



**PRÉFET
DE LA RÉGION
OCCITANIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2026-266

PUBLIÉ LE 29 JUIN 2026

Sommaire

Agence Régionale de Santé Occitanie / Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

R76-2026-06-26-00005 - Décision ARS Occitanie n° 2026-1531 portant autorisation pour le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) d'installer dans le cadre de son autorisation d'activité de soins de Radiologie diagnostique un équipement supplémentaire de type IRM sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048) (4 pages)

Page 3

ARS OCCITANIE / DIRECTION

R76-2026-06-29-00002 - Arrêté relatif à l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation LYMPHORAC (23 pages)

Page 8

Agence Régionale de Santé Occitanie

R76-2026-06-26-00005

Décision ARS Occitanie n° 2026-1531 portant autorisation pour le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) d'installer dans le cadre de son autorisation d'activité de soins de Radiologie diagnostique un équipement supplémentaire de type IRM sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048)

Décision ARS Occitanie n° 2026-1531
portant autorisation pour le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) d'installer dans le
cadre de son autorisation d'activité de soins de Radiologie diagnostique un
équipement supplémentaire de type IRM sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU
TOULOUSE (ET - 310783048)

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

- **Vu** le Code de la Santé Publique (CSP) et notamment ses articles L.6122-1 et suivants, et R.6122-1 et suivants relatifs aux autorisations, R.6123-1 et suivants relatifs aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds et D.6124-1 et suivants relatifs aux conditions techniques de fonctionnement ;
- **Vu** l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds (EML) ;
- **Vu** la Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite "LOI VALLETOUX", ainsi que le décret n° 2024-268, pris pour son application, en date du 25 mars 2024 et relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activités de soins ;
- **Vu** le décret n° 2021-974 du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- **Vu** le décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- **Vu** le décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- **Vu** le décret n° 2025-189 du 27 février 2025 relatif à la simplification des procédures d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- **Vu** le décret du 15 avril 2026 portant nomination de Monsieur François MENGIN-LECREULX en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie, publié au Journal Officiel le 16 avril 2026 ;
- **Vu** l'arrêté en date du 27 juillet 2021 fixant le contenu du dossier de demande initiale d'autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds ;
- **Vu** l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du Code de la Santé Publique ;
- **Vu** l'arrêté ARS n° 2023-3161 du 6 juin 2023 portant adoption des zones du Schéma Régional de Santé relatives aux activités de soins, aux EML et aux laboratoires de biologie médicale ;
- **Vu** l'arrêté n° 2023-5215 en date du 27 octobre 2023 portant approbation du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Occitanie 2023-2028 et les arrêtés n° 2025-0575 du 28 janvier 2025 et 2026-1219 du 20 février 2026 portant respectivement adoption des avenants 1 et 2 dudit PRS ;

- **Vu** la décision ARS Occitanie n° 2024-5257 du 14 janvier 2025 portant autorisation d'exercer l'activité de soins de « Radiologie diagnostique » sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048) ;
- **Vu** la décision n° 2026-2420 du 27 avril 2026 portant délégation de signature du Directeur Général de l'ARS Occitanie ;
- **Vu** la demande présentée par le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) visant à obtenir l'autorisation d'installer un équipement supplémentaire de type IRM dans le cadre de son autorisation d'activité de soins de « Radiologie diagnostique », sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048), sis PLACE DU DR BAYLAC, 31059 TOULOUSE ;
- **Vu** l'avis de la Commission Spécialisée de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Occitanie, relative à l'organisation des soins (CSOS), lors de sa séance du 17 février 2026 ;

Considérant que les décrets n° 2022-1237 et n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 ont réformé les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie (scanner et IRM) ;

Considérant que le décret précité n° 2022-1237, relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle, prévoit une exigence de mixité des équipements, exigence reprise dans le III de l'article R.6123-161 du CSP ;

Considérant qu'en application du II de l'article R.6123-161 précité et de l'arrêté ministériel du 16 septembre 2022 susvisé, le nombre maximal des équipements pour un site autorisé, est fixé à 3, mais que le titulaire peut être autorisé à disposer d'un nombre supérieur d'équipements, dans la limite de 18, si la situation territoriale, le volume des actes, leur nature, ou la spécialisation de l'activité le justifient ;

Considérant que le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) est autorisé à ce jour pour exploiter 3 scanners et 3 IRM, sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048), soit un total d'appareils déjà au-dessus du seuil de 3 équipements ;

Considérant que dans ce contexte, le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) sollicite l'autorisation d'installer un équipement supplémentaire de type IRM sur son site, portant ainsi le plateau à 3 scanners et 4 IRM, pour un total de 7 appareils ;

Considérant que ladite demande constitue une modification substantielle au sens de l'article R.6122-38-1 du CSP, rendant nécessaire le dépôt d'un dossier complet auprès de l'ARS et sa présentation en CSOS ;

Considérant que l'Agence Régionale de Santé Occitanie a examiné le projet au regard des dispositions prévues par l'article L.6122-2 du CSP et des objectifs qualitatifs du PRS 2023-2028 ;

Considérant que les objectifs qualitatifs du Schéma Régional de Santé pour le volet Radiologie Diagnostique prévoient notamment, au titre des priorités d'action identifiées, de :

- **Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité de l'offre,**
- **Faciliter les échanges, la coopération et les mutualisations de ressources entre acteurs d'un même territoire,**
- **Renforcer l'articulation entre professionnels de l'imagerie et médecins demandeurs,**
- **Promouvoir la qualité des soins ;**

Considérant que le promoteur constate des délais de rendez-vous de plusieurs mois pour des examens programmés et que l'activité non programmée s'insère difficilement dans le planning de l'établissement ;

Considérant que ce projet d'installation d'une 4^{ème} IRM, dédiée à l'activité d'urgence consiste à regrouper l'ensemble des examens d'IRM non programmés du site sur ce nouvel appareil ;

Considérant que les créneaux libérés sur les 3 IRM existantes permettront de développer l'offre d'examens programmés et ainsi de réduire les délais de prise en charge ;

Considérant que cette demande a été examinée par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins de la CRSA Occitanie, lors de sa séance du 17 février 2026 et a reçu un avis FAVORABLE ;

Considérant que le projet est conforme aux objectifs qualitatifs du Schéma Régional de Santé et qu'il répond aux besoins de santé de la population du territoire concerné, identifiés lors de l'élaboration du PRS 3 et retranscrits dans les objectifs de son Schéma ;

Considérant que la demande est sans incidence sur le bilan quantitatif de l'offre de soins dans le département de la Haute-Garonne dans la mesure où il s'agit d'une offre de soins déjà existante sur le territoire ;

Considérant par ailleurs que la modification des conditions d'exécution d'une activité de soins est sans incidence sur la durée de vie de son autorisation ;

Considérant que le demandeur s'engage à respecter les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement réglementaires ;

Considérant, enfin, que le demandeur souscrit aux engagements particuliers concernant les dépenses à la charge de l'assurance maladie, le volume d'activité et la réalisation d'une évaluation, conformément à l'article L.6122-5 du CSP ;

DECIDE

Article 1 La demande présentée par le CHU TOULOUSE (EJ - 310781406) visant à obtenir l'autorisation d'installer un équipement supplémentaire de type IRM, **sur le site de l'HOPITAL PURPAN CHU TOULOUSE (ET - 310783048), sis PLACE DU DR BAYLAC, 31059 TOULOUSE** dans le cadre de l'exécution de son autorisation d'activité de soins de radiologie diagnostique, **est acceptée.**

Article 2 **Cette décision est sans effet sur la durée de validité de l'autorisation** d'activité de soins précitée ni sur les caractéristiques FINESS.

Article 3 Conformément aux articles L.6122-11 et R.6122-36 du CSP, cette opération doit faire l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de 3 ans à compter de la notification de la présente décision et devra être achevée au plus tard 4 ans après celle-ci.

Article 4 L'achèvement de l'opération de modification substantielle des conditions d'exécution de l'activité de soins devra être déclarée sans délai au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, conformément aux articles R.6122-37 et D.6122-38 du CSP.

Pour ce faire, le titulaire transmet une déclaration par courriel avec AR à l'adresse : ARS-OC-DOSA-AUTORISATIONS-CONTRACTUALISATION@ars.sante.fr .

Toujours en application de ces articles, devront être joints à cet envoi tous documents attestant que le titulaire a obtenu un résultat positif aux contrôles techniques applicables, le cas échéant, à ses installations. Le titulaire peut commencer l'exercice de l'activité ou l'utilisation de l'équipement matériel lourd et dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux à partir du jour suivant cet envoi.

- Article 5** À réception de la déclaration d'achèvement de l'opération, l'ARS peut procéder à toute vérification utile, sur pièces ou sur place, afin de s'assurer de la conformité de l'opération réalisée aux caractéristiques de l'autorisation délivrée et aux conditions techniques de fonctionnement applicables.
- Article 6** En application de l'article L. 6122-10 du même code, l'établissement reste tenu de demander le renouvellement de son autorisation au plus tard 14 mois avant l'échéance de celle-ci, qui demeure inchangée.
- Pour ce faire, le titulaire des autorisations peut **se référer au tableau de bord** disponible en ligne sur l'appliquet national **SI Autorisations**, qui liste les autorisations détenues et les délais et procédures à respecter pour chacune d'elles.
- Article 7** Cette décision peut faire l'objet, dans les 2 mois suivants sa notification pour le promoteur ou sa publication pour les tiers intéressés, d'un recours gracieux auprès du DGARS, d'un recours hiérarchique auprès du Ministère de la Santé et/ou d'un recours contentieux. Les recours gracieux et hiérarchique ne constituent pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans le délai précité. Ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou de manière dématérialisée via le site Internet « Télérecours citoyens » accessible à l'adresse suivante « www.telerecours.fr ».
- Article 8** La Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie et le Directeur Départemental concerné de l'ARS Occitanie, sont chargés de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Montpellier, le vendredi 26 juin 2026

Pour le Directeur Général et par délégation,
La Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie


Julie SENGER

ARS OCCITANIE

R76-2026-06-29-00002

Arrêté relatif à l'ouverture d'une période
transitoire
de l'innovation LYMPHORAC

**Arrêté n° 2026-3509 relatif à l'ouverture d'une période transitoire
de l'innovation *LYMPHORAC***

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé 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** la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 ;
- 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 27 avril 2026 portant nomination du directeur général de l'Agence Régionale d'Occitanie - M. François MENGIN-LECREULX ;
- Vu** l'arrêté du 23 juin 2025 fixant pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux Agences Régionales de Santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale et l'arrêté du 12 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 23 juin précité ;
- Vu** l'arrêté du 8 juin 2026 fixant pour l'année 2026 le montant des crédits attribués aux Agences Régionales de Santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;
- Vu** les délibérations du conseil d'administration de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie réuni le 15 décembre 2025 portant fixation du budget initial 2026 de l'agence (budget principal et budget annexe) ;
- Vu** la décision ARS Occitanie N°2026-2420 du 27 avril 2026 publiée au RAA Occitanie du 27 avril 2026 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie ;
- Vu** les avis favorables du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé en date respectivement du 13 mai 2026 et du 4 juin 2026 sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « LYMPHORAC » ;
- Vu** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé en date du 25 juin 2026 sur l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation « LYMPHORAC ».

Considérant que l'objectif de l'innovation « LYMPHORAC » est de mettre en place, pour les patients porteurs d'un lymphœdème quelle qu'en soit l'étiologie, un parcours de soins 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 maîtrisant 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 1^{er} : L'innovation « LYMPHORAC » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges annexé.

Article 2 : La période transitoire est établie pour une durée de 12 mois, extensible à 18 mois, le cas échéant. Elle débute le 1^{er} juillet 2026 et se termine au plus tard le 31 décembre 2027, dans le cas où le droit commun ne serait pas opérationnel le 30 juin 2027.

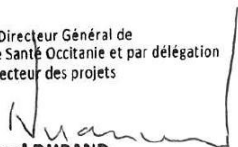
Article 3 : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie.

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans le délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via la plateforme Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Montpellier, le 29 juin 2026

**Le Directeur Général
de l'ARS Occitanie**

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
Le Directeur des projets


Pascal DURAND



INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES PERIODE TRANSITOIRE POST EXPERIMENTATION

Parcours LYMPHORAC 51

NOM DES PORTEURS :

- ✓ Dr Julie MALLOIZEL-DELAUNAY, Service de Médecine Vasculaire, Pôle Cardio-Vasculaire et Métabolique – CHU Rangueil / Toulouse, malloizel-delaunay.j@chu-toulouse.fr ;
- ✓ Pr Isabelle QUERE, Service de Médecine Vasculaire, Pôle des Cliniques Médicales, Hôpital St Eloi – CHU Montpellier, i-quere@chu-montpellier.fr

Le présent cahier des charges s'inscrit dans le cadre de la phase transitoire du dispositif LymphoRac validée par le comité technique de l'innovation en santé CTIS en juin 2026.

Le dispositif expérimental « LymphoRac 51 » porté par le CHU de Montpellier et le CHU de Toulouse a été autorisé par arrêté n° 2024-2328 en date du 05 avril 2024, publié le 08 avril 2024 au recueil des actes administratifs, modifiant l'arrêté initial n°2021-4894 en date du 25 novembre 2021, publié au recueil des actes administratifs le 04 décembre 2021, puis l'arrêté n°2025-7378 en date du 03 décembre 2025, publié au recueil des actes administratifs le 09 décembre 2025.

Respectivement le 13 mai 2026 et le 4 juin 2026, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé ont rendu un avis favorable à son passage dans le droit commun. Une période transitoire de 12 mois, prolongeable jusqu'à 18 mois le cas échéant, est ouverte pendant laquelle les sites expérimentateurs pourront poursuivre la mise en œuvre des modalités expérimentales dans l'attente des textes définitifs adoptés pour le passage en droit commun.

Résumé du projet

Ce projet est né de l'identification d'un défaut d'accès à des soins de qualité au long cours 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 répond 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 cours 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	

Table des matières

I	Nom du porteur et liste des partenaires concernés	4
	PRÉSENTATION DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'INNOVATION	4
II	Résultats de l'expérimentation et avis des comité technique et conseil stratégique de l'innovation en santé.....	4
III	Description de l'innovation faisant l'objet de la période transitoire	9
III.1	Objet de l'innovation en santé.....	9
III.2	Population cible et effectifs	9
III.2.a	Critères d'inclusion.....	9
III.2.b	Critères d'exclusion	10
III.2.c	Effectifs cibles.....	10
III.3	Parcours du patient / usager	10
III.4	Organisation de la prise en charge / Intervention	12
	Phase d'hospitalisation de jour « séquence de prise en charge diagnostique et thérapeutique »..	12
	Phase d traitement Décongestif Intensif (TDI)	13
	Phase dite « de maintien ou d'entretien » au plus près du domicile.	14
III.5	Terrain de maintien en conditions opérationnelles	16
III.6	Durée de la période transitoire.....	16
III.7	Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire	16
IV	Financement de l'innovation en santé	17
IV.1.a	Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)	17
IV.1.b	Besoin total de financement	17
V	Dérogations nécessaires pour la période transitoire de l'innovation	18
V.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS)	18
V.2	Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)	19
VI	Liens d'intérêts	19
VII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	20
VIII	Annexe 2 – Catégories d'expérimentations	21

I NOM DU PORTEUR ET LISTE DES PARTENAIRES CONCERNES

Cette innovation est portée 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.

Les deux porteuses sont Mme le Dr Julie MALLOIZEL-DELAUNAY praticienne hospitalière dans le service de Médecine Vasculaire, responsable de l'unité de lymphologie du CHU de TOULOUSE depuis 6 ans et Mme le Pr Isabelle Quéré, Professeur des Universités praticienne hospitalière cheffe du département de Médecine Vasculaire et le Centre de Référence des Maladies Vasculaires et Lymphatiques Rares depuis 2014.

Les partenaires sont 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, ainsi que les associations de patients qui ont participé à l'élaboration du projet et exprimé des besoins concrets de terrain. Les URPPS infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthopédistes, pharmaciens ont également soutenu le projet.

Les partenaires de la mise en œuvre

- 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'innovation 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 »

II RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION ET AVIS DES COMITE TECHNIQUE ET CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

L'expérimentation s'est déroulée entre juin 2022 et juin 2026.

Les résultats de l'évaluation montrent que le dispositif répond aux besoins identifiés en structurant un parcours de soins coordonné entre centres experts et professionnels de proximité, et en améliorant l'accès à une prise en charge adaptée des patients atteints de lymphœdème tant primaire que secondaire.

L'expérimentation a démontré sa faisabilité opérationnelle, avec une organisation du parcours globalement maîtrisée, une forte adhésion des professionnels et des patients, ainsi que des résultats cliniques et organisationnels favorables, notamment en termes de réduction du renoncement aux soins et d'amélioration de l'autonomie des patients. Elle met également en évidence un potentiel de reproductibilité, sous réserve d'adaptations.

- Faisabilité opérationnelle :

L'expérimentation « Lymphorac 51 » apporte des éléments convaincants en faveur de la faisabilité opérationnelle d'un parcours coordonné de prise en charge du lymphœdème à l'échelle régionale.

Sur la période 2022-2024, le dispositif a atteint 200 inclusions, soit 100 % de l'objectif fixé, après une montée en charge initialement progressive puis soutenue.

La population incluse correspond à une file active cliniquement cohérente avec les objectifs de l'expérimentation : 78 % de femmes, un âge moyen de 58,6 ans, plus de 70 % de patients en surpoids ou obèses, une prédominance des atteintes des membres inférieurs (71,9 %) et une majorité de lymphœdèmes secondaires (54,8 %). La répartition entre parcours A (53 %) et parcours B (47 %) apparaît équilibrée et proche de la structuration cible. Elle montre que l'expérimentation telle que déployée a été capable d'absorber à la fois des situations relevant d'une prise en charge ambulatoire et des situations nécessitant une phase intensive de traitement décongestif.

L'évaluation montre un parcours globalement respecté, avec un suivi maintenu dans le temps. En moyenne, les patients suivent environ trois cycles de soins, avec une diminution progressive de l'intensité des forfaits ; les forfaits maximums laissant progressivement place à des forfaits minimum. Cette évolution traduit à la fois une stabilisation clinique et une autonomisation croissante des patients, sans rupture dans la continuité du parcours.

Il est toutefois à relever une réserve importante sur les bandages, avec une conformité limitée aux bandages prévus (<80% de conformité pour les forfaits médians et maximum), qui s'explique potentiellement par une qualité de données insuffisante. Les médecins vasculaires estiment quant à eux que 85% des forfaits sont considérés comme ayant eu l'ensemble des bandages prévus.

La gouvernance de « Lymphorac 51 » constitue un autre point fort du dispositif : un pilotage partagé entre les CHU de Montpellier et de Toulouse, articulé avec l'appui fort de l'ARS Occitanie. Les COPIL, les réunions inter-équipes et les outils de suivi partagés ont soutenu la montée en charge et l'harmonisation progressive des pratiques. L'évaluation souligne que cette gouvernance a été un facteur facilitant majeur, même si des asymétries institutionnelles entre les deux sites ont pu être observées, avec un portage local plus aisé à Montpellier qu'à Toulouse.

La mobilisation des professionnels est également un indicateur favorable de faisabilité. Au total, 150 professionnels ont adhéré au dispositif, dont 138 formés via le DPC, et 131 ont effectivement pris en charge au moins un patient. La structuration du réseau repose principalement sur 45 infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 93 masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat (MKDE) et 39 orthésistes ou pharmaciens partenaires. Les retours qualitatifs sont globalement positifs : les professionnels de proximité jugent le plan de soins pertinent, déclarent peu de difficultés majeures, affichent un niveau de satisfaction élevé, et 85 % se disent prêts à poursuivre en cas de généralisation.

Le principal point de fragilité identifié par l'évaluation concerne la coordination, unanimement décrite comme centrale pour la qualité et la sécurité du parcours, mais initialement sous-estimée et chronophage. L'organisation du lien hôpital – ville, le suivi des effecteurs, la sécurisation des prises en charge et l'ajustement des parcours ont mobilisé des ressources hospitalières importantes, générant des tensions organisationnelles allant jusqu'à l'épuisement de certains professionnels.

Un second point de vigilance concerne le système d'information SPICO, jugé peu intuitif, lourd d'utilisation et générateur de données parfois incomplètes ou difficilement exploitables.

Enfin, la couverture territoriale demeure hétérogène. La répartition des professionnels formés reste concentrée dans certains départements déjà relativement bien dotés en ressources médicales, notamment la Haute-Garonne (29,5 %) et l'Hérault (21,8 %), tandis que des zones comme le Lot, la Lozère ou le Gers apparaissent sous-représentées.

- Efficacité et efficience :

Un impact important du dispositif sur l'accès aux soins a pu être observé au travers d'une diminution marquée du renoncement aux soins. En effet, 40% des patients (N=50 patients) déclaraient avoir renoncé à des soins liés à leur lymphœdème avant leur entrée dans le parcours « Lymphorac 51 » alors que cette proportion chute à 4% depuis l'inclusion. Cette diminution est liée principalement à la prise en charge financière des dispositifs médicaux de contention qui lève ainsi un frein financier majeur jusque-là lié au coût élevé et au remboursement faible de ces dispositifs. L'enquête réalisée auprès de 50 patients a également permis de mettre en avant une réduction marquée du reste à charge supporté par les patients pour leur lymphœdème. Avant l'expérimentation, 78% des patients déclaraient des frais à leur charge pour leur lymphœdème pour un montant annuel moyen de 649€ (médiane=240€), principalement liés aux dispositifs médicaux et aux produits d'hygiène. Depuis leur participation, 60 % des patients déclarent encore avoir un reste à charge mais bien plus modéré (166€ en moyenne par an, 50€ en médiane) soit une diminution moyenne de 483€.

Les résultats de l'évaluation ont pu montrer une amélioration clinique significative chez les patients atteints de lymphœdème unilatéral, avec une diminution marquée du volume du lymphœdème aussi bien pour les membres inférieurs que supérieurs. À 6 mois, la réduction moyenne de la différence de volume atteint -686 ml (passant en moyenne de 2 325 à 1 639 ml) pour les membres inférieurs et -137 ml pour les membres supérieurs (passant de 727 à 590 ml). Ces diminutions se maintiennent à 12 mois. En revanche, chez les patients présentant un lymphœdème bilatéral des membres inférieurs, le dispositif permet surtout une stabilisation des volumes, autour de 11 000 à 12 000 ml au cours du suivi, ce qui est déjà en soit un résultat positif en évitant une aggravation de la pathologie.

La qualité de vie des patients est plutôt haute à l'inclusion (score EQ5D-5L de 0,8/1). A 6 mois, la qualité de vie reste stable et connaît une légère augmentation à 12 mois (0,9) associée à une tendance favorable de l'état de santé perçue. Par ailleurs, une diminution significative du gonflement est constatée à 6 mois (6 à 5,4, $p=0,011$) et confirmée à 12 mois (6,2 à 5,2, $p=0,002$), ainsi qu'une réduction marquée de la gêne-inconfort globale (de 6,1 à 4,9 à 12 mois, $p<0,001$). Cependant, aucune évolution sur la sensation de lourdeur et la douleur n'est observée.

Une amélioration globale perçue et évaluée cliniquement chez une proportion importante de patients, dès 6 mois (respectivement 62,5% et 43,3% de patients améliorés sur la santé perçue et sur la santé évaluée cliniquement) et maintenue à 12 mois (respectivement 62,8% et 45,6% de patients améliorés sur chaque dimension) a pu être mise en évidence.

Une amélioration nette des connaissances, des compétences et de l'autonomie depuis l'entrée dans le dispositif est remontée via l'enquête patients traduisant un effet positif du dispositif sur l'éducation thérapeutique, l'observance de la compression et la capacité des patients à gérer leur pathologie, en particulier chez ceux initialement peu informés ou peu autonomes malgré quelques limites sur certains gestes techniques (prise de mesure).

Les retours des professionnels hospitaliers et libéraux révèlent des effets positifs marqués du dispositif sur les dynamiques collectives et les pratiques professionnelles. Côté hospitalier, le dispositif a renforcé la cohésion et la motivation, tout en structurant un réseau de soignants formés et engagés, favorisant la continuité entre l'hôpital et la ville et une montée en compétences collective. Du côté des professionnels libéraux, la formation et la coopération avec les centres experts ont entraîné une amélioration des connaissances et des compétences ainsi qu'un renforcement de la collaboration interprofessionnelle.

Un appariement avec une population témoin dans d'autres centres n'a pas pu être mené du fait de certaines spécificités des deux centres experts expérimentateurs rendant compliquée la sélection de témoins comparables. Une analyse avant-après sur une période miroir de 12 mois a été mise en œuvre à partir des données SNDS. Les résultats suggèrent une évolution globale vers une prise en charge moins hospitalo-centrée avec une baisse marquée des hospitalisations sans nuitée (de 49,7% à 28,7% ; $p=0,0008$), liée à la baisse du recours au traitement décongestif intensif (TDI). Un moindre recours

aux infirmiers (40,0 contacts en moyenne sur les 12 mois « avant » versus 30,6 sur les 12 mois « après » ($p=0,0070$)) et une diminution du nombre de jours d'arrêt de travail indemnisés (21,6 jours en moyenne sur la période « avant » versus 11,7 jours sur la période « après » ($p=0,0797$)) sur les 18-65 ans) sont également identifiés. Toutefois, les résultats ne montrent pas d'effet significatif sur les passages aux urgences, sur la consommation d'antibiotiques ciblés ou le recours aux transports sanitaires sur l'ensemble de la population.

Des dépenses de consommation de soins (soins en ville et hôpital) sont stables sur les deux périodes (avant-après) pour l'ensemble des patients. Cette stabilité globale masque des différences selon le type de lymphœdème : une baisse des dépenses pour les lymphœdèmes secondaires et pour les patients ayant une atteinte unilatérale et une augmentation des dépenses pour les atteintes bilatérales des membres inférieurs. En incluant le montant des forfaits, une augmentation globale de 1 412 € des dépenses de santé est constatée, cette augmentation est à mettre au regard de la stabilisation à minima de la pathologie et à une certaine autonomisation des patients (création de forfaits 0 avec bandages réalisés par les patients).

Les bénéfices sont particulièrement marqués chez les patients avec un lymphœdème secondaire, avec des baisses plus marquées dans ce groupe ou des baisses observées versus une stabilité pour les lymphœdèmes primaires. On observe ainsi pour les lymphœdèmes secondaires une baisse plus marquée des hospitalisations sans nuitée (-38,9 points de % ; $p<0,0001$, -29,7 points de % pour les patients ayant une atteinte unilatérale, $p=0,0002$), un moindre recours aux transports sanitaires (29,2% versus 20,8% mais différence non significative, 19,8% versus 11,9% ; $p=0,0325$ pour les atteintes unilatérales) et une baisse significative des coûts (-2 311 €, -696 € pour les atteintes unilatérales), contrairement aux lymphœdèmes primaires et aux patients ayant une atteinte bilatérale où les coûts augmentent.

- Modèle économique de l'expérimentation :

L'expérimentation « Lymphorac 51 » présente un modèle économique globalement équilibré avec un déficit cumulé modéré (40 000 €, sur la période 2022-2025, un coût total de 1,04 millions d'euros pour 998 000€ de recettes) qui tend à se résorber au fil du temps grâce à la stabilisation des parcours et à un meilleur alignement entre forfaits et coûts réels. Les dépenses sont principalement concentrées à l'hôpital (55% des dépenses), en particulier sur les orthèses (1/4 de l'ensemble des dépenses) et les hospitalisations pour TDI, tandis que l'ambulatorio s'approche de l'équilibre.

- Reproductibilité :

La généralisation du dispositif « Lymphorac 51 » semble conditionnée par la structuration d'une offre de soins graduée, s'appuyant sur des centres experts. L'identification d'unités de lymphologie, jusqu'à trois niveaux d'expertise, est suggérée par les porteurs, afin de garantir l'expertise diagnostique et thérapeutique pour l'ensemble des lymphœdèmes (primaires et secondaires), ainsi que la formation des professionnels.

L'évaluation souligne que la professionnalisation de la coordination constitue un facteur déterminant, la charge de travail associée (planification, relances, suivi) ayant été significativement sous-estimée durant l'expérimentation. La pérennisation du modèle pourrait ainsi dépendre d'un soutien institutionnel explicite, sécurisant des moyens humains dédiés (médicaux, paramédicaux et administratifs).

Sur le plan territorial, la viabilité du réseau de proximité semble liée à un changement d'échelle de la formation, privilégiant des ateliers de groupe jugés plus efficaces que les formations individuelles. La sécurisation pérenne du financement par le DPC apparaît comme un prérequis pour maintenir les compétences locales et éviter toute rupture de continuité dans le maillage géographique. L'idée de constituer un pool de professionnels formés par zone est également évoquée pour garantir une pratique régulière malgré un volume de patients parfois faible par cabinet.

Les défaillances du système d'information ayant limité la traçabilité des actes, la réussite d'une généralisation semble conditionnée par le déploiement d'un outil interopérable et ergonomique, capable de sécuriser la traçabilité des soins sans alourdir la charge administrative.

L'inscription dans le droit commun nécessite une évolution du cadre réglementaire et tarifaire, incluant la création d'actes spécifiques pour les infirmiers (bandages) dont la valorisation serait modulée selon le niveau de l'atteinte (localisation et nombre de membres traités). Pour les soins de ville, une gradation tarifaire des parcours ambulatoires est suggérée, à l'image des trois niveaux expérimentés, afin de corrélérer le financement à la lourdeur réelle de la prise en charge. Parallèlement, une revalorisation des forfaits TDI hospitaliers sera nécessaire pour couvrir les coûts réels, l'expérimentation ayant mis en évidence des déficits unitaires de -195 € à -406 € selon la durée du séjour.

Concernant les dépenses liées aux orthèses (coût moyen par patient de 542 €), l'opportunité d'un encadrement des prix via un système de devis préalable est suggérée pour harmoniser les dépenses entre prestataires. L'évaluation avance l'hypothèse que l'utilisation de matériels de qualité et adaptés pourrait générer des gains à long terme grâce à une durabilité accrue et à une réduction de la fréquence des renouvellements, bien que cette perspective d'économies reste à confirmer. Par ailleurs, une réflexion sur la responsabilisation des patients, via un contrat de soins ou une participation symbolique, favoriserait un engagement thérapeutique durable tout en sensibilisant au coût élevé des dispositifs de compression.

La cohérence du modèle économique est établie, les données financières révélant une convergence des coûts (écart de seulement 5 %) entre Toulouse et Montpellier, ce qui constitue un signal favorable à la transférabilité du modèle. Toutefois, une incertitude subsiste quant à la reproductibilité du modèle dans des structures ayant des organisations ou des profils de patients très différents, notamment pour les cas d'obésité massive ou morbide dont la prise en charge est plus lourde, complexe et consommatrice de ressources médicales.

Au regard de ces éléments, le comité technique et le Conseil stratégique de l'innovation en santé ont émis un avis favorable à la généralisation du dispositif et recommandent la mise en place d'une période transitoire d'un an prolongeable jusqu'à 18 mois, si nécessaire, afin de sécuriser les conditions de déploiement et de soutenabilité du modèle.

La généralisation repose sur la structuration d'un parcours associant hôpital de second voire troisième recours et intervenants de ville pour la prise en charge des lymphœdèmes, articulé autour de centres experts hospitaliers assurant l'expertise, la coordination et la formation, en lien avec les professionnels de proximité intervenant au plus près du domicile des patients.

Cette période transitoire devra permettre de consolider la fonction de coordination, notamment de pilotage au moment du démarrage des projets, dont le rôle central a été confirmé mais dont le dimensionnement apparaît insuffisant, d'adapter le modèle économique globalement à l'équilibre au regard des coûts observés, en particulier pour les séquences de traitement décongestif intensif, et de préparer la reconnaissance des dispositifs de compression en tant que dispositif médical et ainsi sécuriser les modalités de prise en charge des dispositifs de compression, qui constituent un levier majeur d'accès aux soins. Elle devra également permettre de faire évoluer les systèmes d'information vers des outils interopérables et adaptés au suivi du parcours, de structurer le déploiement territorial en tenant compte des disparités de maillage des professionnels formés, et de garantir des modalités soutenables de formation et d'implication des acteurs de ville.

Enfin, il est souligné l'opportunité probable d'une actualisation des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à la prise en charge du lymphœdème, notamment s'agissant des indications et de l'utilisation des dispositifs de compression, ainsi que de l'adaptation des modalités de remboursement associées, afin d'accompagner la généralisation du dispositif dans des conditions homogènes et soutenables à la fois pour les acteurs de santé et pour l'Assurance Maladie.

III DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

III.1 OBJET DE L'INNOVATION EN SANTE

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

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 lymphoedèmes 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 cours ;
- ⇒ 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.

III.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

Identification des patients :

- Patient présentant un lymphoedème 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

III.2.a Critères d'inclusion

- Lymphoedème 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

III.2.b Critères d'exclusion

- D'impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet de surveillance selon le jugement du médecin désignant 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

III.2.c Effectifs cibles

La cible est de 72 patients inclus sur 12 mois

Le cas échéant, en considérant la prolongation de 6 mois la cible serait de 108 inclusions sur 18 mois.

III.3 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

➤ 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 1^{er} 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 et stabilité du lymphœdème). La sévérité et l'état de stabilité du lymphœdème (lymphœdème contenu ou non contenu) et le stade du lymphœdème vont permettre de définir le parcours, entre les 2 parcours distincts qui seront décrits dans les paragraphes suivants,

- 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 stable et contenu de stade 1, 2a, 2b ou 3 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 non contenu de stade 2a, 2b ou 3 et/ou en perte d'autonomie pour lesquels une séquence de traitement décongestif intensif (TDI) à l'hôpital est nécessaire avant une prise en charge en externe.

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 aux 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 aux 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 1^{er} recours
4. Prise en charge externe par soignants de premiers recours avec un suivi régulier par téléconsultation

III.4 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

PHASE D'HOSPITALISATION DE JOUR « SEQUENCE DE PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE »

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 sont guidés 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 d'une 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 2^{ème} temps après un traitement décongestif intensif.

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 artériel*	5%	Echo-doppler veineux	100 %
Echographie musculotendineuse	5%	Echo-doppler artériel	5%
Impédancemétrie	20%	Echographie musculotendineuse	30%
IRM des membres	70%	Impédancemétrie	50%
Lympho IRM	70%	IRM des membres	20%
Lymphoscintigraphie	70%		
Prélèvements biologiques	100%	Lympho IRM	10 %
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%

*5% échographie artérielle mais plus de 95% de mesure IPS ¹ou Sys Toe² en dépistage

A noter que certains examens tels que la lymphoIRM ou la lymphoscintigraphie ne pourront pas être réalisés 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 DECONGESTIF INTENSIF (TDI)

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

¹ IPS : indice de pression systolique

En moyenne, 95 % des patients bénéficient d'un TDI sur 5 jours, 5% des patients bénéficient d'un TDI sur 10 jours.

PHASE DITE « DE MAINTIEN OU D'ENTRETIEN » AU PLUS PRES DU DOMICILE.

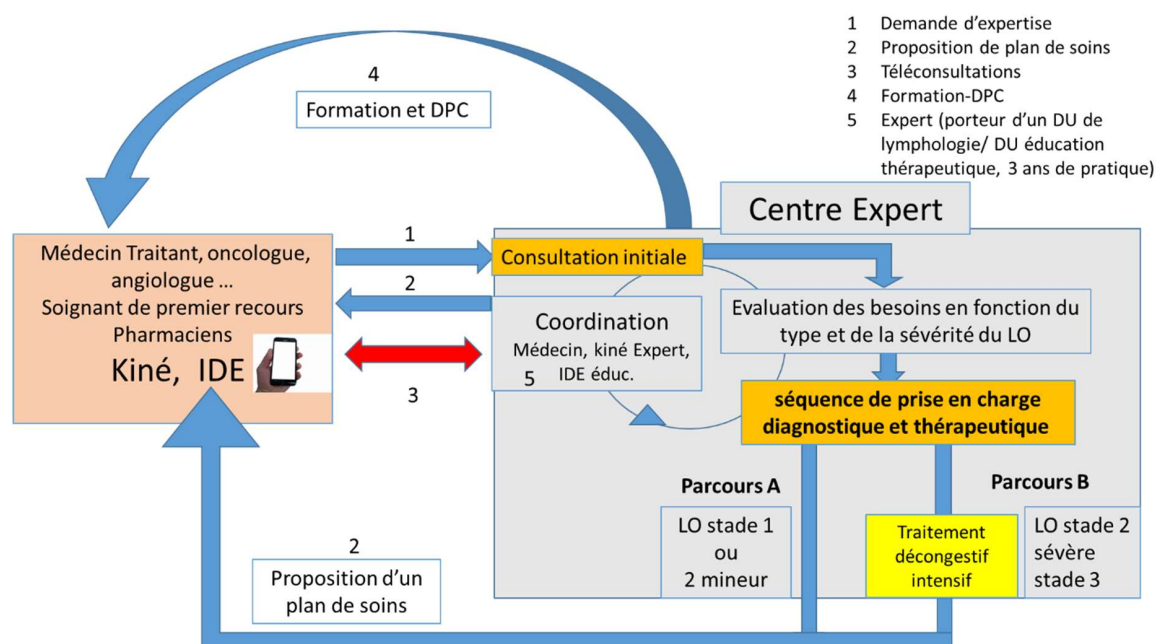
La suite de la prise en charge est réalisée en externe, au plus près du domicile, pour les 2 parcours A et B. Le suivi en téléconsultation permet de faire le lien entre les soignants de 1^{er} recours et le centre expert. La téléconsultation est réalisée au domicile du patient, ou au cabinet des IDE ou kinésithérapeutes. Elle implique la participation du patient, du requérant (IDE ou kinésithérapeute), 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.

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, la réalisation des bandages sera réalisée par les IDE associés 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- télé-expertise).		Acteurs de proximité coordonnés par l'équipe référente du parcours lymphœdème (avec actes de téléconsultation)

La coordination et l'animation de ce parcours sont assurées 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 la 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, objectiver la bonne pose 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 de proposer une nouvelle stratégie thérapeutique : soit établir un nouveau plan de soins adapté 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 premier recours infirmier ou kiné).

A l'issue de chaque téléconsultation, un plan de soins est proposé.

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, évite les déplacements itératifs (diminution du coût de la prise en charge, confort pour les patients à mobilité réduite) et désengorge les consultations présentes 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 télééducation 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 dispositif 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.

Les actes infirmiers et de kinésithérapies seront valorisés et payés au forfait, uniquement pour les soignants ayant validé le DPC ou e-learning.

III.5 TERRAIN DE MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES

L'innovation porte sur la région Occitanie avec une coopération entre les CHU de Toulouse et Montpellier, ce qui est un atout majeur pour mener à bien ce travail.

III.6 DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La phase transitoire est autorisée pour une durée de 12 mois. Néanmoins, il est dès à présent prévu une prolongation possible de 6 mois si les travaux de généralisation n'ont pas abouti, portant potentiellement la durée totale à 18 mois.

III.7 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

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'innovation 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.

IV FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE

Cf. Chapitre V financement de l'XP CDC publié le 09 décembre 2025 et consultable sur le site du ministère et de l'ARS Occitanie

Tableau 1. Synthèse des forfaits

	<u>Montant par patient</u>	<u>Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait</u>
<u>Forfait 1- TDI sur 5 jours</u>	<u>2 226 €</u>	<u>5 jours</u>
<u>Forfait 2 - Séquence ambu min</u>	<u>255 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 3 - Séquence ambu med</u>	<u>516 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 4 - Séquence ambu max</u>	<u>777 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 5 - Séquence ambu 0</u>	<u>86 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 6 - Séquence ambu med bis</u>	<u>463 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 7 - Séquence ambu max bis</u>	<u>676 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 8 - orthèse 1 segment</u>	<u>327 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 8 - orthèse 2 segments</u>	<u>654 €</u>	<u>6 mois</u>
<u>Forfait 8 - orthèse 3 segments</u>	<u>981 €</u>	<u>6 mois</u>

IV.1.a Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)

Tableau 2. Besoin de financement en CI

12 mois	6 mois supplémentaires	Total si 18 mois
<i>100 082 €</i>	<i>50 041 €</i>	<i>150 123 €</i>

IV.1.b Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'innovation Lymphorac 51 sur l'ensemble de sa durée, soit 18 mois, représente un montant total de 460 826 €. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

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

- Des crédits d'ingénierie pour un montant total de 150 123 €, versés par l'ARS Occitanie sur le fond régional d'intervention FIR
- Des financements dérogatoires du droit commun, substitutifs pour un montant maximum de 310 703 € (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Synthèse du besoin de financement

Tableau 3. Ventilation annuelle des crédits

	Phase transitoire 12 mois	Prolongation 6 mois	TOTAL
TOTAL prestations dérogatoires (FISS)	176 026 €	134 677 €	310 703 €
TOTAL CAI (FIR)	100 082 €	50 041 €	150 123 €
TOTAL innovation (FISS+FIR)	276 108 €	184 718 €	460 826 €

V DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE TRANSITOIRE DE L'INNOVATION

V.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (CSS)

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.
- 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.

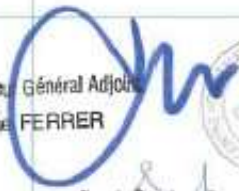
V.2 AUX REGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

Les dispositifs médicaux prescrits à la sortie de l'HDJ ou à l'issue du TDI seront payés par le centre expert (forfait centre expert) aux prestataires (orthésistes pharmaciens) qui acceptent de participer à l'innovation. 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 pharmaciens participant à l'innovation seront désignés comme correspondant au sein d'une équipe de soins.

VI LIENS D'INTERETS

La liste des praticiens ou structures participant à l'innovation 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.

VII ANNEXE 1 – COORDONNEES 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 Lymphoedème »		

VIII ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

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'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
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'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ³ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

³ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)