	*188*
Forfait TDI	**187 309 €**	**62 436 €**	**249 745 €**
5j	153 580 €	51 193 €	204 774 €
10j	33 728 €	11 243 €	44 971 €
Pas de TDI	- €	- €	- €
Retour forfait TDI	**37 462 €**	**12 487 €**	**49 949 €**
5j	30 716 €	10 239 €	40 955 €
10j	6 746 €	2 249 €	8 994 €
Pas de TDI	- €	- €	- €
Forfait ambulatoire	**190 266 €**	**323 622 €**	**513 889 €**
dont forfaits min	5 303 €	123 287 €	128 590 €
dont forfaits médian	55 600 €	129 509 €	185 109 €
dont forfaits max	129 363 €	70 826 €	200 189 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	**415 037 €**	**398 546 €**	**813 583 €**

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

Pour toutes les raisons évoquées précédemment (inefficacité des prises en charge en externe, reste à charge très important, fort taux de renoncement aux soins…), actuellement le taux de retour à l'hospitalisation et au traitement décongestif intensif est très important.

On estime que la moitié des patients présentant un lymphœdème modéré (correspondant aux patients parcours A) et l'ensemble des patients présentant un lymphœdème sévère (correspondant aux patients parcours B) réalisent chaque année, voire tous les 6 mois, un nouveau TDI générant un surcoût évitable de 2000€ à 4000€ par patient.

Le parcours de soins Lymphorac 51 devrait permettre une réduction progressive du nombre de patients nécessitant un parcours B, et une réduction significative du nombre d'hospitalisation, ainsi qu'une réduction progressive de la consommation de soins en libéral. Le parcours de soins lymphorac 51 va permettre de diminuer de façon majeure les dépenses de santé liées aux transports VSL/ambulances via le développement de la téléconsultation.

L'étude LYMPHORAC a mis en avant qu'une réduction de 10% du nombre d'hospitalisation par an, une réduction de la fréquence à un recours systématique à un traitement décongestif intensif (réduction de 20 %) ainsi qu'une diminution de la consommation des transports (50%) permettrait une économie potentielle de plus de 300 K€/an.

A moyen terme, on estime que les dépenses liées au parcours 51 vont diminuer chaque année avec de plus en plus de patients dans le patients parcours A et de moins en moins dans le patients parcours B (prise en charge plus précoce, réseau de soins plus efficace). Par contre, l'économie potentielle sera de plus en plus importante avec une croissance régulière grâce au développement de la téléconsultation, formation et montée en charge des professionnels libéraux et réduction des hospitalisations.

En résumé les gains attendus :

- Hospitalisations évitées (retour en TDI)
- Transports évités (organisation des soins au plus proche du domicile)
- Réduction de la consommation de soins (actes IDE et kinésithérapeutes)

4. Besoin de financement

Appliquer votre mode de financement aux effectifs que vous envisagez d'inclure sur le(s) territoire(s) pendant la durée de l'expérimentation (le cas échéant par phase de montée en charge) afin de mesurer le montant total de financement nécessaire et la viabilité de votre projet.

Distinguer dans le montant total, le financement de la prise en charge des patients du financement de ce qui est nécessaire à la mise en œuvre de l'expérimentation (coûts d'ingénierie).

Inclure un tableau de synthèse.

Le cas échéant, mentionner les autres sources de financement en cours, demandées, prévues ou envisagées pour financer des parties spécifiques du projet (FIR, FISS, programmes de recherche, autres).

a. Synthèse du besoin de financement

Besoin total de financement sur la durée de l'expérimentation

	Année 1	Année 2	Total
Nb de patients inclus TDI	174	26	**200**
Prestation dérogatoire (FISS)	415 037 €	398 546 €	**813 583 €**
CAI (FIR)	85 901 €	85 901 €	**171 801 €**
TOTAL expérimentation (FISS+FIR)	**500 937 €**	**484 446 €**	**985 384 €**

VI. DÉROGATIONS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Aux règles de financements de droit commun

Les dérogations demandées :

- Facturation au forfait pour les séjours hospitaliers de Traitement Décongestif Intensif (TDI)

Séjours réalisés sur 5 jours (90% des cas) à 10 jours (10% des cas) en hospitalisation de jour chainée.

La description (chap. IV) montre que chaque journée les interventions sont longues et diverses, et réalisées par un ou deux intervenants (kiné, IDE, médecin) : drainage lymphatique manuel, pressothérapie, soins de peau, bandages multicouches, exercices physiques, ETP, CS le 1er et le dernier jour…

Avec les règles de facturation actuelles, elles ne permettent pas la cotation de journées d'HDJ et sont très insuffisamment rémunérées pour le centre hospitalier au vue de la prestation réalisée.

Voir chapitre V : détail du calcul des 2 forfaits de 5 et 10 jours

- Facturation au forfait pour la prise en charge ambulatoire en externe et au plus près du domicile du patient + des actes de bandages compressifs multicouches (actes paramédicaux) réalisés par les intervenants libéraux kinésithérapeutes

Ici résident les 2 principaux facteurs qui empêchent un niveau de qualité de prise en charge suffisant et qui provoquent un taux de renoncement aux soins important :

- Le système de financement actuel est totalement insuffisant pour rémunérer l'intervention des professionnels libéraux (kiné ou IDEL) et le temps passé auprès du patient : proposition de prestation des actes paramédicaux par bandages compressifs multicouches afin de favoriser la prise en charge de ces patients
- Le reste à charge actuel est très important pour les patients et il est donc proposé d'inclure de prendre en charge les dispositifs délivrés dans le forfait

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

Les dispositifs médicaux prescrits à la sortie de l'HDJ ou à l'issue du TDI seront payé par le centre expert (forfait centre expert) aux prestataires (orthésistes pharmaciens) qui acceptent de participer à l'expérimentation. La facturation des orthèses sera réalisée par la DAF de chaque centre expert. Les dispositifs seront délivrés par le centre expert excepté les orthèses sur mesure qui seront envoyés au domicile du patient par le prestataire (délai de fabrication). Les orthésistes pharmacien participant à l'expérimentation seront désignés comme correspondant au sein d'une équipe de soins.

VII.IMPACTS ATTENDUS

1. En termes de service rendu aux patients
   - L'impact du Parcours Lymphorac 51 correspond à une meilleure prise en charge du lymphœdème au long court qui se traduit par la diminution du recours itératif aux services hospitaliers spécialisés du fait de la diminution des rechutes et des complications et par une amélioration de la qualité de vie.
   - Ainsi nous souhaitons réduire les inégalités de prise en charge et éviter un renoncement aux soins pour des raisons financières et ou géographiques en optimisant et évaluant notre prise en charge et en permettant à chaque patient d'avoir des soins de qualité au plus proche du domicile et du matériel, dispositif médical accessible à tous.

2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services
   - L'impact organisationnel est important car il permet une meilleure visibilité des centres experts, une augmentation de leurs capacités d'accueil en réduisant le traitement des rechutes et réduction des délais d'attente.
   - L'impact organisationnel est majeur pour les soins ambulatoires en garantissant leur qualité et en vérifiant leur efficacité dans un parcours intégré hôpital-ville. La formation garantie le respect des bonnes pratiques professionnelles. La valorisation des actes de bandages et la prise de mesure permettent d'appliquer les bonnes pratiques au plus proche du domicile selon les recommandations de l'HAS et l'ISL.

3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé
   - Réduction du nombre d'hospitalisation, nombre de jours en arrêt maladie, liés au lymphœdème
   - Réduction de la consommation de soins ambulatoires
   - Réduction de transports VSL, ambulances
   - Réduction des soins inappropriés et inefficaces

VIII.MODALITES D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION PROPOSÉES

Le but de cette expérimentation est d'améliorer l'accès (géographique et économique) aux soins spécifiques du lymphœdème et la qualité de ses soins, lors de la prise en charge de ces patients dans la région Occitanie, grâce à la mise en place du parcours de soins LYMPHORAC-51.
Nous évaluerons les résultats de la prise en charge de notre population avec le « Parcours LymphoRAC-51 », sur différentes dimensions : cliniques, économiques, sociales et organisationnelles au niveau interne (CHU) et externe (sur le terrain) ainsi que leur interaction de ces deux niveaux, du point de vu de l'assurance maladie et du patient.

Ainsi l'évaluation aura plusieurs volets :

- Données descriptives sur des données issues d'une enquête qualitative de satisfaction des patients, échelle de qualité de vie
- L'exploitation et l'analyse statistique des données en lien avec les critères de jugement
- Données évaluant la coordination des soins :
  - Taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE)
  - Taux de ré-hospitalisation dans un délai de 1 à 30 jours (RH30)
- Volet médico-économique visant à évaluer les coûts et l'efficience du parcours de soins coordonné et intégré
- Données descriptives sur des éléments issues d'une enquête qualitative sur la gestion de la coordination des soins

Pour évaluer l'impact du Parcours Lymphorac 51 sur la prise en charge de nos patients, nous avons retenu comme objectif principal :

- La stabilité de la pathologie lymphatique qui se traduit par la diminution du recours itératif aux services hospitaliers spécialisés.

Les objectifs secondaires sont:

- Décrire les caractéristiques démographiques, socioéconomiques de la population étudiée
- Cliniques :
  - Nombre d'érysipèles, hospitalisations, nombre de jours en arrêt maladie, liés au lymphœdème
  - Consommation de soins ambulatoires
- Economiques : du point de vue de l'assurance maladie et des patients
  - Evaluer le coût de la consommation de soins du parcours expérimental LYMPHORAC 51
  - Décrire le RAC de patients après la période d'expérimentation.
- Sociales
  - Améliorer la qualité de vie (échelle de qualité de vie)
  - Réduire les renoncements aux soins pour des raisons financières
  - Réduire les renoncements aux soins pour des raisons géographiques
- Organisationnelles au niveau interne (CHU) et externe (sur le terrain) ainsi que leur interaction de ces deux niveaux :
  - Réduire le délai d'attente d'accès aux soins spécifiques
  - Identifier géographiquement le réseau des professionnelles
  - Identifier géographiquement le réseau de professionnelles formées
  - Adopter une surveillance coordonnée entre le CHU et le réseau de professionnels sur le terrain
  - Explorer les hospitalisations potentiellement évitables

- Les indicateurs cliniques :
  - nombre de patients hospitalisés pour lymphœdème au CHU /an
  - nombre de traitement décongestif intensif par patient par an

- délai d'attente pour un traitement décongestif intensif (file d'attente en début et fin d'expérimentation)
- nombre de kinés et ide formés
- nombre et fréquence d'actes kiné et IDE/an
- Diminution de la sévérité des LO (suivi de la réduction de l'excès de volume – suivi du poids)
- nombre d'érysipèle
- nombre de patient participant au parcours éducatif
- perdu de vue
- pourcentage de renoncement aux soins

- Indicateur de qualité :
  - Questionnaires de satisfaction et d'expérience professionnelle/ patient
  - Échelle de qualité de vie du patient

- Indicateur réseaux :
  - Taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE)
  - Taux de ré-hospitalisation dans un délai de 1 à 30 jours (RH30)
  - Elaboration et maintenance de protocoles de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, sociétés savantes...)
  - Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient
  - Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des évènements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité: hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, évaluation des actions correctrices).

- Indicateur médico économique
  - Valider les éléments financiers permettant de calculer les forfaits (coût réel des dispositifs de compression, coût des séjours hospitaliers de TDI...)
  - Evaluer l'efficience du parcours de soins coordonné et intégré par rapport au parcours de soins habituel du point de vue de la société, au moyen d'analyses coût-utilité et coût-efficacité
  - Evaluer l'impact des caractéristiques socio-économique sur les coûts de prise en charge avant et après la mise en place d'un parcours de soins coordonné et intégré et sur le ratio d'efficience.

IX. INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPÉRIMENTATION

Le projet nécessite de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui sont des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Elles seront recueillies et stockées dans le dossier médical informatisé de chaque centre expert (création d'un Workflow (fichier Excel) compatible avec les 2 CHU et l'outil SPICO).

Seuls les données nécessaires à la prise en charge du lymphœdème seront partagées avec l'équipe de proximité.

X. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE TRAITEMENT DE DONNÉES DE SANTÉ A CARACTÈRE PERSONNEL

Le projet fait appel à des outils numériques validé par l'ARS et le GIP Occitanie (Téléo).

XI. LIENS D'INTERÊTS

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

XII. ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES / EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

BIBLIOGRAPHIE

1. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. Consensus document of the International Society of Lymphology. Lymphology, 2003. **36**(2): p. 84-91.
2. Best practice for the management of lymphoedema. . Lymphoedema Framework. International consensus, 2015.
3. Dupuy, A., et al., Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. Bmj, 1999. 318(7198): p. 1591-4.
4. Ahmed, R.L., et al., Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. J Clin Oncol, 2008. **26**(35): p. 5689-96. 11
5. Ridner, S.H., Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. Support Care Cancer, 2005. **13**(11): p. 904-11. 12
6. Warren, A.G., et al., Lymphedema: a comprehensive review. Ann Plast Surg, 2007. **59**(4): p. 464-72. 13
7. Karki, A., et al., Lymphoedema therapy in breast cancer patients: a systematic review on effectiveness and a survey of current practices and costs in Finland. Acta Oncol, 2009. **48**(6): p. 850-9.
8. Vignes, S., et al., Long-term management of breast cancer-related lymphedema after intensive decongestive physiotherapy. Breast Cancer Res Treat, 2007. **101**(3): p. 285-90.
9. Szuba, A. and S.G. Rockson, Lymphedema: anatomy, physiology and pathogenesis. Vasc Med, 1997. **2**(4): p. 321-6.
10. Quéré I, Coupé M, Soulier-Sotto V, Evrard-Bras M, Laroche JP, Janbon C. Genetics of lymphedema: from Milroy's disease to cancer investigations. Rev Med Interne . 2002;23 (3):379s-387s.
11. Malloizel J, Lymphœdème primaire des membres inférieurs : quels signes cliniques, Journal des Maladies Vasculaires, Volume 41, Issue 2, March 2016, Page 112
12. Mendola A, Schlögel MJ, Ghalamkarpour A, Irrthum A, Nguyen HL, Fastré E, Bygum A, van der Vleuten C, Fagerberg C, Baselga E, Quere I, Mulliken JB, Boon LM, Brouillard P, Vikkula M; Lymphedema Research Group.. Mol Syndromol. 2013 Sep;4(6):257-66.
13. Quéré I, Incidence of Cellulitis among Children with Primary Lymphedema, N Engl J Med 2018; 378:2047-2048

14. Norman, S.A., et al., Lymphedema in breast cancer survivors: incidence, degree, time course, treatment, and symptoms. J Clin Oncol, 2009. **27**(3): p. 390-7.Lymphatic
15. Ezzo J et al., Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 21;(5)
16. Vignes S, Arrault M. Adverse effects of compression in treatment of limb lymphedema, J Mal Vasc. 2009 Nov;34(5):338-45.
17. Vignes S, Fournier J.Qualitative analysis of prescription of elastic garment in lower limb venous and lymphatic diseases, J Mal Vasc. 2008 Feb;33(1):12-6.
18. G Mercier, J Pastor, V Clément, U Rodts,C Moffatt, I Quéré, Inequalities in out-of-pocket payments for lymphedema patients in France: a national, multicenter, prospective study.
19. Gregoire Mercier, Jenica Pastor, Valerie Clément, Ulysse Rodts, Christine Moffat, Isabelle Quéré. Out-of-pocket payments, vertical equity and unmet medical needs in France: A national multicenter prospective study on lymphedema. PLoS One. **2019**; 14(5): e0216386. Published online **2019** May 8. doi: 10.1371/journal.pone.0216386.
20. Lasinski BB, McKillip Thrift K, Squire D, Austin MK, Smith KM, Wanchai A, et al. A systematic review of the evidence for complete decongestive therapy in the treatment of lymphedema from 2004 to 2011. PM R 2012;4:580-601.
21. Quere, I., et al., Prospective multicentre observational study of lymphedema therapy: POLIT study. J Mal Vasc, 2014. 39(4): p. 256-63.
22. Vignes S., Factors influencing breast cancer-related lymphedema volume after inten**sive decongestive physiotherapy,** Support Care Cance. 2011 Jul;19(7):935-40.
23. Ahmed, R.L., et al., Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. J Clin Oncol, 2008. **26**(35): p. 5689-96.
24. Ridner, S.H., Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. Support Care Cancer, 2005. **13**(11): p. 904-11.
25. Malloizel-Delaunay.j, et al, Parcours de soins des patients atteints d'un lymphœdème secondaire à un cancer du sein, Journal de Médecine Vasculaire, Volume 43, Issue 2, March 2018.
26. P. Bourgeois, J.-P. Belgrado, Aerens ef Lymphoscintigraphy in the management of lymphedemas and their health costs reimbursement in Belgium, Médecine nucléaire 34 (12), 675-682
27. Cemal Y1, Jewell S, Albornoz CR, Pusic A, Mehrara BJ. Systematic review of quality of life and patient reported outcomes in patients with oncologic related lower extremity lymphedem a Lymphat Res Biol. 2013 Mar;11(1):14-9.
28. Malloizel-Delaunay J, Chantalat E, Bongard V, Chaput B, Garmy-Susini B, Yannoutsos A, Vaysse C. Endermology treatment for breast cancer related lymphedema (ELOCS): Protocol for a phase II randomized controlled trial. J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Oct;241:35-41
29. Lee BB, Andrade M, Antignani PL, Boccardo F, Bunke N, Campisi C, et al; International Union of Phlebology. Diagnosis and treatment of primary lymphedema. Consensus document of the International Union of Phlebology (IUP)-2013. Int Angiol 2013;32:541-74.
30. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques_2010-12-16_11-04-22_128.pdf

ANNEXE 1. COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteurs	CHU Toulouse	Direction CHU de Toulouse	Le Directeur Général Adjoint Anne FERRER
	CHU Montpellier	Thomas LE LUDEC Directeur Général	Pour le Directeur Général Le Directeur Général Adjoint François BERARD
Partenaires	IUCT Oncopole		
	ICM		
	Département de Médecine Générale Université de Toulouse Université de Montpellier-Nîmes		
	Professionnels paramédicaux kinés du réseau		
	Professionnels paramédicaux IDE du réseau		
	AVML : Association de patients nationale « Vivre Mieux Mon Lymphœdème »		

ANNEXE 2. CATEGORIES D'EXPÉRIMENTATIONS

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

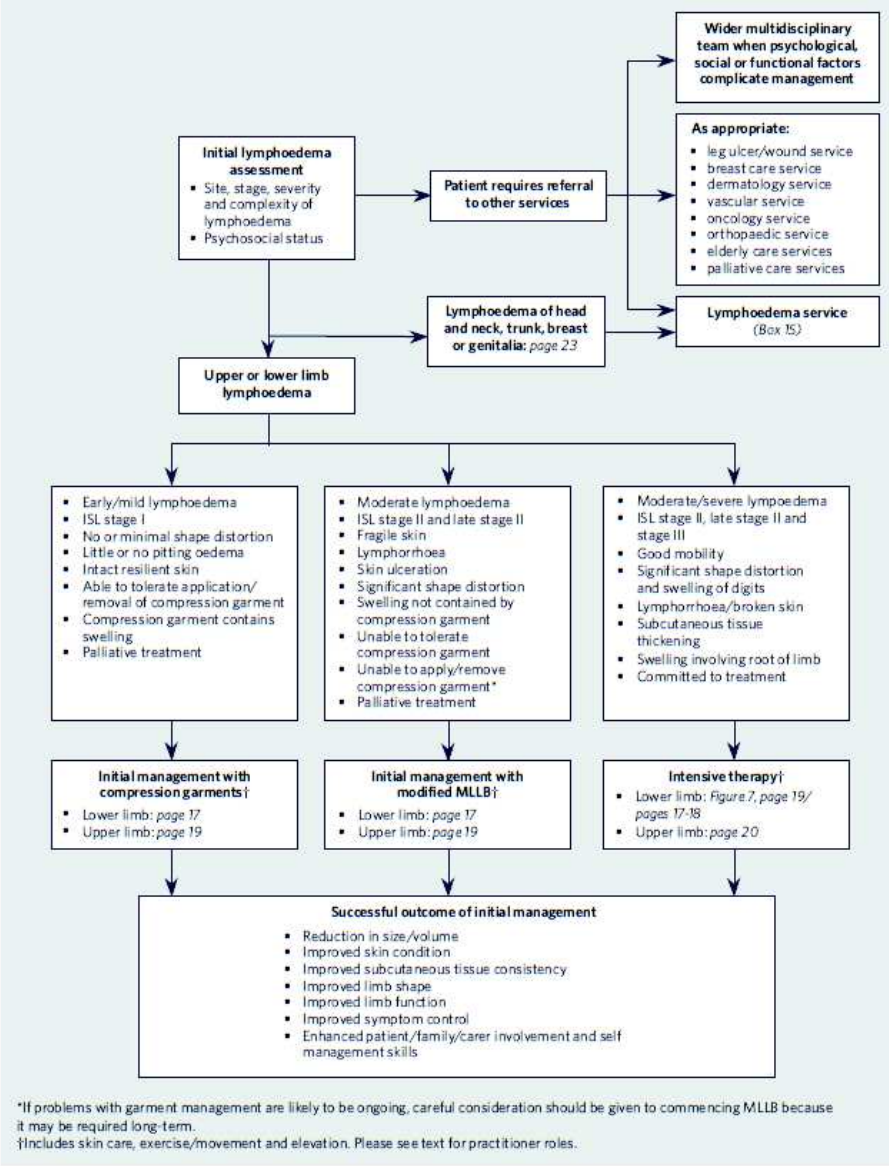
MODALITÉS DE FINANCEMENT INNOVANT (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	COCHER	SI OUI, PRÉCISER
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience 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	
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	X	

MODALITÉS D'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE OU DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PRODUITS DE SANTÉ (Art. R. 162-50-1 – II°)[1]	COCHER	SI OUI, PRECISER
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.		

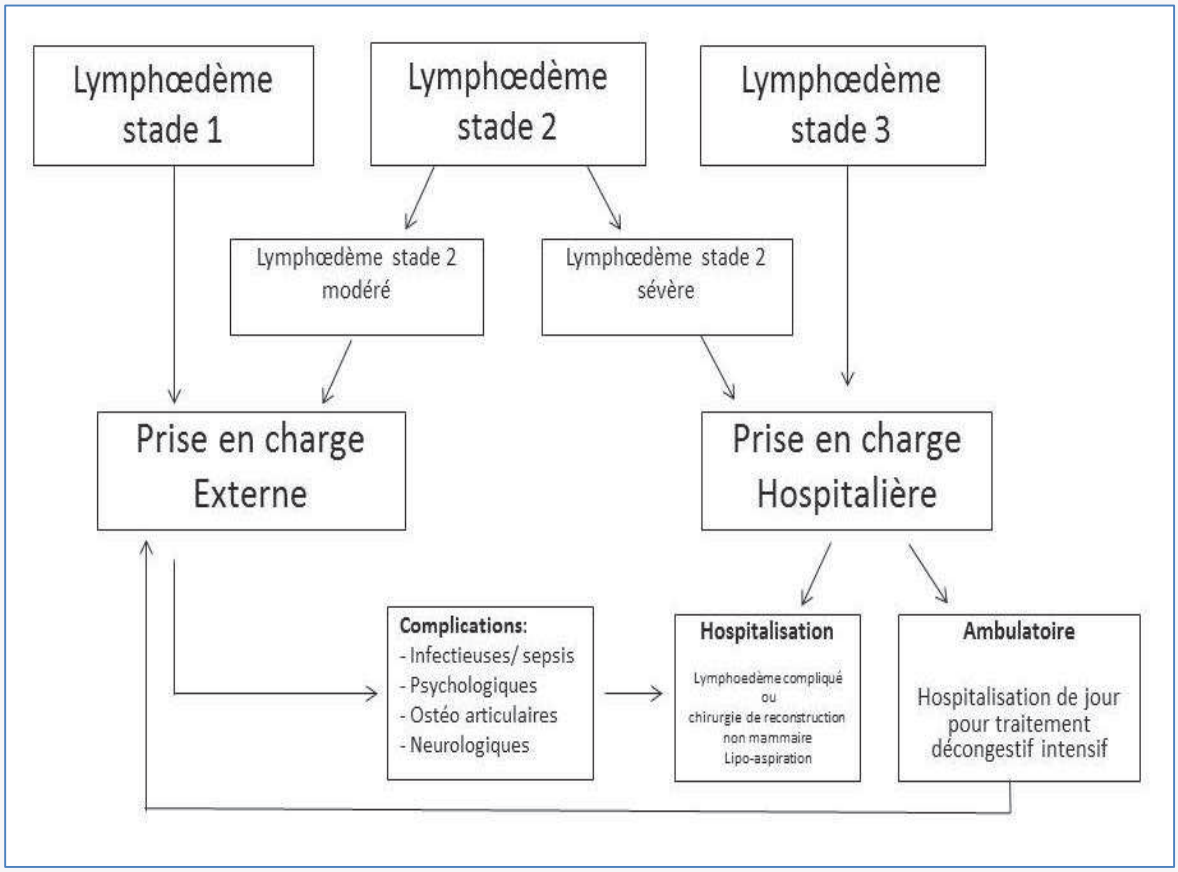
[1] Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

ANNEXE 3



*If problems with garment management are likely to be ongoing, careful consideration should be given to commencing MLLB because it may be required long-term.
†Includes skin care, exercise/movement and elevation. Please see text for practitioner roles.

ANNEXE 4


Lymphœdème stade 1
Lymphœdème stade 2
Lymphœdème stade 3
Lymphœdème stade 2 modéré
Lymphœdème stade 2 sévère
Prise en charge Externe
Prise en charge Hospitalière
Complications:
- Infectieuses/ sepsis
- Psychologiques
- Ostéo articulaires
- Neurologiques
Hospitalisation
Lymphoedème compliqué ou chirurgie de reconstruction non mammaire Lipo-aspiration
Ambulatoire
Hospitalisation de jour pour traitement décongestif intensif

Annexe 5. RECOMMANDATION HAS

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

La compression médicale dans le traitement du lymphœdème

Le lymphœdème est dû à un dysfonctionnement du système lymphatique entraînant une augmentation de volume d'un ou plusieurs membres et/ou des organes génitaux externes. Avec les mesures hygiéno-diététiques, la compression est un élément clé du traitement. Les dispositifs utilisés (bandes, bas et manchons) ont fait l'objet d'une évaluation par la HAS.

Causes et complications du lymphœdème

- Les causes des troubles lymphatiques responsables du lymphœdème sont variées :
  - **la grande majorité des lymphœdèmes sont secondaires à une atteinte du système lymphatique gênant la circulation** : cancer, chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, traumatisme, filariose lymphatique ;
  - **le cancer du sein** et son traitement représentent la cause principale des lymphœdèmes du membre supérieur ;
  - **les lymphœdèmes primaires** relèvent d'une anomalie constitutive sans cause connue. Ils peuvent toucher un seul ou les deux membres inférieurs. Ils sont isolés et sporadiques, mais il existe de rares formes familiales.
- Le lipœdème (dû à une obésité) et l'œdème provoqué par une insuffisance veineuse ne sont pas des lymphœdèmes à proprement parler.
- Le lymphœdème peut entraîner **un handicap fonctionnel important** et **une altération marquée de la qualité de vie**. Il peut se compliquer, notamment d'**érysipèle**.
- **Il ne faut pas laisser le lymphœdème s'installer.** Il est essentiel de le diagnostiquer et de le prendre en charge au plus tôt.

Les mesures hygiéno-diététiques sont capitales
Elles sont toujours associées à la compression médicale

- Il s'agit notamment de mesures de **prévention de l'aggravation ou des complications** du lymphœdème :
  - **précautions contre les portes d'entrée infectieuses** (mycoses interdigitales) ;
  - **soins de la peau** et des phanères ;
  - **gymnastique et mobilisation douce** ;
  - **réduction du poids** en cas de surpoids ;
  - éventuellement **drainage lymphatique manuel**.
- Les mesures hygiéno-diététiques et la compression nécessitent une **éducation du patient** par chacun des intervenants.

Les dispositifs de traitement compressif

- Le traitement compressif utilise principalement des bandes, des bas ou des manchons :
  - **les bandes** sont préférables dans les utilisations **de courte durée (quelques jours à quelques semaines)** ;

    Dans cette indication, il peut s'agir de bandes sèches inélastiques (< 10 % d'allongement) ou de bandes sèches à allongement court (10 à 100 %),

    La réalisation du bandage peut demander l'utilisation de bandes de maintien et/ou de **dispositifs de capitonnage** (mousse, coussins, ouate) pour protéger la peau et pour uniformiser la pression (ou, en cas de méplat, pour augmenter la pression locale).

  - **les bas (chaussettes, bas-cuisse, collants)** ou **les manchons** sont mieux adaptés à une utilisation **à long terme** ;

    Il n'y a **pas de différence d'efficacité** démontrée entre les différents types de bas,

    L'obtention d'une pression efficace peut exiger la superposition de plusieurs bas ou l'utilisation d'un enfile-bas.

- **Des vêtements compressifs** (panty) peuvent être utilisés dans certaines indications.

- Les bandes adhésives ou cohésives, les bandes enduites, les bandes sèches à allongement long (> 100 %) et les bandages multitypes commercialisés en kit **ne sont pas indiqués** dans le traitement du lymphœdème.

Lymphœdème du membre inférieur	
Phase de réduction du volume Au moins 5 jours par semaine pendant 1 à 6 semaines	• bandes sèches à allongement court ou inélastiques et dispositifs de capitonnage (chaussettes, bas-cuisse, collants ou hémicollants, en deuxième intention) • utiliser la pression maximale tolérée
Phase de maintien Traitement au long cours avec réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques	• chaussettes, bas-cuisse, collants ou hémicollants de 20 à 36 ou > 36 mmHg (bandes sèches éventuellement*) • utiliser la pression maximale tolérée : au moins 45 mmHg si possible (éventuellement par superposition)

► **Le choix entre les différents types de bas** (chaussettes, bas-cuisse, collants, hémi-collants) est fonction de la localisation du lymphœdème.

* Bandes sèches en deuxième intention ou, si besoin, en complément du bas, pour des bandages nocturnes.

■ Certains lymphœdèmes peuvent nécessiter l'utilisation de **vêtements compressifs** (panty) :

- lymphœdèmes **proximaux, pubiens ou sus-pubiens, ou touchant la région fessière** ;
- lymphœdèmes **chez les patients obèses** ;
- lymphœdèmes et malformations vasculaires **de l'enfant** (où l'on peut aussi utiliser des bandes inélastiques ou à allongement court).

La compression est un élément clé du traitement

■ Elle est **toujours associée aux règles hygiéno-diététiques.**

■ **La thérapie décongestive se déroule en deux phases** : une phase de réduction du volume et une phase de maintien.

Lymphœdème du membre supérieur	
Phase de réduction du volume Au moins 5 jours par semaine pendant 1 à 6 semaines	• bandes sèches à allongement court ou inélastiques et dispositifs de capitonnage (manchon en deuxième intention) • utiliser la pression maximale tolérée
Phase de maintien Traitement au long cours avec réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques	• manchon de 15 à 20, 20 à 36 ou > 36 mmHg (bandes sèches éventuellement*) • utiliser la pression maximale tolérée

► **Préférer un manchon avec main attenante** (si cela est compatible avec l'activité quotidienne).

* Bandes sèches en deuxième intention ou, si besoin, en complément du manchon, pour des bandages nocturnes.

ANNEXE 6. DESCRIPTION DETAILLEE DE LA PHASE DE TRAITEMENT DECONGESTIF INTENSIF

Le traitement décongestif intensif comprend :

a) Consultations médicales

La patiente bénéficie avant tout traitement d'un interrogatoire complet et d'un examen médical : Tension artérielle, fréquence cardiaque, poids, taille, de mesures périmétriques et de l'amplitude articulaire des membres. Le médecin confirme le diagnostic de lymphœdème, évalue son stade, sa sévérité. Les co-mobidités et les complications de la pathologie lymphatique, son retentissement cutané (plaies, papillomatose, bride, …), fonctionnel et psychologique sont analysés. Le médecin vasculaire a à disposition un plateau d'explorations vasculaires afin de réaliser les échographies veineuse et/ou artérielle nécessaire pour dépister les pathologies associées (insuffisance veineuse, artérite post radique). Un électrocardiogramme, prise de sang sera réalisé en fonction des comorbidités du patient. Il peut solliciter l'avis d'autres spécialistes (dermatologue, généticiens, chirurgiens, …). Une réadaptation des soins, modification du protocole de soins peuvent être réalisés au cours du TDI en fonction de la tolérance et de l'efficacité des soins proposés.

b) Drainage lymphatique manuel

La première étape des soins de physiothérapie réalisés par le kinésithérapeute comprend un drainage lymphatique manuel, réalisé selon différentes méthodes, adaptées en fonction de la pathologie et de la sévérité du lymphœdème. Il dure en moyenne 30 mn à 45 mn.

c) Soins de peau

La deuxième étape du traitement comprend les soins de peau. Cette étape dure 10 à 15 mn. En cas de plaie, la réfection du pansement par l'infirmière de l'hospitalisation de jour peut augmenter le temps de soins (réfection pansement entre 10 à 20 mn en fonction de la taille de la plaie). Le bon état de la peau est fondamental. L'objectif du soin est de préserver la barrière cutanée pour éviter les infections et lutter contre l'induration. L'utilisation d'émollient est réalisée par le kinésithérapeute (Cold Cream Neutre). La recherche de mycose, folliculite, lymphangiectasie, papillomatose, lymphorrée, plaie est systématique.

d) Pressothérapie

La troisième étape est la thérapie de compression séquentielle, également appelée compression pneumatique est un dispositif spécial qui gonfle et dégonfle séquentiellement un vêtement porté sur le membre atteint de lymphoedème, appliquant la compression directionnelle. Le processus se répète pour la longueur de la session de traitement prescrite, le plus souvent 30 à 45 mn. La pressothérapie est réalisée par des kinésithérapeutes spécialement formés. La durée du traitement et la force de la pression exercée est discuté au cas par cas. A noter que cet acte est très mal valorisé par la NGAP

e) Technique de mobilisation de la peau

Les séances d'endermologie sont proposées en cas de lipodermatosclérose, brides axillaires, cicatrices fibrosées, lymphœdème stade 3. La séance dure 30 à 45 mn selon un protocole dédié. A noter que cet acte n'a pas de cotation souvent très mal utilisé en libérale.

f) Bandages multicouches

La quatrième étape est la plus importante, c'est la réalisation de bandages compressifs portés en permanence entre les séances. Il est réalisé par le kinésithérapeute à l'aide de bandes sèches à allongement court, type Rosidal K ou autres. La réalisation du bandage peut demander l'utilisation de dispositifs de capitonnage (mousse NN, bandes MOBIDERM, varico, ouate, lympho Pads, …) pour renforcer l'effet de la compression, protéger la peau et pour uniformiser la pression (ou, en cas de méplat, pour augmenter la pression locale). Lorsqu'il est complet le bandage inélastique multi-couches est composé d'un jersey tubulaire, de dispositifs de capitonnage, de bandes inélastiques, d'adhésifs de maintien. Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance artérielle sévère, d'insuffisance cardiaque décompensée. L'obtention de la pression désirée est opérateur dépendant. La réduction de cette variabilité liée à l'opérateur repose sur la parfaite connaissance de la loi de Laplace et un entraînement régulier à la pose. Compte-tenu de la complexité de cette prise en charge et de son rôle majeur, la formation du personnel médical et l'éducation du patient ont une importance capitale. Les kinésithérapeutes des centres Expert ont une formation spécialisée (DU de lympholgie) exercent depuis plus de 3 ans dans le service de Médecine Vasculaire. Une réévaluation régulière du rapport bénéfice / risque s'impose en cas d'artérite, de neuropathie périphérique évoluée, dermatose suintante ou eczématisée, intolérance aux fibres utilisées. La pose des bandages est la plus chronophage, varie entre 45 et 60 mn en fonction du volume de l'œdème pour un membre.

g) Exercices physiques

La quatrième étape est la réalisation d'exercices physiques sous bandages. Il s'agit d'exercices d'assouplissement, de travail contre résistance et d'exercices aérobies (altères, marche sur tapis, …). Il s'agit d'exercices encadrés par le kinésithérapeute d'une durée de 30 m à 45 mn.

Toutes ces étapes sont réalisées tous les jours, et renouvelées pendant plusieurs jours consécutifs.
En cas de lymphoedème volumineux, le traitement peut être poursuivit deux à trois semaines.

h) Education thérapeutique (au cours de l'hospitalisation)

Prise en charge complémentaire en éducation thérapeutique et pour l'apprentissage d'auto-traitement (auto-drainage, auto-contention).
L'offre de ce programme s'inscrit dans le parcours de soin du patient.
Le diagnostic éducatif est réalisé au décours du traitement décongestif lors d'une consultation individuelle, par une infirmière référente en éducation qui permet de recueillir les informations en explorant les 5 dimensions du diagnostic éducatif. L'ensemble des informations sont répertoriés sur une grille d'entretien élaboré par l'équipe pluridisciplinaire.
A l'issue du 1er entretien destiné au diagnostic initial, et après que le patient ait eu les principales informations pour acquérir les compétences de sécurité, il existe un temps de négociation entre le patient et le soignant pour mettre en place des modifications de comportement : ces objectifs sont apposés par le patient sur une fiche prévue à cet effet, gardée par le patient et classée dans le dossier.
A l'issue de l'hospitalisation, les objectifs sont renégociés entre soignants et patients et en fonction de l'évolution du diagnostic éducatif, à nouveau, le patient appose par écrit les objectifs partagés qui seront à nouveau réévalués et négociés à la consultation de suivi éducatif.
Une synthèse personnalisée pluridisciplinaire est réalisée après la formation, à partir du dossier d'éducation thérapeutique résumé grâce à une fiche de synthèse gardée dans le dossier d'éducation thérapeutique.
La prise en charge diététique et la question de l'activité physique sont toujours abordées car elles font

parties des piliers du traitement du lymphœdème.
Dans la semaine, les patients sont évalués par la diététicienne et peuvent bénéficier d'une consultation individuelle avec enquête alimentaire, puis de consultation individuelle dédiée.
Une consultation avec la psychologue est systématique proposée si le médecin retrouve les stigmates d'une souffrance psychologique.
A la fin de la semaine, le patient est réévalué par le médecin. Une synthèse de la semaine est réalisée en équipe, au lit du patient (Kiné, Médecin, infirmière d'éducation thérapeutique +/- diététicienne). Les données cliniques sont réévaluées (poids, taille, tension artérielle, fréquence cardiaque, mesures périmétriques). Un projet thérapeutique est proposé au patient et les ordonnances de soins lui sont remises par le médecin.
Une fois le membre décongestionné, la deuxième phase, dite de maintien ou d'entretien, peut commencer. Elle a pour objectif de maintenir à long terme ou, dans certains cas, de poursuivre la réduction volumétrique et de prévenir d'autres problèmes. Le patient doit alors assumer, à domicile, la responsabilité de la prise en charge de la maladie à l'aide d'un programme de soins qu'il devra suivre toute sa vie. Il doit également comprendre très clairement l'importance de cette phase, et que toutes les réductions acquises au cours du traitement seront perdues sans soins appropriés. Les interventions thérapeutiques sont certes contraignantes, mais l'observance des patients est indispensable, en particulier pour le port d'un vêtement de compression.

ANNEXE 7. DETAIL DU CALCUL DU COUT DU TDI 5 ET 10 JOURS

Valorisation des temps médicaux et paramédicaux (estimation des temps de prise en charge, valorisés aux coûts horaires CHU 2019 par grade)

LYMPHODOEME - TDI 5 jours

T1 - PERSONNEL

Personnel médical

Etape	Statut	Type d'acte	Temps	Coût horaire	Nb occurrences	Coût	Coût total
1	Praticien hospitalier	CS	0,5	77,50	2	78 €	233 €
1	Praticien hospitalier	Echo veineuse	0,5	77,50	1	39 €	
	Praticien hospitalier	Réevaluation	0,5	77,50	1	39 €	
	Praticien hospitalier	Synthèse du dossier	1	77,50	1	78 €	

Personnel non médical

Etape	Statut	Type d'acte	Temps	Coût horaire	Nb occurrences	Coût	Coût total
1	Infirmière	Prise de sang	0,25	33,04	1	8 €	1 125 €
2 - 3	Masseur Kiné CN	Drainage lymphatique manuel +	0,75	31,90	5	120 €	
3	Infirmière	Soins de Peau	0,25	33,04	5	41 €	
4	Masseur Kiné CN	Pressothérapie	0,75	31,90	5	120 €	
5	Masseur Kiné CN	Endermologie	0,75	31,90	5	120 €	
6	Masseur Kiné CN	Bandages multicouches	1	31,90	10	319 €	
7	Masseur Kiné CN	Exercices physiques	0,75	31,90	5	120 €	
8	Infirmière	Education thérapeutique	0,5	33,04	3	50 €	
	Diététicienne	Enquête alimentaire	0,5	31,39	2	31 €	
	Psychologue	Soutient psychologique	1	33,46	2	67 €	
	Infirmière - Kiné - Diététicienne -	Synthèse du dossier	1	129,78	1	130 €	

LYMPHODOEME - TDI 10 jours

T1 - PERSONNEL

Personnel médical

Etape	Statut	Type d'acte	Temps	Coût horaire	Nb occurrences	Coût	Coût total
1	Praticien hospitalier	CS	0,5	77,50	2	78 €	233 €
1	Praticien hospitalier	Echo veineuse	0,5	77,50	1	39 €	
	Praticien hospitalier	Réevaluation	0,5	77,50	1	39 €	
	Praticien hospitalier	Synthèse du dossier	1	77,50	1	78 €	

Personnel non médical

Etape	Statut	Type d'acte	Temps	Coût horaire	Nb occurrences	Coût	Coût total
1	Infirmière	Prise de sang	0,25	33,04	1	8 €	2 013 €
2 - 3	Masseur Kiné CN	Drainage lymphatique manuel +	0,75	31,90	10	239 €	
3	Infirmière	Soins de Peau	0,25	33,04	10	83 €	
4	Masseur Kiné CN	Pressothérapie	0,75	31,90	10	239 €	
5	Masseur Kiné CN	Endermologie	0,75	31,90	10	239 €	
6	Masseur Kiné CN	Bandages multicouches	1	31,90	20	638 €	
7	Masseur Kiné CN	Exercices physiques	0,75	31,90	10	239 €	
8	Infirmière	Education thérapeutique	0,5	33,04	4	66 €	
	Diététicienne	Enquête alimentaire	0,5	31,39	2	31 €	
	Psychologue	Soutient psychologique	1	33,46	3	100 €	
	Infirmière - Kiné - Diététicienne -	Synthèse du dossier	1	129,78	1	130 €	

Détail du coût complet :

(Autres dépenses issues de la comptabilité analytique du CHU de Montpellier ; charges indirectes et de structure ajustée en 15% et 18% selon les séjours de 5 ou 10 jours)

		5j		10j	
	Personnel Médical	233 €		233 €	
	Personnel paramédical	1 125 €		2 013 €	
	Prestations MT	170 €		170 €	
	Prestations plateau de CS et rééducation	150 €		300 €	
10%	Coordination (médicale, paramédicale, secrétariat)	168 €		272 €	
	Consommables médicaux et dispositifs	40 €		80 €	
	Blanchisserie - restauration	50 €	2,2%	100 €	2,7%
	Logistique et gestion générale	260 €	11,7%	520 €	13,9%
	Structure	30 €	1,3%	60 €	1,6%
		2 226 €	15,3%	**3 748 €**	18,1%

ANNEXE 8 : TELECONSULTATION

Actuellement, les téléconsultations de suivi sont dans le droit commun pour les médecins et les infirmières requérantes. La téléconsultation s'inscrit dans le respect du parcours de soins coordonné pour garantir une prise en charge de qualité.

Dans ce même objectif de prise en charge de qualité, et dans le respect des règles de prescription de la téléconsultation, le médecin dit « médecin téléconsultant » aura déjà vu le patient au décours de la séquence diagnostique et thérapeutique le patient.

La téléconsultation sera faite via le système Téléo afin de garantir une solution technique sécurisée pour protéger les données médicales, confidentielles.

Le patient bénéficiera d'une téléconsultation accompagnée par un professionnel de santé, infirmier ou kinésithérapeute, depuis son domicile (site ou application sécurisé(e) via un ordinateur, une tablette ou un smartphone, équipé(e) d'une webcam et relié(e) à Internet).

En amont de la consultation, l'équipe de coordination enverra un lien Téléo au patient ou au soignant de premier recours, l'invitant à se connecter à l'heure prévue du rendez-vous à une application sécurisée, depuis un ordinateur ou une tablette équipée d'une webcam et reliée à Internet.

Un consentement préalable du patient et du médecin traitant seront recueillis par l'équipe de coordination avant de réaliser une téléconsultation.

A l'issue d'une téléconsultation, l'expert pourra établir, si nécessaire, une prescription (médicaments, examens complémentaires, réajustement du traitement du lymphœdème), qui sera transmise au patient sous format électronique, via Téléo, dans des conditions garantissant la confidentialité et la sécurité des échanges. Les soins prescrits à la suite de la téléconsultation sont pris en charge dans les conditions habituelles.

A la fin de la téléconsultation, l'expert téléconsultant rédige un compte rendu, l'archive dans le dossier informatisé du patient (Workflow) et transmet le plan de soins aux équipe de premier recours. Cette étape permet d'assurer un meilleur suivi du patient et de faciliter la prise en charge coordonnée de celui-ci entre professionnels de santé.

TC : consultation à distance réalisée entre un médecin spécialiste et un patient (téléconsultation)	23,00 €

La téléconsultation TC est facturée par le téléconsultant au même tarif qu'une consultation en face-à-face, soit 23 eurosL'expert peut réaliser une télé-éducation au décours de la téléconsultation, au même tarif qu'une consultation en face-à-face, soit TC + E1.

L'éducation thérapeutique n'est pas facturée à l'acte, et dépend du droit commun. Néanmoins, la cotation E est nécessaire pour tracer l'activité d'éducation thérapeutique est déclenché un forfait annuel.

Les infirmiers accompagnant la téléconsultation seront facturés selon les modalités actuelles (TLS : Accompagnement à la téléconsultation, réalisé au décours d'un soin, soit 10 € par téléconsultation)

Les kinésithérapeutes accompagnant la téléconsultation seront facturés selon les même modalités (TLS : Accompagnement à la téléconsultation, réalisé au décours d'un soin, soit 10 € par téléconsultation.

ANNEXE 9. PRISE DE MESURE

La prise de mesure est un acte nécessaire et préalable à chaque téléconsultation

La prise de mesure est réalisée par le soignant de proximité (infirmier e ou kinésithérapeute réquérant qui réalise la téléconsultation). Lors de la formation DPC /e learning, le réquérant est formé à la prise de mesure qui est standardisé (2).

Les mesures périmétriques sont réalisées sur le membre atteint de lymphœdème et sur le membre sain pour évaluer la différence entre les 2 bras à l'aide d'un mètre de couturière, à intervalles de distance réguliers (tous les 5 cm), soit 10 mesures par membre (sain et atteint) selon les photos ci jointes. Cela permet le calcul d'un volume en ml, par assimilation des segments de membres à des troncs de cônes selon la formule suivante :

$$H\ (C2 + Cc + c2)\ /\ 12\ \pi$$

C : grande circonférence du cône, c : petite circonférence du cône ; H : intervalle entre deux mesures ; π : 3,1

Nous additionnions ensuite la valeur de chacun des volumes calculés entre deux mesures, soit un ensemble de 10 volumes par membre, permettant d'obtenir le volume total du membre (VL pour membre atteint, VH pour membre sain). Cette méthode est fiable et reproductible aux membres supérieurs et inférieurs, recommandé par l'HAS et l'ISL (1,2,29)

Le calcul de l'excès de volume (EV) correspondait à la différence de volume entre le membre atteint (VL) et le membre sain (VH), il est exprimé en pourcentage :

$$EV = [(VL\text{-}VH)\ /\ VH]\ x100$$

L'excès de volume est le critère de jugement utilisé dans la plupart des essais cliniques réalisés sur le lymphœdème pour suivre l'efficacité d'un TDI, et suivre l'évolution de lymphœdème. Des algorithmes simples permettent d'obtenir l'EV à partir de tableau Excel, où sont remplies les mesures périmétriques au cours de la consultation.

Tableau de mesures membres inferieurs

	Membre inferieur	
(cm)	Sain	Patho
25 20 15 10 5		
0		
5 10 15 20 25 30 Bimalléolaire Métatarse		

Tableau de mesures membres supérieurs

	Membre supérieur	
(cm)	Sain	Patho
25 20 15 10 5		
0 (pli du coude)		
5 10 15 20 25 30 Bimalléolaire Métatarse		

ANNEXE 10. ALGORYTHME DE PRISE EN CHARGE proposé au cours du suivi

- Majoration du volume de 20% : Identification des facteurs aggravants : réévaluation du manchon par le pharmacien (si besoin, nouvelle prescription), renforcement de la fréquence des bandages, conseils hygiéno-diététiques, entretien motivationnel, programmation d'une consultation d'éducation thérapeutique, activité sportive, problème infectieux…

- En cas de majoration de plus de 50% du volume : indication à un nouveau TDI

Les suivis à J15, 1 mois, 3 mois et 6 mois permettent de recaler le dispositif et les fréquences des soins kiné ou IDE si besoin.

Les soignants de premiers recours seront formés à l'identification de signes d'alertes qui incitent à contacter le médecin coordinateur de chaque centre.

Evénement intercurrent grave : érysipèle, traumatisme sur le membre pathologique, lymphorrhée, troubles trophiques, décompensation sévère du LO (majoration de plus de 50% de la réduction de l'excès de volume initial) -hospitalisation lié à au LO ou aux comorbidités - décès

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-18-00004

ARSOC - arrêté relatif au projet expérimental porté par PRéCIDIVE

Arrêté n° 2021-4895 relatif au projet expérimental

« PRéCIDIVE - Prévention de la récidive de maladie chronique sévère par un changement de l'alimentation et de l'activité physique »

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 662-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

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

Vu les délibérations du conseil de surveillance de l'ARS en date du 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021, du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2 ; et du 29 septembre 2021 arrêtant le budget rectificatif N°3 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 21 septembre 2021 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de mettre en place un parcours personnalisé de prévention de la récidive par le changement des habitudes de vie, pour toute personne en situation d'obésité et porteuse d'une des maladies chroniques telles que le cancer du sein non métastatique, l'émergence d'un diabète permanent après un diabète gestationnel, la récidive d'exacerbation d'une BPCO ;

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

Arrête:

Article 1er : L'expérimentation « PRéCIDIVE » portée par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I et sous réserve de la conclusion des conventions prévues à l'article 4 du présent arrêté.

Article 2 : La durée de l'expérimentation est de 54 mois à compter de l'inclusion du premier patient.

Article 3 : Le projet expérimental est mis en œuvre dans le département de la Haute-Garonne.

Article 4 : La répartition des financements du projet expérimental « PRéCIDIVE » fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM),

Article 5 : 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 6 : 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.télérecours.fr.

Montpellier, le 18 novembre 2021

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Pierre RICORDEAU

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

Pascal DURAND

ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

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

PRéCIDIVE - Prévention de la récidive de maladie chronique sévère par un changement de l'alimentation et de l'activité physique

NOM DU PORTEUR° : CHU de Toulouse

PERSONNE CONTACT : Patrick Ritz, ritz.p@chu–toulouse.fr, 06 82 27 93 25/05 61 32 30 48

Résumé du projet

Des maladies chroniques susceptibles d'entrer en rémission, mais avec un haut risque de récidive, pourraient voir ce risque de récidive réduit par un changement des habitudes de vie, concernant l'activité physique, l'alimentation, et éventuellement la perte de poids, ainsi que la consommation de tabac. Les indicateurs de ces changements sont prédictifs d'une réduction de risque de récidive, chez les personnes en situation d'obésité. Il s'agit donc de critères intermédiaires de prévention, alors que les récidives de ces maladies peuvent survenir plusieurs années après.

La prise en charge de ces changements des habitudes de vie par des professionnels experts n'existe pas dans le droit commun, de même qu'un projet de prévention du risque de récidive n'est pas financé.

Cette expérimentation propose un parcours personnalisé de prévention de la récidive de 3 maladies : le cancer du sein, l'émergence d'un diabète permanent après un diabète gestationnel, la récidive d'exacerbation d'une BPCO chez des personnes en situation d'obésité. Ce parcours de prévention s'ajoute à la prise en charge habituelle de ces personnes par leur médecin traitant et par leur(s) médecin(s) spécialiste(s). Une collaboration de qualité sera promue entre les acteurs du parcours de soins, et du parcours de prévention.

Ce parcours de prévention est organisé autour du profilage de la personne, d'une séance collective d'élaboration d'un projet personnalisé de changement des habitudes de vie lors d'une venue à une plateforme dédiée, d'un accompagnement de ces changements par des professionnels experts (diététicien/EAPA/psychologue), et d'un pilotage du projet personnalisé en fonction des résultats obtenus. La collaboration entre les professionnels, les personnes et les médecins traitants et spécialistes, ainsi que la coordination du parcours et des évaluations à distance sera réalisée grâce à un logiciel de coordination de parcours (MAX de la société Bot Design).

Sept cent cinquante personnes seront incluses en deux ans et demi, et évaluées durant un an quant à leur capacité de mettre en place des changements de leurs habitudes de vie, et un an plus tard pour s'assurer que l'ancrage de ces changements est stable.

Le partenariat avec la Ligue Contre le Cancer, permettra d'identifier les professionnels experts de l'accompagnement du changement des habitudes de vie, de les former spécifiquement à ce projet et aux stratégies de maintien de ces changements pour ces trois pathologies, et de créer un répertoire opérationnel.

Le développement d'un partenariat avec des associations de patients afin de promouvoir la prévention des récidives participe au caractère innovant du projet. Nous allons co-construire avec le CRIAPS et avec France Asso Santé un partenariat avec des associations qui s'engageront dans le soutien des personnes, dans leur projet de prévention de la récidive.

Le modèle économique est conçu sur la base d'un financement au forfait.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	x
Régional	
National	

CATEGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

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

DATE DES VERSIONS :
V18 : 3 mars 2021
V20 : 24 mars 2021
V22 : 20 juillet 2021
V23 : 26 juillet 2021
V24 : 18 août 2021
V25 : 14 septembre 2021

DESCRIPTION DU PORTEUR

Rôle dans l'expérimentation

Le CHU de Toulouse a l'expertise des maladies chroniques qui ont pour caractéristiques : 1) d'entrer en rémission, 2) un HAUT risque de récidive ou de rechute, 3) de présenter des stratégies de prévention de ces récidives ou rechutes communes à toutes ces pathologies, et semblables à celles proposées au cours des programmes d'éducation thérapeutique quand ces maladies sont en phase active.
Il s'agit du cancer du sein, du diabète gestationnel, de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive).
Le CHU développe une dynamique de création de parcours pour ces pathologies, dont il est un recours, et pour organiser/proposer une organisation autour de l'écosystème de vie du patient (premier recours, deuxième recours, secteur médico-social, milieu associatif, patients-expert), dans le nouvel écosystème de santé que représentent les MSP, PTA, CPST.
Le CHU de Toulouse propose de coordonner la création d'un parcours de prévention de la récidive de ces maladies chroniques afin d'améliorer la santé des personnes, leur qualité de vie, et de limiter l'impact des récidives sur le système de soins.

Ainsi, le CHU de Toulouse propose :

– de mettre à la disposition de ce projet une plateforme ambulatoire d'accueil (la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie) de ces personnes, dans l'objectif d'élaborer des parcours personnalisés de prévention de la récidive,
– d'organiser un suivi personnalisé à distance des changements des habitudes de vie mis en place par les personnes afin de vérifier que les objectifs co-construits sont atteints et ancrés,
– de développer un partenariat avec la Ligue Contre le Cancer ainsi que des structures expertes en ces trois pathologies (IUCT-Oncopôle, centres experts de cancérologie, centres experts de Diabétologie, et d'obstétrique, de pneumologie et de réhabilitation respiratoire),
– de créer un répertoire opérationnel des professionnels spécifiquement formés pour accompagner les changements des habitudes de vie pour ces pathologies au plus proche du lieu de vie des personnes (diététicien, psychologue, tabacologue, enseignant en activité physique adaptée (EAPA)),
– d'expérimenter avec la société Bot-design une coordination du parcours de prévention avec un logiciel à la fois bulle collaborative de tous les professionnels de l'écosystème de santé de la personne, et outil de pilotage du parcours,
– d'organiser une évaluation apprenante de la promotion du changement des habitudes de vie afin de piloter le parcours de prévention individuel en adaptant le nombre d'interventions au résultat.

Atouts du porteur

1. La plateforme ambulatoire d'accueil (la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie) existe (sur le site de l'Hôtel Dieu La Grave)
    - La plate-forme est située à la Cité de la Santé, espace ambulatoire du CHU Hôtel-Dieu La Grave au centre-ville de Toulouse, où sont accueillis des patients de gériatrie, de médecine sociale, et où se trouvent la maison médicale de garde, l'Ireps, et le centre d'éducation thérapeutique Jean-Pierre Tauber.
    - Dans ce centre, dirigé par Pr Ritz et Caroline Martineau (cadre de santé responsable de l'unité transversale d'éducation thérapeutique) sont accueillies des personnes en situation d'obésité pour des programmes d'éducation thérapeutique autour de l'obésité et de la chirurgie de l'obésité.

- Cet accueil est réalisé grâce à un partenariat public privé (entre le CHU et le SSR de la clinique du château de Vernhes à Bondigoux). 12 personnes peuvent être accueillies en demi-journée ou en journée, 5 jours sur 7. Les patients impliqués dans l'expérimentation article 51 national Baria-up seront également accueillis sur ce site, de mêmes que des personnes en situation d'obésité souffrant de troubles des conduites alimentaires grâce à un partenariat récent avec l'association « les petits pois ». Enfin ce lieu sert également à accueillir les personnels du CHU participant au programme de prévention Salutance, financé par l'agence régionale de santé.
- Le niveau de satisfaction des personnes accueillies est extrêmement élevé.
- Les financements sont indépendants, ce sont ceux de l'éducation thérapeutique, de l'article 51 national, et de Salutance.
- Le site dispose d'une salle d'activité physique.

2. Des programmes d'éducation thérapeutique ont été développés depuis plusieurs dizaines d'années dont l'objectif est de faire acquérir aux personnes avec une maladie chronique, les savoir-faire (compétences) de gestion de leur maladie. Le concept sous-jacent est de développer l'autonomie de gestion du traitement et de la surveillance de sa maladie, dans son contexte personnalisé. Les maladies chroniques demandent aux personnes des changements (a minima pour prendre un traitement) et souvent pour changer les habitudes de vie afin de rendre ce traitement plus efficace. Ces changements des habitudes de vie sont de même nature à la phase initiale de la maladie, que pour prévenir la récidive quand la maladie est entrée en rémission. Par exemple, il est validé (Evidence Based, EB) qu'une perte de poids, une activité physique adaptée, une alimentation adaptée sont des changements des habitudes de vie efficaces pour atteindre les objectifs de traitement du diabète; il en est de même pour prévenir le diabète permanent[1] après un épisode de diabète gestationnel. Il est validé (EB) qu'une activité physique régulière et adaptée modifie les douleurs induites par les hormonothérapies du cancer du sein[1].
   Il en est de même pour prévenir la récidive du cancer du sein. Il est validé (EB) qu'une activité physique adaptée améliore la fonction respiratoire d'une personne en situation de BPCO[1]. Il en est de même pour prévenir une nouvelle exacerbation de la maladie (ce que nous appellerons ici récidive des exacerbations). Promouvoir et maintenir ces changements des habitudes de vie suppose :
   – un profilage initial de la personne pour élaborer un projet personnalisé de changement,
   – un accompagnement pour valider que les objectifs de changement sont atteints, voire pour trouver des solutions afin de les atteindre en cas de difficultés,
   – jusqu'à ce que ces changements soient ancrés et devenus des automatismes.

3. Les partenariats existent avec un nombre limité de professionnels (médecins, …) et de structures et nous proposons d'étendre ces partenariats au cours de l'expérimentation. Par exemple, il existe un partenariat étroit entre les différents sites du CHU, de l'IUCT-Oncopole, et de la Ligue Contre le Cancer autour des personnes en situation de cancer du sein. La proximité dans le travail quotidien facilite l'élaboration commune du projet personnalisé de soins. Il en est de même pour le partenariat entre la structure de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Purpan, et le service de diabétologie, et le programme DIAMAT, créé au CHU et présent dans 7 autres établissements, dans le contexte du diabète gestationnel, dans le cadre du partenariat des réseaux régionaux (Diabète-Occitanie, ex DIAMIP, et réseau de périnatalité MATERMIP devenu RPO). Il en est de même pour les patients présentant une BPCO, pour lesquels la collaboration étroite entre le service de pneumologie et l'unité de réhabilitation respiratoire de l'hôpital Larrey facilite la prise en

[1] Voir les arguments développés pour chacune des pathologies plus bas

charge en ambulatoire et le maintien des acquis auprès de kinésithérapeutes et EAPA libéraux, en particulier à travers le réseau Efformip.

4. Les partenaires et le CHU ont leur propre répertoire de professionnels paramédicaux (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA). La mise en commun de ces répertoires et la formation de ces professionnels constituent un objectif de cette expérimentation. Le CHU a la capacité à les former pour la prise en charge spécifique de ces trois maladies. Il a l'expérience de la formation à distance (MOOC, SPOC, e-learning).
   Ce sera une plus-value pour les personnes, par la qualité de l'accompagnement issue de la formation, et pour les professionnels de ce répertoire qui gagneront en compétence et en visibilité. Ce répertoire sera mis à la disposition de tous les professionnels de santé.

5. Expertise des parcours

   1) Le CHU de Toulouse a l'expertise des organisations et coordination de parcours, pour les maladies chroniques. Selon la HAS (1), l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)… La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés qui varie selon la complexité de la situation et la poly-pathologie. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

      i. Par exemple pour le diabète de type 1, depuis l'acidocétose inaugurale, les différentes ressources multi-professionnelles organisent le parcours, incluant l'adaptation du traitement, l'éducation thérapeutique, la télésurveillance, le dépistage des complications, de façon coordonnée avec le médecin traitant et les spécialistes de médecine libérale. Il en est de même de parcours expérimentaux tels que dans la préparation et l'accompagnement à la chirurgie de l'obésité (Article 51 national BARIA_UP). Nous avons également l'expérience de parcours de prévention des maladies chroniques, par exemple dans le programme Salutance soutenu par l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

   2) L'IUCT-O possède une expertise dans l'élaboration des parcours de soins personnalisés, en particulier pour les femmes ayant un cancer du sein. Par exemple, des consultations d'annonce structurées avec remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) après les RCPs sont en place depuis de nombreuses années, répondant aux critères de qualité exigés dont le juste enchaînement des

différentes compétences professionnelles pour un accompagnement optimal du patient dans ces différentes dimensions.

3) Le comité de sénologie de l'IUCT-O met actuellement en place des consultations de fin de traitement avec remise d'un plan personnalisé de l'après-cancer (PPAC) afin d'optimiser le suivi et de permettre aux patientes de mieux réintégrer leur vie socio-professionnelle en étant mieux accompagnées. Ces consultations seront un point d'ancrage pour adresser les patientes le nécessitant vers la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie.

6. Le CHU a développé un partenariat avec la société BOT-Design ayant pour objet de mettre à disposition des soignants et des patients de l'établissement des outils de pré-diagnostic et de suivi clinique paramétrés spécifiquement à partir de la plateforme MAX de Botdesign en fonction de la pathologie.

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

Partenaires de la première phase

- CHU de Toulouse, porteur du projet, coordination des partenaires, accueil des personnes à la plateforme.
- IUT-Oncopôle
  Le site de l'IUCT-Oncopole regroupe une partie du CHU de Toulouse et l'Institut Claudius Regaud. Concernant le cancer du sein, ce sont les oncologues médicaux, les radiothérapeutes ou les chirurgiens qui effectueront un premier pré-screening des patientes lors du diagnostic initial (c'est-à-dire lors des premières consultations). Une fois le traitement (néo)adjuvant terminé (à l'exclusivité d'une éventuelle hormonothérapie), il sera proposé à toutes les personnes candidates (c'est-à-dire les personnes en situation d'obésité), lors de la consultation de fin de traitement dite de l'après-cancer une orientation vers cette plateforme de prévention et de promotions des changements des habitudes de vie, lors de la remise du PPAC. Les personnes qui auraient besoin d'un temps de réflexion, pourraient être orientées vers cette plateforme lors des consultations spécialisées dites de surveillance conduites à l'IUCT ou via leur médecin traitant et gynécologues qui seront informés de cette possibilité.
  - Si la personne accepte de participer à cette expérimentation, elle sera orientée, par l'IDE coordonnatrice en sénologie, vers l'IDE « fil rouge » de la plateforme afin d'organiser avec elle sa venue. Aux stades ultérieurs, les autres structures expertes de cancérologie pourront adresser directement à la plateforme.
  - Le temps sur le site de l'IUCT-Oncopole pour le recrutement des personnes est un temps « médical » et « paramédical » consacré sans justificatif financier.
- La Ligue Contre le Cancer association loi 1901 reconnue d'utilité publique agissant sur tous les fronts de la maladie : le financement de la recherche contre le cancer, l'aide aux malades et à leurs proches, la prévention et la promotion des dépistages des cancers. Dans ce projet, la Ligue Contre le Cancer informe et adresse des personnes à la plateforme dans la phase de rodage de l'expérimentation, et est impliquée dans la co-conception de l'information aux personnes et dans la formation des professionnels expert en prévention (Annexe 10).

- L'URPS médecins Occitanie. Ce parcours de changement des habitudes de vie, accompagné par les professionnels de proximité (diététicien/psychologue/EAPA/tabacologue si besoin) s'ajoute à la prise en charge habituelle de la personne par son médecin traitant et par les médecins spécialistes, pour une prise en charge complète et de qualité. Ces rôles respectifs ont été validés et l'URPS est partenaire de ce projet. Les discussions avec l'URPS ont conduit à décrire le rôle du médecin traitant et des médecins spécialistes libéraux (Annexe 9). Ce sont essentiellement l'information réciproque des médecins, de l'infirmière fil rouge, et du patient au travers du logiciel Max. Au-delà de l'information réciproque, les médecins pourront adresser des patients à la plate-forme, voire être les « médiateurs » pour convaincre les personnes encore dans le déni de l'intérêt de la prévention de la récidive.
- CRIAPS et France Asso-santé, dans le cadre d'un partenariat avec les associations de patients.
  L'ARS Occitanie dans un des axes du PRS souhaite « promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité, pour permettre à l'usager d'être acteur de sa santé ». Le CRIAPS a stimulé de nombreux groupes de travail au sujet de la culture partagée, de la formation… avec un objectif d'opérationnalité de ce partenariat. Classiquement, les partenariats se développent pour des populations de personnes malades. Le développement d'un partenariat avec des associations de patients afin de promouvoir la prévention des récidives est plus innovant. Cette ambition de partenariat est soulignée également dans les recommandations récentes de la HAS (***HAS** • *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire* • *juillet 2020).*
  Nous souhaitons co-construire avec le CRIAPS et avec France Asso Santé un partenariat avec des associations qui s'engageraient dans le soutien des personnes, dans leur projet de prévention de la récidive, dans la co-construction et l'accompagnement de certains parcours voire de l'évaluation du dispositif. Nous formerons ces associations aux différentes dimensions du projet (annexe 10). Cette co-construction se mettra en place dès la validation de ce projet, avec une définition du contenu de ce soutien et avec un financement prévu dans le forfait de prévention pour l'intervention de ces associations.
- Bot Design est un éditeur de logiciels toulousain qui développe des outils de prédiagnostic et de suivi clinique sécurisés adossés à la plateforme MAX.
  Il comprend 11 salariés basés à Toulouse, Lyon et Paris et mettra à disposition la plateforme MAX dans le cadre de ce projet. MAX est référencé au CHU de Toulouse.

Partenaires de la seconde phase

- Après une première phase courte de mise en place de l'expérimentation (un semestre), d'autres partenaires seront sollicités. Les médecins du CHU et de l'IUCT Oncopôle, la ligue contre le cancer, adresseront des patients à la plate-forme de façon à rôder les premiers ateliers, l'articulation avec les professionnels de proximité, l'utilisation du logiciel Max, le savoir-faire de l'infirmière fil rouge dans ce contexte. Après cette phase, les patients pourront être adressés soit par leur médecin traitant ou leur médecin spécialiste, et un certain nombre de partenaires de la partie ouest de la région Occitanie, après avoir été informés du projet (Annexe 10).
  Ce seront :
  - Les différents centres de soins, qu'ils soient publics ou privés, ayant un agrément en cancérologie, listé dans le réseau Onco-occitanie, prenant en charge des femmes ayant un cancer du sein, de l'ex-région Midi-Pyrénées qui pourront participer et adresser directement à la plateforme.
  - Les structures du programme DIAMAT, issu du partenariat entre le réseau Diabète-Occitanie et le réseau de périnatalité (RPO) qui développent un programme d'éducation thérapeutique pour les femmes présentant un diabète gestationnel, homogène sur l'ensemble des centres DIAMAT publics et privés, et promeuvent le suivi des femmes atteintes de diabète gestationnel depuis le diagnostic jusqu'à l'accouchement et la consultation postnatale. Les programmes d'éducation

thérapeutique sont délivrés pendant la grossesse, le diabète gestationnel s'éteint le plus souvent à la naissance de l'enfant. C'est lors de la consultation postnatale, que ce parcours de prévention d'un diabète futur est proposé. Un relais pourra être proposé.

- Le réseau Diabète-Occitanie a validé le partenariat avec les porteurs de ce projet.
- Les structures de pneumologie et de réhabilitation respiratoire,
- EFFORMIP, réseau sport santé de prise en charge et de promotion de l'activité physique, sur le même site que la plateforme de Hôtel-Dieu La Grave[2].

Partenariat avec les associations de patients

- Association de patients au travers de France Asso santé: l'association Française des diabétiques, l'association pour les personnes BPCO (ADIR 31). Ces partenaires peuvent avoir développé des programmes d'éducation thérapeutique, qui diffèrent de ce projet en ce qu'ils ne proposent pas un accompagnement d'un an au changement des habitudes de vie. Par exemple dans les fiches Oscars[3] au sujet des cancer du sein, en Occitanie, il y a deux programmes d'éducation thérapeutique : l'un pour les femmes sous hormonothérapie adjuvante porté par le réseau de santé Résopalid (qui propose huit heures d'atelier pour diminuer la rechute augmenter la qualité de vie, l'adhésion à l'hormonothérapie intégrant activité physique et équilibre alimentaire), l'autre porté par l'institut Claudius Regaud de Toulouse (Sur les 8 ateliers destinés à comprendre la maladie, vivre avec elle et prévenir la récidive, l'un est consacré à l'alimentation et l'autre est une séance d'activité physique encadrée).

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

[2] A la suite de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé, les médecins peuvent prescrire à leurs patients, atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à leur pathologie, à leurs capacités physiques et à leur risque médical. https://www.efformip.com/

[3] https://www.oscarsante.org/occitanie/etp/action/detail/7197

I.CONTEXTE ET CONSTATS

Problématique

Des personnes en situation de maladie chronique sévère vont entrer en rémission de cette maladie et éventuellement se trouver en situation de récidive ou de rechute.
La rémission de la maladie est la disparition des symptômes et des signaux de celle-ci, sans pouvoir parler de guérison. C'est tout particulièrement le cas du cancer du sein. Par extension, après un diabète gestationnel, le risque de diabète permanent est multiplié par 7 dans les 5 ans qui suivent la grossesse. On peut donc parler de rémission du diabète, et de récidive en cas de diabète permanent. Par extension également, après une phase d'exacerbation de la BPCO survient une phase de stabilité de la maladie (il n'y a donc pas de rémission). Une nouvelle exacerbation (ou rechute/récidive des exacerbations) peut survenir, que nous nommerons dans le contexte de ce projet une récidive.
Le risque de récidive est élevé pour ces trois maladies.

La prévention de ces récidives est possible par des changements des habitudes de vie : réduction de la sédentarité, augmentation de l'activité physique, équilibre de l'alimentation, éventuellement perte de poids, arrêt du tabagisme. Les preuves Evidenced-Based de cette prévention sont fortes (voir ci-dessous, les annexes 4-6). De plus, et s'agissant de personnes en situation d'obésité, en particulier pour les femmes avec un diabète gestationnel ou avec un antécédent de cancer du sein, la promotion de ces changements des habitudes de vie est de nature à réduire le risque cardio-vasculaire, et les risques de mortalité associés à l'obésité.

Les mêmes changements des habitudes de vie proposés comme des leviers de traitement de la maladie à la phase active, et comme levier de prévention de la récidive, ne sont pas faciles à mettre en place chez les personnes concernées.

L'induction et le maintien du changement des habitudes de vie supposent :
- ***de personnaliser les objectifs*** de changement par une analyse précise :
    - De ce qui est fait régulièrement (niveau d'activité physique, de sédentarité, d'équilibre alimentaire, excès de poids),
    - Des freins et des leviers à la mise en place des changements,
    - Des compétences à changer déjà acquises et celles à acquérir,
    - Et du stade de motivation au changement.

Il s'agit donc d'élaborer un projet personnalisé de changement des habitudes de vie[4], d'organiser la série d'étapes qui permettront d'atteindre des objectifs intermédiaires, qui cumulés constitueront l'objectif souhaitable, co-construit avec la personne, cet objectif de changement étant validé comme un levier de prévention de la récidive.
- ***D'accompagner ce changement*** par des professionnels aguerris/experts de ces habitudes de vie (diététicien psychologue, tabacologue, EAPA),
- ***D'évaluer l'atteinte des objectifs*** et d'éventuellement proposer l'analyse des raisons pour lesquelles les objectifs ne sont pas atteints et ainsi reconsidérer la séquence des étapes/objectifs intermédiaires et proposer des solutions. Cela correspond à piloter le projet en fonction des résultats,
- ***D'atteindre un ancrage du changement*** qui permet que les nouvelles habitudes de vie soient permanentes, et permettent donc la prévention de la récidive.

[4] Par analogie au projet personnalisé de soins

La dimension du temps des récidives est commune entre diabète gestationnel vers le diabète permanent et récidive de cancer (plusieurs années), et différente pour exacerbations de BPCO. Cependant la modalité de prévention est la même ; il s'agit de changements des habitudes de vie validées comme efficaces dans la prévention des récidives, et qui peuvent être mis en place en quelques mois.
Ces changements ont une dimension commune, transversale de ces maladies chroniques avec des objectifs communs (génériques) de changement des habitudes de vie, avec un certain degré de personnalisation indépendante de la filière, et quelques éléments spécifiques à chaque situation (Annexe 3).

Il s'agit donc de créer un parcours personnalisé de prévention de la récidive, par le changement des habitudes de vie. Ce parcours s'ajoute au parcours de soins de la personne, par son médecin traitant et par les médecins spécialistes. Un partenariat de tous ces acteurs est souhaité.

Les limites à la mise en place des changements des habitudes de vie

Les preuves evidenced-based que cette prévention est possible via ces changements des habitudes de vie sont réelles mais sont d'acquisition récente (voir ci-dessous).

Dans le monde de la santé et de la prévention, la culture des stratégies et accompagnements au changement des habitudes de vie n'est pas très partagée. Les professionnels médecins sont peu formés à cela mais de plus en plus sensibilisés à cette thématique. Les professionnels paramédicaux experts de l'évaluation et de l'accompagnement de changements ne sont pas accessibles aux patients dans le droit commun. Ni les consultations diététiciens (experts de l'alimentation et de ses changements), ni celles des psychologues (experts de la motivation et de l'analyse des freins au changement), ni celles des EAPA (experts de l'activité physique adaptée et de ses changements) **ne sont prises en charge dans le droit commun.**

Le parcours personnalisé de prévention de la récidive par le changement des habitudes de vie doit pouvoir être accompagné par des professionnels experts.

Le projet d'inscrit dans les étapes suivantes :

Etape 1 : Élaborer le parcours de prévention des récidives en un lieu dédié : la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie
La première étape de ce parcours de prévention est l'élaboration du projet personnalisé de changement qui suppose :

- Un profilage c'est à dire une évaluation de la personne,
- L'alliance étroite entre la personne et un professionnel (le pilote du parcours),
- L'acquisition, la compréhension et la conviction de la personne que les changements des habitudes de vie sont un levier de prévention des récidives,
- La définition des objectifs personnalisés de changement, qui seront accompagnés par des professionnels de terrain (par exemple le diététicien pour les objectifs alimentaires, l'EAPA pour les objectifs d'activité physique),
- L'élaboration (co-construction) d'une série d'étapes pour atteindre les objectifs de changement,
- L'information réciproque entre le médecin traitant et les médecins spécialistes et l'équipe de ce projet personnalisé de changement des habitudes de vie, pour un partenariat visant une bonne prise en charge de la santé et des soins de la personne.

Cela suppose un temps consacré à cela. Une consultation dédiée ne le pourrait pas, le temps nécessaire étant trop important. Une hospitalisation de jour dans une structure MCO pourrait théoriquement répondre à cette demande.
Cependant, ce sont des ressources rares, dédiées à l'évaluation d'une situation de santé (par des examens complémentaires–radio, prise de sang…), et une synthèse pluri-professionnelle pour initier ou changer un traitement, ce qui n'est pas l'objet ici.

L'expérimentation d'une plateforme de prévention et de promotion du changement est un aspect innovant de ce projet. Dans ce lieu, au cours d'une journée, chaque personne participe à des ateliers thématiques avec des professionnels du changement (diététicien, professionnel de l'APA, psychologue)[5] puis à des entretiens individuels (y compris à distance) pour mettre au point un projet personnalisé, en présence du pilote de la coordination du projet personnalisé de changement avec lequel la personne fait alliance. Cela se fait par un accueil, des ateliers spécifiques, et un entretien individuel avec des professionnels pour élaborer les objectifs de changement et les ressources pour être accompagné à les mettre en place.

Une telle plateforme n'est pas reconnue dans le droit commun et n'a donc pas de financement propre. Il s'agit donc d'expérimenter cette partie du parcours de prévention et de valider sa faisabilité et la pérennité humaine et économique du concept.

Etape 2 : Un accompagnement pendant un an.
Dans le cadre du projet personnalisé, des consultations et entretiens réguliers sont organisés avec les professionnels du changement et un suivi motivationnel à distance est mis en place intégrant un outil d'analyse permettant des interventions ciblées auprès de la personne, le cas échéant.

Dans de nombreuses stratégies et structures (par exemple les SSR) spécialisées dans le changement des habitudes de vie, le concept est qu'une intervention (par exemple un séjour) permet de mettre en place des changements. L'absence de suivi ou de relais d'accompagnement des personnes dans le temps ne permet pas d'évaluer l'atteinte des objectifs et la recherche de solution en cas de difficulté.

Après une phase d'action (au sens des stades de motivation), où les personnes mettent en place les objectifs, peuvent survenir différentes raisons pour que cette motivation tombe, aboutissant éventuellement au retour des habitudes de vie antérieures. Faute d'évaluer cela, les interventions initiales ne sont pas suffisantes.

Le moment de la perte de motivation est variable, et le délai à partir duquel l'ancrage d'une nouvelle habitude est acquis dépend de l'environnement de la personne et de la personne elle-même, et varie entre 15 et 254 jours (2). Cet ancrage des changements des habitudes de vie est considéré ici comme acquis autour de six mois. De la même façon, un aspect innovant de l'expérimentation est l'évaluation entre six et huit mois par le pilote pour relancer la motivation en cas de besoin.

Un accompagnement des personnes est donc proposé après la première venue à la plateforme par des professionnels formés (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA), avec un nombre de consultations adaptable aux objectifs pour chaque professionnel.

[5] Ce sont des professionnels du CHU ou d'IUCT Oncopole, ou libéraux, avec une expertise dans l'accompagnement au changement des habitudes de vie, de personnes en situation de maladies chroniques, formées spécifiquement à ce projet voir annexe 10)

Ces professionnels seront sollicités à partir des répertoires existants et dans l'intention de créer un répertoire opérationnel (Annexe 8), et seront spécifiquement formés (Annexe 10). Les répertoires existants (par exemple centre intégré de l'obésité, ligue contre le cancer, DIAMAT) sont ceux de professionnels libéraux couvrant le territoire (cf. sur le site https://obesite.univ-tlse3.fr/dietetique). Il existe bien sûr des zones peu couvertes, mais la dimension de téléconsultation que permet Max (même si ce sont des professionnels pour qui la téléconsultation n'est pas reconnue) réduira cet état de fait. Les consultations habituelles de ces professionnels sont compatibles en temps avec celles proposées par ce projet.

Un aspect innovant de l'expérimentation est le suivi des changements et la capture des signaux faibles de perte de motivation. Pour cela et via le logiciel de coordination, le pilote du projet pourra déclencher une rencontre (éventuellement à distance) pour analyser la situation et trouver des solutions, que les professionnels de terrain (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA) aideront à mettre en place.

Nous avons déjà l'expérience de cette stratégie dans le projet educ@dom. Il s'agit d'une étude randomisée multicentrique, financée par le PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins), utilisant un outil numérique d'éducation et de promotion des changements des habitudes de vie, d'auto surveillance de l'alimentation, de l'activité physique, du poids et des glycémies capillaires de personnes diabétiques de type 2. Une télésurveillance de ces signaux permettait de faire des propositions d'ajustements en cas d'échappement à l'atteinte des objectifs co-construits (Annexe 11, gestion des signaux faibles). L'impact sur l'équilibre glycémique a été évalué. Nous avons donc l'expertise de la gestion des signaux faibles et de l'adaptation dans un parcours de soin d'une durée d'un an.

Il s'agit donc de recueillir dans le logiciel de coordination des signaux simples, analysés de façon automatique, pour que le pilote puisse solliciter une rencontre avec la personne non pas à date fixe, mais à une date adaptée, et déclencher de nouvelles actions. De telles rencontres sont proposées dans le parcours et afin de résoudre les difficultés éventuelles, avec des réunions de coordination mensuelles au sein de la plateforme (voir ci-dessous) avec des experts (le comité de pilotage) et le pilote du projet, voire la personne et son médecin traitant, afin de valider les changements de stratégie au sein du parcours, l'objectif étant de maintenir les personnes dans le parcours jusqu'à ancrer les changements.

Etape 3 : Retour à la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie un an plus tard

Au terme de cette année d'accompagnement, la personne revient à la plateforme pour formaliser le projet de maintien des habitudes de vie qui ont été changées, et déléguer le pilotage de son parcours à son médecin traitant.

Si les objectifs initiaux ne sont pas atteints, il n'est pas prévu de recommencer une année supplémentaire. Le médecin traitant lors du suivi des patients mesure des données simples, poids, tension artérielle et spécifiquement pour chaque pathologie des indicateurs comme la glycémie, la dyspnée, les effets secondaires du traitement du cancer du sein. Nous proposerons un questionnaire bref pour valider que les objectifs formalisés à la fin de l'année 1 sont maintenus (nous sommes en train d'élaborer ces questionnaires dans le programme Salutance de prévention primaire, financé par l'agence régionale de santé). Une formation simple, au moyen d'une capsule vidéo est prévue pour que les médecins traitants puissent évaluer la dimension de l'ancrage des objectifs. Un carnet sera remis aux patients, afin que de façon régulière (toutes les deux semaines à tous les mois), les indicateurs correspondant à ces objectifs soient notés. C'est sur la base de ce carnet que le médecin traitant pourra discuter avec les patients. Au cas où l'ancrage s'estomperait, le médecin aurait la possibilité de faire appel à des spécialistes, de l'obésité, du diabète, des

pneumologues afin de renforcer la motivation qui a prévalu pendant la première année. Ce serait alors dans le financement du droit commun. Les patients pourront également à leur propre initiative, et à leurs frais, reprendre rendez-vous avec les professionnels qui les ont accompagnés, sous la coordination du médecin traitant.

Etape 4 : Une évaluation à deux ans

Une évaluation de chaque personne sera réalisée à deux ans de l'inclusion, soit un an après la fin du parcours, de façon à évaluer que les changements des habitudes de vie atteint au bout d'un an se soient pérennisés.

Pilotage d'un parcours complexe

À part quelques expérimentation limitées (« dites non au diabète »[6], ou des hospitalisations de jour ou des séjours de SSR pour des patients atteints de diabète ou d'obésité), des programmes combinant ces trois dimensions des habitudes de vie (alimentation, activité physique, motivation) n'existent pas en ambulatoire. C'est une plus-value de cette expérimentation que de proposer une approche intégrée de ces trois dimensions.

La dimension « parcours de prévention de la récidive » suppose une coordination et un pilotage intégrant les différents objectifs, les différents professionnels de l'écosystème de santé de la personne (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA, médecin traitant, médecins spécialistes), et une participation active de la personne. **Ce pilotage permet** l'évaluation de l'atteinte des objectifs, la construction de solution en cas de difficulté, et la communication entre les professionnels.

Ce pilotage suppose :

- Une personne pilote, dont la tâche est spécifiquement la coordination du projet personnalisé de changement,
- Des outils de coordination. En effet, la simple information (par exemple sous forme de courrier) de chacun des professionnels et de la personne ne suffit pas pour prendre les décisions dans un écosystème complexe. Un espace collaboratif est donc souhaitable en plus d'un tableau de bord permettant le partage rapide des informations.

Cette dimension du pilotage de la coordination dans un parcours de prévention n'existe pas.

Le parcours est piloté par un professionnel compétent dont la mission est :

- D'assister la personne concernée par la prévention de la récidive,
- De coordonner les professionnels spécialisés experts du changement (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA),
- D'assister le médecin traitant et/ou des médecins spécialistes,

À l'aide d'un outil de coordination et d'échanges d'informations.

Le pilotage est « adapté » aux résultats et propose un parcours personnalisé pour atteindre les objectifs, en disposant de la capacité d'adapter (en augmentant ou en diminuant) le recours aux professionnels spécialistes du changement.

[6] « Dites non au diabète » est un programme de prévention du diabète de type 2 qui vise à **prévenir ou retarder l'apparition du diabète chez les personnes à risques**. La participation au programme Dites non au diabète est gratuite, **entièrement prise en charge par l'Assurance Maladie** et basée sur le **volontariat**. Ce programme est expérimenté par le Ministère chargé de la santé et l'Assurance Maladie sur trois territoires : Seine-Saint-Denis (93), Bas-Rhin (67), La Réunion (974). https://www.ditesnonaudiabete.fr/

Ce pilotage doit permettre au plus grand nombre d'atteindre les objectifs

Ces aspects sont innovants par rapport à la simple proposition de recommandations de changement sans accompagnement, sans pilotage et en s'appuyant sur un nombre fixe d'interventions de professionnels spécialisés. La participation active de la personne est souhaitée dans de nombreuses pathologies, mais est ici indispensable car c'est cette personne qui mettra en œuvre les changements de ses habitudes de vie.

La Ligue Contre le Cancer

Dans le contexte de l'après cancer, des accompagnements au sujet de l'alimentation, de l'activité physique, ou des accompagnements psychologiques sont proposés par certains centres ou associations dont la Ligue Contre le Cancer. Ce sont les soins de support de l'après cancer (Annexe 10). Cependant, ces accompagnements ne sont pas intégrés dans un parcours de prévention, concernent très peu de personnes en situation d'obésité (ce qui est notre cible ici pour le cancer du sein) et ne bénéficient pas de financement dans le droit commun. Le récent décret du 22 décembre 2020 au sujet du financement par la sécurité sociale d'un accompagnement d'un an avec les trois dimensions (alimentation, activité physique, psychologie) ne cible pas de patients spécifiques ou d'objectif. En particulier, il ne précise pas si cela concerne la prévention et si les 3 dimensions sont isolées ou intégrées dans un projet.

Notre proposition est celle d'un parcours de prévention de la récidive. Un aspect innovant de ce projet est de co-construire cette stratégie de parcours avec la Ligue Contre le Cancer, en particulier par l'identification des professionnels experts formés, d'établir un répertoire de ressources des professionnels experts qui seront formés au sein de la Ligue Contre le Cancer, la communication du projet auprès des personnes concernées par cette prévention. La Ligue est une organisation nationale qui permettrait de disséminer ces parcours et leur écosystème si l'expérimentation s'avérait satisfaisante.

Partenariat avec les associations de patients

L'ARS Occitanie, dans un des axes du PRS souhaite « *promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité, pour permettre à l'usager d'être acteur de sa santé* ».

Le CRIAPS a stimulé de nombreux groupes de travail au sujet de la culture partagée, de la formation… avec un objectif d'opérationnalité de ce partenariat. Classiquement, les partenariats se développent pour des populations de personnes malades. Le développement d'un partenariat avec des associations de patients afin de promouvoir la prévention des récidives est plus innovant. Nous souhaitons co-construire avec le CRIAPS et avec France Asso Santé un partenariat avec des associations qui s'engagent dans le soutien des personnes, dans leur projet de prévention de la récidive. Nous formerons ces associations aux différentes dimensions du projet (Voir le chapitre sur la Ligue Contre le Cancer, annexe 10). Cette co-construction se mettra en place dès la validation de ce projet, avec une définition du contenu de ce soutien et avec un financement prévu dans le forfait de prévention pour l'intervention de ces associations. Ce partenariat vise l'intervention de patients partenaires par des témoignages, dans le cadre de l'étape de la participation des patients au sein de la plateforme de prévention, et par des entretiens motivationnels au cours de l'étape d'accompagnement annuelle. L'adaptation du déroulé du programme pourra s'appuyer aussi sur des ''focus groupe''.

Problématique

La problématique est donc de prévenir la récidive de maladies chroniques à haut potentiel de récidive, par un parcours personnalisé de prévention dont l'objectif est que la personne ancre des changements des habitudes de vie, validés comme des moyens de prévention. L'évaluation dans le temps imparti ne permet pas de tester la réduction d'incidence des récidives, mais de tester que les changements sont mis en place (activité physique, alimentation…) car ce sont des critères intermédiaires validés de prévention de la récidive.

II.OBJET DE L'EXPÉRIMENTATION (RESUMÉ)

L'objet est d'expérimenter un parcours de prévention de la récidive de maladie chronique, avec un pilotage des changements personnalisés des habitudes de vie et une coordination des professionnels impliqués.

III.OBJECTIFS

1. Objectifs stratégiques

Prévenir la récidive de maladies chroniques (cancer du sein, diabète permanent, BPCO)[7] :

a) Faciliter l'accès à la prévention dans le parcours de soin,
b) Par une initiation, un maintien et un ancrage des changements des habitudes de vie (alimentation, activité physique, motivation et éventuelle perte de poids, arrêt du tabagisme)
c) Optimiser l'empowerment du patient en s'appuyant sur un ensemble de professionnels présent dans son environnement de vie,
d) Améliorer la qualité de vie des personnes tout en préservant leur autonomie,
e) Au sein d'un parcours avec plusieurs étapes (élaboration du projet, pilotage du projet, accompagnement des changements par des professionnels experts (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA)
f) Faciliter la coordination des parcours soin et prévention à l'aide de la télémédecine
g) Un partenariat avec les médecins traitants et spécialistes
h) Un partenariat avec des associations de patients pour la co-construction de leur rôle dans ce projet de prévention

2. Objectifs opérationnels

a) Optimiser les organisations existantes avec l'intégration d'un parcours prévention basé sur des séances associant un coaching au parcours de soin,
b) Financer un parcours prévention des récidives en complémentarité des soins de support,
c) Améliorer la qualité de vie et la capacité d'autonomie des patients en collaborant avec des professionnels de santé à proximité du lieu de vie,

[7] La sémantique de rémission, rechute et récidive des maladies chroniques est décrite au début du chapitre « **Problématique** ».

d) Former des experts de la prévention et les médecins traitant à une culture commune du parcours prévention pour une prise en charge de qualité en s'appuyant également sur des associations de patient,
e) Développer un outil de télémédecine complet pour assurer l'auto-surveillance, la coordination des professionnels de santé et le monitoring en temps réel, de même que le repérage des personnes « déviant » du protocole pour éviter qu'elles ne soient perdues de vue
f) Montrer l'intérêt du concept innovant des plateformes de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie pour favoriser leur développement et les pérenniser.

Pour cela

g) Identifier les personnes, les informer, et les motiver pour participer au parcours de prévention de la récidive
h) Préparer la venue à la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie
i) Profiler les personnes, c'est-à-dire identifier les problématiques des habitudes de vie nécessitant un changement,
j) Faire connaissance au sens du diagnostic éducatif,
   a. Prendre en considération le contexte de vie du patient dans l'élaboration de son parcours prévention personnalisé (critères sociaux),
   b. Commencer à créer l'alliance avec le pilote du projet personnalisé de changement (l'infirmière « fil rouge »),
   c. Donner du contenu éducatif/informatif spécifique afin de convaincre que le changement des habitudes de vie est souhaitable,
   d. Organiser cette venue (date, …).
k) Organiser le fonctionnement de la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie pour en assurer la pérennité, et afin que chaque personne élabore un projet personnalisé de changement à la fin de la venue
l) Organiser le répertoire des professionnels experts formés :
   a. Recenser ces professionnels
   b. Organiser une charte et un engagement des professionnels avec les contrats et les conventions précisant les modalités de financement…,
   c. Elaborer les formations spécifiques de ces professionnels à ce parcours de prévention de la récidive, et à l'accompagnement spécifique de ces trois catégories de personnes.
m) Organiser le pilotage du projet personnalisé de changement:
   a. Elaborer le recueil des signaux faibles, d'activité physique, d'alimentation et de motivation,
   b. Organiser le suivi de ces signaux faibles,
   c. Organiser la synthèse des collaborations au sein du logiciel de coordination (retour des personnes, retour des et aux professionnels, signaux faibles),
   d. Organiser les prises de décisions pour les déviants à l'atteinte des objectifs (organiser les entretiens motivationnels, organiser les recours à la réunion de concertation pluri professionnelle pour arbitrer la suite du parcours…),
   e. Organiser la venue à la plateforme au terme d 'un an,
   f. Organiser le transfert des informations pertinentes au médecin traitant et aux médecins spécialistes à la fin du parcours de prévention.
n) Organiser l'utilisation du logiciel Max de coordination de parcours :
   a. Elaborer le recueil des informations pertinentes (signaux faibles),
   b. Organiser le recueil des synthèses des professionnels,

c. Gestion du tableau de bord,
d. Formation des utilisateurs de la bulle collaborative et du tableau de bord
e. Gestion du projet

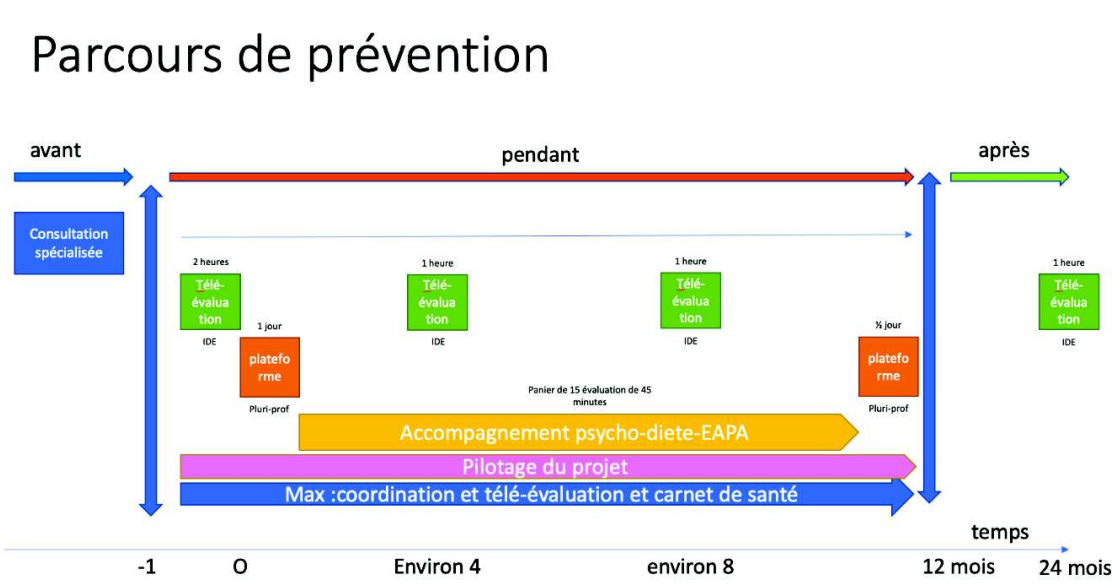
o) Définir l'équipe projet, ses rôles et son fonctionnement,
a. Organiser le suivi et l'analyse des indicateurs de processus,
b. Organiser les réunions des comités de pilotage : celui qui arbitre les ressources à modifier si une personne dévie de ses objectifs, et le comité de pilotage du projet (porteur, partenaires, ARS, CPAM ; …).

IV.DESCRIPTION DU PROJET

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

Parcours de prévention de la récidive

Le parcours de prévention de la récidive est schématisé sur la figure suivante. Chacune des étapes est ensuite décrite.



a) Avant la venue à la plateforme de prévention et de promotion du changement (dite la plateforme): invitation au parcours

Les trois profils de personnes sont invités à l'occasion d'une consultation spécialisée (Annexe 3).

Alors :

Les personnes sont informées de ce parcours, de son bien-fondé, par les spécialistes les adressant à la plateforme, et un lien vers des capsules vidéo explicatives leur est donné (voir annexe 10 La Ligue Contre le Cancer). À ce stade, les critères d'inclusion (annexe 3) et les critères d'exclusion sont recueillis (annexe 3).

Les personnes qui auraient échappé à cette consultation spécialisée peuvent rentrer dans le parcours, par le biais de leur médecin traitant ou de leur médecin spécialiste, par exemple les gynécologues, les chirurgiens ou les oncologues dans le contexte du cancer du sein (à la première

consultation de surveillance si elles ont besoin d'un temps de réflexion), les endocrinologues dans le cadre du diabète, et les pneumologues en cas de BPCO. Alors, elles peuvent passer du stade de la méconnaissance (de ce qu'elles devraient faire pour ne pas récidiver leur maladie) au stade d'implication dans le projet de prévention. L'objectif est d'optimiser la participation au parcours, et de réduire le nombre de personnes qui abandonneront vite, et donc de repérer les personnes qui sont dans le déni pour les faire travailler en amont.
De même, d'autres ressources peuvent travailler la motivation des personnes, par exemple pour les personnes atteintes de cancer du sein avec les soins de support de la Ligue Contre le Cancer (Annexe 10).
Pour formaliser l'engagement envers cette personne, le médecin de la consultation spécialisée va passer le témoin à l'infirmière « fil rouge » de la plateforme, en donnant les coordonnées de la personne pour obtenir un rendez-vous.

b) Avant la venue à la plateforme : Préparer la venue par télé-évaluation

La personne s'est engagée à bénéficier de cet accompagnement d'un an, et à entrer dans un parcours de deux ans ; la télé-évaluation prépare la venue à la plateforme qui aura lieu dans les 3 mois.
Elle a pour objet de réaliser un profilage de cette personne à la fois dans ses dimensions psycho-sociales et biomédicales, et pour identifier les habitudes qu'il faudrait changer (activité physique, sédentarité, alimentation (la référence de l'alimentation équilibrée est le PNNS4), troubles des conduites alimentaires, rythmes alimentaires) et consommation tabagique.

Au terme de ce profilage, des évaluations supplémentaires peuvent être proposées afin de préparer la venue à la plateforme en explorant des dimensions qui seront retravaillées lors des ateliers ou des entretiens personnels:

- Certaines le seront par un robot conversationnel pour réaliser des évaluations par questionnaire :
    - Questionnaires HAD (anxiété dépression), ou DEBQ (si trouble des conduites alimentaires)
    - Questionnaire EPICES de précarité
    - Questionnaire spécialisé sur l'activité physique (GPAQ), de la sédentarité, et de l'équilibre alimentaire
    - Questionnaire de qualité de vie respiratoire pour les BPCO (CAT ou VQ11), et générique (SF12 ou une EVA de qualité de vie avec entretien sur les raisons pour lesquelles la personne a indiqué un faible score)
- Certaines le seront par un contact direct de l'infirmière « fil rouge » avec le médecin traitant.

Éventuellement, ce profilage aboutira à des alertes dans les situations complexes. Par exemple une personne atteinte de BPCO, fumeuse, avec une pathologie cardiaque associée sera considérée comme complexe, dans la mesure où l'activité physique devrait être adaptée et personnalisée (Annexe 7).
Le score EPICES de précarité (annexe 11) et l'évaluation de la dimension sociale (Annexe 7) ainsi que le contexte de vie seront réalisés, dans la mesure où cela pourrait être un frein aux changements. La discussion en amont avec le médecin traitant permettra d'éclairer cet aspect voire de le prendre en compte dans l'élaboration des objectifs personnalisés (recours aux assistantes sociales de quartier…).

Cette évaluation sera réalisée par l'infirmière « fil rouge » de la plateforme, avec un temps d'environ 1h pour récolter toutes les informations, personnaliser la rencontre avec la personne, et 30 min pour construire une fiche de synthèse qui sera déposée dans MAX (2 heures au total). L'évaluation réalisée est inscrite dans le carnet de santé de la personne (c'est un document numérique et papier, remis aux personnes).

MAX est un logiciel de coordination de parcours, avec des outils comme le robot conversationnel, la téléconsultation sécurisée et protégeant les données de santé (Annexe 11), et le dépôt d'informations pertinente au projet de la personne.

Cette période se termine par l'inscription de la personne à un rendez-vous d'une journée à la plateforme, dans les 15-30 jours. C'est l'infirmière « fil rouge » qui réalise cette inscription.

c) La venue à la plateforme

Dix personnes vont venir une journée pour élaborer un projet personnalisé de changement (c'est à dire des changements négociés des habitudes de vie, avec élaboration de micro-objectifs et de la manière de les évaluer, et identifier des coaches-accompagnants de proximité). Chaque journée sera dédiée à l'une des pathologies sans mixité entre elles. Les objectifs sont pour une part « génériques » et pour l'autre spécifique de la pathologie et de la filière (voir annexe 3 profilage des personnes). Chaque personne signera un engagement pour faire tous les efforts pour terminer le parcours et pour atteindre les objectifs, et attestera avoir été informée du fait que des données de santé sont collectées dans l'application Max, et hébergées de façon sécurisée.

Agenda de la journée

8-9h accueil (présentation de la journée, laquelle aura été faite par une vidéo mise en ligne en amont, cf. annexe 10) et atelier « brise-glace » : les 10 personnes se présentent les un(e)s aux autres et construisent une dynamique de groupe, en utilisant les synthèses préalables, ils/elles indiquent leurs attentes. L'infirmière « fil rouge » réalise cet accueil.

9-12h les ateliers

15 minutes de présentation/introduction par l'infirmière « fil rouge ».

4 ateliers de 45 minutes (alimentation, activité physique, motivation, croyances et connaissances) animés par diététicien, EAPA, psychologue et médecin. L'infirmière « fil rouge » assiste à ces ateliers car elle assure la continuité et le lien personnel avec les personnes, et enrichit la fiche de synthèse élaborée lors de la télé-évaluation.

L'infirmière fil rouge sensibilise les personnes tabagiques dès la première venue à la plate-forme, avec un atelier spécifique. Ensuite le dispositif tabacologie du CHU pourra être activé.

Ces ateliers ont pour objectif de se préparer à choisir des objectifs individuels et comment faire les changements.

12-13h déjeuner de travail entre les personnes sans les soignants, nouveau « brise-glace » où chacun annonce ses objectifs (engagement vis à vis des pairs). Un patient partenaire participe à ce temps d'échange.

Pendant ce temps, les soignant(e)s partagent les fiches de synthèses et les ressentis au sujet des personnes pendant les ateliers. Cela prépare l'étape suivante.

13-14h élaboration personnelle des objectifs, micro-objectifs et de la conduite du projet dans l'année à venir, identification des coaches.

Pour cela chaque personne rencontre un des 5 soignants (diététicienne, psy, EAPA, médecin, infirmière « fil rouge ») et élabore son propre projet pendant 30 minutes dans un entretien personnalisé. Il s'agit d'une stratégie d'empowerment par la planification des objectifs. Le projet personnalisé est écrit dans le carnet de santé. Soit les coaches de proximité ont été identifiés en amont de cette entrevue (pour les personnes entre 14h30 et 15h) soit ils sont identifiés dans la demi-heure suivante. Un aidant peut être invité à participer à cet entretien, dans la mesure où les changements se feront « dans la vie » des personnes, afin de prendre en compte son environnement de vie.

14-14h30 fin de la journée, conclusion, explication du suivi par infirmière « fil rouge ».

Horaires de travail

	Accueil et autres	Atelier	Entretien individuel et coordination	Total
Infirmière	1h 30	3 heures	2 heures	6h30
Diététicien ou EAPA ou psychologue ou médecin	1 heure	2 heures	1 heure	4 heures chacun
Secrétariat accueil	Courrier de sortie, prise de RV, rappels personnes, accueil téléphonique, gestion administrative de l'admission, facturation			4 heures
Rôle du chef de projet	Mise en place et suivi de l'organisation des ressources humaines de la plateforme			

d) Un accompagnement d'un an

Cet accompagnement est rythmé par les 3 évaluations par l'infirmière « fil rouge » : à environ 4, et 6-8 mois en télé-évaluation et à 12 mois à la plateforme.
Un accompagnement des changements est réalisé par les professionnels experts.
Entre ces évaluations, les professionnels experts accompagnants de proximité (diététicien / psychologue / EAPA / tabacologue si besoin) accompagnent la personne. Chaque professionnel fera travailler la personne pour atteindre les objectifs co-construits lors de la venue à la plateforme. Chacun de ces professionnels aura été formé spécifiquement à ce projet, à ce mode d'accompagnement, et aux pathologies spécifiques (les personnes atteintes de cancer par exemple ne peuvent pas être abordées de la même façon que les personnes atteintes de BPCO, la façon de les faire travailler n'est pas toujours la même). *Cf*. tableau synoptique ci-dessous et annexe 10

Dans le cadre du pilotage du projet personnalisé de changement, le nombre de consultations par chacun de ces professionnels varie en fonction de la personne et de ses objectifs. Par exemple, si la plus grande part des efforts doit porter sur l'activité physique, on peut imaginer qu'un peu plus de consultations avec un EAPA seront nécessaires. Cependant, si les objectifs sont atteints rapidement le nombre de consultations peut être réduit. À l'inverse, pour une personne éprouvant des difficultés en particulier vis-à-vis de la motivation au changement, un peu plus de consultations de psychologue pourraient s'avérer nécessaire. Un panier d'environ 15 consultations sera disponible pour ces trois catégories de professionnels, et pour chaque personne.

C'est l'évaluation de l'évolution vers l'atteinte des objectifs, grâce au pilotage du projet personnalisé de changement qui arbitrera la distribution de ces consultations. Certaines personnes pourront avoir besoin de plus de 15 consultations, certaines autres en auront besoin de moins. Pour chaque groupe de 10 personnes, un panier de 150 consultations sera disponible et permettra cette agilité. Le nombre de consultations réalisées sera tracé dans Max au même titre que la qualité de l'accompagnement (point de vue du patient et des soignants), des critères d'évaluation de ce projet

L'intensité de l'accompagnement est plus forte au début, une rencontre tous les 15 jours pendant 3 mois (6 rencontres), une tous les mois pendant 9 mois (9 rencontres) soit 15 rencontres en un an.

Tableau synoptique des relations entre patients et accompagnant (diététicien/psychologue/EAPA/tabacologue si besoin).

Quoi	Où	Comment	remarque
Le patient a repéré son accompagnant (diététicienne, psy, eapa, ou tabacologue)	Pendant la venue à la plateforme	Dans un atelier	Les objectifs de changement sont définis
Les accompagnants connaissent les objectifs à travailler	Ils sont informés via Max (logiciel de coordination)	En amont de la première « consultation »	L'IDE fil rouge a donné accès à Max
Les objectifs sont travaillés à chaque rencontre	En proximité ou en télé évaluation	Les accompagnants ont été formés (voir annexe 10)	
Un retour de chaque rencontre est déposé dans Max et le carnet de santé de la personne		Le patient et l'accompagnant ont accès à Max	La qualité de la rencontre est tracée par le patient et l'accompagnant
			Le temps correspondant au budget est donc celui de la rencontre avec le patient plus celui de la trace dans Max et de l'appropriation des informations qui s'y trouvent (par exemple les signaux d'activité physique… voir annexe 11)

Evaluation à M4 et M6-8 mois

Ces deux évaluations à environ 4 et environ à 6-8 mois sont réalisées par la même infirmière « fil rouge » qui a réalisé la télé évaluation initiale (pour personnaliser la relation) et qui est le pilote du projet. Elle porte sur l'atteinte des objectifs fixés lors de la venue à la plateforme ou lors de la précédente évaluation. Elle sera précédée par une analyse des signaux faibles (Annexe 11 les données captées par Max), c'est-à-dire des questionnaires que les personnes auront renseignés dans Max, environ toutes les deux semaines, afin de valider si les objectifs sont en cours d'atteinte, ou si des difficultés apparaissent. L'analyse sera automatique et générera des alertes infirmière « fil rouge », de façon à pouvoir positionner la télé évaluation plus ou moins tôt si des difficultés

apparaissent. L'évaluation est basée sur le principe de l'entretien motivationnel rouge ». De nouveaux micro-objectifs SMART[8] peuvent être décidés, si les objectifs initiaux ne sont pas atteints. Chacune des évaluations dure 1 heure incluant la synthèse, renseignement de MAX et du carnet de santé, et transmission des infos aux autres professionnels dont le médecin traitant via MAX.

Gestion des perdus de vue et des « personnes en difficulté pour atteindre les objectifs »
Une des particularités de cette expérimentation est d'essayer de maximiser le nombre de personnes qui iront au terme du parcours de prévention, et qui ancreront les objectifs fixés. Le principe de la surveillance des signaux faibles permettra de dépister au plus tôt les personnes en difficulté, déviant de la trajectoire initialement prévue (annexe 11). Un patient partenaire pourra être sollicité par l'infirmière « fil rouge » pour participer à cet entretien.

En cas de besoin, si l'entretien motivationnel révèle trop de difficultés, l'infirmière « fil rouge » pourra solliciter une réunion de concertation pluri-professionnelle (par le comité de pilotage ; annexe 12), pendant laquelle elle présentera une synthèse de la situation aux professionnels de la plateforme et au(x) médecin(s) traitant(s) et spécialistes qui pourront arbitrer la gestion de nouveaux objectifs et les modalités de nouvelles consultations par les accompagnants (diététicien/psychologue/EAPA/tabacologue si besoin).

e) Fin de la période de 1 an. Revenue à la plateforme

L'objectif est d'évaluer les changements et l'atteinte des objectifs, et de préparer le maintien de ces objectifs à long terme.

8-8h30 accueil et « brise-glace » infirmière « fil rouge »
4 ateliers de 45 minutes (Alimentation, activité physique, motivation, comment maintenir le changement au-delà de 1 an)
L'objectif est d'élaborer les objectifs à maintenir et la conduite de projet au-delà de la première année.
Identification des alertes et des stratégies de contournements d'obstacles.
Transfert des informations au Médecin traitant et aux professionnels ayant adressé les personnes, via MAX et le carnet de santé
Clôture du dossier plateforme

Horaires de travail

	Accueil et autres	Atelier	Entretien individuel	Total
Infirmière	1h	3 heures		4 heures
Diététicien ou EAPA ou psychologue ou médecin		2 heures		2 heure chacun
Secrétariat accueil	1h	Courriers, gestion des RV 3h		4 heures

Les modalités d'accueil et le déroulé de la venue à la plateforme pourront faire l'objet d'améliorations en cours d'expérimentation, en sollicitant des focus groupe, sans que ces modifications ne remettent en cause les principes organisationnels mentionnés dans le cahier des charges.

[8] https://www.manager-go.com/vente/methode-smart.htm; SMART pur petit/mesurable/atteignable/réaliste/dans un temps donné

f) Evaluation à 2 ans

À deux ans de la première venue à la plateforme, alors qu'il n'y a plus eu d'accompagnement entre le 12e et le 24e mois, l'infirmière « fil rouge » évaluera le maintien et l'ancrage des changements des habitudes de vie. Cette évaluation a pour objet de valider que l'atteinte des objectifs à 12 mois est durable. Il s'agira d'une télé évaluation, portant sur les objectifs co-construits et atteints à 12 mois, précédée de renseignement de la personne sur Max de questionnaires simples. Au cas où les objectifs ne seraient plus atteints, un questionnaire spécifique permettra de comprendre les raisons de cela.

g) Coordination du parcours de prévention par le logiciel Max (voir annexe 11)

Max est un logiciel de coordination développé par la société Bot-Design. C'est une bulle collaborative, ainsi qu'un tableau de bord de coordination de projet.

La bulle collaborative permet des échanges d'informations entre les différentes personnes participant au projet personnalisé de changement, qu'il s'agisse de professionnels de santé, dont le médecin traitant, la personne elle-même, et le pilote du projet (infirmière « fil rouge »). Les informations sont accessibles dans un carnet de santé. Les échanges peuvent se faire par courrier, par messagerie instantanée, par Visio conférence. Le tableau de bord de coordination du projet est piloté par l'infirmière « fil rouge », la personne et le médecin traitant. Les objectifs personnalisés de changement, les différents rendez-vous, les évaluations des signaux faibles y figurent. Une description plus précise de Max est en annexe 11

h) Constitution d'un répertoire opérationnel des ressources en accompagnants experts

Voir annexe 8

En repérant, en formant et en permettant aux professionnels (diététicien, EAPA, psychologue) de participer et de collaborer à ce projet, nous constituerons un répertoire opérationnel de ressources pour la mise en place de changements pour des personnes souffrant d'autres maladies. Des formations spécifiques seront proposées (voir annexe 8 et 10, Ligue contre le cancer partenaire de ces formations).

2. Population Cible

La population cible comprend :

- Des personnes en situation d'obésité atteintes de cancer du sein non métastatique après la fin des traitements (néo)adjuvants (à l'exclusion de l'hormonothérapie), et des éventuels soins de support. En effet, le projet se situe à l'issue de la maladie et de son traitement, dans une prévention de la récidive, alors que les soins de support ont été proposés à la personne ;
- Des personnes en situation d'obésité ayant présenté un diabète gestationnel nécessitant un traitement par insuline lors de la dernière grossesse, au moment de la consultation post-natale ;
- Et des personnes en situation d'obésité ayant fait une exacerbation d'une BPCO.

L'annexe 3 décrit cette population avec un commentaire sur le recours aux médecins addictologies

a. Critères d'inclusion

Personne en situation d'obésité

Diabète gestationnel traité par insuline	Femme ayant un cancer du sein en rémission clinique complète, en situation d'obésité (BMI ≥ 30) ayant terminé le traitement locorégional et les traitements médicaux (néo)adjuvants, à l'exception de l'hormonothérapie (si indiquée).	Femme ou Homme, BPCO, situation d'obésité, après exacerbation

b. Critères d'exclusion

Refus de la personne ayant bénéficié du profilage initial, d'intégrer l'expérimentation.
Difficulté à intégrer un groupe
Ne parle pas le français
Refus par le médecin traitant que la personne intègre le parcours

Diabète permanent à la consultation post-natale Déni de la maladie et de ses risques	Cancer du sein métastatique Déni de la maladie et de ses risques Age > 70 ans	Contre-indication à l'activité physique et à la perte de poids Age > 70 ans

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

L'expérimentation inclura des personnes pendant 3 ans, 150 la première année, et 300 personnes seront incluses respectivement la 2ième et 3ième année. Le modèle est de 100 personnes par catégories de pathologie et par an. Soit un effectif total de 750 patients.

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

Le rôle du médecin traitant et des médecins spécialistes a été établi, en lien avec l'URPS médecins, à la fois dans le profilage initial, et quant à son rôle pendant l'année suivant la venue à la plateforme. Le médecin traitant aura accès au tableau de bord du logiciel de coordination (MAX, voir rôle du médecin traitant annexe 9).

a) Professionnels de la plateforme

- Chef de projet : un chef de projet sera recruté sur des crédits FIR pendant la période de l'expérimentation pour un emploi à temps partiel de 3 demi-journées par semaine. Son rôle sera d'organiser le suivi et l'analyse des indicateurs de processus, et d'organiser les réunions du comité de pilotage. Son rôle sera également la mise en place et le suivi de l'organisation des ressources humaines de la plateforme.
- Porteur du projet : le professeur Patrick Ritz sera le porteur du projet pour le CHU et assurera pendant les cinq ans de l'expérimentation l'orientation stratégique de ce projet, ainsi que la relation avec les tutelles (CHU, ARS) et les partenaires. Il est assisté d'un comité de pilotage (Pr Hanaire, Pr Vaysse, Dr Garrigue, Caroline Martineau et les partenaires ARS, Ligue Contre le Cancer, CNAM, URPS…)

- Au sein de la plateforme interviendront des professionnels diététicien, EAPA, psychologue, tabacologue, médecin, infirmière « fil rouge ». Ce sont les mêmes fiches de poste que celles des accompagnants experts). Ils ont de plus une connaissance très approfondie du projet, auront été formés à l'éducation thérapeutique et à la gestion de groupe de parole. Ils animeront les ateliers et réaliseront les entretiens individuels de création des projets personnalisés lors de la première venue à la plateforme et de celle 12 mois plus tard.

5. Terrain d'expérimentation

Le terrain d'expérimentation initiale est la ville de Toulouse, du fait des relations anciennes entre le site de l'Oncopôle et les autres sites du CHU, le service de gynécologie-obstétrique du CHU à l'hôpital Purpan et les services de diabétologie et d'endocrinologie-nutrition, et des réseaux de réhabilitation respiratoire et des pneumologues.

Dans les six premiers mois de cette expérimentation, pendant la phase de mise en place du projet (permettant le rodage des procédures), les structures privées et publiques de la seconde phase) seront invitées à participer à cette expérimentation.

L'objectif est d'analyser dans quelle mesure un écosystème différent demande des adaptations à cette expérimentation. Les différents professionnels seront formés au projet par des modules d'apprentissage à distance (voir capsules de formation, la Ligue Contre le Cancer, annexe 10). Une attention particulière sera apportée à ce que les informations de synthèse correspondant aux personnes orientées à la plateforme soient envoyées aux professionnels qui les auront adressés.

6. Durée de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation est de 5 ans.

La première phase de mise en place du projet durera 6 mois.

Pendant les trois ans suivants, les personnes seront incluses à raison de 150 par an la première, et 300 la deuxième et la troisième année, et pour un suivi de deux ans : une année d'accompagnement par les professionnels experts jusqu'à la revenue à la plateforme, et une évaluation au 24e mois.

La dernière année est donc celle de l'évaluation de l'ensemble du projet

Il s'agit au total d'inclure de 750 personnes

a. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Phase 1: mise en place du projet, six mois
Phase 2: inclusion des personnes, 2,5 ans
Phase 3: suivi des personnes jusqu'à deux ans après le début de leur participation
Phase 4: évaluation de l'ensemble du projet lors de la cinquième année

1. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Le projet fera l'objet d'un suivi mensuel associant la chefferie de projet, le représentant de l'ARS et de la DCGDR.
Tous les 6 mois, un comité institutionnel associant l'ensemble des partenaires du projet, l'ARS, l'Assurance Maladie, l'évaluateur externe, les interlocuteurs nationaux.

V.FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Forfait numéro 1 : Venue à la plate-forme pour élaborer les objectifs de changement.

Ce forfait correspond :

– au profilage de chaque personne, par l'infirmière fil rouge en amont de la venue à la plateforme. Cela correspond à 1h par personne, et inclut la récolte des informations pour personnaliser la rencontre avec la personne, le renseignement du tableau de bord de Max et la fiche de synthèse, ainsi que la programmation du rendez-vous pour la journée à la plateforme. Le coût est de 36,3 euros par personne,

– lors de la venue à la plateforme, à quatre ateliers de 30 mn par intervenant, le temps moyen de préparation et synthèse est de 15 mn par atelier et intervenant. Le coût par personne est de 6,7 euros pour l'atelier diététique, 6,4 euros pour l'atelier activité physique, 7,7 euros pour l'atelier psychologique, 16,1 euros pour l'atelier médical, auquel s'ajoute le temps de l'infirmière fil rouge qui est présente toute la journée, soit 300 minutes (18,2 euros par personne). Ce dernier inclut le temps de présence à tous les ateliers (180 min), ainsi que le temps d'accueil et d'explication du suivi pour clôturer la journée (90 min). Les calculs sont faits sur la base du coût horaire des personnels du CHU et intègrent les frais de gestion à hauteur de 15%.

– un temps de coordination entre les cinq professionnels, d'une heure, sans les personnes, pour réaliser la synthèse des ateliers et préparer l'entretien individuel. Le coût par personne est de 22,1 euros en moyennant le coût horaire de chacun des professionnels,

– un entretien individuel de 30 minutes par personne avec l'un des cinq professionnels (ce qui équivaut à deux personnes pour chaque professionnel). Le coût par personne est de 22,1 euros en moyennant les coûts horaires de chaque professionnel,

– un temps de secrétariat estimé à 40 minutes par personne, soit un coût par personne de 17,5 euros,

– le forfait du logiciel de suivi Max de la société Botdesign de 68,7 euros payés en une fois pour toute l'année (voir Annexe 11).

Le coût total de ce forfait a été arrondi à 222 € par patient.

Le forfait numéro 2 : Accompagnement de la personne par les professionnels libéraux.

Le CHU de Toulouse redistribue aux différents professionnels.

Pour chaque professionnel, un temps de 60 minutes par rencontre est proposé (incluant la consultation du tableau de bord de Max, et le renseignement de celui-ci, les éventuelles discussions avec les autres professionnels dont l'infirmière fil rouge). Chaque rencontre est valorisée à 45 €.

Un panier de 15 rencontres est forfaitisé pour chaque personne avec une répartition variable entre professionnels, telle qu'elle est proposée en fonction des objectifs fixés lors de la première venue à la plate-forme. Éventuellement cette répartition est revue au cours du télé-suivi par l'infirmière fil rouge, en fonction de la capture des signaux faibles, de l'élaboration des difficultés, et d'une éventuelle décision de la RCP du Copil.

Ce chiffre de 15 rencontres est moyenné, et peut varier d'une personne à l'autre, en jouant sur un groupe de 10 patients, c'est-à-dire 150 rencontres à redistribuer.

Le coût du forfait est de 675 € par patient.

Forfait numéro 3 : Suivi de la prise en charge.

L'infirmière fil rouge réalise trois évaluations à distance, l'une aux environs de quatre mois, l'autre aux environs de six à huit mois, et une supplémentaire à deux ans (pour s'assurer que les changements sont ancrés de façon durable). Cela vaut pour toutes les personnes entrant dans le parcours. Le coût est donc de 3 × 45 minutes soit 78,2 euros par personne. Il intègre les frais de gestion à hauteur de 10%.

À cela s'ajoutent et pour certaines personnes seulement :

– pour les personnes souhaitant un arrêt du tabagisme, 4 téléconsultations par la structure de Tabacologie du CHU (la première d'une heure, et trois de 30 minutes) soit un forfait de 20,8 euros par personne. Ce coût est appliqué à toutes les personnes entrant dans le parcours, et prend en compte que nous estimons que 24 % des personnes auront besoin de ce forfait (50 % des personnes atteintes de BPCO, et environ un quart des autres personnes),

– dans le cadre du suivi à distance des patients, lorsque l'infirmière fil rouge identifie des difficultés d'adhésion et de maintien à poursuivre le programme personnalisé de prévention, il est prévu un temps de collecte d'informations sur le patient auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de ce dernier en vue de l'organisation d'une RCP. L'objectif est d'intervenir avant même que le patient décide d'interrompre le parcours, et ce, à des fins d'éviter tous déviances et perdus de vue. L'objectif est donc de maximiser le nombre de personnes arrivant à ancrer les changements et à aller au bout du parcours. Ce chiffre est estimé à 30 % des entrants dans le parcours. Pour chacune de ces personnes, l'infirmière fil rouge proposera un ou plusieurs contacts et présentera le dossier en RCP du Copil. Un temps de 60 minutes est estimé soit 31,59 euros pour chacune des personnes « déviantes », ou 10,4 euros pour toutes les personnes entrant dans le parcours en appliquant la règle des 30 %. Une alerte est envoyée au médecin traitant ou spécialiste. Eventuellement, elle peut déboucher sur une consultation qui entre dans le droit commun.

– pour ces personnes « déviantes » le coût de la RCP (20 minutes par personne) organisée par l'infirmière fil rouge est de 69,8 euros (coût moyen des professionnels du Copil) soit 30,7 euros pour toutes les personnes entrant dans le parcours en appliquant la règle des 30 %. Une alerte est envoyée au médecin traitant ou spécialiste. Eventuellement, elle peut déboucher sur une consultation qui entre dans le droit commun.

Le coût de ce forfait a été arrondi à 140 € par patient.

Forfait numéro 4 : Revenue à la plate-forme pour élaborer la fin du parcours et la suite des objectifs de changement.

Cela correspond :

– à quatre ateliers de 30 mn par intervenant, le temps moyen de préparation et synthèse est de 15 mn par atelier et intervenant. L'infirmière fil rouge est présente à tous ces ateliers. Le coût par personne est de 6,7 euros pour l'atelier diététique, 6,4 euros pour l'atelier activité physique, 7,7 euros pour l'atelier psychologique, 16,1 euros pour l'atelier médical, auquel s'ajoute le temps infirmier, soit 240 min (14,5 euros par personne). Ce dernier inclut le temps de présence à tous les ateliers (180 min), ainsi que le temps d'accueil (30 min). Ces calculs sont faits sur la base du coût horaire des personnels du CHU et intègrent les frais de gestion à hauteur de 15%.

– un temps de secrétariat estimé à 40 minutes par personne soit un coût par personne de 17,5 euros,

Le coût total de ce forfait a été arrondi à 69 € par patient.

Forfait numéro 5 : Accompagnement de patients experts

Il correspond à la participation des patients dans la création et l'accompagnement des parcours. Les modalités seront co-construites avec le CRIASP (de l'agence régionale de santé Occitanie) et France Asso santé (URASS) qui ont donné leur accord pour ce principe.

Un coût forfaitaire de 50 € par patient est prévu.

Estimation globale du budget

En année 1, 150 personnes sont incluses, suivies un an avec une évaluation à 2 ans. Le même modèle s'applique aux années deux et trois avec 300 personnes par an.

Tableau de synthèse : avec la montée en charge du nb de patients par an sur les 3 ans (les derniers devant rentrer au plus tard à la fin de la 2ème année)

	Année 1, dont une phase d'amorçage de 6 mois suivie d'une phase d'inclusion de 6 mois	Année 2	Année 3	Année 4 (pas d'inclusion)	Total
Nb de patients inclus	**150**	**300**	**300**	**-**	**750**
nb de patients forfait 1	*150*	*300*	*300*	-	
nb de patients forfait 2	*150*	*300*	*300*	-	
nb de patients forfait 3	*150*	*300*	*300*	-	
nb de patients forfait 4	-	*150*	*300*	*300*	
forfait 1 :élaboration du projet personnalisé commun aux 3 types de patients	33 300 €	66 600 €	66 600 €		166 500 €
forfait 2 : PEC de ville	101 250 €	202 500 €	202 500 €		506 250 €
forfait 3 : suivi de la prise en charge	21 000 €	42 000 €	42 000 €		105 000 €
forfait 4 : élaboration de fin de programme	- €	10 350 €	20 700 €	20 700 €	51 750 €
forfait 5: Intervention du patient expert	7 500 €	15 000 €	15 000 €		37 500 €
Total prestation dérogatoire (FISS)	**163 050 €**	**336 450 €**	**346 800 €**	**20 700 €**	867 000 €

Dépenses FIR

Coût de la Ligue Contre le Cancer

Les missions de la ligue sont indiquées en annexe 10.

Les coûts correspondent :
– à la création des capsules vidéos à la fois pour la communication du projet aux partenaires, y compris de deuxième phase, aux personnes entrant dans le parcours, et aux soignants (à la fois de la plate-forme et libéraux pour les former), le coût est de 3 450 euros
– au livrable du répertoire opérationnel, élaboré sur une durée de trois ans, soit 16 200 euros. Ce répertoire n'existe pas en Occitanie et la Ligue Contre le Cancer n'est pas financée par l'ARS pour le réseau régional de cancérologie

– aux journées de formation des intervenants libéraux (à raison d'une tous les quatre mois, 1000 euros par jour) soit un total de 9000 euros.

Le coût en année 1 est de 11 850 euros, en année 2 de 8 400 euros, et année 3 de 8 400 euros.

Coût de la gestion de projet par le CHU

Le coût annuel correspond à 0,3 ETP de chef(fe) de projet profil ingénieur(e), soit 14 926 euros par an, et 74 630 euros pour les 5 ans (montée en charge, expérimentation et évaluation).

La supervision du projet par le Pr Ritz est estimée à 0,1 ETP, soit 10 993 euros par an, et 54 965 euros pour les 5 ans (montée en charge, expérimentation et évaluation).

La formation des deux personnes infirmière fil rouge à la faculté de Nîmes et pour le DU d'entretien motivationnel est de 3 280 euros

Une amorce de petit matériel informatique pour la plateforme est de 6 000 euros.

Le cout total est en année 1 de 35 199 euros et pour chaque année (années 2 à 5) de 25 919 euros, soit un coût total de 138 875 euros.

Le coût du FIR est indiqué dans ce tableau

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	total
création capsule web	3 450 €					**3 450 €**
livrable du répertoire opérationnel	5 400 €	5 400 €	5 400 €			**16 200 €**
formaton libéraux	3 000 €	3 000 €	3 000 €			**9 000 €**
sous-total formation (ligue contre le cancer)	11 850 €	8 400 €	8 400 €	- €	- €	28 650 €
petit matériel	6 000 €					**6 000 €**
formation IDE fil rouge	3 280 €					**3 280 €**
0,3 ETP chef de projet	14 926 €	14 926 €	14 926 €	14 926 €	14 926 €	**74 630 €**
0,1 ETP pilotage	10 993 €	10 993 €	10 993 €	10 993 €	10 993 €	**54 965 €**
sous-total CHU portage de projet	35 199 €	25 919 €	25 919 €	25 919 €	25 919 €	138 875 €
TOTAL CAI (FIR)	**47 049 €**	**34 319 €**	**34 319 €**	**25 919 €**	**25 919 €**	**167 525 €**

Le coût total du projet est de 1 034 525€.

Tableau de synthèse : avec la montée en charge du nb de patients par an sur les 3 ans

	Année 1, dont une phase d'amorçage de 6 mois suivie d'une phase d'inclusion de 6 mois	Année 2	Année 3	Année 4 (pas d'inclusion)	Année 5* (pas d'inclusion)	Total
Nb de patients inclus	**150**	**300**	**300**	**-**	**-**	**750**
nb de patients forfait 1	*150*	*300*	*300*	-	-	-
nb de patients forfait 2	*150*	*300*	*300*	-	-	-
nb de patients forfait 3	*150*	*300*	*300*	-	-	-
nb de patients forfait 4	-	*150*	*300*	*300*	-	-
forfait 1 : élaboration du projet personnalisé commun aux 3 types de patients	33 300 €	66 600 €	66 600 €	- €	- €	**166 500 €**
forfait 2 : PEC de ville	101 250 €	202 500 €	202 500 €	- €	- €	**506 250 €**
forfait 3 : suivi de la prise en charge	21 000 €	42 000 €	42 000 €	- €	- €	**105 000 €**
forfait 4 : élaboration de fin de programme	- €	10 350 €	20 700 €	20 700 €	- €	**51 750 €**
forfait 5: Intervention du patient expert	7 500 €	15 000 €	15 000 €	- €	- €	**37 500 €**
Total prestation dérogatoire (FISS)	**163 050 €**	**336 450 €**	**346 800 €**	**20 700 €**	**- €**	**867 000 €**
Formation (ligue contre le cancer)	11 850 €	8 400 €	8 400 €	- €	- €	28 650 €
Coût CHU portage de projet	35 199 €	25 919 €	25 919 €	25 919 €	25 919 €	138 875 €
Total CAI (FIR)	**47 049 €**	**34 319 €**	**34 319 €**	**25 919 €**	**25 919 €**	**167 525 €**
Total expérimentation	**210 099 €**	**370 769 €**	**381 119 €**	**46 619 €**	**25 919 €**	**1 034 525 €**

** Aucun montant FISS n'est budgété en année 5. De fait, pour les patients inclus en année 3 et dont l'évaluation finale est faite 2 ans après, en année 5 donc, celle-ci est incluse dans le forfait 3 qui est déclenché avant l'année 5.*

a. Synthèse du besoin de financement

	FISS	FIR
Année 1 (y compris phase **de construction** de 6 mois)	163 050 €	47 049 €
Année 2	336 450 €	34 319 €
Année 3	346 800 €	34 319 €
Année 4	20 700 €	25 919 €
Année 5		25 919 €
Total	867 000 €	167 525 €
Coût Total de l'expérimentation FISS + FIR (coût/ patient)	1 034 525 € (soit 1 379 €/patient ou 1 156€/patient hors FIR)	

VI. DÉROGATIONS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Cf. annexe 2

A ce jour, la rémunération à l'activité ne permet pas de prendre en compte la prévention de la récidive de maladies chroniques chez les patients à haut potentiel de récidive. Et pourtant la création d'un parcours personnalisé de prévention permettrait d'ancrer des changements de mode de vie, et ainsi d'éviter des complications et des hospitalisations.

Il existe donc une réelle opportunité d'améliorer le financement de la prise en charge des patients, permettant de répondre aux enjeux de coordination, de qualité et d'efficience.

Le modèle de financement proposé déroge à plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les principales règles de facturation des professionnels de santé et offreurs de soins concernés, à savoir :

- L.160-8 1°, 2° et 6° ;
- L162-1-7 ;
- L. 162-12-2 ;
- L.162-5 ;
- L.162-22-10 ;
- L.162-26 du code de la sécurité sociale

VII.IMPACTS ATTENDUS

VIII.

L'impact pour les personnes est de changer les habitudes de vie ayant fait la preuve de leur capacité à prévenir la récidive de ces maladies. A terme nous pouvons espérer une réduction de ces récidives et une amélioration de la santé. Ces changements sont aussi de nature à améliorer la qualité de vie (humeur, estime de soi, capacité de mouvement, d'activité physique…). Ces changements sont aussi de nature à prévenir d'autres maladies chroniques associées à l'obésité et aux déséquilibres alimentaires et de l'activité physique (maladies cardio-vasculaires, …).

L'impact organisationnel est de pouvoir disposer d'un parcours de changement des habitudes de vie, qui s'ajoute au parcours de soins habituels. Si cette expérimentation est validée, ce parcours deviendra disponible pour les médecins traitants et pour les médecins spécialistes.
Ce parcours, organisé, évitera le nomadisme des personnes entre différents professionnels et les coûts de santé correspondant. Nous pouvons espérer une diminution de la récidive dans ces trois champs, et une réduction des coûts de santé.

IX.MODALITES D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION PROPOSÉES

Les repères suivants seront proposés pour l'évaluation du projet, ils sont indentés sous chaque objectifs

1. Objectifs stratégiques

Prévenir la récidive de maladies chroniques (cancer du sein, diabète permanent, BPCO)[9] :

a) Par une initiation, un maintien et un ancrage des changements des habitudes de vie (alimentation, activité physique, motivation et éventuelle perte de poids, arrêt du tabagisme)
   a. Validation lors de la revenue à la plateforme au bout d'un an que les objectifs formulés un an auparavant sont ancrés

b) Au sein d'un parcours avec plusieurs étapes (élaboration du projet, pilotage du projet, accompagnement des changements par des professionnels experts (diététicien, psychologue, tabacologue, EAPA)
   a. Validation lors de la revenue à la plateforme au bout d'un an que les étapes ont été déclinées avec les accompagnements prévus par les professionnels (diététicien/EAPA/psychologue) et par l'infirmière fil rouge

c) Avec une coordination de parcours avec un logiciel dédié
   a. Valider que Max a été utilisé, et à quelle fréquence

d) Un partenariat avec les médecins traitants et spécialistes
   a. Valider que les médecins traitants et spécialistes ont été informés, alertés des difficultés éventuelles et ont pu interagir avec les personnes ou leur accompagnant

e) Un partenariat avec des associations de patients pour la co-construction de leur rôle dans ce projet de prévention
   a. Valider que des partenariats ont été formalisés et ont permis une interaction soignant-soigné

2. Objectifs opérationnels

f) Optimiser les organisations existantes avec l'intégration d'un parcours prévention basé sur des séances associant un coaching au parcours de soin,
   a. Indicateur : le parcours de prévention est identifié par les utilisateurs (patients, professionnels et médecins de proximité) par rapport au parcours de soins et aux soins de support

g) Financer un parcours prévention des récidives en complémentarité des soins de support,
   a. Indicateur : le financement a couvert les besoins

[9] La sémantique de rémission, rechute et récidive des maladies chroniques est décrite au début du chapitre « **Problématique** » page 5

b. Indicateur : une diminution des exacerbations de BPCO est notée, et pendant le temps de l'expérimentation l'incidence du diabète permanent et des récidives de cancer du sein est quasi nulle

h) Améliorer la qualité de vie et la capacité d'autonomie des patients en collaborant avec des professionnels de santé à proximité du lieu de vie,
   a. Indicateur : Une analyse de la qualité de vie est réalisée

i) Former des experts de la prévention et les médecins traitant à une culture commune du parcours prévention pour une prise en charge de qualité en s'appuyant également sur des associations de patient,
   a. Indicateur : les formations ont été dispensées, nombre de personnes ayant bénéficié des formations

j) Développer un outil de télémédecine complet pour assurer l'auto-surveillance, la coordination des professionnels de santé et le monitoring en temps réel, de même que le repérage des personnes « déviant » du protocole pour éviter qu'elles ne soient perdues de vue
   a. Indicateur : max fonctionne
   b. Indicateur : max est utilisé, nombre de connections par patient, évolution des connexions dans le temps, nombre d'échanges
   c. Indicateur : signaux faibles effectivement repérés

k) Montrer l'intérêt du concept innovant des plateformes de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie pour favoriser leur développement et les pérenniser.

l) Identifier les personnes, les informer, et les motiver pour participer au parcours de prévention de la récidive
   a. 750 personnes ont été recrutées pour participer, calcul du nombre de personnes sollicitées qui ont décliné

m) Préparer la venue à la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie
   a. Evaluation du nombre de feuilles de synthèse élaborées par infirmière fil rouge et du degré de satisfaction des personnes à cette préparation

n) Profiler les personnes, c'est-à-dire identifier les problématiques des habitudes de vie nécessitant un changement,
   a. La fiche de synthèse à la fin de la venue de la plate-forme a identifié ces problématiques

o) Faire connaissance au sens du diagnostic éducatif,
   a. Commencer à créer l'alliance avec le pilote du projet personnalisé de changement (l'infirmière « fil rouge »),
   b. Donner du contenu éducatif/informatif spécifique afin de convaincre que le changement des habitudes de vie est souhaitable / bénéfique,
      i. Les personnes ont reçu les capsules vidéo
   c. Organiser cette venue (date, …).

p) Organiser le fonctionnement de la plateforme de prévention et de promotion du changement des habitudes de vie pour en assurer la pérennité, et afin que chaque personne élabore un projet personnalisé de changement à la fin de la venue
   a. La coordination de la plate-forme est réalisée par l'infirmière fil rouge. Le nombre de soignants présents (diététicien/EAPA /psychologue /médecin) ou ayant dû être remplacé est tracé. La pérennité des deux personnes infirmière fil rouge est évaluée

q) Organiser le répertoire des professionnels experts formés : –recenser ces professionnels,
   i. Ce répertoire est livré tous les ans
      a. Organiser une charte et un engagement des professionnels avec les contrats et les conventions précisant les modalités de financement…,

ii. Cette charte est élaborée et signée par les partenaires
    a. Elaborer les formations spécifiques de ces professionnels à ce parcours de prévention de la récidive, et à l'accompagnement spécifique de ces trois catégories de personnes.
iii. Les capsules vidéo ont été mises à disposition, et les formations tous les quatre mois ont été réalisées avec une trace des présents

r) Organiser le pilotage du projet personnalisé de changement:
    a. Élaborer le recueil des signaux faibles, d'activité physique, d'alimentation et de motivation,
iv. L'application Max présente sous forme de diagramme et de jauge l'adhésion au programme, crée des alertes en cas d'absence, de non adhésion, ou d'écart de l'objectif fixé
    a. Organiser le suivi de ces signaux faibles,
v. L'infirmière fil rouge analyse régulièrement les signes faibles
    a. Organiser la synthèse des collaborations au sein du logiciel de coordination (retour des personnes, retour des et aux professionnels, signaux faibles),
vi. Lors de difficultés de déviation par rapport aux objectifs, une alerte est envoyée au médecin traitant et aux médecins spécialistes
    a. Organiser les prises de décisions pour les déviants à l'atteinte des objectifs (organiser les entretiens motivationnels, organiser les recours à la réunion de concertation pluri professionnelle pour arbitrer la suite du parcours…),
vii. Des réunions de concertation sont organisées de façon mensuelle avec une trace des décisions
    a. Organiser la venue à la plateforme au terme d 'un an,
viii. Tous les patients venus à la plate-forme sont revenus au terme d'un an
    a. Organiser le transfert des informations pertinentes au médecin traitant et aux médecins spécialistes à la fin du parcours de prévention.
ix. Lors de la revenue à la plate-forme, une synthèse est envoyée au médecin traitant et aux médecins spécialistes

s) Organiser l'utilisation du logiciel Max de coordination de parcours :
    a. Elaborer le recueil des informations pertinentes (signaux faibles),
    b. Organiser le recueil des synthèses des professionnels,
    c. Gestion du tableau de bord,
    d. Formation des utilisateurs de la bulle collaborative et du tableau de bord

t) Gestion du projet
    a. Définir l'équipe projet, ses rôles et son fonctionnement,
x. Le chef de projet élabore ces rôles,
    a. Organiser le suivi et l'analyse des indicateurs de processus,
    b. Organiser les réunions des comités de pilotage : celui qui arbitre les ressources à modifier si une personne dévie de ses objectifs, et le comité de pilotage du projet (porteur, partenaires, ARS, CRAM ; …).
xi. Une réunion de pilotage est organisée tous les semestres

X.INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPÉRIMENTATION

Des données de santé sont recueillies dans Max, à la fois les questionnaires que les personnes rempliront de façon régulière, ceux qui auront servi à leur profilage initial, et les fiches de synthèse et les courriers et messages à destination des médecins traitants et des médecins spécialistes.
L'application est habilitée à gérer et héberger les données de santé.
Les personnes s'engageant dans le parcours signeront une charte au moment de l'inclusion et témoigneront du fait d'avoir été informées de ce recueil.

XI.OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT DE DONNÉES DE SANTÉ A CARACTÈRE PERSONNEL

Les données nominatives et d'ordre médical seront partagées par le biais d'outils sécurisés. C'est le cas de l'application MAX.

application MAX

XII.LIENS D'INTERÊTS

Le porteur de projet indique qu'il a mis à jour sa déclaration sur le site officiel et ne déclare pas de conflit d'intérêt.
La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée en annexe 1. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

XIII.ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES / EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

1. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
2. Lally P et al. How are habits are formed : Modelling habit formation in the real world. European Journal of Social Psychology. 2010; 40(998-109).
3. Référentiel de prise en charge du diabète gestationnel, Société Francophone du Diabète, Médecine et Maladies Métaboliques, 2010, volume 4, numéro 6, hors-série
4. https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEvJ1jV9VPRn3dq5tuQt0zUJaL7Igu9wsPDUUvUlSB4aOdy8zqIZlRoC4CEQAvD_BwE
5. Knowler, W.C., Barrett-Connor, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A., Nathan, D.M., Diabetes Prevention Program Research Group, 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N. Engl. J. Med. 346, 393–403.
6. Regnault N et al, Diabète gestationnel en France en 2012 : dépistage, prévalence et modalités de prise en charge pendant la grossesse, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2016 ; 9 : 164-73
7. Fontaine P et al, prévention du diabète de type 2 chez les femmes ayant présenté un diabète gestationnel, étude Diagest 3, données démographiques et adhésion au programme, Diabète et Métabolisme, 2013 ; 39 :A21-A32

8. Reinhart JA et al (Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus.Health Promot J Austr. 2012 Apr;23(1):5-9
9. Ferrara A et al. A Pregnancy and Postpartum Lifestyle Intervention in Women With Gestational Diabetes Mellitus Reduces Diabetes. Diabetes Risk Factors. Care 2011 ; 34:1519–1525.
10. Gang Hu et al, Tianjin Gestational Diabetes Mellitus Prevention Program Study design, methods, and 1-year interim report on the feasibility of lifestyle intervention program Diabetes Research and Clinical Practice, 2012 ; 98 : 508-17
11. https://www6.inrae.fr/nacre/Actualites/Rapport-INCa-impact-facteurs-nutritionnels-pendant-apres-cancer-2020
12. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. Med Oncol. 2011 Sep;28(3):753-65.
13. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol. 2014 Jul;25(7):1293-1311. doi: 10.1093/annonc/mdu012
14. Sao Jiralerspong and Pamela J. Goodwin, JCO 2016 ; 34(35) : 4203-17
15. Chan DS et al. Ann Oncol., 2014 ; 25:1901-14
16. Playdon MC et al., J Natl Cancer Inst. 2015
17. Jackson SE et al., PLos One 2017 ; 12 e0169173
18. Chelbowski RT et al., Annu Rev Med., 2002 ; 53 ; 519-540
19. Mc Tiernan A, Procededings of the Nutrition Society/USA – 2018
20. Lahart IM et al., Acta Oncol., 54, 635-654
21. Friedenreich CM et al., Clin Cancer Res., 22 : 4766-75
22. Schmid D et al., Ann Oncol., 25 : 1293-1311
23. Chelbowski RT et al., JAMA Oncol. 2018;4(10):e181212
24. Pierce JP et al., JAMA. 2007;296 : 289-298
25. Cardoso F et al., Annals Of Oncol 2019, 30: 1194–1220
26. Alison JA, McKeough ZJ, Johnston K, et al. Australian and new zealand pulmonary rehabilitation guidelines. Respirology. 2017;22 (4):800–819
27. Celli BR, Decramer M, Wedzicha JA, et al. An official american thoracic society/european respiratory society statement: research questions in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(7):e4–e27
28. E. Gimeno-Santos, A. Frei, C. Steurer-Stey, J. de Batlle, R.A. Rabinovich, Y. Raste, N.S. Hopkinson, M.I. Polkey, H. van Remoortel, T. Troosters, K. Kulich, N. Karlsson, M.A. Puhan, J. Garcia-Aymerich, P.R. consortium, Determinants and outcomes of physical activity in patients with COPD: a systematic review, Thorax 69 (8) (2014) 731–739
29. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (update 2020) www.goldcopd.org
30. Griffiths TL, Burr ML, Campbell IA, et al. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. Lancet. 2000;355(9201):362–368. ; Holland AE, Mahal A, Hill CJ, et al. Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: a randomised, controlled equivalence trial. Thorax. 2017;72(1):57–65.
31. Hanson C, Rutten EP, Wouters EF, Rennard S. Influence of diet and obesity on COPD development and outcomes. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014 Aug 5;9:723-33
32. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2010;363 (12):1128–1138
33. Keranis E, Makris D, Rodopoulou P, et al. Impact of dietary shift to higher-antioxidant foods in COPD: a randomised trial. Eur Respir J. 2010;36(4):774–780
34. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160(6):1856–1861

35. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Systematic Rev. 2015;2:Cd003793
36. McGhan R, Radcliff T, Fish R, Sutherland ER, Welsh C, Make B. Predictors of rehospitalization and death after a severe exacerbation of COPD. Chest. 2007 Dec;132(6):1748-55
37. Ng LWC, Mackney J, Jenkins S, Hill K. Does exercise training change physical activity in people with COPD? A systematic review and meta-analysis. Chron Respir Dis 2012;9:17–26
38. Piquet J, Chavaillon JM, David P, et al. High-risk patients following hospitalisation for an acute exacerbation of COPD. Eur Respir J. 2013;42(4):946–955
39. Pitta F, Troosters T, Probst VS, Langer D, Decramer M, Gosselink R. Are patients with COPD more active after pulmonary rehabilitation? Chest 2008;134:273–280.
40. Rutten EP, Calverley PM, Casaburi R, et al. Changes in body composi-tion in patients with chronic obstructive pulmonary disease: do they influence patient-related outcomes? Ann Nutr Metab. 2013;63(3): 239–247.
41. Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Recommandation pour la pratique clinique : prise en charge de la BPCO, mise à jour 2009. Rev Mal Respir 2010;27:522-48
42. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2005;60 (11):925–931
43. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013;188:13–64 :
44. Wageck B, Cox NS, McDonald CF, Burge AT, Mahal A, Hill CJ, Lee AL, Moore R, Nicolson C, O'Halloran P, Lahham A, Gillies R, Holland AE. The Impact of COPD Exacerbations in the Year Following Pulmonary Rehabilitation: Secondary Analysis of a Randomised Controlled Trial. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020 Dec 31;15:3423-3431
45. Watz H, Waschki B, Kirsten A, Müller KC, Kretschmar G, Meyer T, Holz O, Magnussen H. The metabolic syndrome in patients with chronic bronchitis and COPD: frequency and associated consequences for systemic inflammation and physical inactivity. Chest 2009;136:1039–1046
46. Zapatero A, Barba R, Ruiz J, et al. Malnutrition and obesity: influence in mortality and readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients. J Hum Nutr Diet. 2013;26 Suppl 1:16–22
47. Zhao YY, Liu C, Zeng YQ, Zhou AY, Duan JX, Cheng W, Sun T, Li X, Ma LB, Liu QM, Zhu YQ, Chen M, Zhou ML, Chen P. Modified and simplified clinically important deterioration: multidimensional indices of short-term disease trajectory to predict future exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ther Adv Respir Dis. 2020 Jan-Dec;14:1753466620977376

ANNEXE 1 : COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	CHU de Toulouse, rue Viguerie, 31000 Toulouse	Christophe Mazin Secrétaire Général Patrick Ritz, ritz.p@chu-toulouse.fr, 0682279325	
Partenaires	IUCT-Oncopole (Institut Claudius Regaud)	Florence Dalenc, dalenc.florence@iuct-oncopole.fr 05 31 15 51 04	
	La Ligue Contre le Cancer Association Loi 1901Campus de l'Oncopole 5 avenue Joliot Curie 31100 Toulouse	Marie-Ange Léophonte, marie-ange.leophonte@ligue-cancer.net 0617490469	
	Bot Design	Jean Louis Fraysse, jlfraysse@botdesign.net 0607848147	
	URPS médecins Occitanie	Dr Bensoussan https://www.medecin-occitanie.org/?cli_action=1613291448.981	
	CRIAPS	Dr Nathalie Szapiro Pilote de projet PRS DUAJ | Direction Usagers, Affaires Juridiques ARS Occitanie 04 67 07 20 91	
	France asso-santé	Mme Caussy https://occitanie.france-assos-sante.org/	
Partenaires de phase deux	A déterminer	Les partenaires libéraux seront sollicités pendant les 6 premiers mois par le chef de projet	
	Efformip	Mme D Lauer, Directrice Efformip Davina.lauer@efformip.com 0561778537	

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		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	**oui**	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience 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	**oui**	
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	**oui**	

MODALITÉS D'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE OU DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PRODUITS DE SANTÉ (Art. R. 162-50-1 – II°)[10]	COCHER	SI OUI, PRECISER
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.		

[10] 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 : Profil des personnes et cibles des changements des habitudes de vie

Quelle personne	Femme diabète gestationnel	Femme ayant un cancer du sein	BPCO
Critère inclusion	Diabète gestationnel traité par insuline	Femme ayant cancer du sein en rémission clinique complète, en situation d'obésité (BMI ≥ 30) ayant terminé le traitement loco-régional et les traitements médicaux (néo)adjuvants, à l'exception de l'hormonothérapie (si indiquée).	Femme ou Homme, BPCO, situation d'obésité, après exacerbation
Critère exclusion	Diabète permanent à la consultation post-natale Déni de la maladie et de ses risques	Cancer du sein métastatique Déni de la maladie et de ses risques Age > 70 ans	Contre-indication à l'activité physique et à la perte de poids Age > 70 ans
Quand	Consultation post-natale	Consultation de l'après-cancer avec remise du plan personnalisé après cancer (PPAC) Ou lors d'une consultation de surveillance ultérieure si la personne a besoin d'un temps de réflexion	En fin d'hospitalisation pour exacerbation / En fin de réhabilitation respiratoire pour exacerbation / Lors d'une consultation après une exacerbation
Par qui	Obstétricien ou diabétologue Plus médecin traitant, un peu plus tard, si la personne n'inclut pas l'expérimentation à ce moment précis	Chirurgiens, oncologues médicaux et radiothérapeutes et IDE coordonnatrice en sénologie. Plus médecin traitant, ou Ligue Contre le Cancer ou association de patients, un peu plus tard, si la personne n'inclut pas l'expérimentation à ce moment précis	Pneumologue Plus médecin traitant un peu plus tard si la personne n'inclut pas l'expérimentation à ce moment précis

Informée quand	Pendant la grossesse ou consultation post-natale	Evoqué lors des 1° consultations puis plus en détail lors de la consultation de fin de traitement ou de l'après-cancer À l'IUCT-O puis Ligue Contre le Cancer	En fin d'exacerbation
Rationnel de l'intervention	Le risque de diabète permanent est multiplié par 7 dans les 5-7 ans, la réduction de prévalence du diabète permanent est de 50% à 12 ans (voir annexe 4)	Cf. annexe 5 La fréquence des récidives est réduite par une augmentation de l'activité physique et par une alimentation plus adaptée	Cf. annexe 6 La fréquence et la sévérité des exacerbations sont des facteurs pronostiques de la mortalité. Effet démontré de l'activité physique régulière et équilibre alimentaire sur la réduction des exacerbations.
Cible de changement des habitudes	Perte de poids cible de 7% 150 min d'activité physique par semaine Équilibrer l'alimentation pour une perte de poids Voir annexe 4	Les recommandations de INCA NACRE 2020 proposent : 150 minutes d'activité physique et modérée ou 75 minutes d'activité soutenue, deux séances de renforcement musculaire et réduction de la sédentarité Équilibre alimentaire (alimentation riches en céréales complètes, en légumes secs en fruits et légumes, limiter la consommation de viande et de charcuterie), réduction de la consommation d'alcool à moins de deux verres par jour et pas tous les jours, Cible de perte de poids est un poids normal après le traitement et un IMC de 25-30 pour les personnes en situation d'obésité). Les recommandations de la Haute autorité de santé pour la prise en charge	150 min d'activité physique d'intensité modérée ou 60 minutes d'activité physique d'intensité élevée + 2 séances de renforcement musculaire hebdomadaires + réduction de la sédentarité Amélioration qualitative de l'alimentation. Stabilisation pondérale ou faible réduction (selon le stade de la maladie) sans réduction de la masse maigre. Voir annexe 1 du document principal

		de l'obésité sont une perte de 5 à 15 %. À terme, la perte de poids soutenue, et dans l'idéal un indice de masse corporelle entre 25 et 30. L'absence d'augmentation du poids est un résultat voir annexe 1 du document principal, et 6 L'arrêt de la consommation de tabac est recommandé	
Originalité	Il n'existe pas d'intervention encadrée, prolongée (1 an) et récurrente, pluri-professionnelle,		
Spécificité des objectifs	Dans une certaine mesure les objectifs de changement d'alimentation, d'activité physique et de sédentarité, d'arrêt du tabagisme sont les mêmes dans les 3 situations. Cependant, il y a une personnalisation de ces objectifs génériques et de leur progression, par exemple pour l'activité physique pour laquelle la progression dépend de l'âge, du poids, des comorbidités, du niveau de déconditionnement (bien plus que de la situation/pathologie à prévenir). Il y a également une personnalisation des objectifs à la situation, ainsi pour l'activité physique des femmes avec cancer du sein, la prise en compte des douleurs est importante. Pour les femmes avec un diabète gestationnel une attention est portée à la situation périnéale, à travailler pour identifier du temps pour soi pour promouvoir les changements quand les soins au bébé peuvent prendre la priorité, et à une alimentation suffisamment riche en protéines et en amidons, mais aussi en calcium en cas d'allaitement.... Les capsules vidéo décrites dans l'Annexe 10 ébauchent ces personnalisations à la situation		

Réduction de la consommation de tabac et addictologie

La réduction du tabagisme est un objectif pour la BPCO et pour le cancer du sein (pour éviter la récidive), et en prévention primaire pour le diabète gestationnel. L'arrêt du tabagisme ne requiert pas une compétence d'addictologie. Ainsi dans la formation des futurs médecins les pneumologues ont établi le référentiel de connaissance et de compétence pour réduire cette consommation considérée comme une addiction sans recours automatique à un médecin addictologue. Nous avons prévu un parcours "arrêt du tabagisme" en pneumologie dans ce projet
Pour la réduction de l'alcool, dans ces trois pathologies les recommandations sont de limiter à deux verres par jour (et pas tous les jours) mais de ne pas avoir une consommation nulle; c'est un changement des habitudes de vie éventuelles qui ne requiert pas le recours addictologue. Si une addiction (mésusage de l'alcool) était mise en évidence, le recours à un addictologue serait de rigueur (en consultation de droit commun).

ANNEXE 4 : Référentiel de prise en charge du diabète gestationnel, Société Francophone du Diabète (référence 3), Médecine et Maladies Métaboliques, 2010, volume 4, numéro 6, hors-série.
Le risque de récidive de diabète gestationnel est estimé entre 30 et 84 % selon les études portant sur une seconde grossesse. Le risque de diabète permanent est multiplié par 7 avec une augmentation dans le temps. Le risque de syndrome métabolique est multiplié entre 2 et 5 fois. Le risque de maladie cardio-vasculaire est multiplié par 1,7.
Les facteurs de risque de diabète permanent sont la surcharge pondérale (et donc l'obésité), la nécessité d'une insulinothérapie pendant la grossesse, et la découverte de ce diabète gestationnel avant la 24eme semaine.
Après un diabète gestationnel, le suivi doit inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins cinq jours par semaine, alimentation équilibrée (référence au PNNS4, référence 4), arrêt du tabagisme) ; le suivi comporte aussi la recherche régulière et le traitement des éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaire associés (hypertension artérielle, dyslipidémie). Chez des femmes en surpoids ou en situation d'obésité et ayant des troubles persistants mineurs de la glycorégulation, les modifications intensives du mode de vie, si possible dans des programmes d'éducation thérapeutique ciblés, ou un traitement par metformine réduisent de moitié le risque de DT2 ; toutefois, la metformine n'a pas l'AMM dans cette indication en France. Il est très important que l'éducation thérapeutique porte aussi sur la programmation des grossesses ultérieures. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (*référence 1) pour l'obésité sont donc satisfaisantes. Celle du DPP (5), avec une perte de poids de 7 %, une activité physique de minimum 150 minutes par semaine, et une alimentation équilibrée sont conformes à celle de la Haute Autorité de Santé pour l'obésité, dans ce contexte (*référence 1).

***Référence 1 : Recommandation de prise en charge de l'obésité en ambulatoire, Haute Autorité de Santé 2011.**
L'objectif de perte de poids est de 5 à 15 % par rapport au poids initial et le maintien de la stabilité pondérale est un objectif intéressant en cas d'échec thérapeutique. L'objectif est également d'améliorer le bien-être, l'estime de soi et l'intégration sociale.
Ceci sera obtenu avec des objectifs alimentaires ou diététiques, en corrigeant les excès d'apport énergétique et en trouvant un équilibre alimentaire (référence au PNNS4, référence 2) au travers de modifications durables des habitudes alimentaires. Quand un amaigrissement est souhaité, il se fait par une orientation vers une alimentation avec une densité énergétique moindre et une diminution de la taille des portions.
L'objectif d'activité physique est d'augmenter toutes les activités physiques et de réduire le temps consacré aux activités sédentaires. L'objectif est de 150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée, fractionnées en une ou plusieurs séances d'au moins 10 minutes.

Référence

1. https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
2. https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS?gclid=CjwKCAiAu8SABhAxEiwAsodSZEvJ1jV9VPRn3dq5tuQt0zUJaL7Igu9wsPDUUvUISB4aOdy8zqIZlRoC4CEQAvD_BwE

ANNEXE 4 bis : Rationnel de prévention de risque de diabète permanent après un diabète gestationnel

Diabète gestationnel et prévention du diabète permanent

La prévalence du diabète gestationnel en France est estimée à 8% des grossesses, dont 26,9% sont insulinées (6). Il y a des disparités régionales : plus à la Réunion et en Seine Saint Denis et dans des ethnies particulières, pas de données pour les autres régions de France.

Diabète permanent après diabète gestationnel ; incidence :

Les études suivantes montrent

- Diagest 2 (France, Nord-Pas de Calais) : après diabète gestationnel, 18% des femmes sont devenues diabétiques à 6 ans, 35% à 11 ans

Diabète permanent après diabète gestationnel : prévention :

Toutes les études sauf DPP sont faites rapidement après l'accouchement. Le critère de jugement est le changement de poids, l'adhésion au programme, le changement des habitudes de vie. DPP est la seule étude à distance (12 ans après le DG), et dont le critère de jugement est l'apparition du diabète (5).

Diagest 3 (France, Nord-Pas de Calais, 7). Il s'agit d'un programme de prévention avec séances collectives et entretiens téléphoniques, durée 3 ans. Critère d'inclusion : diabète gestationnel + un autre facteur de risque de diabète. Etude négative : 10,3% de diabète à 3 ans. Seules 55% des femmes ont suivi la totalité du programme. Assiduité meilleure aux séances collectives : IMC < 27, niveau d'études, travail, âge plus élevé. Le nombre de contacts téléphoniques est un facteur d'assiduité aux séances collectives.

DPP (5). 350 femmes avec antécédent de diabète gestationnel (en moyenne 12 ans avant, âge 43 ans à l'inclusion), 1416 avec une précédente grossesse sans DG. Même niveau d'intolérance au glucose; surveillance de l'apparition d'un diabète permanent par glycémie à jeun tous les 6 mois et HGPO tous les ans pendant 3 ans.

L'intervention d'un an consiste en 24 séances de groupes pour promouvoir une perte de poids de 7%, un équilibre alimentaire et une activité physique de 150 minutes par semaine.

- Les femmes avec un antécédent de diabète gestationnel ont une incidence du diabète augmentée de 71% par rapport à celles qui n'ont pas eu de diabète gestationnel ;
- Parmi les femmes avec un antécédent de diabète gestationnel, l'intervention DPP et la metformine réduisent l'incidence du diabète de 50% ;
- Progression vers le diabète : 15.2 et 8.9 cas pour 100 années-patients respectivement ;
- 5 à 6 individus à traiter pour prévenir un cas de diabète en 3 ans.

L'étude de Reinhart JA et al (8).

C'est une étude pilote randomisée, 38 femmes juste après diabète gestationnel, avec intervention : 6 mois coaching motivationnel téléphonique. L'impact significativement favorable sur équilibre alimentaire, activité physique de loisir et BMI (-1,5)

L'étude de Ferrara A et al (9).

Intervention DPP-like téléphonique débutant pendant la grossesse et poursuivie 1 an après (environ 100 femmes dans chaque groupe). Une plus grande proportion de femmes atteint son objectif de poids (retour au poids d'avant la grossesse)

L'étude de Tianjin (10)

1180 femmes avec un diabète gestationnel entre 2005 et 2009, randomisées pour intervention d'hygiène de vie (n = 586) ou groupe contrôle (n = 594). Intervention : 6 RV avec diététicienne la première année, 2 autres sessions et 2 entretiens téléphoniques la 2ème année. Réduction de poids

plus importante dans le groupe intervention, amélioration de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique.

Au total, les interventions répétées de type coaching ont un impact favorable sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique. L'étude DPP montre à 12 ans une réduction de 50 % du risque de diabète permanent après une intervention d'un an. Cela justifie parfaitement notre modèle d'intervention.

ANNEXE 5 : rationnel de prévention de la récidive du cancer du sein

Cela fait partie des recommandations notamment INCa et NACRe (11) et nous ne disposons pas de structures adaptées pour accompagner de façon personnalisée les femmes en situation d'obésité à suivre ces recommandations.

- Pendant les traitements, il est recommandé d'éviter la prise de poids pour les patientes de poids normal ou en excès de poids. Il est cependant inapproprié de faire perdre du poids aux patientes présentant une surcharge pondérale pendant cette période. Après les traitements, il apparait bénéfique d'atteindre et de maintenir un poids normal. Mais attention, pour les personnes présentant une obésité, l'atteinte d'un IMC entre 25 et 30 kg/m^2, est un objectif plus réaliste ; et pour les patientes de plus de 70 ans, la perte de poids n'est pas appropriée.

- Conseils alimentaires : limiter les aliments riches en matières grasses. Privilégier les aliments riches en fibres tels que les céréales complètes, légumes secs et fruits et légumes, limiter la consommation de viande et de charcuterie, les compléments ne sont pas recommandés sauf en cas de carence. Le jeune n'est pas recommandé faute de preuve validée de son efficacité. La consommation d'alcool n'est pas à interrompre totalement (ce n'est le cas que pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures).
- L'arrêt de la consommation de tabac est recommandé
- Promouvoir et prescrire la pratique d'une activité physique régulière, si besoin adaptée, et prévenir la sédentarité
- Améliorer le pronostic du cancer du sein: La pratique d'une activité physique après diagnostic d'un cancer du sein diminue le risque de récidive et le risque de décès par cancer du sein (12, 13).
- Réduire le risque de second cancer du sein ou autre organe par des actions de prévention ciblées sur les facteurs nutritionnels : réduire la consommation de boissons alcoolisées et réduire la surcharge pondérale, via une alimentation équilibrée et diversifiée et la pratique d'une activité physique régulière.

Argumentaire

IMC- nutrition et activité physique après cancer du sein : impact sur le pronostic et recommandations

Version : 09.02.20
Pr F. Dalenc
Pr C. Vaysse

Il n'existe pas de plateforme / séances d'éducation thérapeutique spécifiquement dédiées aux personnes en situation d'obésité après un cancer dont le cancer du sein. *Or, notre expérience clinique nous montre les difficultés majeures que nous rencontrons pour que ces femmes s'orientent vers les soins de support proposés à l'ensemble de la population* que ce soit en termes d'activité physique adaptée (APA), de consultation auprès d'un diététicien ou de séances d'éducation thérapeutique (nutrition et AP).

Obésité et pronostic des cancers du sein
De nombreuses études cliniques et méta-analyses ont clairement démontré l'impact négatif de l'obésité en termes de pronostic après un cancer du sein : elle augmente le risque de rechute (y compris le risque de rechute à distance et le risque de rechute tardive soit au-delà de 5 ans) et de décès spécifique de 35 à 40% quel que soit l'âge des femmes, leur statut hormonal (ménopause ou pas) ou encore le type immuno-histochimique du cancer du sein, même si l'effet est probablement plus marqué dès lors qu'il s'agit d'un cancer qui exprime les récepteurs hormonaux (14, 15).

Prise de poids après un cancer du sein et pronostic
De plus, une méta-analyse (16) démontre que la prise de poids après un cancer du sein, dès lors qu'elle est supérieure à 10%, est associée à une augmentation modeste du risque de décès toutes causes confondues de 23% mais pas de décès spécifiques. C'est donc l'IMC au diagnostic du cancer du sein qui a la valeur péjorative la plus importante en termes de pronostic.

Effet de la perte de poids après un cancer du sein sur le pronostic
Il n'existe pas d'étude randomisée qui ait montré que la perte de poids après un cancer réduise le risque de rechute et améliore la survie. Toutefois, une méta-analyse regroupant 5 études observationnelles et comprenant de très nombreux biais, suggèrent que la perte de poids après cancer du sein améliore la survie globale spécifique ou non chez toutes les femmes qu'elles soient ou non en situation d'obésité au diagnostic de leur cancer du sein (17).

Il est néanmoins admis que :

- Les oncologues doivent expliquer à chacune de leur patiente que la prise de poids après un cancer du sein peut potentiellement être délétère
- Les oncologues doivent expliquer aux femmes en situation d'obésité ou bien en surpoids que la perte de poids aura possiblement un impact favorable sur leur pronostic. *De fait, toute action sur les paramètres AP et nutritionnel pourrait avoir un impact sur la diminution du risque de rechute et de décès.*

Surcharge pondéral et risque de seconds cancers

L'obésité chez les femmes au diagnostic d'un cancer du sein est associée à une augmentation significative du risque de seconds cancers. En particulier, l'augmentation est de 37 % pour le risque de cancer de l'autre sein, de 89 % pour le cancer colorectal et de 96 % pour le cancer de l'endomètre. Une relation dose-réponse est observée pour le risque de cancer de l'autre sein ou de l'endomètre, c'est-à-dire avec un risque augmenté pour la surcharge pondérale en général (surpoids et obésité) et d'autant plus augmenté que la surcharge pondérale est élevé e.

Surcharge pondéral et risque de complications liés au traitement du cancer du sein

Outre le fait que l'obésité majore le risque de diverses pathologies, de la même manière que chez les femmes qui n'ont pas eu de cancer du sein (DNID, HTA, arthrose, maladies pulmonaires, …), elle augmente aussi le risque de complications liées aux différents traitements du cancer du sein : risque de lymphœdème et possiblement risque de toxicité cardiaque des anthracyclines (18).

Impact de l'activité physique sur le pronostic des cancers du sein (19)

Il est clairement démontré que l'AP pratiquée avant ou/et après le diagnostic de cancer du sein est associée à une meilleure survie globale et spécifique, ainsi qu'à une réduction du risque de récidive. L'effet est plus important lorsque l'AP est pratiquée après le diagnostic. De même, des données (moins nombreuses) montrent que l'effet positif apparaît d'autant plus important que le niveau d'AP est élevé mais est significatif dès une activité de 5 MET.h/semaine.

NB :

L'unité la plus souvent utilisée dans la littérature internationale, qui permet d'estimer la dépense énergétique, reste le **MET (Metabolic Equivalent of Task).** On définit le MET comme le rapport de la dépense énergétique de l'activité considérée sur le métabolisme de repos. La valeur ainsi obtenue représente un multiple du métabolisme de repos. L'échelle d'équivalence métabolique va de 0,9 MET (sommeil) à 18-20 MET (course à plus de 19 km/h). L'unité de base de 1 MET utilisée par convention est équivalente à 3,5 ml d'oxygène consommé par minute et par kg de poids corporel, ce qui correspond à une dépense de 1,2 kcal/min pour un sujet de 70 kg.

Méta-analyses sur l'impact de l'AP dans la réduction de la mortalité globale et spécifique après cancer du sein :

- 2015 (20) : une méta-analyse regroupant 8 études (AP vs pas ou peu) montre que l'AP réduit de 48% le risque de décès toutes causes confondus (RR 0.52 ; IC95% : 0.43-0.64).
- 2016 (21) : une méta-analyse regroupant 16 études (AP vs pas ou peu) montre que l'AP réduit de 38% le risque de décès spécifiques (RR 0.62 ; IC95% : 0.48-0.80)

Il est important de souligner que l'impact est majeur, au moins égal, à l'impact des traitements médicaux (chimiothérapie et hormonothérapie).

Une méta-analyse (22) regroupant uniquement 5 études suggère en effet favorable de l'impact de l'AP sur le pronostic après cancer du sein dès 5 MET.h/semaine avec un effet d'autant plus important que l'AP est intense : réduction de la mortalité spécifique de 6%, 11% et 16% pour des AP de 5, 10 et 15 MET.h/semaine.

Impact de la nutrition/perte de poids sur le pronostic des cancers du sein (19)
De nombreuses études cliniques prospectives sont en cours: DIANA-5, SUCCESS-C etc…
A ce jour, deux études randomisées (contrôle de la nutrition vs pas) ont été publiées sur le sujet rapportant des résultats contradictoires probablement du fait qu'elles concernaient des patientes, d'âge différents, ayant au diagnostic un IMC différent et des pathologies avec des caractéristiques biologiques non identiques :

- L'étude WINS (23) rapporte un impact favorable sur la survie globale d'une alimentation réduite en matière grasse, uniquement chez les femmes ayant un cancer du sein RH négatif (HR 0.36 ; IC95% : 0.18-0.74 ; p=0.003).
- L'étude WHEL (24) ne démontre pas de bénéfice en termes de réduction du risque de rechute comme de survie d'une alimentation contrôlée, riche en fruits, fibres et pauvre en matière grasse chez 3088 femmes

Recommandations américaines chez les femmes en situation d'obésité en termes d'AP et de nutrition:

L'ASCO (American Society of clinical Oncology) recommande donc aux praticiens d'évoquer le rôle de l'AP, de la nutrition et de la perte de poids chez les femmes en situation d'obésité après un cancer du sein.

D'un point de vue global : il est recommandé que les cliniciens conseillent aux patientes d'atteindre et de maintenir un poids raisonnable si elles sont en surpoids ou en situation d'obésité, de limiter la consommation d'aliments et de boissons riches en calories et d'augmenter l'activité physique pour promouvoir et maintenir la perte de poids.

Concernant la nutrition **:** il est recommandé aux patientes d'adopter un régime alimentaire riche en légumes, en fruits, en céréales complètes et en légumineuses, faible en acides gras saturés et limité en alcool.

Référence 14

Table 6. ACS/ASCO Obesity Breast Cancer Care Guidelines[96,97]

Guideline
Obesity It is recommended that clinicians counsel survivors to achieve and maintain healthy weight and if overweight or obese to limit consumption of high-calorie foods and beverages and increase physical activity to promote and maintain weight loss
Physical activity It is recommended that clinicians counsel survivors to engage in regular physical activity consistent with the ACS guideline[96] and specifically avoid inactivity and return to normal daily activities as soon as possible after diagnosis, aim for ≥ 150 minutes of moderate or 75 minutes of vigorous aerobic exercise per week, and include strength training exercises ≥ 2 days per week and emphasize strength training for women treated with adjuvant chemotherapy or hormone therapy
Nutrition It is recommended that clinicians counsel survivors to achieve a dietary pattern that is high in vegetables, fruits, whole grains, and legumes; low in saturated fats; and limited in alcohol consumption

Abbreviations: ACS, American Cancer Society.

Autres recommandations américaines :

La perte de poids par un changement de régime alimentaire est probablement sans danger, et peut-être utile, pour les survivantes du cancer du sein en surpoids et en situation d'obésité qui sont par ailleurs en bonne santé.

Référence 19

Conclusion :
Observational data show strong evidence that increased adiposity and insufficient physical activity are associated with decreased prognosis in women with breast cancer. There is also a suggestion of reduced prognosis in underweight breast cancer survivors. Both weight gain and unexplained weight loss are associated with lower survival in women with breast cancer. The worldwide trends in increasing overweight and obesity and decreased physical activity may lead to an increasing proportion of women with breast cancer being overweight, obese and sedentary, thus the clinical implications are significant. There have been no randomised clinical trials testing the effect of weight loss or physical activity interventions on recurrence or survival in overweight or obese breast cancer patients.
In the absence of clinical trial data, most individual patients should be advised to avoid weight gain through the cancer treatment process. In addition, weight loss through dietary change is probably safe, and perhaps helpful, for overweight and obese breast cancer survivors who are otherwise healthy. Finally, most breast cancer survivors should be able to perform regular physical activity with the goal of achieving recommended levels

WCRF, revised 2018, Diet, Nutrition, physical activity and breast cancer survivors

The CUP Panel concluded the following:

- **In relation to *all cause mortality*, the evidence suggesting that:**

  A higher consumption of foods containing fibre *before* or *12 months or more after* a diagnosis of primary breast cancer reduces risk is limited.

  A higher consumption of foods containing soy *12 months or more after* a diagnosis of primary breast cancer reduces risk is limited.

  Consuming a diet higher in total fat *before* a diagnosis of primary breast cancer increases risk is limited.

  Consuming a diet higher in saturated fatty acids *before* a diagnosis of primary breast cancer increases risk is limited.

  Being physically active *before* or *12 months or more after* a diagnosis of primary breast cancer reduces risk is limited.

  Greater body fatness *before*, *less than 12 months after*, or *12 months or more after*, a diagnosis of primary breast cancer increases risk is limited.

- **In relation to *breast cancer mortality*, the evidence suggesting that:**

  Being physically active *before* a diagnosis of primary breast cancer reduces risk is limited.

  Greater body fatness *before*, or *less than 12 months after* a diagnosis of postmenopausal primary breast cancer increases risk is limited.

- **In relation to second primary breast cancer, the evidence suggesting that:**

  Greater body fatness *before*, or *less than 12 months after* a diagnosis of primary breast cancer increases risk is limited.

Recommandations Européennes en termes d'AP et nutrition après cancer du sein
L'ESMO (25) recommande aussi la pratique d'une APA après cancer du sein et souligne que des conseils nutritionnels doivent être formulés chez toutes les femmes en situation d'obésité.

In addition to adequate local and systemic treatments, epidemiological evidence points towards lifestyle factors having an effect on the prognosis of patients with breast cancer. For example, regular exercise provides functional and psychological benefits [II, B] [211] and possibly reducesthe risk of recurrence. Regular exercise is therefore a relatively simple and effective recommendation that should be made to all suitable patients after treatment of breast cancer [II, B] [211]. Weight gain and obesity are likely to adversely affect the prognosis of breast cancer [212]. Nutritional counselling should be recommended as part of the survivor care for all obese patients [III, B].

Recommandations Françaises en termes d'AP et nutrition après cancer du sein

Rapport INCa / France / 2017 et plan Cancer 2014-2019

→ L'activité physique : dans le cancer du sein (NON SPECIFIQUE aux personnes en situation d'obésité)

En France, la population vivant avec un diagnostic de cancer (en cours de traitement ou après traitement) est en augmentation, ceci étant le résultat de l'augmentation du nombre de cancers diagnostiqués chaque année et de l'amélioration des survies associées. D'après les dernières estimations de prévalence des cancers, 3 millions de personnes, en France en 2008, avaient déjà eu un cancer au cours de leur vie (*Colonna, 2014*).

Renforcer l'adhésion des patients ayant un cancer aux conseils de prévention (arrêt du tabac, réduction de la consommation d'alcool, pratique de l'AP, prévention de la sédentarité, réduction de la surcharge pondérale, adoption d'une alimentation diversifiée et équilibrée) apparaît comme un nouvel enjeu d'une prise en charge personnalisée en cancérologie qui ne vise plus seulement à traiter la maladie cancéreuse mais à considérer le patient dans sa globalité pour réduire ses risques de morbidité et de mortalité sur le long terme. Dans ce sens, le Plan cancer 2014-2019 prévoit de généraliser une démarche de prévention après diagnostic de cancer, incluant notamment la promotion de l'AP et la réduction de la sédentarité2.

L'objectif est l'adoption d'un mode de vie actif, qui repose d'abord sur les changements de comportement de vie et s'appuie sur l'association d'activités d'endurance (visant le développement des capacités cardio-respiratoires) et de renforcement musculaire.

Les repères de pratique rejoignent ainsi ceux définis pour la population générale (ANSES, 2016). Ils sont cohérents avec ceux formulés par les principales sociétés savantes internationales pour les patients atteints de cancer (National Comprehensive Cancer Network, American Cancer Society, American College of Sport Medicine).

Chez tous :
- réduire le temps de sédentarité quotidien (temps passé en position assise ou couchée, devant un écran par exemple) et rompre les périodes prolongées de sédentarité (2 heures) par des phases courtes d'activité de quelques minutes.

Chez les adultes :

- **au moins 30 minutes d'AP par jour de type cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 j/semaine** (cf. Tableau 14). Il est recommandé d'inclure de courtes périodes d'AP aérobie d'intensité plus élevée. L'intensité des activités doit être adaptée aux caractéristiques individuelles.

- au moins deux séances de renforcement musculaire par semaine des membres inférieurs, supérieurs et du tronc en respectant 1 à 2 jours de récupération entre deux séances (cf. Tableau 15).

Tableau 14. Exemples d'AP sollicitant l'aptitude cardiorespiratoire selon le contexte de pratique et l'intensité

AP cardio-respiratoire 30 min d'intensité modérée à élevée Au moins 5 jours par semaine – en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer			
Intensité	**Repères d'intensité**	**Activités de la vie quotidienne**	**AP de loisirs**
Modérée	Essoufflement modéré, conversation possible transpiration modérée échelle de pénibilité de l'OMS (5 à 6 sur 10) 55 à 70 % de FCmax	Marche à 5 - 6,5 km/h montée d'escaliers à vitesse lente	Nage Vélo à 15 km/h
Elevée	Essoufflement marqué, conversation difficile ; transpiration abondante ; échelle de pénibilité de l'OMS (7 à 8 sur 10) ; 70 à 90 % de FCmax	Marche rapide supérieure à 6,5 km/h Montée d'escaliers à vitesse rapide	Course à pied 8 - 9 km/h Vélo à 20 km/h.

Tableau 15. Exemples d'AP de renforcement musculaire

AP de renforcement musculaire		
Repères d'intensité	**Activités de la vie quotidienne**	**AP de loisirs**
Intensité permettant la répétition des mouvements sans douleur (pénibilité perçue ne dépassant pas 5 à 6 sur une échelle de 0 à 10)	Montées ou descente d'escaliers, port de courses ou de charges, etc.	Utilisation du poids du corps ou de bracelets lestés, de bandes élastiques calibrées, etc.

Situations particulières nécessitant une adaptation de l'AP

Il est important d'adapter l'AP à l'état clinique des patients. Il est en effet nécessaire de personnaliser les recommandations de pratique en fonction d'éventuels effets indésirables des traitements, ou des comorbidités préexistantes, en faisant appel au bon sens clinique.

Une adaptation de la prescription d'exercices physiques sera nécessaire, notamment pour les cas suivants :
- comorbidités cardiopulmonaires (facteurs de risque cardiovasculaires et/ou antécédent familial de mort subite ou de pathologie cardiovasculaire grave) ;
- ostéoporose avec risque fracturaire élevé ;
- amyotrophie importante ;
- neuropathie périphérique induite ou non par les traitements avec effets indésirables qui peuvent gêner la pratique de l'AP (troubles de la proprioception) ;
- altérations de la mobilité et de la stabilité des articulations de l'épaule (NCCN, 2013)
- lymphœdème d'un membre constitué. Il n'y a pas de risque de lymphœdème associé à la pratique d'exercices à visée cardiorespiratoire/aérobie ou à la pratique de renforcement musculaire des membres non affectés (NCCN, 2013) ;
- stomies digestives ou urinaires.

Réseau NACRe

Les objectifs pour la prévention nutritionnelle des cancers (premiers et seconds cancers) en France

- Réduire la consommation de boissons alcoolisées
- Avoir une alimentation équilibrée et diversifiée*
- Pratiquer une activité physique régulière*

* Ces deux facteurs contribuent à la réduction du risque de surcharge pondérale.

ANNEXE 6 : Rationnel de prévention de la rechute/récidive des exacerbations au cours d'une BPCO

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique multifactorielle responsable d'une obstruction permanente et progressive des voies aériennes dont l'un des principaux déterminants est le tabagisme. Elle est liée à une réponse inflammatoire pulmonaire anormale causant une diminution du calibre des bronches avec remodelage bronchique à laquelle s'associe le plus souvent un emphysème (41). La BPCO est une source majeure de handicap par la dyspnée, la limitation d'activité, les exacerbations, le risque d'insuffisance respiratoire chronique et les manifestations extra-respiratoires qui lui sont associés (29, 41).

L'exacerbation est définie par une majoration des symptômes respiratoires justifiant une modification thérapeutique, voire une hospitalisation pour les formes sévères. Les exacerbations sont associées à la progression de la maladie et sont une cause majeure d'hospitalisation (38) et de décès du patient (42). L'occurrence d'exacerbations est un puissant facteur prédictif d'exacerbations futures (32, 47). Ceci souligne l'importance des interventions permettant de les prévenir ou de minimiser leur impact (44).

La prise en charge optimale de la BPCO repose sur l'optimisation médicamenteuse, l'éducation du patient avec la mise en place de plans d'action en cas d'exacerbation et la réhabilitation respiratoire (29). La réhabilitation respiratoire est une intervention qui comprend, sans y être limitée, entrainement physique éducation thérapeutique, soutien psychologique et nutritionnel (27, 43). Elle améliore significativement la dyspnée, la capacité à l'effort et la qualité de vie et doit aussi permettre au patient d'acquérir des comportements favorables à sa santé et d'y adhérer à long terme. Cependant, les améliorations obtenues ne sont généralement pas maintenues à long terme. Les travaux de Griffiths rapportent qu'à 12 mois, la capacité à l'effort, la dyspnée et la qualité de vie sont revenues au niveau pré-réhabilitation (30).

Les dernières recommandations australiennes suggèrent que les programmes de maintenance d'activité physique, le plus souvent basés sur des exercices physiques réalisés moins fréquemment que l'entraînement initial, ne sont pas efficaces pour prévenir cette dégradation. Il est souligné que des programmes avec supervision mensuelle, ou moins fréquente, sont insuffisants pour maintenir les bénéfices et ne devraient pas être proposés.

Au contraire, la mise en place de programmes de maintien avec des activités de fréquence similaire à celles des programmes de réhabilitation (au moins 2 à 3 fois par semaine) et d'intensité équivalente devraient être proposés comme alternative (26).

Les personnes atteintes de BPCO qui maintiennent une activité physique régulière ont un risque diminué d'exacerbations, d'hospitalisation et de mortalité (Gimeno-Santos 2014). Mais alors que l'amélioration de la capacité à l'effort et de la qualité de vie apparaissent dès 3 mois, les changements de comportements en termes de pratique d'activité physique quotidienne ne sont pas observés avant 6 mois pour la BPCO modérée à sévère (37, 39). Ainsi, des programmes de durée prolongée sont nécessaires afin d'obtenir des changements d'habitudes de vie favorables à la santé (43).

Chez les personnes atteintes de BPCO, l'obésité offre paradoxalement un certain niveau de protection concernant le risque de décès ou de réadmission lors des exacerbations comparativement aux personnes de poids normal ou faible (38 ; 36 ; 46).

L'étude épidémiologique Copenhagen City Heart Study a cependant mis en évidence que même si dans la BPCO sévère le risque de mortalité globale et le risque de mortalité relatif à la BPCO était plus faible pour les personnes en situation d'obésité en comparaison aux personnes de poids normal, les résultats étaient inverses pour la BPCO légère à modérée, avec une augmentation du risque de mortalité globale chez les personnes présentant une obésité comparativement aux personnes de poids normal (34). Les effets de l'obésité semblent donc variables en fonction de la sévérité de la BPCO. De plus, l'étude ECLIPSE a mis en évidence une majoration de la dyspnée et une dégradation de la qualité de vie chez les BPCO en situation d'obésité comparativement aux BPCO de poids normal, avec un effet délétère significatif de la diminution de masse maigre (musculaire) et de l'augmentation de la masse grasse (40). Dans la population des BPCO en situation d'obésité, l'indice de masse corporelle cible reste donc encore incertain et les effets de la perte pondérale sur les symptômes respiratoires, la fonction pulmonaire et la tolérance à l'exercice restent à clarifier (43).

D'autre part, les personnes en situation d'obésité présentent souvent des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques, aux premiers rangs desquelles on trouve hypertension artérielle, dyslipidémies, diabète (45). Ainsi, des approches visant à réduire le poids, sans réduction de la masse maigre et permettant de réduire l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2 sont à favoriser (31).

Enfin, il est bien établi que les apports en micronutriments sont associés à une meilleure fonction respiratoire dans la population générale comme dans la BPCO. Des apports nutritionnels de faible qualité et une faible consommation de micronutriments ont été documentés chez les personnes en situation d'obésité atteintes de BPCO. Une alimentation saine (33) et des apports en micronutriments adaptés sont donc particulièrement recommandés dans cette population (31).

ANNEXE 7 : profilage de la personne

Ce profilage permet de préparer la venue à la plateforme, d'évaluer les différentes dimensions de la personne, et les habitudes de vie susceptibles de changer. Les freins et les leviers des changements sont également évalués.

Quelles dimensions de la personne vont être évaluées ?

Dimension psycho-sociale (qui je suis, ce que je fais)

Pour les cancers du sein prendre en compte ALD et situation professionnelle (y a-t-il reprise de travail, mi-temps thérapeutique, arrêt de travail si proximité de la retraite).

Quel est mon problème de santé ou mon risque qu'il récidive ?

Une RCP avec le médecin traitant ou les médecins spécialistes peut être envisagée

Donner les chiffres et les objectifs de changement spécifique

Identifier les habitudes que je devrais changer : dans activité physique, sédentarité, alimentation (PNNS4), troubles des conduites alimentaires, rythmes alimentaires, consommation de tabac.

Par exemple diabète gestationnel 150 minutes activité physique par semaine, réduire sédentarité, équilibre alimentaire, perte de 5-7% de poids (Annexe 4)

Dimension du savoir des habitudes que je devrais changer? je sais quoi

Dimension du vouloir changer ses habitudes

Questionnaire URICA, stade de motivation, interrogatoire et questionnaire en ligne URICA sur MAX

Dimension du pouvoir changer ses habitudes

Quels sont les freins prévisibles

Diabète gestationnel	Cancer du sein	BPCO
Générique : stade du modèle des croyances de santé (voir ci-dessous)		
Le temps pour s'occuper de son enfant	Cercle vicieux de l'obésité et de l'hormonothérapie	Cercle vicieux du déconditionnement : -L'essoufflement ne me permet pas de faire d'activité physique -Myopathie induite par la cortisone/l'inflammation chronique/l'hypoxémie chronique/le déconditionnement
	Cercle vicieux des douleurs (myalgies, arthralgies et	Manque de temps / de motivation

	tendinopathies) induites par l'hormonothérapie adjuvante et de la réduction de l'activité physique, alors que l'activité physique réduit ces douleurs On estime que près de 10% des femmes environ stoppent leur HT adjuvante par an donc à 5 ans 40 à 50% ont stoppé ou pris de façon irrégulière l'HT adjuvante. Parmi les raisons = les effets secondaires. Ce qui majore au-delà du BMI trop élevé, le risque de rechute.	
	- Appréhension des douleurs induites par l'activité physique après geste axillaire mais aussi mastectomie +/- reconstruction - Perte de confiance en soi et troubles de son image corporelle après les modifications physiques induites par les différents traitements. AP redonne confiance en soi Peur du lymphoedème en réalisant une AP (ce qui n'est pas fondée) - AP et moral / anxiété. Beaucoup de femmes présentent une baisse de moral / des angoisses une fois la fin des traitements adjuvants : AP réduit la dépression et l'anxiété	Perte de confiance en soi, en ses capacités physiques, crainte de s'étouffer à l'effort
	Rare perte de goût	Caractère encombrant et affichant de l'oxygénothérapie pour la réalisation d'activités en extérieur
Générique : Dépression du post-partum (dg médecin traitant), du cancer, de l'obésité, de la BPCO		
		Tabagisme persistant

Quels sont les leviers qui vont aider ces changements

	Cancer du sein	
Désir de retrouver le poids d'avant la grossesse	A traiter dans l'atelier croyances et connaissances Le traitement par un anti aromatase pourrait être moins efficace chez les personnes en situation d'obésité (accord d'expert) La chirurgie de l'obésité est une perte de poids importante réduirait de moitié l'incidence du cancer du sein	Retrouver une vie sociale
Améliorer l'hygiène de vie/la santé de toute la famille	Activité physique et densité osseuse. Induction chez certaines femmes d'une ménopause précoce par les chimiothérapies (voire par les analogues de la LHRH) avec pour corollaire une perte de la DO (densité osseuse) prématurée qui peut être atténuée par l'activité physique = santé « osseuse » Accélération de la perte de densité osseuse par le tamoxifène chez les femmes non ménopausées et par les inhibiteurs de l'aromatase, atténuée par l'AP = santé « osseuse »	Améliorer son autonomie dans le quotidien
	AP et santé psychique : l'AP améliore le bien-être psychique et physique en plus d'un effet sur le risque de rechute	Eviter un nouveau passage aux urgences ou en hospitalisation
	Afin d'éviter un lymphoedème : - nécessité d'une activité physique pour mobiliser le membre supérieur et éviter l'enraidissement (qui peut être pourvoyeur de fibrose et modification des pressions…) - perte de poids nécessaire. On sait que l'obésité est un FDR de développer un lymphoedème par rapport aux patientes normo-pondérales	Réduire l'essoufflement à l'effort

Profil personnes complexes

Les personnes complexes sont des personnes avec certaines caractéristiques :

Médicales :

- un indice de masse corporelle supérieur à 50,
- un âge supérieur à 65 ans,
- une prise de poids supérieure à 10 % du poids initial dans l'année précédente,
- une comorbidité médicale de l'obésité de type insuffisance d'organes

Psychologiques :

- Présence de troubles des conduites alimentaires (questionnaire Scoff, référence 1)
- Arguments pour une addiction alimentaire (questionnaire FAST, référence 2),
- Antécédents de maladie psychiatrique ou de traitement neuroleptique,
- Perte de poids irréaliste énoncée comme une priorité

Sociales :

- Précarité au sens du score Epices (référence 3),
- Isolement géographique
- RSA ou allocation adulte handicapé,

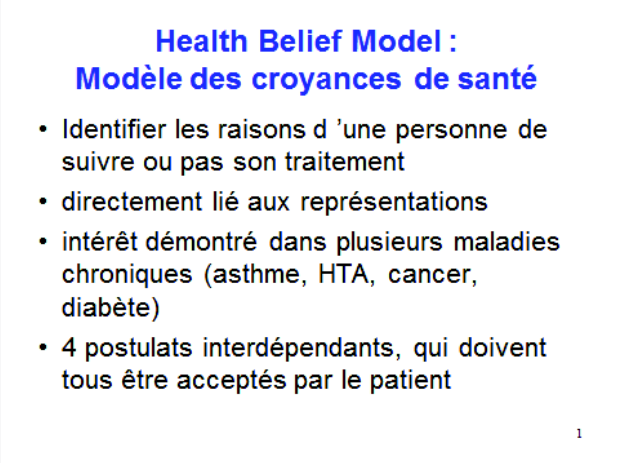
Pour ces personnes une attention particulière sera portée à ce que le projet personnalisé de changement intègre ces dimensions. Alors une discussion avec le médecin traitant permettra d'imaginer les soutiens possibles (informels-les proches aidants, assistante sociale). Nous aurons un partenariat voire un recours avec la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) du CHU (qui est dans le même bâtiment que la plateforme) afin de prendre en compte cette dimension[11].

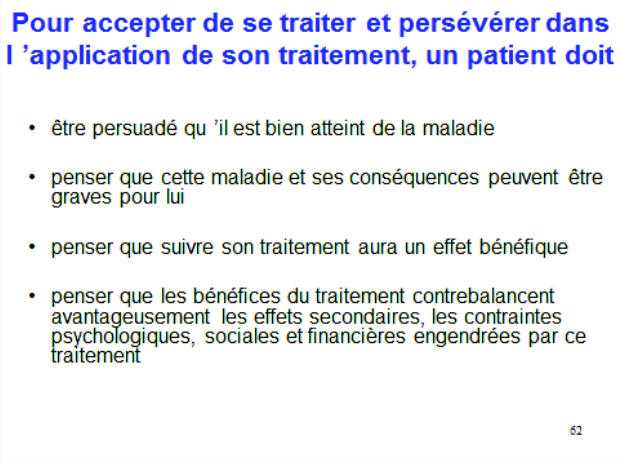
1. https://www.google.com/search?q=Scoff+HAS&oq=Scoff+HAS&aqs=chrome..69i57j0i10i22i30j0i22i30l3.7773j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
2. Iceta S et al, An artificial intelligence-derived tool proposal to ease disordered eating screening in people with obesity. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity https://doi.org/10.1007/s40519-020-01076
3. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite.-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de

[11] https://www.chu-toulouse.fr/-permanence-d-acces-aux-soins-de-sante-pass-

Modèle des croyances de santé

Principe : ne pas faire venir à la plateforme une personne qui ne voudra pas adhérer au programme (déni de la maladie et de son risque, à travailler avec le médecin traitant). Pour les autres stades le conflit socio-cognitif de la plateforme et la démarche informative (vidéo postée en amont de la venue à la plateforme et la discussion avec l'infirmière fil rouge) est de nature à favoriser l'engagement.





ANNEXE 8 : répertoire opérationnel des professionnels experts

Le principe est de disposer d'un annuaire de professionnels géolocalisés, ayant bénéficié de formation spécifique à la prise en charge des personnes en situation de cancer du sein en rémission, des personnes en situation de BPCO, et des personnes en situation de surpoids voire d'obésité, au mieux distribuées sur le territoire.
Pour cela, des formations spécifiques seront mises en place à la fois par des enseignements en ligne de type capsules e-Learning, et par des journées de formation présentielles animées par des professionnels de la plateforme et de la Ligue Contre le Cancer (Annexe 10). Pour former en continu, nous prévoyons une formation d'une journée tous les 4 mois, des professionnels regroupés (diététicien, EAPA, psychologue).

Les annuaires pré-existants, de la Ligue Contre le Cancer, du Centre Intégré de l'Obésité, d'Efformip, des ressources identifiés par l'agence régionale de santé en matière de réhabilitation seront mis en commun[12].

Ainsi, ce modèle d'annuaire géolocalisé de personnes, avec des fiches de poste précises, et les formations pourront être mis à la disposition des autres structures de la région à la phase 2 du projet (quand nous étendrons le dispositif dans la région), et à toute la France si l'expérimentation est concluante.

[12] https://www.onco-occitanie.fr/pro; https://www.sfp-apa.fr/annuaire/; https://obesite.univ-tlse3.fr/repertoire

ANNEXE 9 : rôle et relation avec le médecin traitant et les médecins spécialistes

Ce parcours de changement des habitudes de vie, accompagné par les professionnels de proximité (diététicien/psychologue/EAPA/tabacologue si besoin) s'ajoute à la prise en charge habituelle de la personne par son médecin traitant et par les médecins spécialistes, pour une prise en charge complète et de qualité. Une discussion avec l'URPS a été menée et a validé ces rôles respectifs. L'URPS est partenaire de ce projet.

Une pratique collaborative entre tous ces professionnels est promue et suppose l'information réciproque de chacun d'eux. Ainsi la personne est prise en charge sans clivage et peut s'appuyer sur le partenariat entre ces équipes pour la gestion de sa santé. L'application Max favorisera cet échange d'informations.

À l'inclusion des personnes dans le parcours, et pour les 3 situations, le médecin traitant ou les spécialistes (gynécologue, chirurgien oncologue, oncologue, pneumologue, endocrinologue-diabétologue, sage-femme) sont informés de l'inclusion. Il en est de même de tous les autres spécialistes au cas où la personne présenterait une maladie supplémentaire (psychiatre, rhumatologue…). Ces médecins seront également destinataires d'une vidéo simple d'information et d'un résumé expliquant le projet. En retour, ces médecins pourront communiquer les difficultés ou les freins au changement qu'ils ont déjà identifié chez cette personne, dans d'autres tentatives par exemple de perte de poids, ou de promotion de l'activité physique. De même, une personne pourra prendre le conseil de son médecin traitant ou spécialiste sur le bien-fondé de ce parcours, et des changements des habitudes de vie souhaitables pour éviter la récidive.

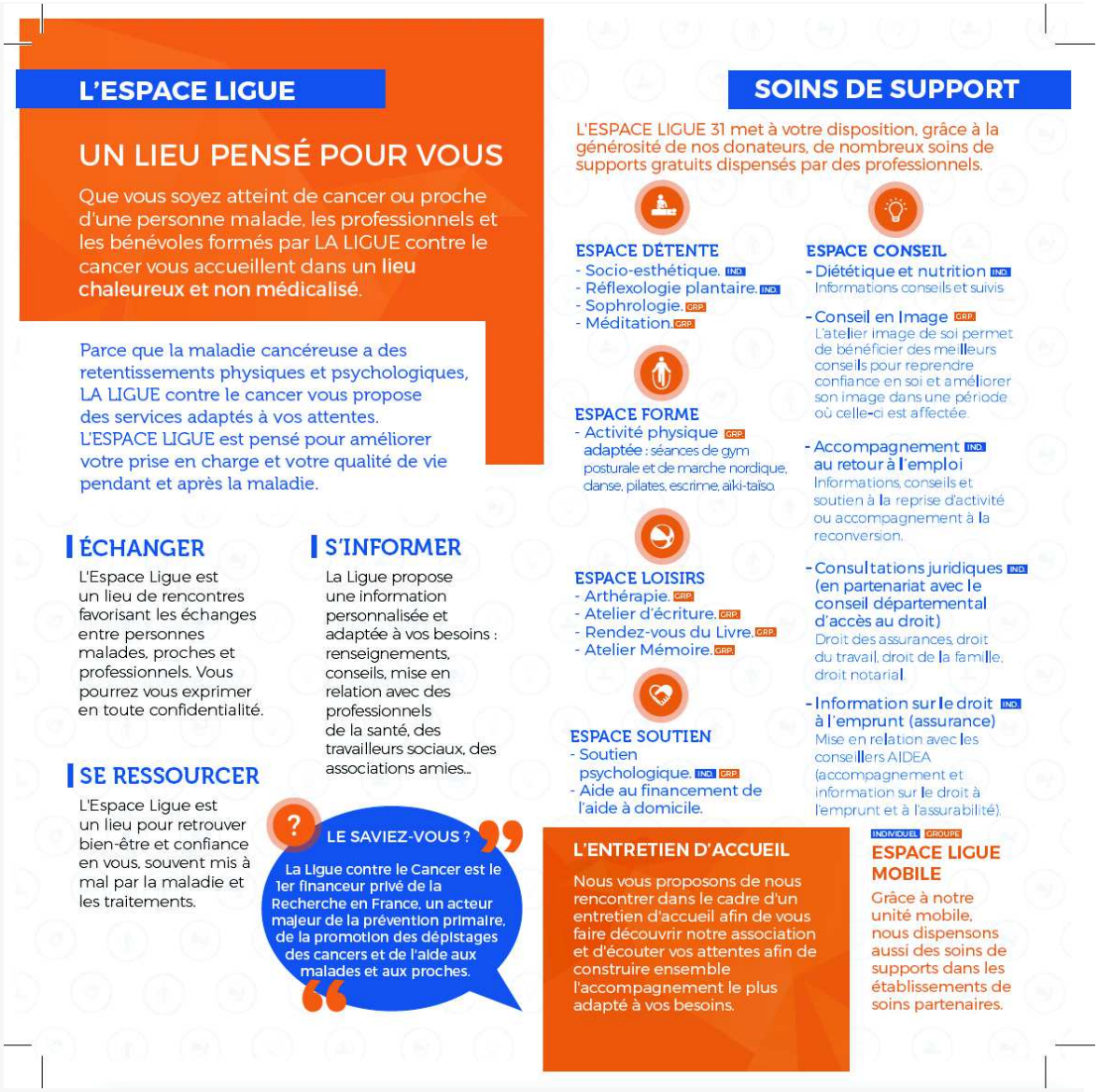
Le médecin traitant et les médecins spécialistes peuvent adresser directement les personnes à la plateforme via l'infirmière « fil rouge ».

Une réunion de concertation pluriprofessionnelle peut-être organisée après le profilage par l'infirmière « fil rouge » si des échecs de plusieurs tentatives de changement des habitudes de vie ont déjà été repérés, et que l'échange d'informations à ce sujet est de nature à aider l'élaboration des objectifs de changement lors de la venue à la plate-forme.

Le médecin traitant et les médecins spécialistes participeront à la bulle collaborative autour des personnes (dans Max) et auront accès au tableau de bord et au carnet de santé et ainsi seront partenaires du projet de prévention de chaque personne. Ils pourront à la fois participer aux chats, à l'échange d'informations et de documents. Par exemple, le médecin traitant ou le médecin spécialiste peut communiquer une information via le chat. De même, participant à la bulle collaborative, ces médecins ont accès au chat. Enfin, les documents élaborés et échangés entre les différents professionnels leur sont également accessibles.

Gestion des alertes. En cas de difficulté dans l'atteinte des objectifs, une réunion de concertation professionnelle peut-être organisée par le comité de pilotage du projet (Annexe 12). Le médecin traitant et les médecins spécialistes sont invités à cette réunion de concertation et peuvent partager les informations qui leur sont disponibles afin de choisir la meilleure stratégie d'adaptation du parcours de changement des habitudes de vie. Le médecin traitant et les médecins spécialistes sont destinataires des alertes que les professionnels (diététicien/psychologue/EAPA/tabacologue si besoin) font remonter vers l'infirmière « fil rouge ». (Voir gestion des signaux faibles dans Max). A la fin de la première année, une synthèse des objectifs atteints et de ceux à pérenniser est transmise.

ANNEXE 10 : fiche Ligue Contre le Cancer



Parce que la maladie cancéreuse a des répercussions physiques, psychologiques, économiques et sociales, la Ligue Contre le Cancer propose des services adaptés aux personnes malades et à leurs proches. Cet accompagnement vise à améliorer votre prise en charge et votre qualité de vie pendant et après la maladie[13].

- Soutien psychologique
- Accompagnement en soins de support
- Accompagnement social
- Aides financières et matérielles
- Conseils et informations juridiques et sociales
- Accompagnement au crédit et à l'assurabilité (Aidéa)
- Comité éthique et cancer

[13] https://www.ligue-cancer.net/article/33114_des-services-adaptes-aux-personnes-malades-et-leurs-proches

Le rôle de la Ligue Contre le Cancer dans ce projet :

1. Informer/motiver/repêcher par la communication vers les femmes avec cancer du sein et vers les autres personnes (capsule vidéo courte ; 4 capsules une expliquant le projet, une pour les femmes après cancer, une pour les femmes après diabète gestationnel, une pour les BPCO). Ces capsules seront proposées aux partenaires extérieurs, aux médecins traitants, aux médecins spécialistes.
2. Etablir le répertoire des professionnels (diététicien/EAPA/psychologue) formé à ce projet et à l'accompagnement des personnes vers les changements des habitudes de vie. Le principe est de disposer d'un annuaire de professionnels géolocalisés, ayant bénéficié de formation spécifique à la prise en charge des personnes en situation de cancer du sein en rémission, des personnes en situation de BPCO, et des personnes en situation de surpoids voire d'obésité, au mieux distribuées sur le territoire.

   Des formations spécifiques seront mises en place à la fois par des enseignements en ligne de type capsules e-Learning, et par des journées de formation présentielles animées par des professionnels de la plateforme et de la Ligue Contre le Cancer. Pour former en continu, nous prévoyons une formation d'une journée tous les 4 mois, des professionnels en même temps (diététicien, EAPA, psychologue). Cette formation reprendra le principe de la classe inversée à partir des capsules vidéo (voir ci-dessous) et des ateliers spécifiques, dont une initiation au partenariat soignant-soigné, selon les référentiels élaborés par le CRIAPS

   Une charte de collaboration sera élaborée.

   Les annuaires pré-existants, de la Ligue Contre le Cancer, du Centre Intégré de l'Obésité, d'Efformip, des ressources identifiés par l'agence régionale de santé en matière de réhabilitation seront mis en commun[14].

   Ainsi, ce modèle d'annuaire géolocalisé de personnes, avec des fiches de poste précises, et les formations pourront être mis à la disposition des autres structures de la région à la phase 2 du projet (quand nous étendrons le dispositif dans la région), et à toute la France si l'expérimentation est concluante.
3. Des formations seront réalisées par des capsules vidéo et des sessions de formation. La liste des capsules est dans le tableau ci-dessous, chacune durera environ 10 minutes. Les formations auront lieu tous les 4 mois afin d'augmenter le nombre de personnes formées au cours du projet. Les des professionnels seront formés ensemble (diététicien, EAPA, psychologue).

[14] https://www.onco-occitanie.fr/pro

Tableau des capsules vidéo

Durée 10 minutes

	Psychologue	EAPA	Diététicien.ne
Rôle dans le projet[15]	Oui	Oui	Oui
Point spécifique cancer	Oui	Oui	Oui
Point spécifique diabète gestationnel	Oui (garder du temps pour moi pour me soigner)	Oui (en relation avec accouchement récent)	Oui une capsule glucides et protéines, calcium
Point spécifique BPCO	Oui	Oui	La même capsule glucides et protéines
Point spécifique obésité	Oui	Oui	Gestion du poids
Point spécifique TCA	Oui		
Point spécifique repères PNNS			Oui
Point coaching[16]	Oui	Oui	Oui
TOTAL	7	6	6

[15] On aura un fil rouge pour les 3 métiers (c'est ce qui explique le projet aux personnes et aux professionnels) et le spécifique de chaque métier, soit 30 minutes au total

[16] Un fil rouge pour les 3 métiers, répété dans chaque vidéo de métier, plus les aspects spécifiques

ANNEXE 11 : MAX logiciel de coordination de parcours

Max est notre plateforme sécurisée de pré diagnostic et de suivi clinique dotée d'intelligence artificielle comprenant des robots conversationnels (Chatbots), des tableaux de bord et une messagerie instantanée de santé.

MAX a obtenu le marquage CE en 2021.

Les intervenants (personnes plus professionnels de santé impliqués dans le projet) utiliseront les fonctionnalités des Chatbots, mais également de la messagerie instantanée (avec PPS), des tableaux de bord et de la visioconférence de MAX.

Détail des fonctionnalités de MAX utilisées dans le projet :

- Les Chatbots permettent de recueillir les informations au sujet des personnes via des questionnaires spécifiques et de proposer aux personnes de l'information descendante sur leur pathologie
    - Questionnaire HAD (20 questions environ)
    - Questionnaire DEBQ (30 questions environ)
    - Questionnaire URICA (30 questions environ)
    - Questionnaire EPICES (11 questions[17])
- Les bulles collaboratives (messagerie instantanée sécurisée) :
    - Chaque bulle collaborative est centrée sur une personne et inclut la personne et les professionnels participant à sa prise en charge. La création des bulles (une par personne) est réalisée par un administrateur (qui est l'infirmière de coordination). Des sous-bulles peuvent être créées si nécessaire au sein d'une bulle-personne pour limiter les échanges spécifiques aux professionnels concernées
    - Les professionnels échangent entre eux et avec les personnes, quand cela est nécessaire, sur le mode WhatsApp par des chats, des documents, des tâches (que la personne doit accomplir dans son projet personnalisé de changement, incluant des rappels si elles ne sont pas accomplies)
    - La messagerie instantanée permet de gérer des RCP sécurisées

[17] https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf

- Les tableaux de bord proposent :
    - Suivi de la file active des personnes : avec la possibilité de trier les personnes en fonctions de la priorisation des actions mises en place
    - Suivi ergonomique des objectifs par personne (avec un % d'atteinte des objectifs, des courbes de tendance et des alertes personnes)
    - Suivi des actions et de l'avancée du projet. MAX permet de connaitre les actions réalisées par chaque professionnel de santé pouvant donner lieu à une rétribution notamment
    - Transfert des informations au médecin traitant et aux professionnels ayant adressé la personne, en fin du parcours et de certaines alertes (par exemple perte d'adhésion au parcours…)
- MAX permet de capturer des signaux faibles (des algorithmes spécifiques à développer permettraient leur interprétation) par exemple :
    - Activité physique : sous forme d'un questionnaire court, et d'indicateurs simples (par exemple un tableau où la personne remplit le nombre de pas, le nombre de séances…)
    - Alimentation : sous forme d'un micro questionnaire à construire permettant de connaitre la situation de la personne par rapport à ses objectifs définis
    - Motivation : sous forme d'une échelle visuelle analogique
    - Adhésion au parcours par la présence aux rendez-vous auprès des professionnels (diététicien, psychologue, EAPA) ou événement de santé inattendu (hospitalisation, exacerbation de BPCO…)
    - Tous ces signaux capturés de façon régulière (non quotidienne) et générant des alarmes que l'infirmière fil rouge pourra voir sur le tableau de bord permettront de « repérer » une perte d'adhésion aux changements et déclencher des messages vers les personnes voire un entretien ou une RCP

Le budget solution numérique est composé :

- Le coût total est de 51 552 € pour l'inclusion de 750 patients, soit un coût unitaire de **68,7 € par patient**. Ce tarif comprend l'utilisation de la solution par les personnes incluses dans le projet, 6 licences pour les administrateurs sur une durée d'expérimentation de 4 ans ainsi que le paramétrage et les tests pour adapter Max à l'environnement spécifique de cette étude.
- Les coûts seront facturés au CHU de Toulouse.

			Bot 1		Bot 2		Bot 3		Paramétrage MAX préfacturation		Coût total
Personnel	Salaire Horaire chargé	Salaire journée chargé	Charge en Jours	Coût	Charge en jours	Coût	Charge en jours	Coût	Charge en jours	Coût	
Chef de projet	54,6	436,8	1,0	436,8	1,0	436,8	1,0	436,8	2,0	873,6	
CTO	35,4	283,2	1,0	283,2	1,0	283,2	1,0	283,2	2,0	566,4	
Head off data	44,1	352,8	2,0	705,6	2,0	705,6	2,0	705,6	2,0	705,6	
Développeurs	27,2	217,6	4,0	870,4	6,0	1305,6	5,0	1088,0	6,0	1305,6	
technicien Test	21,0	147,0	1,0	147,0	1,0	147,0	1,0	147,0	2,0	294,0	
			5,0	2443,0	7,0	2878,2	6,0	2660,6	8,0	3745,2	11727,0

ANNEXE 12 : RCP du COPIL et gestion des personnes n'atteignant pas les objectifs

L'infirmière « fil rouge » assure le suivi de chacune des personnes, en s'aidant du tableau de bord de coordination de Max, lequel repère les signaux faibles. La bulle collaborative permet de discuter avec les professionnels accompagnant la personne dans les changements des habitudes de vie. La consultation aux environs du quatrième, et du sixième au huitième mois valide que la dynamique d'atteinte des objectifs est en place, ou repère les difficultés à mettre en place les objectifs de façon durable.

Quand des difficultés apparaissent, l'infirmière « fil rouge » peut solliciter l'avis de la RCP du comité de pilotage, afin de proposer des solutions à la personne en difficulté, en particulier en allouant une distribution différente des consultations par les professionnels (on peut imaginer qu'une difficulté d'ordre psychologique, qui constitue à un frein imprévu à la mise en place des objectifs, nécessite une à deux consultations psychologiques supplémentaires pour lever la difficulté). Ces réunions de concertation pluri professionnelles auront lieu une fois par mois, et l'infirmière « fil rouge » a préparé les dossiers pour les présenter. Le comité de pilotage est fait des experts médicaux de la plate-forme. Les médecins traitants et spécialistes de la personne sont invités à cette RCP.

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-24-00021

Arrêté de désignation de P. LIARES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE n° 2021-5569

portant désignation de Madame Patricia LIARES, secrétaire administrative de classe exceptionnelle, en qualité de Contrôleur de l'Agence Régionale de Santé Occitanie pour remplir les missions de contrôle prévues aux articles L.1421-1 du code de la sante publique et L.313-13 du code de l'action sociale et des familles

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

VU les articles L. 1431-1 et L.1431-2 du code de la santé publique, relatifs aux missions et compétences des Agences Régionales de Santé ;

VU les articles L.1421-1, L.1421-2 et L. 1421-3 du code de la santé publique portant définition du contrôle de l'application des dispositions du code de la santé publique et des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique ;

VU les articles L.313-13 et L.313-13-1 du code de l'action sociale et des familles portant définition du contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil relevant du régime de l'autorisation administrative de création et de fonctionnement ;

VU l'article L.1435-7 du code de la santé publique autorisant le directeur général de l'agence régionale de santé à désigner parmi les personnels de l'agence des inspecteurs pour remplir les missions de contrôle mentionnées ci-dessus ;

VU les articles R.1435-10 à R.1435-15 du code de la santé publique déterminant les conditions de désignation des inspecteurs et contrôleurs mentionnés à l'article L.14357 du même code ;

VU le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;

VU le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre RICORDEAU, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

VU l'attestation de fin de formation établie par le directeur de l'EHESP en date du 28 novembre 2019 **;**

Considérant que Madame Patricia LIARES a satisfait régulièrement à l'obligation de formation prévue à l'article R.1435-15 du code de la santé publique, ainsi que l'établit l'attestation de fin de formation délivrée par le directeur de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique ;

Considérant que Madame Patricia LIARES satisfait aux conditions de capacité professionnelle et de qualification prévues aux articles R.1435-12 et R.1435-14 du code de la santé publique ;

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

Article 1 :
Madame Patricia LIARES, agent de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ayant la qualité de secrétaire administrative de classe exceptionnelle, est désignée comme contrôleur de l'Agence Régionale de Santé Occitanie pour exercer les missions de contrôle prévues aux articles L. 1421-1 du code de la santé publique et L.313-13 du code de l'action sociale et des familles dans les limites territoriales de la région.

Article 2 :
Pour l'exercice de ses fonctions d'inspecteur et conformément aux dispositions de l'article L.1435-7 du code de la santé publique, Madame Patricia LIARES disposera des prérogatives prévues aux articles L.1421-2 et L.1421-3 du même code.

Article 3 :
En cas de changement d'affectation de Madame Patricia LIARES en dehors du ressort de compétence territoriale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ou si Madame Patricia LIARES cesse ses fonctions, le présent arrêté devient caduc.

Article 4 :
Dans le délai de deux mois à compter de sa publication, le présent arrêté pourra faire l'objet d'un recours gracieux auprès du Tribunal Administratif territorialement compétent. Le Tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 5 :
La directrice de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à la personne intéressée et publié au recueil des actes administratifs de la région Occitanie.

Fait à Montpellier, le 24 novembre 2021

Le Directeur Général

Pierre RICORDEAU

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-19-00014

Décision 2021-5021_modification habilitation SI des agents ARS et sous-traitant_tat urgence sanitaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

Décision n° 2021-5021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

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

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment ses articles 3 et 14 ;

Vu la décision n° 2020-1833 du 12 mai 2020 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-2035 du 29 juin 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-4100 du 30 novembre 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-4379 du 15 décembre 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0534 du 9 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0793 du 18 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0840 du 3 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0936 du 11 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1223 du 24 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1263 du 13 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1646 du 19 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1710 du 5 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-2696 du 9 juin 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-3164 du 2 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la Décision n° 2021-3679 du 8 juillet modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4264 du 27 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4277 du 2 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4282 du 4 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4352 du 11 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4461 du 3 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4907 du 30 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2020-051 en date du 9 mai 2020 ;

DECIDE

Article 1er : L'article 1er de la décision n° 2020-1833 du 12 mai 2020 susvisée est ainsi modifié :

- Les personnes suivantes sont ajoutées : « « Didier-Pier FLORENTIN », « Mathieu PARDELL », « Marie-Gwenael PARYLL ».
- Les personnes suivantes sont supprimées : « Jean-Pierre BERTIN », « Floriane CHARLES ».

Article 2 : La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Occitanie, d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télérecours citoyens » accessible sur le site www.telerecours.fr.

Article 3 : Le Directeur des ressources humaines et la Directrice de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie sont chargés, chacune en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes de la Préfecture de la Région Occitanie. Elle sera notifiée aux agents désignés à l'article 1er de la présente décision.

Fait à Montpellier, le 29 octobre 2021

Le Directeur Général

Pierre RICORDEAU

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-25-00006

Décision n° 2021-5667 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant - ContactCOVID

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

Décision n° 2021-5667 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

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

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment ses articles 3 et 14 ;

Vu la décision n° 2020-1833 du 12 mai 2020 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-2035 du 29 juin 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-4100 du 30 novembre 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-4379 du 15 décembre 2020 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 modifié relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0534 du 9 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0793 du 18 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0840 du 3 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0936 du 11 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1223 du 24 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1263 du 13 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1646 du 19 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1710 du 5 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-2696 du 9 juin 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-3164 du 2 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la Décision n° 2021-3679 du 8 juillet modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4264 du 27 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4277 du 2 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4282 du 4 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4352 du 11 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4461 du 3 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4907 du 30 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-5021 du 29 octobre 2021 modifiant la décision n° 2020-1833 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et son sous-traitant au titre du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2020-051 en date du 9 mai 2020 ;

DECIDE

Article 1er : L'article 1er de la décision n° 2020-1833 du 12 mai 2020 susvisée est ainsi modifié :

- La personne suivante est ajoutée : « Dr. Jean-Paul Guyonnet ».
- La personne suivante est supprimée : « Pierre Azéma ».

Article 2 : La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Occitanie, d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télérecours citoyens » accessible sur le site www.telerecours.fr.

Article 3 : Le Directeur des ressources humaines et la Directrice de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie sont chargés, chacune en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes de la Préfecture de la Région Occitanie. Elle sera notifiée aux agents désignés à l'article 1er de la présente décision.

Fait à Montpellier, le 25 novembre 2021

Le Directeur Général

Pierre RICORDEAU

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-25-00007

Décision n° 2021-5668 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie - SIDEP

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

Décision n° 2021-5668 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

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

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 10 ;

Vu la décision n° 2020-1834 du 15 mai 2020 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-1945 du 5 juin 2020 modifiant la décision n° 2020-1834 du 15 mai 2020 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-2018 du 24 juin 2020 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-2522 du 3 août 2020 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0424 du 22 janvier 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0535 du 9 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0794 du 19 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0839 du 3 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-0935 du 11 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1222 du 24 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1262 du 13 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-1711 du 5 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-2293 du 18 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-2700 du 9 juin 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-3165 du 2 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4265 du 27 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4278 du 2 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4283 du 4 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4353 du 11 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4462 du 3 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-4908 du 30 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2021-5022 du 29 octobre 2021 modifiant la décision n° 2020-1834 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie au titre de l'article 10 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2020-051 en date du 9 mai 2020 ;

DECIDE

Article 1er : L'article 1er de la décision n° 2020-1834 du 15 mai 2020 susvisée est ainsi modifié :

- La personne suivante est ajoutée : « Dr. Jean-Paul Guyonnet ».
- La personne suivante est supprimée : « Pierre Azéma ».

Article 2 : La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Occitanie, d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télérecours citoyens » accessible sur le site www.telerecours.fr.

Article 3 : Le Directeur des ressources humaines et la Directrice de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes de la Préfecture de la Région Occitanie. Elle sera notifiée aux agents désignés à l'article 1er de la présente décision.

Fait à Montpellier, le 25 novembre 2021

Le Directeur Général

Pierre RICORDEAU

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-25-00008

Décision n° 2021-5669 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l Agence nationale de santé publique - SORMAS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

Décision n° 2021-5669 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE ;

Vu le code de la santé publique,

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

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

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu le décret n° 2020-1385 du 14 novembre 2020 modifiant le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la décision n° 2020-1944 du 5 juin 2020 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique/Santé publique France en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées et la surveillance épidémiologique dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2020-2019 du 24 juin 2020 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique/Santé publique France en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2020-2521 du 31 juillet 2020 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique/Santé publique France en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2020-4385 du 18 décembre 2020 modifiant les décisions n° 2020-1944, n° 2020-2019 et n° 2020-2521 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique/Santé publique France en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-0524 du 29 janvier 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-0689 du 17 février 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-0838 du 3 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-0934 du 11 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-1221 du 24 mars 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-1261 du 1er avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-1573 du 13 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-1648 du 19 avril 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-1712 du 5 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-2294 du 18 mai 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-2699 du 9 juin 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-3166 du 2 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 **;**

Vu la décision n° 2021-4266 du 27 juillet 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4279 du 2 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3

et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4284 du 4 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4354 du 11 août 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4463 du 3 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4909 du 30 septembre 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-4973 du 12 octobre 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision n° 2021-5023 du 29 octobre 2021 modifiant la décision n° 2020-1944 habilitant spécialement les agents de l'Agence régionale de santé Occitanie et les agents de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique en ce qui concerne le système d'information SORMAS pour la réalisation des enquêtes de niveau 3 et pour le suivi des personnes confinées dans le cadre de la crise du COVID 19 ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2020-051 du 9 mai 2020 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2020-108 du 5 novembre 2020.

DECIDE

Article 1er : L'article 1er de la décision n° 2020-1944 du 5 juin 2020 est ainsi modifié :

- La personne suivante est ajoutée : « Dr. Jean-Paul Guyonnet ».
- La personne suivante est supprimée : « Pierre Azéma ».

Article 2 : La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Occitanie, d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télérecours citoyens » accessible sur le site www.telerecours.fr.

Article 3 : Le Directeur des ressources humaines et la Directrice de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes de la Préfecture de la Région Occitanie. Elle sera notifiée aux agents désignés aux articles 1 et 2 de la présente décision.

Fait à Montpellier, le 25 novembre 2021

Le Directeur Général

Pierre RICORDEAU

ARS OCCITANIE

R76-2021-09-29-00008

Arrêté 2021-4910 Montpellier Institut du Sein FIR 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021 – 4910
fixant la subvention pour l'année 2021 au titre du Fonds d'Intervention Régional
à Montpellier Institut du Sein à Montpellier (Renfort de psychologue pour 6 mois)

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

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 14 décembre 2020 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d'intervention régional pour 2021 ; du 8 mars 2021 arrêtant le budget rectificatif N°1 et du 18 mai 2021 arrêtant le budget rectificatif N°2,

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 l'engagement contractuel conclu entre l'Agence Régionale de Santé et Montpellier Institut du Sein à Montpellier,

ARRETE

Article 1 :

Le montant de la subvention relative au fonds d'intervention régional versée à Montpellier Institut du Sein à Montpellier est fixé pour l'année 2021 comme suit :

- au titre de la participation au renfort de psychologue pour 6 mois suite à l'arrêt de l'expérimentation des IDEC au niveau national : **13 000 €** (Compte d'Imputation N°2-3-5)

Le versement de cette subvention s'effectuera en une seule fois à la signature de l'engagement contractuel.

Article 2 :

L'objet du financement, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation sont inscrits et précisés dans l'engagement contractuel susvisé liant le bénéficiaire et l'Agence.

Le bénéficiaire s'engage à rendre compte de l'utilisation de la dotation à l'Agence par la présentation des pièces attestant des dépenses visées à l'article 1er.

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.

Article 4 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur de la Délégation Départementale 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 29 septembre 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie

Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-21-00008

ARRETE 2021-4989 CENTRE LORDAT Tarifs Journaliers de Prestations 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021-4989
fixant les tarifs de prestations pour l'année 2021
du Centre Lordat

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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 notamment, son article 33 modifié,

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3,

Vu le décret n°2009-213 du 23 février 2009 modifié relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé,

Vu le décret n°2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D.162-6 à D.162-8 du code de la sécurité sociale,

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé,

Vu le décret n°2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre Ricordeau en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018,

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,

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

EJ FINESS : 110000072
EG FINESS : 110007630

ARTICLE 1ER :

Les tarifs journaliers de prestations applicables à compter du **1er octobre 2021** au centre Lordat sont fixés ainsi qu'il suit :

CODE	SPECIALITE	TARIF
32	Soins de suite et de réadaptation – Hospitalisation complète	218,63
56	Soins de suite et de réadaptation – Hospitalisation de Jour	176,34

ARTICLE 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux (17, cours de Verdun – CS81224 – 33074 Bordeaux cedex) 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.

ARTICLE 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur de la Délégation Départementale de l'Aude et le Directeur du Centre Lordat 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 Occitanie.

A Montpellier, le 21 OCT 2021

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
la Directrice Adjointe en charge de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Bertrand BRUDHOMMEAUX

Emmanuelle MICHAUD

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-21-00009

Arrêté 2021-4993 CENTRE POST CURE LE PEYRON Tarifs Journaliers de Prestations 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021-4993
fixant les tarifs de prestations pour l'année 2021
du Centre de post-cure Le Peyron

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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 notamment, son article 33 modifié,

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3,

Vu le décret n°2009-213 du 23 février 2009 modifié relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé,

Vu le décret n°2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D.162-6 à D.162-8 du code de la sécurité sociale,

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé,

Vu le décret n°2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre Ricordeau en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018,

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,

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

EJ FINESS : 300000387
EG FINESS : 300780764

ARTICLE 1ER :

Les tarifs journaliers de prestations applicables à compter du **1er novembre 2021** au centre de post-cure le Peyron sont fixés ainsi qu'il suit :

CODE	SPECIALITE	TARIF
13	Psychiatrie adulte hospitalisation complète	206,20 €
54	Psychiatrie adulte HDJ	161,73 €

ARTICLE 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux (17, cours de Verdun – CS81224 – 33074 Bordeaux cedex) 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.

ARTICLE 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur de la Délégation Départementale du Gard et le Directeur général de l'association éducative du Mas Cavaillac 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 Occitanie.

A Montpellier, le 21 OCT 2021

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Pour 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

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-21-00011

ARRETE 2021-5019 CHIC Moissac Tarifs Journaliers de Prestations 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021-5019
fixant les tarifs de prestations pour l'année 2021
du Centre hospitalier Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin - Moissac

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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 notamment, son article 33 modifié,

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3,

Vu le décret n°2009-213 du 23 février 2009 modifié relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé,

Vu le décret n°2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D.162-6 à D.162-8 du code de la sécurité sociale,

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé,

Vu le décret n°2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre Ricordeau en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018,

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,

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

EJ FINESS : 820004950
EG FINESS : 820000883
EG FINESS : 820000198

ARTICLE 1ER :

Les tarifs applicables à compter du 1er novembre 2021 **au Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin - Moissac** sont fixés ainsi qu'il suit :

CODE	SPECIALITE	TARIF
11	Médecine / UHCD Court Séjour	509,96 €
10	Chirurgie Court Séjour	521,24 €
30	Soins de suite et de réadaptation	218,00 €
90	Chirurgie Ambulatoire	1 018,87 €
70	Hospitalisation à domicile	232,84 €

ARTICLE 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux (17, cours de Verdun – CS81224 – 33074 Bordeaux cedex) 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.

ARTICLE 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur de la Délégation Départementale du Tarn et Garonne et le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin - Moissac 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 Occitanie.

A Montpellier, le 21 OCT 2021

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Pour 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

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-21-00012

ARRETE 2021-5036 CH Des Deux Rives Tarifs Journaliers de Prestations 2021.pdf

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021- 5036
fixant les tarifs de prestations pour l'année 2021
du ***Centre Hospitalier des Deux Rives***

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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 notamment, son article 33 modifié,

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3,

Vu le décret n°2009-213 du 23 février 2009 modifié relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé,

Vu le décret n°2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D.162-6 à D.162-8 du code de la sécurité sociale,

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé,

Vu le décret n°2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre Ricordeau en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018,

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,

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

EJ FINESS : 820000248
EG FINESS : 820000461

ARTICLE 1ER :

Les tarifs journaliers de prestations applicables à compter du **1er novembre 2021** au ***CENTRE HOSPITALIERS DES DEUX RIVES*** sont fixés ainsi qu'il suit :

CODE	SPECIALITE	TARIF
30	Soins de suite et de réadaptation	249,22 €

ARTICLE 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux (17, cours de Verdun – CS81224 – 33074 Bordeaux cedex) 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.

ARTICLE 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur de la délégation départementale du Tarn-et-Garonne et le Directeur du Centre Hospitalier des Deux Rives 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 Occitanie.

A Montpellier, le 21 OCT 2021

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Pour 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

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARS OCCITANIE

R76-2021-10-21-00010

ARRETE N°2021-5017 Centre de protection infantile MONTAURY Tarifs Journaliers de Prestations 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OCCITANIE / 2021-5017
fixant les tarifs de prestations pour l'année 2021
du Centre de protection infantile Montaury

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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 notamment, son article 33 modifié,

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°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3,

Vu le décret n°2009-213 du 23 février 2009 modifié relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé,

Vu le décret n°2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D.162-6 à D.162-8 du code de la sécurité sociale,

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé,

Vu le décret n°2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur Pierre Ricordeau en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018,

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,

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARRETE

EJ FINESS : 750721334
EG FINESS : 300780384

ARTICLE 1ER :

Les tarifs journaliers de prestations applicables à compter du **1er novembre 2021** au Centre de protection infantile Montaury sont fixés ainsi qu'il suit :

CODE	SPECIALITE	TARIF
55	Psychiatrie HDJ infanto-juvénile	496.70 €
34	Psychiatrie AFT infanto-juvénile	251.94 €

ARTICLE 2 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux (17, cours de Verdun – CS81224 – 33074 Bordeaux cedex) 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.

ARTICLE 3 :

Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, le Directeur de la Délégation Départementale du Gard et la Directrice du Centre de protection infantile Montaury 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 Occitanie.

A Montpellier, le 21 OCT 2021

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
Et par délégation
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Pour 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

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

ARS OCCITANIE

R76-2021-11-23-00003

ARRETE ARS OC n° 2021-5645 du 23/11/2021 portant rejet d autorisation de transfert d une officine de pharmacie à NARBONNE (AUDE)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

ARRETE ARS OC n° 2021-5645

Portant rejet d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie à NARBONNE (AUDE)

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la Région Occitanie ;

Vu le Code de la santé publique et notamment ses articles L.5125-3 à L.5125-20 et R 5125-1 à R 5125-11 ;

Vu l'Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie,

Vu le décret n° 2018-671 du 30 juillet 2018 pris en application de l'article L 5125-3,1° du Code de la santé publique définissant les conditions de transport pour l'accès à une officine en vue de caractériser un approvisionnement en médicaments compromis pour la population ;

Vu le décret n° 2018-672 du 30 juillet 2018 relatif aux demandes d'autorisation de création, transfert et regroupement et aux conditions minimales d'installation des officines de pharmacie ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 juillet 2018 fixant la liste des pièces justificatives accompagnant toute demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Monsieur RICORDEAU Pierre en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à compter du 5 novembre 2018 ;

Vu le décret du Conseil d'Etat n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la Région Occitanie ;

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

Vu la demande de renouvellement de transfert d'officine adressée le 22 juillet 2021 à l'Agence Régionale de Santé Occitanie, par l'intermédiaire de la SELARL SAPONE-BLAESI Cabinet d'Avocats sis à PARIS représentant Madame Emmanuelle SIMORRE, au nom de la SARL Pharmacie « SIMORRE-ASSIE » sise, 1 Rue Raspail à NARBONNE (11100), titulaire de la licence n° 11#000178 depuis le 05 février 2018, afin d'obtenir l'autorisation de transférer son officine dénommée Pharmacie des 4 Fontaines », dans un nouveau local situé Centre Commercial Bonne Source, lot n°8 , 24 Boulevard de Creisseil dans la même commune ;

Vu l'avis du Conseil Régional Occitanie du 14 octobre 2021 ;

Vu l'avis du représentant du Syndicat des Pharmaciens pour la région Occitanie du 20 octobre 2021 ;

Vu l'avis du représentant de l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine pour la Région Occitanie du 05 octobre 2021 ;

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

CONSIDERANT que la commune de NARBONNE compte une population municipale recensée de 55 375 habitants au dernier recensement entré en vigueur au 1er janvier 2021 et 20 officines de pharmacie (19 en ville et 1 à NARBONNE Plage) ;

CONSIDERANT que la Pharmacie de Madame Emmanuelle SIMORRE est située dans le centre historique de NARBONNE, dans une rue à sens unique, sans possibilité de stationnement à proximité, dans un quartier délimité de la manière suivante :

. au Nord : par le Boulevard Condorcet,
. à l'Est le Boulevard Gambetta et le Boulevard du Général de Gaulle,
. au Sud, par le Boulevard Dr Lacroix,
. à l'Ouest par la Voie de Chemin de fer ;

CONSIDERANT que l'officine est installée dans un immeuble récent dans des locaux étroits permettant difficilement de répondre aux nouvelles missions confiées aux pharmaciens ;

CONSIDERANT que le transfert sollicité s'effectue à 2,7 kms du local d'origine, à l'entrée Est de la commune précisément dans le quartier « Bonne Source », 24 Boulevard de Cresseil, dans le Centre Commercial « Bonne Source », dans des locaux plus spacieux actuellement occupés par la parapharmacie Carrefour (zone ouverte au public 244 m2), le quartier d'accueil étant délimité selon les demandeurs comme suit :

. au Nord : par la Route d'Armissan,
. à l'Est l'Autoroute et les zones agricoles,
. au Sud, par la Robine,
. à l'Ouest par l'Avenue du Maréchal Juin et l'Avenue Paul Tournal ;

CONSIDERANT que l'emplacement projeté se trouve dans un endroit facilement accessible, par la D 32 au Sud et le rond-point du Boulevard de Creissel, ou au Nord par l'Avenue Maître Hubert Mouly en venant du Centre-Ville, ou encore par l'Avenue de Gruissan ;

CONSIDERANT que la « Pharmacie des 4 Fontaines » étant située au Centre-Ville, la desserte en médicaments de la population du quartier d'origine continuera à être assurée, notamment par la « Pharmacie de l'Hôtel de Ville » située actuellement à 200 mètres, 2 Place de l'Hôtel de Ville, par la « Pharmacie des trois ponts » située à 290 mètres, 52 Rue Jean Jaurès, par la « Pharmacie Voltaire » sise à 450 mètres, 21 Boulevard Maréchal Joffre, la Pharmacie « Via Domitia » située à 150 mètres 3 Place de l'Hôtel de Ville (ayant fait l'objet d'une décision d'autorisation de transfert de la part de l'ARS en date du 16 mars 2021) ; dans ce contexte, le projet n'entraîne donc pas d'abandon de clientèle au sens de l'article L 5125-3 du Code de la santé publique ;

CONSIDERANT que selon l'Administration le quartier d'accueil est délimité comme suit :

. au Nord : par la Route d'Armissan,
. à l'Est l'Autoroute et les zones agricoles,
. au Sud, par la Route de NARBONNE Est -37,
. à l'Ouest par l'Avenue Paul Tournal, l'Avenue de Gruissan, D32 ;

CONSIDERANT en revanche, que le transfert ne permettra pas une desserte en médicaments optimale au regard des besoins de la population résidente du quartier d'accueil sus-délimité et du lieu d'implantation choisi par le pharmacien demandeur ;

CONSIDERANT que le local à venir se trouve dans une zone à vocation principalement dédiée aux commerces (zone commerciale « Bonne source », implantation dans la Galerie marchande Carrefour (en lieu et place de la parapharmacie actuelle), les principales habitations étant situées dans la partie haute du secteur Est de la ville (« Horte Neuve », iris du même nom 1812 habitants) desservie par une officine de pharmacie 6 Rue des Primevères, à proximité de la Route d'Armissan, ou dans la partie Nord-Ouest dudit secteur « Egassiairal » à proximité de la « Pharmacie du théâtre» située 8, Avenue du Maréchal Juin en lisière du quartier « convention » (population de l'Iris du même nom 1733 habitants) ;

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

CONSIDERANT en effet que si l'accès en voiture à la nouvelle officine est aisé et visible, l'emplacement projeté se situant dans un endroit facilement accessible, notamment pour les véhicules motorisés qui pourront accéder à la pharmacie par la D37 Narbonne Est en venant du Sud, la D 168, l'Avenue de Gruissan en venant du Centre-Ville, ou l'Avenue Maître Hubert Mouly puis le rond-point qui permet d'accéder à la zone commerciale « Carrefour Narbonne » (existence de stationnements pour la patientèle), et bien que les locaux remplissent les conditions d'accessibilité PMR et les conditions minimales d'installation, il n'existe cependant pas de population résidente suffisante ou dont l'évolution démographique est suffisamment avérée ou prévisible dans le lieu d'implantation choisi, étant précisé que la population de passage ne peut être prise en compte en matière de transferts d'officine ;

CONSIDERANT en effet que selon la jurisprudence, la population résidant dans le quartier d'accueil doit s'entendre, outre éventuellement de la population saisonnière, de la seule population domiciliée dans le quartier où y ayant une résidence stable, ce qui exclut la prise en compte de la population de passage ;

CONSIDERANT que le local d'implantation sis dans le quartier « Bonne source » Boulevard de Creisseil dans l'espace commercial « Carrefour Narbonne », se trouve dans une zone non hétéroclite (minorité d'habitations) composée d'un nombre conséquent de commerces (Kiabi, Décathlon, Cultura, Burger King,…) et d'entreprises de tailles différentes (Laboratoire de Biologie médicale, Parc des expositions…) ; il n'existe pas de population résidente majoritaire dans cette zone puisque la partie résidentielle est située beaucoup plus au Nord du secteur à vocation commerciale où se trouve le lieu d'implantation ;

CONSIDERANT que les arguments développés par les demandeurs à savoir que le secteur Est de la commune de NARBONNE est en pleine évolution démographique et urbanistique ne sauraient être valablement retenus pour permettre la prise en compte de populations résidentes en devenir à proximité de l'officine ;

CONSIDERANT que Madame SIMORRE revendique également la desserte de la population résidente de la commune d'ARMISSAN soit 1529 habitants ;

CONSIDERANT que l'urbanisation à plus ou moins long terme revendiquée et les nouveaux logements censés apporter de la nouvelle patientèle sont insuffisants, au regard des permis de construire délivrés depuis 2014 (165 logements (cf. attestation Mairie du 25 octobre 2018 en réponse à Madame SIMORRE) +145 logements « Programme Nymphéum » + 123 logements en cours de construction), 233 logements dans le cadre du projet de la « ZAC des Berges de la Robine » pour lequel un permis de construire a été délivré le 27 mai 2021 ;

CONSIDERANT que la zone projetée n'est pas résidentielle, que bien qu'elle ne soit pourvue d'aucune officine de pharmacie, un transfert dans une telle zone n'est pas de nature à remplir le critère de la réponse optimale aux besoins en médicaments de la population du quartier d'accueil ;

CONSIDERANT en effet qu'il n'existe pas réellement de population résidente de proximité suffisante ou de population en devenir avérée (permis de construire délivrés suffisants) dans le quartier d'implantation, nonobstant l'approche extensive du quartier retenue par les demandeurs afin de justifier leur demande d'implantation Boulevard de Creisseil Centre commercial « Bonne Source » ;

CONSIDERANT que les constructions mises en avant par Madame Emmanuelle SIMORRE qui seraient à proximité de l'emplacement proposé, ou les populations nouvelles revendiquées, ne suffisent pas à justifier l'emplacement choisi ;

CONSIDERANT l'absence de population résidente existante de proximité, et de population en devenir démontrée par les demandeurs au regard de projets immobiliers (permis délivrés) ou de constructions en cours dans le secteur d'implantation projeté permettant de justifier dans l'immédiat l'implantation d'une officine au sens de l'article L 5125-3-2 du Code de la Santé Publique ;

CONSIDERANT dans ces conditions que les conditions exigées par les articles L 5125-3 et L 5125-3-2 du Code de la santé publique ne sont pas réunies ;

CONSIDERANT que le dossier présenté par Madame Emmanuelle SIMORRE au nom de la SARL Pharmacie SIMORRE-ASSIE dénommée « Pharmacie des 4 Fontaines enregistré à la date du 24 août 2021, sous le n° 2021-11-0012, instruit par la Direction du Premier Recours l'Agence Régionale de Santé Occitanie (Pôle PS Pharmacie Biologie), ne répond pas aux exigences de la réglementation en vigueur ;

ARRETE

ARTICLE 1er : La demande de transfert présentée par Madame Emmanuelle SIMORRE au nom de la SARL Pharmacie SIMORRE-ASSIE dénommée « Pharmacie des 4 Fontaines », afin d'obtenir l'autorisation de transférer l'officine de pharmacie qu'elle exploite à NARBONNE (11100) –1 Rue Raspail, dans un nouveau local situé dans la même commune, situé Centre Commercial « Bonne Source » 24 Boulevard Creisseil, est rejetée.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet, dans un délai de deux mois, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé Occitanie, d'un recours hiérarchique auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Le délai de recours prend effet à compter de la date de notification du présent arrêté pour l'intéressé et de la date de publication du présent arrêté pour les tiers.

ARTICLE 3 : Le présent arrêté sera publié aux Recueils des Actes Administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

MONTPELLIER, le 23 novembre 2021

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

Pascal DURAND

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr

#4

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-17-00010

Arrêté préfectoral régional relatif à la composition du bureau du CREFOP

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Le Préfet de la Région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne
Chevalier de la légion d'honneur
Officier de l'ordre national du mérite

Arrêté N°2/2021 modifiant l'arrêté N°1/2019 du bureau du CREFOP signé le 22 mars 2019

Relatif au renouvellement et à la nomination des membres du bureau du Comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP)

L'arrêté N°1/2019 du 22 mars 2019 est modifié comme suit :

Article 2.1. Quatre représentants de la région désignés par le Conseil régional d'Occitanie dont le Président du Conseil régional ou son représentant et ses suppléants :

Titulaires	**Suppléants**
Madame Carole DELGA	
Madame Marie-Thérèse MERCIER	Monsieur Thierry MATHIEU
Madame Nathalie MADER	Madame Rachida LUCAZEAU
Madame Marie CASTRO	Madame Yolande GUINLE

Article 2.2. Quatre représentants de l'État dont le Préfet de région ou son représentant et ses suppléants

a) Monsieur Etienne GUYOT, préfet de région ou son représentant et ses suppléants

b) Madame Sophie BEJEAN, Région académique Occitanie ou son représentant, et son suppléant ;

c) Monsieur Christophe LEROUGE , directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) d'Occitanie ou son représentant et ses suppléants ;

d) Monsieur Pascal ETIENNE, délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) ou son représentant et ses suppléants;

Article 2.3 est modifié comme suit :

- Un représentant au titre du MEDEF

Titulaire	Suppléants
Madame Sylvie PETIT JEAN	Monsieur Philippe VALERY
	Madame Sabrina FELICI LE MESSAGER

- Un représentant au titre de l'U2P

Titulaire	Suppléants
Monsieur Guy SORBADERE	Madame Marie-Thérèse SEVERAC
	Monsieur Patrick ROUX

ARTICLE 7:

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur Régional de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités 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 Occitanie.

Fait à Toulouse, le 17/11/2021

Le préfet de région,

Etienne GUYOT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-22-00022

Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 09-31

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi
du travail et des solidarités

Direction départementale de l'emploi, du travail,
Des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

Arrêté fixant pour l'année 2021 la Dotation Globale de Financement
du service délégué aux prestations familiales de l'UDAF31

Le Préfet de la Région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du mérite

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 361-1, L. 314-1 à L.314-7, et ses articles R. 314-1 et suivants, R. 314-24 et R. 314-36 ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 et les lois de finances rectificatives ;

Vu les arrêtés préfectoraux du 29 mars 2021 et 21 juin 2021 portant délégation de signature au directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu l'arrêté préfectoral du 6 juillet 2021 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;

Vu l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2021/153 du 8 septembre 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales;

Vu le rapport d'orientation budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales de la région Occitanie, en date du 16 septembre 2021 ;

Vu la décision du 22 juin 2021 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;

Vu la délégation de gestion du 29 mars 2021 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie , dénommé le « délégant » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège, dénommé le « délégataire » ;

Vu le courrier transmis le 21 janvier 2021 par lequel la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'UDAF31 a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2021 ;

Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 21 octobre 2021 ;

Vu l'absence de réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'Ariège de l'UDAF31 dans le délai de 8 jours ;

Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2021, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 5 novembre 2021 ;

SUR proposition de la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

ARRÊTE

Article 1 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, les dépenses et les recettes prévisionnelles du service délégué aux prestations familiales de l'UDAF31 sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	BP 2021	Total
Dépenses	Groupe I – exploitation courante	7 140,00 €	120 911 €
	Groupe II - personnel	100 878,00 €	
	Groupe III - structure	12 893,00 €	
Recettes	Groupe I – produits de la tarification	109 200,94 €	120 911 €
	Groupe II – produits exploitation	0 €	
	Groupe III – autres produits	0 €	
	Reprise de l'excédent 2019	11 710,06 €	

Article 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, la dotation globale de financement mentionnée à l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles applicable au service délégué aux prestations familiales de l'UDAF31, est fixée à : **109 200,94 € (cent neuf mille deux cent euros quatre vingt quatorze centimes).**

Article 3 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, en application de l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles, la répartition de la dotation globale de financement applicable au service délégué aux prestations familiales de l'UDAF31, est fixée comme suit :

- la dotation versée par la CAF de l'Ariège est fixée à 100 %, soit un montant de 109 200,94 €,
- la dotation versée par la MSA MPS est fixé à 0 %, soit un montant de 0 €

Article 4 :

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement, en application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, s'élève à 9 100,08 €

Article 5 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée :

. à la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'Ariège;

. à l'organisme mentionné à l'article 3 du présent arrêté.

Article 6 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du Préfet de la Région Occitanie, soit hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux-cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé (l'absence de réponse de l'administration au terme d'un délai de deux mois valant rejet implicite).

Article 7 :

Le Directeur Régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, le Directeur régional des Finances Publiques d'Occitanie et la Directrice Départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations 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 région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 22 novembre 2021

P/Le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur régional et par délégation

Le Directeur régional adjoint responsable du pôle
cohésion sociale, formation, certification

Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-30-00013

Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 11

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale

de l'économie, de l'emploi

du travail et des solidarités

Direction Départementale de l'Emploi,
du Travail, des Solidarités et de la Protection
des Populations de l'AUDE

Arrêté fixant pour l'année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales géré par l'Association Union départementale des Associations Familiales de l'Aude (UDAF 11) à CARCASSONNE.

Le préfet de la région Occitanie,
Préfet de Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 361-1, L. 314-1 à L.314-7, et ses articles R. 314-1 et suivants, R. 314-24 et R. 314-36 ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 et les lois de finances rectificatives ;

Vu l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2021/153 du 8 septembre 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales;

Vu le rapport d'orientation budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales de la région Occitanie, en date du 16 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté préfectoral n°DDCSPP-PS-2018-017 du 07 février 2018 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 modifié portant délégation de signature au directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu la décision du 4 décembre 2021 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;

Vu l'avenant en date du 18 mai 2021 à la délégation de gestion du 29 mars 2021 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie , dénommé le « délégant » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Aude, dénommé le « délégataire » ;

Vu le courrier transmis le 26 février 2021 par lequel la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'UDAF 11 a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2021 ;

Vu les propositions de modifications budgétaires remises au gestionnaire en main propre en date du 07 octobre contre récépissé;

Vu l'absence de réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'UDAF 11 dans le délai de 8 jours ;

Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2021, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 20 octobre 2021;

SUR proposition de la Directrice Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations de l'Aude ;

ARRÊTE

Article 1 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, les dépenses et les recettes prévisionnelles du service délégué aux prestations familiales géré par l'UDAF 11 sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en Euros	Total en Euros
Dépenses	**Groupe I** **Dépenses afférentes à l'exploitation courante**	**38 041,00**	**610 085,00**
	dont Crédits non reconductibles	0,00	
	Groupe II **Dépenses afférentes au personnel**	**536 542,00**	
	dont Crédits non reconductibles	0,00	
	Groupe III **Dépenses afférentes à la structure**	**35 502,00**	
	dont Crédits non reconductibles	0,00	
Recettes	**Groupe I** **Produits de la tarification**	**610 085,00**	**610 085,00**
	dont Crédits non reconductibles	0,00	
	Groupe I **Participation des personnes protégées**	**0,00**	
	Groupe II **Autres produits relatifs à l'exploitation**	**0,00**	
	Groupe III **Produits financiers et produits non encaissables**	**0,00**	

Article 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, la dotation globale de financement mentionnée à l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles applicable au service délégué aux prestations familiales géré par l'UDAF 11, est fixée à : **610 085 € (Six cent dix mille quatre-vingt cinq euros).**

Article 3 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, en application de l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles, la répartition de la dotation globale de financement applicable au service délégué aux prestations familiales géré par l'UDAF 11, est fixée comme suit :

- la dotation versée par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Aude – 18 avenue des berges de l'Aude 11872 Carcassonne Cedex 9 – est fixée à 100%, soit un montant de **610 085,00** €.

Article 4 :

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement, en application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, s'élève à 50 840,41 €.

Article 5 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée :

. à la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales géré par l'UDAF 11 ;
. à l'organisme mentionné à l'article 3 du présent arrêté.

Article 6 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du Préfet de la Région Occitanie, soit hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux-cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé (l'absence de réponse de l'administration au terme d'un délai de deux mois valant rejet implicite).

Article 7 :

Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie et la Directrice Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations 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 région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 30 novembre 2021

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur Régional et par délégation,
Le Directeur Régional Adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification,

Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-17-00014

Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales UDAF 12

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale de l'économie, de l'emploi du travail et des solidarités

Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations de l'Aveyron

Arrêté fixant pour l'année 2021 la Dotation Globale de Financement du service délégué aux prestations familiales de l'Union D épartementale des Associations Familiale de l'Aveyron (UDAF12) - 1 rue du Gaz 12033 RODEZ

Le préfet de la région Occitanie,
Préfet de Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 361-1, L. 314-1 à L.314-7, R. 314-1 et suivants, R. 314-24 et R. 314-36 ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 et les lois de finances rectificatives ;

Vu l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2021/153 du 8 septembre 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales;

Vu le rapport d'orientation budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales de la région Occitanie, en date du 16 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 20201013-02 du 13 octobre 2020 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 modifié portant délégation de signature au directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu la décision du 4 octobre 2021 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;

Vu la délégation de gestion du 29/03/2021 modifiée relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie , dénommé le « délégant » et la DDETSPP de l'Aveyron, dénommé le « délégataire » ;

Vu le courrier transmis le 15/01/2021 par lequel la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'UDAF a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2021 ;

Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 15/10/2021;

Vu la réponse transmise par courrier recommandé avec accusé de réception du 25 octobre 2021 de la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'UDAF ;

Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2021, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 28/10/2021 ;

SUR proposition de la DDETSPP de l'Aveyron ;

ARRÊTE

Article 1 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, les dépenses et les recettes prévisionnelles du service délégué aux prestations familiales de l'UDAF sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en Euros	Total en Euros
Dépenses	Groupe I Dépenses afférentes à l'exploitation courante	21 913,00 €	370 795,00 €
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	311 020,50 €	
	Groupe III :Dépenses afférentes à la structure	37 861,50 €	
Recettes	Groupe I : Produits de la tarification	367 795,00 €	370 795,00 €
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	3 000,00 €	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	0,00 €	

Article 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, la dotation globale de financement mentionnée à l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles applicable au service délégué aux prestations familiales de l'UDAF, est fixée à : **367 795,00 €. (trois cent soixante-sept mille sept cent quatre-vingt-quinze euros).**

Article 3 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, en application de l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles, la répartition de la dotation globale de financement applicable au service délégué aux prestations familiales de l'UDAF, est fixée comme suit :

- la dotation versée par la CAF de l'Aveyron est fixée à **96,40 %**, soit un montant de **354 554,38 €**,
- la dotation versée par la MSA de l'Aveyron est fixé à **3,6 %**, soit un montant de **13 240,62 €.**

Article 4 :

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement, en application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, s'élève à 29 546,20 € pour la CAF et 1 103,40 € pour la MSA.

Article 5 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée :

. à la personne ayant qualité pour représenter le service délégué aux prestations familiales de l'UDAF ;

. aux organismes mentionnés à l'article 3 du présent arrêté.

Article 6 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du Préfet de la Région Occitanie, soit hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux-cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé (l'absence de réponse de l'administration au terme d'un délai de deux mois valant rejet implicite).

Article 7 :

Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, le directeur régional des finances publiques et la directrice départementale de l'emploi, du travail et des solidarités 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 région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 17 novembre 2021

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur Régional et par délégation,
Le Directeur Régional Adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification,

Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-18-00006

Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs APAJH 09

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi
du travail et des solidarités

Direction départementale de l'emploi, du travail,
Des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

Arrêté fixant pour l'année 2021 la Dotation Globale de Financement
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège géré par l'APAJH09

Le Préfet de la Région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du mérite

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 361-1, L. 314-1 à L.314-7, et ses articles R. 314-1 et suivants, R. 314-24 et R. 314-36 ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 et les lois de finances rectificatives ;

Vu le décret n° 2018-767 du 31 août 2018 relatif au financement des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;

Vu le décret n° 2020-1684 du 23 décembre 2020 relatif au financement des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;

Vu l'arrêté du 26 août 2021 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles, publié au Journal Officiel du 08 septembre 2021;

Vu l'arrêté préfectoral du 6 juillet 2021 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;

Vu l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2021/153 du 8 septembre 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales;

Vu le rapport d'orientation budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales de la région Occitanie, en date du 16 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 modifié portant délégation de signature au directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu la décision du 4 octobre 2021 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;

Vu la délégation de gestion du 29 mars 2021 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie , dénommé le « délégant » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège, dénommé le « délégataire » ;

Vu le courrier transmis le 24 février 2021 par lequel la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'APAJH09 a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2021 ;

Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 21 octobre 2021 ;

Vu l'absence de réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'APAJH09 dans le délai de 8 jours ;

Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2021, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 5 novembre 2021 ;

Vu le visa n°799/21 du contrôleur budgétaire en date du 16 novembre 2021 ;

SUR proposition de la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

ARRÊTE

Article 1 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, les dépenses et les recettes prévisionnelles du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'APAJH09 sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	BP 2021	Total
Dépenses	Groupe I – exploitation courante	59 166,27 €	933 711,60 €
	Groupe II - personnel	743 906,43€	
	Groupe III - structure	130 638,90 €	
Recettes	Groupe I – produits de la tarification	797 293,89 €	933 711,60 €
	Groupe II – produits participation des majeurs	123 514,71 €	
	Groupe II – produits exploitation	0 €	
	Groupe III – autres produits	12 903,00 €	

Article 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, la dotation globale de financement mentionnée à l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles applicable au service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'APAJH09, est fixée à : **797 293,89 € (sept cent quatre vingt dix sept mille deux cent quatre vingt treize euros quatre vingt neuf centimes).**

Article 3 :

En application de l'article L.361-1 du code de l'action sociale et des familles,

- la quote-part versée par l'Etat est fixée à 99,7 %, soit un montant de 794 902,01 €,
- la quote-part versée par le Conseil départemental de l'Ariège est fixée à 0,3 %, soit un montant de 2 391,88 €.

Article 4 :

La dotation de chaque financeur précisée à l'article 3 du présent arrêté est versée, en application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, par fractions forfaitaires égales au douzième de son montant.

Cette dotation est attribuée à :

L'Association : APAJH09service MJPM de l'Ariège

Identifiant Chorus : 1000951281

N° SIRET : 32912211300312

Adresse : 21 chemin de Berdoulet 09000 FOIX

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : Caisse d'Epargne

Domiciliation : Midi-Pyrénées

Code banque : 13135 Code guichet : 00080

Numéro compte :08002362479 Clé : 15

Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Exercice 2021 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Affaires sociales, Santé et Droits des femmes
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	0304-D034-DD09	UO Ariège
Organisation d'achat	B001	OA MAP/MEEDDAT
Centre de coût :	DDCC009009	DDCSPP09
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélaires
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	Services tutélaires
Code activité	030450161601	Services tutélaires
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

Le comptable assignataire est le DRFIP Occitanie.

Article 5 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée :

. à la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'APAJH09 ;

. au Conseil départemental de l'Ariège

Article 6 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du Préfet de la Occitanie, soit hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux-cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé (l'absence de réponse de l'administration au terme d'un délai de deux mois valant rejet implicite).

Article 7 :

Le Directeur Régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, le Directeur régional des Finances Publiques d'Occitanie et la Directrice Départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations 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 région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 18 novembre 2021

P/Le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur régional et par délégation

Le Directeur régional adjoint responsable du pôle cohésion sociale, formation, certification

Régis CORNUT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-11-18-00005

Arrêté fixant pour l année 2021 la Dotation Globale de Financement du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs UDAF 09

PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi
du travail et des solidarités

Direction départementale de l'emploi, du travail,
Des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

Arrêté fixant pour l'année 2021 la Dotation Globale de Financement
du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège géré par l'UDAF31

Le Préfet de la Région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du mérite

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 361-1, L. 314-1 à L.314-7, et ses articles R. 314-1 et suivants, R. 314-24 et R. 314-36 ;

Vu la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 et les lois de finances rectificatives ;

Vu le décret n° 2018-767 du 31 août 2018 relatif au financement des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;

Vu le décret n° 2020-1684 du 23 décembre 2020 relatif au financement des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;

Vu l'arrêté du 26 août 2021 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles, publié au Journal Officiel du 08 septembre 2021;

Vu l'arrêté préfectoral du 6 juillet 2021 établissant la liste départementale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales ;

Vu l'instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2021/153 du 8 septembre 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales;

Vu le rapport d'orientation budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et services délégués aux prestations familiales de la région Occitanie, en date du 16 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 modifié portant délégation de signature au directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu la décision du 4 octobre 2021 portant subdélégation de signature du directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie aux agents et fonctionnaires de la DREETS Occitanie ;

Vu la délégation de gestion du 29 mars 2021 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, entre d'une part le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie , dénommé le « délégant » et la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège, dénommé le « délégataire » ;

Vu le courrier transmis le 21 janvier 2021 par lequel la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'UDAF31 a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2021 ;

Vu les propositions de modifications budgétaires transmises au gestionnaire par lettre recommandée en date du 21 octobre 2021 ;

Vu l'absence de réponse de la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'UDAF31 dans le délai de 8 jours ;

Vu la décision d'autorisation budgétaire et de tarification 2021, notifiée au gestionnaire par courrier électronique avec accusé de réception du 5 novembre 2021 ;

Vu le visa n°798/21 du contrôleur budgétaire en date du 16 novembre 2021 ;

SUR proposition de la directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations de l'Ariège

ARRÊTE

Article 1 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, les dépenses et les recettes prévisionnelles du service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'UDAF31 sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	BP 2021	Total
Dépenses	Groupe I – exploitation courante	47 590 €	875 888 €
	Groupe II - personnel	734 571 €	
	Groupe III - structure	93 727 €	
Recettes	Groupe I – produits de la tarification	760 888 €	875 888 €
	Groupe I – produits participation des majeurs	115 000 €	
	Groupe II – produits exploitation	0 €	
	Groupe III – autres produits	0 €	

Article 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2021, la dotation globale de financement mentionnée à l'article R. 314-193-3 du code de l'action sociale et des familles applicable au service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'Ariège de l'UDAF31, est fixée à : **760 888 € (sept cent soixante mille huit cent quatre vingt huit euros).**

Article 3 :

En application de l'article L.361-1 du code de l'action sociale et des familles,

- la quote-part versée par l'Etat est fixée à 99,7 %, soit un montant de 758 605,34 €,
- la quote-part versée par le Conseil départemental de l'Ariège est fixée à 0,3 %, soit un montant de 2 282,66 €.

Article 4 :

La dotation de chaque financeur précisée à l'article 3 du présent arrêté est versée, en application de l'article R. 314-107 du code de l'action sociale et des familles, par fractions forfaitaires égales au douzième de son montant.

Cette dotation est attribuée à :

L'Association : UDAF31 service MJPM de l'Ariège

Identifiant Chorus : 1001483285

N° SIRET : 77695175800072

Adresse : 57 rue Bayard 31000 TOULOUSE (siège)

1 bis Bd Alsace Lorraine 09000 FOIX (service MJPM)

Les versements seront effectués au compte de :

Nom de la banque : Caisse d'Epargne

Domiciliation : Midi-Pyrénées

Code banque : 13135 Code guichet : 00080

Numéro compte :08000478760 Clé : 49

Les dépenses seront imputées sur le programme suivant des crédits du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - Exercice 2021 :

Mission ministérielle :	SE	Solidarité, insertion et égalité des chances
Ministère	56	Affaires sociales, Santé et Droits des femmes
Programme budgétaire :	0304	Inclusion sociale et protection des personnes
Article de regroupement	02	Autres dépenses (hors personnel)
Centre financier :	0304-D034-DD09	UO Ariège
Organisation d'achat	B001	OA MAP/MEEDDAT
Centre de coût :	DDCC009009	DDCSPP09
Action	16	Protection juridique des majeurs
Sous Action	01	Services tutélaires
soit domaine fonctionnel	0304-16-01	Services tutélaires
Code activité	030450161601	Services tutélaires
Groupe de marchandises	12.02.01	Transferts directs aux associations et fondations

Le comptable assignataire est le DRFIP Occitanie.

Article 5 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée :

. à la personne ayant qualité pour représenter le service mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'UDAF31 ;

. au Conseil départemental de l'Ariège

Article 6 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du Préfet de la Occitanie, soit hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Bordeaux, sis : Greffe de la Cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33074 Bordeaux-cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé (l'absence de réponse de l'administration au terme d'un délai de deux mois valant rejet implicite).
-

Article 7 :

Le Directeur Régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie, le Directeur régional des Finances Publiques d'Occitanie et la Directrice Départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations 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 région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 18 novembre 2021

P/Le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur régional et par délégation

Le Directeur régional adjoint responsable du pôle cohésion sociale, formation, certification

Régis CORNUT

SGAMI SUD

R76-2021-12-02-00001

Arrêté portant délégation d'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'Etat

PRÉFET
DE LA ZONE
DE DÉFENSE
ET DE SÉCURITÉ
SUD

Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général
de la zone de défense et de sécurité Sud

Secrétariat général pour l'administration
du ministère de l'intérieur Sud

Arrêté du 02 décembre 2021 portant délégation d'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'Etat au titre des différents programmes exécutés par le SGAMI de Marseille et le centre de Services Partagés SGAMI de Marseille

Le Secrétaire général
de la zone de défense et de sécurité sud

Vu le code de la défense ;

Vu le code de la sécurité intérieure ;

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

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°2012-1151 du 15 octobre 2012 relatif à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans le département des Bouches-du-Rhône ;

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

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 interministériel du 8 décembre 1993 modifié portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 décembre 2016 portant affectation de Monsieur Hugues CODACCIONI, en qualité d'adjoint au secrétaire général pour l'administration du ministère de l'intérieur sud ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 mars 2014 portant organisation des secrétariats généraux pour l'administration du ministère de l'intérieur ;

Vu l'arrêté préfectoral du 24 juillet 2014 portant organisation du secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur (SGAMI) de la zone de défense et de sécurité sud ;

Vu l'arrêté préfectoral du 18 janvier 2021 portant délégation de signature à Monsieur Christian CHASSAING ;

Sur proposition du secrétaire général adjoint pour l'administration du ministère de l'intérieur sud,

ARRETE

ARTICLE 1
En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Christian CHASSAING, secrétaire général de la zone de défense et de sécurité sud, la délégation qui lui est accordée sera exercée par Monsieur Hugues CODACCIONI, secrétaire général adjoint pour l'administration du ministère de l'intérieur sud.

ARTICLE 2 portant missions relevant du programme 176 police nationale, pour la zone de défense et de sécurité Sud

2 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché Hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à Madame Rauana HOLOZET, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du bureau du budget, à Madame Stéphanie MANCEAU, secrétaire administrative de classe normale, jusqu'au 01/12/2021, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administrative de classe normale, à Madame Isabelle STURINO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef, à Monsieur Eric FRAISSE, secrétaire administratif de classe exceptionnelle, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Madame Catherine BELMONTE, adjointe administrative, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à M. Stéphane SANCHO, personnel contractuel, à M. Nicolas VIOU, personnel contractuel pour effectuer, dans CHORUS, la programmation et le pilotage des crédits relevant du programme 176

- BOP n° 7 – BOP zone de défense et de sécurité Sud
  en qualité de RBOP délégué du **0176-DSUD**,
- BOP n° 1 – « Commandement, soutien et logistique »
  en qualité de RUO du centre financier **0176-CCSC-DM13**.

2 – 2 Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement engagés sur le centre financier **0176-CCSC-DM13** qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
ABDECHCHAFI Marine	AHMED Natacha	ANINI Jamale
BELMONTE Catherine	BONIFACCIO Dominique	BIET Justine
BALZARINI Eric	BATIFOULIER Nicolas	BEDDAR Hocine
BONIFAY Anthony	BOUWE Lie	CAILLAUD Christine
CAMBON Marie-Ange	CANTAREL Simon	CARACCI Jeremie
CARLÉ Jean-Pierre	CARLI Catherine	COLLIGNON Geneviève
COSTANTINI Christine	COSTE Stéphanie	EDRU Myriam
ESTEVE Michaël	FABIE Cyril	FRAISSE Eric
FAURE Katie	GAY Lætitia	GOURNAY Rémi
GONZALEZ François	GRAL Gregory	HEDHLI Amal

HOLOZET Rauana	JORDAN Jean-Luc	JEAN-MARIE Nadège
JEANSELME Sébastien	LATTARD Christophe	LAFROGNE Sylvie
LAMBERT David-Olivier	LE-TARTONNEC Joëlle	MANCEAU Stéphanie jusqu'au 01/12/2021
MOUNIER Sandra	MORENO Raphaël	MORGANTI Pierre-Dominique
MARIN Antoine	PASQUIER Vincent	PERINI Jacques
REYNIER Béatrice	ROUMANE Sonia	REYNIER Béatrice
SANCHO Stéphane	SANCHEZ Francis	SAUGEZ Loïc
SIMON Laura		
SPIRIDON Olivier	STURINO Isabelle	SVALTI Thierry
UNAL Alexandra	VERRELLI Ornella	VIOU Nicolas

Cette procédure dématérialisée sera effectuée sur l'interface informatique CHORUS Formulaires et, le cas échéant, sur des formulaires papiers.

ARTICLE 3 portant missions relevant du programme 216 conduite et pilotage des politiques de l'intérieur, pour la zone de défense et de sécurité Sud

3 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché Hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget , à Madame Rauana HOLOZET, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du bureau du budget, à Madame Stéphanie MANCEAU, secrétaire administrative de classe normale, jusqu'au 01/12/2021, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administrative de classe normale, à Madame Isabelle STURINO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef, à Monsieur Eric FRAISSE, secrétaire administratif de classe exceptionnelle, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Madame Catherine BELMONTE, adjointe administrative, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à M. Stéphane SANCHO, personnel contractuel, à M. Nicolas VIOU pour effectuer, dans CHORUS, la programmation et le pilotage des crédits relevant du programme 216 « Conduite et Pilotage des Politiques de l'Intérieur » RUO du centre financier **0216-CSGA-DSUD**.

3 – 2 Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement du SGAMI Sud, sur le centre financier **0216-CSGA-DSUD**, qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
ABDECHCHAFI Marine	ASSILA Myriam	BELMONTE Catherine
BAUMIER Marie-Odile	BALZARINI Eric	BEDDAR Hocine
BONPAIN Patricia	BIET Justine	BUSSUTIL Anthony
CARLÉ Jean-Pierre	CHRISSOKERAKIS Estelle	COLLIGNON Geneviève

CORDEAU Emilie	DE OLIVEIRA Valérie	ESTEVE Michael
EUDE CARNEVALE Nadège	FABIE Cyril	
	FRAISSE Eric	FLORES Cécile
GAY Laëtitia	GOURNAY Rémi	HAMOUDI Cécile
HEDHLI Amal	HOLOZET Rauana	IVALDI-CLERMONT Magali
JAMS Jean Expedit	JEAN-MARIE Nadège	JEANSELME Sébastien
LE-TARTONNEC Joëlle	LATTARD Christophe	LAMBERT David-Olivier
MALECKI Jaroslaw	MANCEAU Stéphanie jusqu'au 01/12/2021	MAZZOLO Carine
MENUSIER Stéphane	MORENO Raphaël	MOUNIER Sandra
NOURI Anissa	PEREZ Nathalie	PICAN Jacques
PICAVET Hélène	POELAERT Isabelle	PRE Muriel
ROUMANE Sonia	SABATE-DUMONTEIL Karine	SAUGEZ Loïc
SANCHO Stéphane	SAURIN Linda	SCHMERBER Bernadette
SIMON Laura	STASSIN Patricia	STURINO Isabelle
TAORMINA Alain	TEDDE Anthony	VIOU Nicolas
VIALARS Marion	VERDIER Patricia	VERZENI Thierry

Cette procédure dématérialisée sera effectuée sur l'interface informatique CHORUS Formulaires et, le cas échéant, sur des formulaires papiers.

3 – 3 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée pour effectuer le pilotage des crédits de l'UO contentieux police et gendarmerie, centre financier : 0216-CAJC-DSUD, pour constater le service fait et signer les demandes de règlement : à hauteur de 50 000 euros à Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances et à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, entre 10 000 et 25 000 euros à Monsieur Cyrille CAMUGLI, attaché d'administration de l'État, chef du bureau du contentieux et du conseil juridique, jusqu'à 10 000 euros, à Madame Sania BOUSOUKA, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du bureau du contentieux et du conseil juridique, cheffe du pôle « protection juridique, indemnisation et recouvrement» jusqu'à 10 000 euros, à Madame Jeanine MAWIT, attachée d'administration de l'État, cheffe du pôle « contentieux administratif et conseil juridique », jusqu'à 1 500 euros à Madame Laëtitia BEDNARZ, secrétaire administrative de classe supérieure, cheffe de la section « indemnisation et recouvrement » et à Mme Laëtitia DI MEO, secrétaire administrative de classe normale, cheffe de la section "protection juridique".

3 – 4 Sont autorisés à exprimer les besoins de l'UO. relative aux moyens alloués à la DSIC, en gestion locale du centre financier **0216-CNUM-DSUD**, adressés par les chefs de services dûment habilités, Madame Magali IVALDI-CLERMONT attachée d'administration de l'État, Madame Estelle CHRISSOKERAKIS, contrôleur des services techniques, Madame Valérie DE OLIVEIRA, secrétaire administrative de classe supérieure, Madame Isabelle POELAERT, technicienne SIC de classe supérieure, Monsieur Anthony BUSSUTIL, apprenti, appartenant tous au bureau des Moyens et Activités Transverses de la DSIC, dans la limite des montants fixés, ainsi qu'à constater le service fait.

3 - 5 Délégation est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLÉ, attaché hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget, à Madame Rauana HOLOZET, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du bureau du budget, à madame Cécile HAMOUDI, secrétaire administratif de classe normale, Madame Cécile FLORES, adjointe administrative principale seconde classe, Mme Karine SABATE-DUMONTEIL, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, déléguée territoriale de Toulouse à l'effet de certifier le service fait concernant les frais de mission et de formation engagés par les personnels du SGAMI SUD dans le cadre du programme 2016.

ARTICLE 4 portant missions relevant du programme 303 lutte contre l'immigration irrégulière, pour la zone de défense et de sécurité Sud

4 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée à Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État, adjoint au directeur de l'administration générale et des finances, à Monsieur Jean-Pierre CARLE, attaché hors classe d'administration de l'État, chef du bureau du budget , à Madame Rauana HOLOZET, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du bureau du budget, à Madame Stéphanie MANCEAU, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Antoine MARIN, secrétaire administrative de classe normale, à Madame Isabelle STURINO, secrétaire administrative de classe normale, à Monsieur Eric BALZARINI adjudant-chef , à Monsieur Eric FRAISSE, secrétaire administratif de classe exceptionnelle, à Madame Joëlle LE TARTONNEC, secrétaire administrative de classe supérieure, à Madame Justine BIET, adjointe administrative, à Madame Catherine BELMONTE, adjointe administrative, à Madame Sonia ROUMANE, adjointe administrative, à Monsieur David-Olivier LAMBERT, adjoint administratif, à M. Rémi GOURNAY, adjoint administratif, à M. Stéphane SANCHO, personnel contractuel, à M. Nicolas VIOU pour effectuer, dans CHORUS, **la programmation et le pilotage des crédits relatifs au fonctionnement des centres de rétention administrative relevant du centre financier 0303-CLII-DSUD du programme 303.**

4 – 2 Sont autorisés à exprimer les besoins relevant des crédits de fonctionnement du SGAMI Sud, sur le centre financier **0303-CLII-DSUD**, qui leur ont été adressés par les chefs de services dûment habilités, dans la limite des montants fixés pour chacun d'eux, ainsi qu'à constater le service fait, les agents, dont les noms suivent :

NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
BALZARINI Eric	BELMONTE Catherine	BIET Justine
CARLÉ Jean-Pierre	FRAISSE Eric	HOLOZET Rauana
GOURNAY Rémi	LAMBERT David-Olivier	LE-TARTONNEC Joëlle
MANCEAU Stéphanie	ROUMANE Sonia	SANCHO Stéphane
STURINO Isabelle	MARIN Antoine	

ARTICLE 5 portant missions du centre de services partagés CHORUS, pour la zone de défense et de sécurité Sud –MI5PLTF013

5 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 est donnée Monsieur Sébastien TRUET, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'administration générale et des finances, et :

- à Monsieur David GUILLIOT, attaché principal d'administration de l'État adjoint au directeur de l'administration générale et des finances
- à Madame Virginie NATALE, attachée principale d'administration de l'État, chef du CSP SGAMI Sud (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables d'unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les Programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363;
- au Commandant Emmanuel BOUCHEZ, adjoint au chef du CSP SGAMI Sud, chef du bureau des dépenses métiers et recettes non fiscales (centres de services partagés) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les Programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363 ;
- à Madame Béatrice JAMET, attachée d'administration de l'État, chef du bureau des dépenses courantes (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les Programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363 ;
- à Monsieur Laurent LUCZAK, attaché d'administration de l'État, chef de bureau de la performance financière (centre de services partagés SGAMI Sud) en tant que service ordonnateur agissant pour le compte des responsables des unités opérationnelles, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État imputées sur les programmes 176, 152, 161, 303, 723, 216, 354, 362, 363 .

5 – 2 Dans le cadre de l'ordonnancement secondaire des dépenses et des recettes de l'État, délégation est accordée aux agents « responsables », dont les noms suivent, relevant du centre de services partagés CHORUS, en fonction de leur habilitation, aux fins d'exécution dans CHORUS des décisions des prescripteurs, et en particulier pour la validation des demandes de paiement (incluant les loyers de la gendarmerie relevant du P152), des engagements juridiques (incluant les loyers de la gendarmerie relevant du P152), des engagements de tiers, des recettes non fiscales et de la comptabilité auxiliaire des immobilisations :

RESPONSABLES		
APELIAN Josiane	BERNARD Anne	BROTO Liliane
CHAURIS Josée-Laure	DAHMANI Anissa	DAL Sylvie
DINOT Anne-Marie	ENGEL Nathalie	FARKAS Alexandrine
GABOURG Martiny	GACONIER Sylvie	GALIBERT Jean-Paul
GANGAI Solange	GILLET Katy	GRANDIN Catherine
GIL Marlène	IBERSIENE Soazig	JALASSON Marie-Danielle
JEBALI Wafa	KADA-YAHYA Habiba	LEVEILLE Virginie
LUCAS Julie	MATTEI Magali	MECENERO Eric
MOLINOS Patricia	PERRIER Emilie	RENAULT Céline
	SANCHO Emmanuelle	TAILLANDIER Renaud
TAPON Mélissa	TROMBETTA Aline	TRUONG VAN Sylvie
VALLEJO Geneviève	VAUCHEY Aurore	

5 – 3 Dans le cadre de l'ordonnancement secondaire des dépenses et des recettes de l'État, délégation est accordée aux agents « gestionnaires », dont les noms suivent, relevant du centre de services partagés CHORUS, en fonction de leur habilitation, aux fins d'exécution dans CHORUS des décisions des prescripteurs et en particulier pour la saisie des demandes de paiement, des

engagements juridiques, des engagements de tiers, des recettes non fiscales, de la comptabilité auxiliaire des immobilisations ainsi que de la certification du service fait :

GESTIONNAIRES		
ABBAD Farida	APELIAN Josiane	BAROZZI Elodie
BARUTEU Nicole	BENAKKA Souad	BENAMOR Soumia
BERGELIN Sandra	BOUDENAH Célia	BOUCHEZ Emmanuel
BUTI Jacqueline	BOYE Céline	BOYER Marie-Antoinette
BOUGUERN Najat	CASTELAIN Elisabeth	CELENTANO Anne
CHAURIS Josée-Laure	DAHMANI Anissa	DECKERT Lydie
DEGEILH Isabelle	DEKHIL Farida	DINOT Anne-Marie
DJERIBIE Ida	DOUNA Sandy	ESCOUBET Romain
ETIENNE GERMAN Hélène	EL KHATTABI SGHIOUAR Nadia	ROBYN Aurélie
FATAN Amira	GIL Marlène	GABOURG Martiny
GACONIER Sylvie	GALIBERT Jean-Paul	GALIBERT Véronique
GANGAI Solange	GELLIBERT Isabelle	GILLET Katy
GRANDIN Catherine	GRAS Maylis	GRINAND Frédéric
GUENZOUI Amira	HERNANDEZ Emmanuel	HENOUIL Danielle
HNACIPAN Schulz	JAMET Béatrice	JALASSON Marie-Danielle
JEBALI Wafa	KETCHANTANG Rachel	KWIECIEN Brigitte
KADA-YAHYA Habiba	KUNCEVICIUS Muriel	LUCAS Julie
LUCIANAZ Valérie	LEVEILLE Virginie	LUCZAK Laurent
MAS Morgane	MATEOS Corinne	MONETA-BILLARDELLO Cécile
MARQUOIN-LAROUI Isabelle	MECENERO Eric	MESNARD Céline
MEKNACI Touria	MTOURIKIZE Nailati	NATALE Virginie
NUYTTEN Yasmina	OULION Tony	PELLERIN Véronique
PELUSO Virginie	PERRIER Emilie	PEREZ Léa
PEYRE Guilhem	PISTORESI Leslie	PLANTEL Laura
POLIZZI Bruno	RASOANARIVO Norosoa	RENAULT Céline
ROCH Monique	ROUSSEAU Edwige	RIFFARD Elisabeth
ROMANELLI Laurent	ROSO Jessica	RUGGIU Pierrette
SALAMA Valérie	SABATINI Camille	SALOMONE Fabien
SANCHO Emmanuelle	SERAFINO Neyla	TAPON Mélissa
TAVIAN Yannick	TEISSERE Florence	TEROOATA Raimere
TOUMA Célia	TRAVERSE Marc	TROMBETTA Aline
TRUONG VAN Sylvie	VUAILLET Sophie	VALLEJO Geneviève
VILLECROZE Valérie		

ARTICLE 6 portant dépenses de personnel, de frais de changement de résidence et de frais médicaux.

6 – 1 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 sera exercée par Madame Laura SIMON, attachée principale d'administration de l'État, adjointe au directeur des ressources humaines, Madame Caroline VALLICCIONI, attachée principale d'administration de l'État, chef du pôle d'expertise et de services, Madame Béatrice REMY, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du pôle d'expertise et de services et Madame Camille CHEVALLIER, attachée d'administration de l'État, adjointe au chef du pôle d'expertise et de services, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des dépenses l'État et uniquement :

- pour le ministère 209, programmes 152, 216, 161, 176, 232 et 354;
- pour le ministère 245, programme 147,
- pour le ministère 250, programme 148,
- en vue de la liquidation des dépenses de titre II hors PSOP et de la liquidation des frais de changement de résidence.

En outre, dans le cadre de la pré-liquidation des rémunérations en mode gestion intégrée du système d'information RH, la délégation de signature pourra être exercée en vue de la signature de certificats ou pièces justificatives adressés au comptable par :

- Madame Françoise SIVY, attachée principale d'administration d'Etat, chef du bureau des personnels administratifs, techniques et scientifiques et Catherine LAPARDULA, attachée principale d'administration d'Etat, adjointe au chef du bureau des personnels administratifs, techniques et scientifiques concernant les personnels contractuels;
- Monsieur Michel BOURELLY, attaché principal d'administration d'Etat, chef du bureau des actifs, et Monsieur Nicolas JAUFFRET, attaché d'administration, adjoint au chef du bureau des actifs, concernant les personnels réservistes et l'avantage spécifique d'ancienneté

6 – 2 En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Hugues CODACCIONI, la délégation qui lui est consentie à l'ARTICLE 1 sera exercée par Madame Laura SIMON, attachée principale d'administration de l'État, adjointe au directeur des ressources humaines, Madame Isabelle FAU, attachée d'administration de l'État, chef du bureau des affaires médicales et sociales, et Monsieur Jean-Laurent GASPARD, attaché d'administration de l'État, adjoint au chef du bureau des affaires médicales et sociales, pour la programmation, le pilotage des crédits relatifs aux frais médicaux et la constatation du service fait.
Au titre de la Délégation territoriale de Toulouse, la délégation sera exercée par Madame Catherine FEUILLERAT, attachée principale d'administration de l'État, chef du bureau des affaires sociales et Madame Isabelle PEREZ, secrétaire administrative de classe normale, adjointe au chef du bureau des affaires sociales, pour la constatation du service fait.

ARTICLE 7

L'arrêté du 4 septembre 2020 portant délégation d'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'État au titre des différents programmes exécutés par le SGAMI Sud et le Centre de Services Partagés SGAMI sud est abrogé.

ARTICLE 8

Le secrétaire général adjoint pour l'administration du ministère de l'intérieur sud est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures chefs-lieux des régions PACA, Occitanie et Corse.

Fait à Marseille, le 02 DEC. 2021

Christian CHASSAING