PROVENCE-ALPES-
CÔTE-D'AZUR

Liberté
Égalité
Fraternité

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS SPÉCIAL N°R93-2026-166

PUBLIÉ LE 23 OCTOBRE 2026

Sommaire

Agence régionale de santé PACA /

R93-2026-10-19-00039 - 06 - CTRE CARDIO MEDICO CHIRURGICAL TZANCK Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 4

R93-2026-10-19-00040 - 06 - CTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 9

R93-2026-10-19-00041 - 06 - HOP PEDIATRIQUES DE NICE CHU LENVAL Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 14

R93-2026-10-19-00042 - 06 - HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 19

R93-2026-10-19-00044 - 13 - APHM DIRECTION GENERALE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 24

R93-2026-10-19-00045 - 13 - CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 29

R93-2026-10-19-00043 - 13 - CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 34

R93-2026-10-19-00047 - 13 - CENTRE HOSPITALIER GENERAL D'AUBAGNE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 39

R93-2026-10-19-00048 - 13 - CENTRE HOSPITALIER GENERAL LA CIOTAT Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 44

R93-2026-10-19-00049 - 13 - CENTRE HOSPITALIER JOSEPH IMBERT ARLES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 49

R93-2026-10-19-00050 - 13 - CH AIX PERTUIS Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 54

R93-2026-10-19-00051 - 13 - CH LOUIS BRUNET D'ALLAUCH Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 59

R93-2026-10-19-00052 - 13 - CLINIQUE DE BONNEVEINE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 64

R93-2026-10-19-00046 - 13 - VILLA IZOI Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026 (4 pages) Page 69
R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé » (83 pages) Page 74

Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00039

06 - CTRE CARDIO MEDICO CHIRURGICAL TZANCK Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CTRE CARDIO MEDICO CHIRURGICAL TZANCK** n° Finess **060794013** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CTRE CARDIO MEDICO CHIRURGICAL TZANCK ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	24 404 428,67 €	2 088 042,97 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	136 819,36 €	4 945,01 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	8 180,58 €	2 779,02 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	9 612,64 €	344,15 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	120 455,72 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	5 901 894,43 €	495 121,15 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	67 643,53 €	1 339,07 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	16 248,85 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

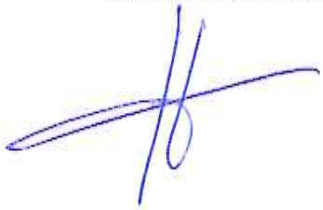
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CTRE CARDIO MEDICO CHIRURGICAL TZANCK et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00040

06 - CTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**

portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **C.H.U. DE NICE** n° Finess **060785011** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement C.H.U. DE NICE ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	219 020 028,92 €	26 951 754,83 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	2 971 506,47 €	440 614,67 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	739 583,27 €	164 382,41 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	8 162 262,71 €	1 102 314,65 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	55 687 640,89 €	8 535 824,75 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	7 100 120,28 €	563 687,27 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	238 366,46 €	20 228,70 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	558 013,33 €	141 508,05 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	126 382,90 €	23 006,10 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

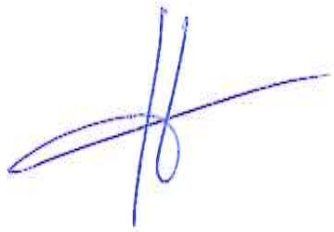
Le présent arrêté est notifié à l'établissement C.H.U. DE NICE et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00041

06 - HOP PEDIATRIQUES DE NICE CHU LENVAL Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **HOPITAUX PEDIATRIQUES NICE CHU LENVAL** n° Finess **060780947** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement HOPITAUX PEDIATRIQUES NICE CHU LENVAL ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	16 662 912,69 €	1 995 382,38 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	281 698,14 €	47 138,53 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	1 400 524,86 €	159 202,19 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	1 792 160,41 €	464 554,60 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	353 651,49 €	23 449,01 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	11 524,56 €	936,45 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

Le présent arrêté est notifié à l'établissement HOPITAUX PEDIATRIQUES NICE CHU LENVAL et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00042

06 - HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES** n° Finess **060791811** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	9 679 914,30 €	1 286 378,90 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	11 136,87 €	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	763,55 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	170 203,54 €	5 980,16 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	20 800,00 €	19 200,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

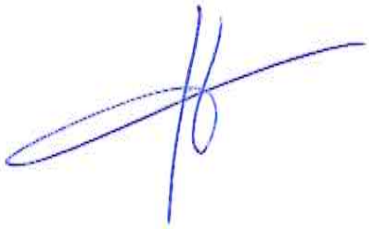
Le présent arrêté est notifié à l'établissement HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00044

13 - APHM DIRECTION GENERALE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**

portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **AP-HM** n° Finess **130786049** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement AP-HM ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	472 892 225,11 €	54 886 671,87 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	7 147 857,45 €	960 248,84 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	1 494 985,63 €	129 813,45 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	17 349 386,72 €	2 345 250,76 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	106 113 489,71 €	11 080 461,83 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	29 789 129,76 €	2 389 895,54 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	897 637,88 €	76 294,12 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	4 522 485,77 €	370 835,51 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	239 768,48 €	9 160,71 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	46 435,53 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	1 347,84 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	603,25 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	42 415,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	127,26 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

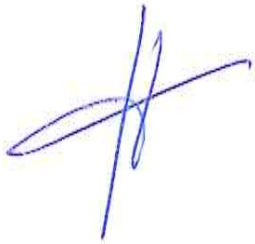
Le présent arrêté est notifié à l'établissement AP-HM et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00045

13 - CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH MONTOLIVET** n° Finess **130001928** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH MONTOLIVET ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	5 402 485,20 €	714 446,15 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	649,55 €	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	9 848,99 €	963,03 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

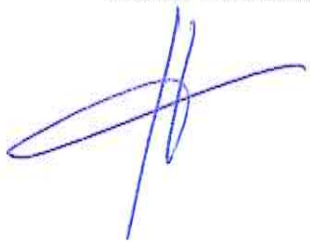
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH MONTOLIVET et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00043

13 - CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH DE MARTIGUES** n° Finess **130789316** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH DE MARTIGUES ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	44 486 753,26 €	5 903 887,06 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	264 628,43 €	29 725,29 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	4 204,21 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	2 678 155,42 €	319 466,93 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	5 209 997,00 €	637 538,52 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	558 567,12 €	71 285,51 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	42 885,64 €	3 298,67 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	760,48 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	-35,20 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

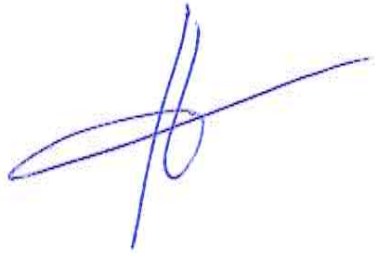
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH DE MARTIGUES et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00047

13 - CENTRE HOSPITALIER GENERAL D'AUBAGNE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH D'AUBAGNE** n° Finess **130781446** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH D'AUBAGNE ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	26 339 609,02 €	2 939 183,53 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	127 905,45 €	14 198,41 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	17 980,83 €	3 174,01 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	2 085 629,13 €	175 318,93 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	1 232 592,85 €	160 386,44 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	316 458,50 €	18 040,62 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	3 783,90 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	284,14 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

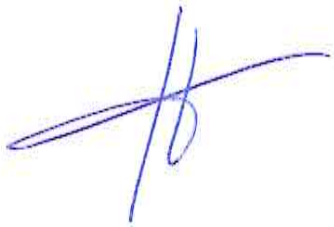
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH D'AUBAGNE et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00048

13 - CENTRE HOSPITALIER GENERAL LA CIOTAT Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH DE LA CIOTAT** n° Finess **130785512** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH DE LA CIOTAT ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	15 230 093,90 €	1 967 828,52 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	22 491,95 €	310,02 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	11 384,84 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	1 416 686,21 €	217 124,87 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	50 445,53 €	9 952,45 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	203 020,41 €	26 858,56 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH DE LA CIOTAT et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN

Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00049

13 - CENTRE HOSPITALIER JOSEPH IMBERT ARLES Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH D'ARLES** n° Finess **130789274** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH D'ARLES ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	30 172 646,73 €	4 026 880,38 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	109 575,49 €	5 721,83 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	471,08 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	2 029 740,20 €	465 764,67 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	2 845 662,27 €	303 821,55 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	595 357,60 €	57 328,97 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	15 099,41 €	-1 373,71 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	3 892,49 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	2 058,71 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

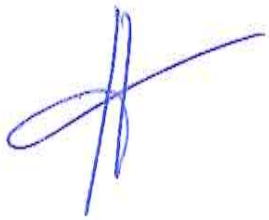
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH D'ARLES et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00050

13 - CH AIX PERTUIS Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH DU PAYS D'AIX CHI AIX PERTUIS** n° Finess **130041916** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH DU PAYS D'AIX CHI AIX PERTUIS ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	93 425 793,11 €	11 040 296,42 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	254 678,43 €	18 932,29 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	34 106,89 €	2 609,74 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	4 929 732,69 €	587 515,06 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	16 626 190,92 €	2 077 366,98 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	2 002 317,59 €	130 365,30 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	44 800,00 €	9 600,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	28 032,34 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	21 865,08 €	2 301,59 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	711,12 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	-30,79 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

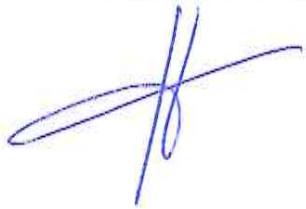
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH DU PAYS D'AIX CHI AIX PERTUIS et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00051

13 - CH LOUIS BRUNET D'ALLAUCH Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**

portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CH D'ALLAUCH** n° Finess **130781339** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CH D'ALLAUCH ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	5 262 750,98 €	717 829,97 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	15 571,45 €	3 320,01 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €	-5,11 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

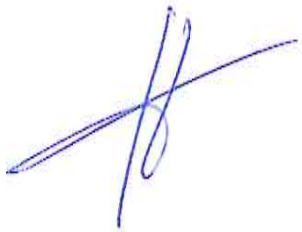
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CH D'ALLAUCH et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00052

13 - CLINIQUE DE BONNEVEINE Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **CLINIQUE DE BONNEVEINE** n° Finess **130783665** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement CLINIQUE DE BONNEVEINE ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	9 905 396,54 €	508 079,96 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	49 330,82 €	7 737,64 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	158 894,44 €	12 717,83 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	80 319,40 €	6 412,37 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	172 036,58 €	-150,17 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

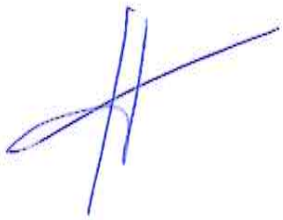
Le présent arrêté est notifié à l'établissement CLINIQUE DE BONNEVEINE et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-19-00046

13 - VILLA IZOI Arrêté portant fixation des montants à verser au titre de l'activité de MCO - Aout 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Arrêté du **19/10/2026**
portant fixation des montants de valorisation d'activité pour 2026 à verser au titre de l'activité de MCO à l'établissement **LA MAISON VILLA IZOI** n° Finess **130045263** au titre des soins de la période de janvier à **août** 2026 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2025 transmise en LAMDA)

Le directeur général de l'Agence régionale de santé PACA

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22, L. 162-22-7, L. 162-22-3-1 et L. 162-26 ;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, notamment son article 49 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 2 juillet 2026 portant détermination pour 2026 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionné au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité ;

VU l'arrêté du 9 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 12 janvier 2026 fixant les tarifs nationaux et les éléments de la campagne tarifaire 2026 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de août 2026, par l'établissement LA MAISON VILLA IZOI ,

ARRETE

TITRE I – Valorisation d'activité au titre de l'année en cours

Article 1er – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	1 992 235,42 €	232 131,54 €
Prestation HPR (au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code la sécurité sociale)	0,00 €	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	6 978,95 €	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 2 – Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus

a) Au titre de la part tarifée à l'activité pour l'activité externe :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 et L.162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

Libellé	Montant dû pour la période	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

TITRE II – Valorisation d'activité au titre de l'année précédente

Article 3 – Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2025 au cours de l'année 2026 :

a) Au titre de la valorisation d'activité de MCO des séjours et suppléments et pour les sites géographiques labellisés Hôpital de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et en application de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale :

Au titre des modalités de financement prévues au 1° et 2° de l'article R. 162-33-20 du code de la sécurité sociale les montants dus ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale pour les soins de 2025 n'ayant pas fait l'objet d'un règlement antérieur sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS y compris alternatives à la dialyse et RAC détenus séjours) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
Prestation HPR	0,00 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME)	0,00 €
Prestations relevant des soins urgents (SU)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

b) Au titre de la valorisation d'activité de MCO de l'activité externe et de la liste en sus :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.
Les montants dus ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'activité de MCO sont de :

Libellé	Montant à verser ou à reprendre pour le mois*
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE, forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale et RAC détenus ACE	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour, y compris les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (dispositifs médicaux implantables liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux ACE)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €
Liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC liés aux séjours)	0,00 €

* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent

Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification en application des dispositions des articles R312-10-1 et R421-1 du code de justice administrative.

Article 5

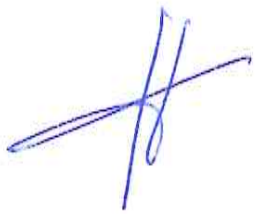
Le présent arrêté est notifié à l'établissement LA MAISON VILLA IZOI et à la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Fait à Marseille, le 19/10/2026

Pour le Directeur général, empêché et par délégation

Directrice Adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Jennifer HUGUENIN



Agence régionale de santé PACA

R93-2026-10-21-00002

Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Marseille, le 21 octobre 2026

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Arrêté n°20261016-001

Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé

à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

Vu le décret du 16 juillet 2024 portant nomination du directeur générale de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur – Monsieur Yann BUBIEN ;

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

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

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

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 16 octobre 2026 relatif au cahier des charges de l'expérimentation « 13 en santé » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif du projet est d'expérimenter l'efficacité et l'efficience d'un modèle organisé combinant prévention, promotion de la santé et accès aux soins, en recourant à la médiation en santé auprès des habitants des QPV

Arrête

Article 1 : Le projet d'expérimentation « 13 en santé » est autorisé à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées dans le cahier des charges annexé ;

Article 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à cinq ans à compter de la première inclusion ;

Article 3 : La Direction des politiques régionales de santé de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Article 4 : 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 information « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.



EXPERIMENTATION D'UN PROGRAMME DE MEDIATION EN SANTE A DESTINATION DES HABITANTS DES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

« 13 EN SANTE »

NOM DES PORTEURS° et statut juridique :

- Fondation Hôpital Ambroise Paré – Hôpital Européen Marseille (HEM) porte le dispositif CORHESAN
- Association Santé et Environnement Pour Tous (SEPT)

PERSONNE CONTACT :

- Anne Dutrey Kaiser (pour CORHESAN) adutreykaiser@yahoo.fr / 06 20 10 59 75
- Yazid Attalah (pour SEPT) yazid.attalah@yahoo.fr / 06 10 07 63 51

RESUME DU PROJET

La problématique des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé à Marseille est forte, ancienne et documentée. De nombreux dispositifs sont déployés pour infléchir cette réalité, associés (ou non) à des schémas d'évaluation plus ou moins robustes.

Le projet « 13 en Santé » a été créé en juillet 2022 à la demande de l'Agence régionale de santé (ARS) Provence Alpes Côte d'Azur (Paca), en collaboration avec Santé publique France (SpF), le laboratoire de recherche SESSTIM et deux équipes de médiation en santé : CORHESAN (portée par l'Hôpital Européen Marseille et l'association Prospective & Coopération) et celle de l'association Santé Environnement pour Tous (SEPT) – partenaires établis durant la crise sanitaire de la Covid-19.

Une première phase pilote a permis de :

- proposer une intervention de médiation en santé visant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux droits en santé, à la prévention et aux soins ;

- concevoir un modèle d'intervention transférable et adaptable à d'autres contextes ;

- évaluer l'efficacité de cette approche à l'aide d'études à haut niveau de preuves.

L'originalité du projet repose sur l'utilisation combinée de la médiation en santé et de la promotion à la santé comme un puissant moteur d'« aller-vers », qui s'illustre par des actions de porte-à-porte, stands de rue ou ateliers de sensibilisation chez des partenaires. Lorsqu'un besoin d'accompagnement apparaît, la médiation assure le « ramener-vers » et l'appui à la navigation dans le système de santé, avec un accompagnement proportionné aux besoins et à l'autonomie de chaque individu, dans un souci d'encapacitation et de « faire-avec ».

Actuellement, les thématiques d'intervention sont :

- l'accès aux droits en santé (complémentaire CSS, AME ...)

- l'accès à un médecin traitant

- le dépistage organisé des cancers (DOC) du sein, colorectal et du col de l'utérus

- la vaccination.

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

Mis en œuvre depuis 2022 et financé principalement par des crédits régionaux, le projet « 13 en Santé » a permis de démontrer la faisabilité opérationnelle de la médiation en santé dans les QPV et de produire de premiers résultats encourageants. Cette phase pilote ne permet toutefois pas de sécuriser la pérennité du dispositif, ni de déterminer les conditions organisationnelles et financières de sa généralisation.

L'entrée dans le dispositif Article 51 vise à consolider et à éprouver le modèle organisationnel et économique de « 13 en Santé », afin d'en apprécier l'efficacité, l'efficience, la soutenabilité et la reproductibilité, et d'éclairer les conditions d'une éventuelle intégration de la médiation en santé dans le système de santé dans un cadre de droit commun.

Elle permettra notamment d'expérimenter un partenariat renforcé avec les CPTS des territoires ciblés, en intégrant aux thématiques socles (DOC, vaccination) des thématiques complémentaires, issues des diagnostics territoriaux partagés avec les CPTS (ex. : bilan prévention, diabète, santé mentale, arrêt du tabac...).

Elle permettra également d'expérimenter un modèle économique adapté à une activité ne relevant pas d'une logique de paiement à l'acte et d'en préciser les conditions de sa transposition.

Le déploiement de sept équipes sur l'ensemble des QPV de Marseille, du Grand Avignon, de Monteux et Sorgues permettra d'éprouver le modèle dans des contextes territoriaux diversifiés, d'identifier son socle commun et ses composantes adaptables, et de documenter les conditions de sa généralisation, tout en produisant les données nécessaires à l'évaluation de son impact, de son efficience médico-économique et de sa reproductibilité.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

GLOSSAIRE

Acronyme	Définition
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
AMU	Aix Marseille Université
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAI	Crédits d'amorçage et d'ingénierie
CDS	Code de la Santé Publique
CELEVAL	Cellule d'évaluation CNAM/DREES
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
COPIL	Comité de pilotage
CTE	Comité technique d'évaluation
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSS	Code de la sécurité sociale
DOC	Dépistage organisé des cancers
ETP	Équivalent temps plein
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé (Assurance Maladie)
FIR	Fonds d'intervention régional (ARS)
HEM	Hôpital Européen Marseille
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
INS	Identité nationale de santé
ISS	Inégalités sociales de santé
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (numéro de sécurité sociale)
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SEPT	Santé Environnement Pour Tous (association)
SESSTIM	Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale
SI	Système d'information
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France

TABLE DES MATIERES

EXPERIMENTATION D'UN PROGRAMME DE MEDIATION EN SANTE A DESTINATION DES HABITANTS DES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE 1

« 13 EN SANTE » 1

RESUME DU PROJET 1

GLOSSAIRE 3

TABLE DES MATIERES 4

LISTE DES TABLEAUX 8

LISTE DES FIGURES 8

I DESCRIPTION DES PORTEURS-EXPERIMENTATEURS 9

I.1 CORHESAN – HOPITAL EUROPEEN MARSEILLE (HEM) 9
I.2 SEPT – SANTE ENVIRONNEMENT POUR TOUS 10

II PRESENTATION DES PARTENAIRES 10

II.1 PARTENAIRES A L'ORIGINE DU PROJET 10
II.1.A AGENCE REGIONALE DE LA SANTE PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR (ARS PACA) 10
II.1.B CELLULE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR (SPF PACA) 11
II.2 COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) PARTENAIRES 11
II.3 L'ASSURANCE MALADIE 13
II.4 PARTENAIRES OPERATIONNELS 13

III CONTEXTE ET CONSTATS 15

III.1 DE FORTES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE DANS LES QPV DE MARSEILLE ET DU GRAND AVIGNON 15
III.2 LA MEDIATION EN SANTE : UN LEVIER RECONNU, INSUFFISAMMENT STRUCTURE 16
III.3 L'EXPERIENCE DE CORHESAN ET SEPT : D'UN PARTENARIAT COVID-19 A UNE EXPERIMENTATION PILOTE 17

IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS 18

IV.1 OBJECTIF GENERAL 18
IV.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES 18

V DESCRIPTION DU PROJET 19

V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION 19

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS 19
V.2.A CRITERES D'INCLUSION 19
V.2.B CRITERES D'EXCLUSION 20
V.2.C EFFECTIFS 20
V.2.c.1 Régime de croisière 20
V.2.c.2 Montée en charge des nouveaux sites 23
V.3 LES ETAPES PREALABLES A L'INCLUSION DES PREMIERS BENEFICIAIRES 24
V.3.a.1 Diagnostic territorial partagé et thématiques d'intervention prioritaires 24
V.3.a.2 Exploration et cartographie du territoire 25
V.3.a.3 Élaboration du plan d'action 25
V.4 L'ALLER VERS : UN TRIPLE OBJECTIF 26
V.5 PARCOURS DU PATIENT / USAGER 27
V.5.A PARCOURS USUEL DE DROIT COMMUN 27
V.5.B PARCOURS-TYPE PROPOSE DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION 27
V.5.b.1 Premier contact et évaluation 28
V.5.b.2 Plan personnalisé d'accompagnement (PPA) : ramener-vers 29
V.5.b.3 Suivi régulier dans la durée 34
V.5.b.4 Sortie du parcours et bilan final 34
V.6 ORGANISATION DES EQUIPES ET DES INTERVENTIONS 35
V.6.A COMPOSITION DES EQUIPES 35
V.6.B ORGANISATION DES INTERVENTIONS 36
V.7 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION 38
V.7.A FORMATION DES EQUIPES DE MEDIATION 38
V.7.B COMMUNICATION ET INFORMATION A DESTINATION DES BENEFICIAIRES 38
V.7.C COMPAGNONNAGE 39
V.8 TERRAIN D'EXPERIMENTATION 40
V.9 DUREE DE L'EXPERIMENTATION 40
V.10 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE 41
V.10.A CHEF DE PROJET (1 ETP) 41
V.10.B COMITE TECHNIQUE (COTECH) 43
V.10.C COMITE DE PILOTAGE (COPIL) 43
V.10.D COMITES DE SUIVI TERRITORIAUX (COSTER) 43
V.10.E COMITE TECHNIQUE D'EVALUATION (CTE) 43

VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION 44

VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE DES BENEFICIAIRES 44
VI.1.A LES OUTILS NON NUMERIQUES 44
VI.1.B LES OUTILS NUMERIQUES 44
VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION 44
VI.2.A LE SI CIBLE 44
VI.3 CHANTIERS SI QUI SERONT MENES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION 45
VI.3.A LANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION 45
VI.3.B ÉTUDE D'OPPORTUNITE DE DEPLOYER AZUREZO 46
VI.3.C MISE EN ŒUVRE DU SI CIBLE 47
VI.3.D PLANNING 47
VI.3.E MISE EN ŒUVRE DU SI DURANT LA PHASE DE DEMARRAGE ET DE TRANSITION 48
VI.4 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL 48

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES BENEFICIARES INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION 49

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION 50

VIII.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE 50
VIII.1.A METHODE DE CALCUL UTILISEE POUR DEFINIR LE MONTANT DES PRESTATIONS DEROGATOIRES 50
VIII.1.a.1 Dotation fixe de fonctionnement (85 % du budget cible, soit 202 725 €/équipe/an) 51
VIII.1.a.2 Part variable de financement (15 % du budget cible maximal, soit 35 775 €/équipe/an) 51
VIII.1.B ESTIMATION DU BESOIN EN CREDITS D'AMORÇAGE ET D'INGENIERIE (CAI) 52
VIII.1.C BESOIN TOTAL DE FINANCEMENT 53
VIII.2 ESTIMATION DES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COUTS EVITES 55

IX EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION 56

IX.1 DESIGN D'EVALUATION 57
IX.2 INDICATEURS PRINCIPAUX 58

X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION 61

X.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE 61
X.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP) 62
X.3 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) 62

XI LIENS D'INTERETS 62

XII ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES 62

XIII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES 64

XIV ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS 65

XV ANNEXE 3 – GRILLE DE FONCTIONS DES OUTILS NUMERIQUES 66

XVI ANNEXE 4 – FICHE DE POSTE CHEF DE PROJET 71

XVI.1 POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ET GOUVERNANCE 71
XVI.2 MISSION 71
XVI.2.A COORDINATION INTER-STRUCTURES 71
XVI.2.B INTERFACE INSTITUTIONNELLE ET REPORTING 71
XVI.2.C LIMITES DU CHAMP D'ACTION 72
XVI.3 PROFIL ET COMPÉTENCES REQUISES 72
XVI.3.A COMPETENCES TECHNIQUES 72
XVI.3.B COMPETENCES RELATIONNELLES ET POSITIONNEMENT 72
XVI.4 MODALITÉS DE FIN DE MISSION 73

XVII ANNEXE 5 – PLANNING PREVISIONNEL DE FORMATION ET D'INTEGRATION DES NOUVELLES RECRUES / MISE A JOUR OU COMPLEMENT DE CONNAISSANCES DE L'EQUIPE ACTUELLE 74

XVIII ANNEXE 6 - DETAILS DU PROGRAMME DE FORMATION 75

XVII ANNEXE 5 : PLANNING PREVISIONNEL DE FORMATION 73
XVIII ANNEXE 6 : DETAIL DU PLAN DE FORMATION 79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des CPTS partenaires du projet 13
Tableau 2 : liste des partenariats établis par CORHESAN et SEPT 14
Tableau 3 : Liste des 50 QPV de Marseille, du Grand Avignon, Monteux et Sorgues ciblés par les deux opérateurs de « 13 en Santé », CORHESAN et SEPT, ainsi que leur population, leur CPTS de rattachement et l'équipe de médiation intervenante respectives. 21
Tableau 4 : Population cible et objectifs de couverture sur cinq ans 24
Tableau 5 : Évaluation des besoins d'appui et du degré d'autonomie 28
Tableau 6 : Organisation des interventions 37
Tableau 7 : Etat actuel du système d'information de CORHESAN 45
Tableau 8 : Etat actuel du système d'information de SEPT 46
Tableau 9 : Budget cible par équipe type (couvrant 40 000 habitants) 50
Tableau 10 : Besoin de financement en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) 52
Tableau 11 : Détail coûts d'équipements initiaux (/équipe) 53
Tableau 12 : Synthèse du besoin de financement 54
Tableau 13 : Actions annuelles prévisionnelles et budget prévisionnel 54
Tableau 14 : Estimation du coût moyen par intervention 54
Tableau 15 : Modélisation des dépenses de l'Assurance Maladie potentiellement évitées par la seule promotion du dépistage organisé du cancer sur 5 ans dans les QPVs ciblés, en fonction de divers scénarios de durées de traitement puis de surveillance 56
Tableau 16 : Axes d'évaluation de l'expérimentation 56
Tableau 17 : Indicateurs principaux du monitoring 58
Tableau 18 : Données collectées et disponibles pour l'évaluation 59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Frise résumant l'expérience accumulée par CORHESAN et SEPT dans la médiation en santé 18
Figure 2 : étapes préalables à l'inclusion des bénéficiaires 24
Figure 3 : Résumé des actions d'aller-vers 26
Figure 4 : Résumé du premier contact et évaluation 28
Figure 5 : Le plan personnalisé d'accompagnement (PPA) 34
Figure 6 : Description du socle commun des interventions 35
Figure 7 : Localisation des QPV de Marseille, du Grand Avignon, Monteux et Sorgues ciblés par les deux opérateurs de 13 en Santé, CORHESAN et SEPT 40

I DESCRIPTION DES PORTEURS-EXPERIMENTATEURS

CORHESAN et SEPT portent une dynamique commune de déploiement de la médiation en santé sur le territoire marseillais, mus par leur conviction que les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ne relèvent pas seulement d'une inégale répartition de l'offre de soins, mais aussi de la capacité inégale des personnes à accéder aux ressources du système de santé et à les mobiliser effectivement.

Soutenus dès l'origine par l'ARS Paca, ils ont déployé de premières actions en réponse à la pandémie de COVID-19 en 2020 sur leurs territoires respectifs : les quartiers pauvres du centre-ville pour CORHESAN et les quartiers Nord pour SEPT.

Au terme de cette période, et à la demande de l'ARS Paca, les porteurs se sont engagés conjointement dans une première phase d'expérimentation/pilote du projet «13 en santé », en ciblant de nouvelles thématiques de santé publique.

Des résultats très encourageants ont poussé l'ARS Paca et les porteurs à poursuivre, étendre et consolider leurs actions, en postulant aujourd'hui à une entrée dans une expérimentation Article 51.

I.1 CORHESAN – HOPITAL EUROPEEN MARSEILLE (HEM)

CORHESAN est le dispositif de médiation en santé porté par la Fondation Hôpital Ambroise Paré – Hôpital Européen Marseille (HEM), établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) situé dans le 3e arrondissement de Marseille. HEM est l'un des principaux établissements de santé de la métropole marseillaise, avec une activité couvrant les soins de médecine et de chirurgie.

Servir les habitants des quartiers les plus défavorisés de Marseille est au cœur du projet d'établissement de l'HEM. Dès le début de la pandémie de Covid-19, les équipes de l'HEM ont ressenti la nécessité d'imaginer des services de proximité, en aller-vers, hors les murs, pour maintenir et développer le lien de confiance que cette période compliquée menaçait de fragiliser. C'est ainsi que CORHESAN est né en 2020, au croisement de la médiation en santé, du soin infirmier et de la promotion à la santé[1].

Au moment de la rédaction du cahier des charges de l'expérimentation Article 51, CORHESAN dispose de 3 médiateurs en santé, d'une infirmière et d'une dizaine d'habitants « ambassadeurs de santé » bénévoles pour aller à la rencontre des habitants d'une vingtaine de quartiers ciblés du centre-ville de Marseille, tous classés comme QPV. CORHESAN privilégie les moyens d'entrée en communication suivants : le porte-à-porte (46 % des actions), les stands de rue ou en pied d'immeuble ainsi que les ateliers de sensibilisation chez des partenaires du territoire. L'équipe propose un accompagnement proportionné en adéquation avec l'autonomie de chaque patient, dans un souci d'encapacitation (ou « empowerment ») et de « faire-avec ».

Depuis bientôt six ans, CORHESAN s'inscrit dans l'écosystème local, aux confluents de la médecine de ville, des acteurs socio-culturels et des services hospitaliers, pour favoriser l'accès à la santé de tous et particulièrement des plus vulnérables, en les accompagnant vers et dans leurs parcours de prévention et de soins.

Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, l'HEM assurera :

- le co-portage du projet ;
- le déploiement de trois équipes de médiation en santé dans 14 QPV répartis sur sept arrondissements de Marseille — les 1er, 2e, 3e, 9e, 10e, 11e, 12e, couvrant une population totale de 121 027 habitants[2] ;
- la gestion administrative et financière de sa part du dispositif ;
- la participation à la gouvernance de l'expérimentation.

[1] https://hopital-europeen.fr/lhopital/prevention-sante

[2] www.sig.gouv.fr – population municipale vivant en QPV en 2024

I.2 SEPT – Sante Environnement Pour Tous

L'association loi 1901 « Santé Environnement pour Tous » (SEPT) est née en 2019 dans les quartiers nord de Marseille[3]. Au moment de la rédaction du cahier des charges de l'expérimentation Article 51, SEPT couvre aujourd'hui une partie des QPV des 13e au 16e arrondissements de Marseille et du Grand Avignon dans le Vaucluse, avec deux infirmiers et six médiateurs en santé, avec un champ d'action et des initiatives en faveur de la santé des populations précaires. Les acteurs qui composent cette association sont impliqués sur ce territoire depuis plus de 20 ans et œuvrent activement pour réduire les inégalités en santé, particulièrement marquées dans ces quartiers populaires à destination des personnes vulnérables, les familles en situation précaire, et toute personne ayant besoin d'un accompagnement médical et social. Elle vise à promouvoir l'égalité d'accès aux soins et à favoriser l'autonomie des individus.

Durant la période du Covid-19, SEPT a intensifié ses efforts au sein de plusieurs collectifs locaux afin de maintenir un accès aux soins et à la prévention pour les populations les plus vulnérables. Certifiée Qualiopi, SEPT propose également des formations en santé mentale, destinées à renforcer les compétences des acteurs locaux et à sensibiliser les publics. Elle est implantée dans des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) situées au cœur des quartiers nord, renforçant ainsi sa proximité avec les habitants et les professionnels de santé.

Grâce à son bus itinérant de prévention, SEPT assure une présence visible et accessible au plus près des habitants, facilitant ainsi le contact direct et l'accès aux soins. Elle a développé un partenariat solide avec des structures hospitalières locales permettant notamment d'obtenir rapidement des créneaux pour des examens essentiels tels que mammographies, consultations gynécologiques. Depuis 2025, SEPT développe également des activités similaires dans les QPV du Grand Avignon.

Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, SEPT assurera :

- le co-portage du projet
- le déploiement de quatre équipes de médiation en santé couvrant :
    - d'une part, les 26 QPV situés dans les 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements de Marseille, représentant 121 245 habitants ;
    - d'autre part, les 6 QPV du Grand Avignon (situés sur les communes d'Avignon et du Pontet), ainsi les 4 QPV de Sorgues du Comtat (situés sur les communes de Monteux et Sorgues) représentant 40 245 habitants.
- la gestion administrative et financière de sa part du dispositif
- la participation à la gouvernance de l'expérimentation.

II PRESENTATION DES PARTENAIRES

II.1 Partenaires a l'origine du projet

II.1.a Agence Régionale de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ARS Paca)

L'ARS Paca a joué un rôle central dans la genèse du projet « 13 en Santé », en confirmant son engagement de longue date pour le développement de la médiation en santé. Pendant la crise Covid-19, l'ARS Paca avait sélectionné CORHESAN et SEPT comme opérateurs des MédiLAC[4] (Médiateurs de

[3] https://www.facebook.com/p/Sant%C3%A9-Environnement-Pour-Tous-100082511642126/

[4] Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions pour le succès et la faisabilité de la médiation en santé pour un usage en santé par des populations mal desservies : une revue de cadrage. BMJ Open 2022 ; 12 :e062051. doi : 10.1136/BMJOPEN-2022-062051

lutte anti-Covid) à Marseille. À l'issue de la crise sanitaire, l'ARS a salué le dynamisme et les interventions innovantes proposées par les deux structures et a souhaité mobiliser la médiation en santé comme outil de promotion au service d'autres enjeux majeurs de santé publique, notamment le dépistage organisé des cancers et la mise à jour du calendrier vaccinal dans les QPV. Cette ambition a conduit au lancement du projet « 13 en Santé » en juillet 2022, piloté par CORHESAN et SEPT, avec un volet central dédié à son évaluation. L'ARS Paca a assuré un financement exclusif puis majoritaire de ce projet, démontrant ainsi son engagement fort. La thématique de la médiation en santé est par ailleurs inscrite dans le Projet Régional de Santé (PRS) Paca 2023-2028[5], témoignant de l'intérêt soutenu des services de l'ARS Paca à poursuivre et renforcer les initiatives autour de la médiation en santé dans la région.

Dans le cadre de l'Article 51, l'ARS Paca assurera l'allocation de financements dédiés à l'amorçage et à l'ingénierie du projet et participera au comité de pilotage (COPIL).

II.1.b Cellule régionale de Santé publique France Provence-Alpes-Côte-d'Azur (SpF Paca)

La Cellule régionale de SpF en Paca a joué un rôle clé dans le pilotage des équipes MédiLAC tout au long de la crise COVID-19, en assurant l'animation du projet « Hotspot COVID-19 Paca » aux côtés du département des études de l'ARS Paca et des chercheurs en santé publique de l'UMR1252 SESSTIM (Aix-Marseille Univ, Inserm, IRD, ISSPAM)[6]. Ce projet visait à identifier, de manière hebdomadaire, les zones et quartiers prioritaires pour les interventions, renforçant ainsi l'efficacité des actions de médiation en santé.

La cellule a confirmé son engagement en poursuivant l'animation du comité technique d'évaluation (CTE) du projet « 13 en Santé » ainsi que le financement d'un poste de chercheur post doctorant pour mener et/ou superviser l'ensemble des études afférentes (enquêtes répétées de connaissances, attitudes et pratiques (CAP), étude écologique, études de process, modèle théorique).

SpF occupe une place centrale dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Par ses missions d'observation, d'analyse et de pilotage, SpF s'engage à mieux comprendre ces disparités afin d'orienter efficacement les politiques de santé publique. En ligne avec les recommandations de l'IGAS[7], elle soutient et développe ainsi des actions ciblées, comme la médiation en santé. Cet engagement se traduit également par sa participation active à des projets de recherche-action et par la promotion de stratégies innovantes, avec pour objectif d'assurer une meilleure équité en matière de santé sur tout le territoire national, et plus spécifiquement dans les zones les plus vulnérables.

II.2 COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) PARTENAIRES

Créées en 2016 par la loi de modernisation du système de santé, les CPTS offrent un cadre structurant aux professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux pour se coordonner autour d'un projet territorial de santé. Celui-ci s'appuie notamment sur les enseignements des diagnostics territoriaux de santé réalisés par les CPTS elles-mêmes et, lorsqu'ils existent, sur ceux d'autres dispositifs tels que les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS) ou les acteurs de la Politique de la Ville. Ces enseignements permettent de préciser les besoins prioritaires des habitants en matière d'accès aux soins et à la prévention, d'identifier les ressources disponibles sur le territoire et de repérer les parcours nécessitant d'être fluidifiés.

---

[5] ARS Paca, *Le projet régional de santé 2023-2028.*

[6] Fruleux et al., « Reviving Health Mediation during the COVID-19 Crisis and Beyond ».

[7] Berkesse et al., *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider.*

Ces objectifs convergent avec ceux de « 13 en Santé » et font des CPTS des partenaires incontournables de l'expérimentation à venir (Tableau 1). Leur implication, engagée dès la rédaction du présent cahier des charges, se poursuivra tout au long de l'expérimentation. Elle se matérialisera notamment par leur participation à la définition de la stratégie d'intervention des équipes de médiation, puis leur participation aux différentes instances de gouvernance. Leur implication pourra être graduée en fonction de la dynamique de coopération qui se développera entre les équipes de médiation et chaque CPTS.

Cette complémentarité constitue l'un des intérêts majeurs de l'expérimentation : les équipes de médiation ont la capacité à aller au-devant des populations les plus éloignées du système de santé et les accompagner dans leurs parcours ; les CPTS ont la capacité à mobiliser et coordonner les professionnels et les ressources du territoire. Leur articulation doit ainsi permettre de renforcer le continuum entre repérage des besoins, médiation et accès effectif aux soins et à la prévention.

Différents niveaux de coopération pourront être envisagés :

- La CPTS participera aux instances de gouvernance/pilotage de l'expérimentation et diffusera, auprès de ses adhérents, l'information relative au projet, ses objectifs et ses modalités d'intervention. L'intervention se basera sur un diagnostic territorial des besoins partagé avec la CPTS.
- La CPTS facilitera autant que possible les liens avec les professionnels de premier recours, en s'appuyant notamment sur sa connaissance de l'offre et des professionnels du territoire. Elle contribuera à identifier les médecins généralistes susceptibles d'accueillir comme médecin traitant des personnes qui en sont dépourvues (mission socle des toutes les CPTS).
- Lorsque les conditions le permettront, des actions de prévention sur les thématiques prioritaires du territoire pourront être organisées conjointement, notamment à l'occasion des campagnes nationales telles qu'Octobre Rose ou la Semaine européenne de la vaccination.
- Les équipes de médiation et les CPTS développeront des synergies permettant d'améliorer et de faciliter les parcours des personnes accompagnées, notamment autour de ces thématiques prioritaires.

Au-delà des actions communes, l'enjeu est de construire progressivement des liens opérationnels entre les équipes de médiation et les professionnels de santé du territoire. La connaissance réciproque des acteurs, la fluidité des orientations et la qualité des relais constituent en effet des conditions importantes pour sécuriser les parcours des personnes accompagnées et favoriser leur accès effectif aux soins et à la prévention.

L'expérimentation permettra d'explorer les conditions dans lesquelles, à terme, les CPTS pourraient elles-mêmes devenir porteuses ou parties prenantes de dispositifs de médiation en santé. Cette perspective, qui constitue l'une des hypothèses à documenter dans le cadre de l'expérimentation, contribuerait à inscrire progressivement la médiation en santé dans l'organisation territoriale de santé et, à terme, dans le droit commun de l'Assurance Maladie.

Chaque CPTS concernée par l'expérimentation a d'ores et déjà lancé le processus de validation par son conseil d'administration (CA) et fera parvenir son relevé de décision à l'issue des prochains CA.

Tableau 1 : Liste des CPTS partenaires du projet

CPTS	Communes couvertes	Opérateur associé
CPTS Marseille 1-2-3[8]	Marseille 1er, 2e et 3e arrondissements	CORHESAN
CPTS Littoral Sud[9]	Marseille 8e et 9e arrondissements	CORHESAN
CPTS Vital Santé[10]	Marseille 10e arrondissement	CORHESAN
CPTS Itinéraire Santé[11]	Marseille 11e, 12e et 13e arrondissements	CORHESAN et SEPT
CPTS Actes Santé[12]	Marseille 14e, 15e et 16e arrondissements	SEPT
CPTS Grand Avignon[13]	Avignon, Le Pontet, Sorgues	SEPT
CPTS Synapse Comtat Venaissin[14]	Monteux	SEPT

II.3 L'ASSURANCE MALADIE

Le soutien de l'Assurance Maladie s'inscrit dans une coopération opérationnelle déjà engagée entre les porteurs et l'Assurance Maladie autour de l'accès aux droits et de la prévention. Celle-ci se traduit notamment par la saisine de la Mission Accompagnement Santé (MAS), la participation à des permanences au sein des espaces d'accueil de la CPAM, l'envoi d'invitations ciblées aux habitants dans le cadre des grandes campagnes nationales de prévention, telles qu'Octobre Rose ou Mars Bleu, ainsi que l'accès à des créneaux dédiés pour la réalisation de bilans de santé au CESAM 13. Ces collaborations, aujourd'hui mobilisées au cas par cas ou dans le cadre d'actions ponctuelles, constituent un socle opérationnel sur lequel l'expérimentation pourra s'appuyer.

II.4 PARTENAIRES OPERATIONNELS

L'essence même de la médiation en santé est de faciliter l'accès et la navigation au sein du système de santé, en créant des ponts entre les usagers et l'offre de prévention et de soins. Connaître les partenaires et les dispositifs des territoires, faire connaître les missions, trouver des modalités de coopération efficientes, est essentiel pour atteindre ces objectifs. C'est pourquoi CORHESAN et SEPT ont développé un important réseau partenarial sur leurs territoires respectifs (Tableau 2).

Spécificités partenariales de CORHESAN

Le centre-ville de Marseille concentre un grand nombre de dispositifs d'accueil et d'hébergements de personnes en situation de grande précarité (vivant à la rue, en squat ou en bidonville, vivant en chambres d'hôtels sur orientations du 115, ou en hébergements collectifs (CHRS, CADA, résidences Adoma, etc.).

CORHESAN a fait le choix de garder une approche territoriale, sans distinguer le degré de précarité des habitants. C'est pourquoi en complément de tous les partenaires classiques œuvrant au service de la population générale, CORHESAN a développé des partenariats et des actions avec des acteurs engagés spécifiquement auprès de public dit "en très grande précarité" et intervenant dans les quartiers ciblés par le projet.

[8] https://cptsmarseille1-2-3.fr/
[9] https://cptslittoralsudmarseille.fr/la-cpts-littoral-sud/
[10] https://cptsvitalesante10.fr/
[11] https://cpts-itineraire-sante.fr/
[12] https://www.actes-sante.fr/
[13] https://www.cpts-avignon.fr/
[14] https://cpts-synapse.fr/

Spécificités partenariales de SEPT

L'association SEPT a adopté une approche territoriale, particulièrement ciblée sur les quartiers nord de Marseille. Ces quartiers cumulent de nombreuses difficultés : habitat indigne, forte présence du trafic de drogue, problèmes majeurs de mobilité et enclavement de certains territoires. À l'image de CORHESAN, SEPT privilégie une intervention locale sans distinction préalable du degré de précarité des habitants. En complément des partenariats classiques (CHU, MSP, ARS, CPAM, CPTS), SEPT collabore étroitement avec le tissu associatif des quartiers nord, reconnu pour son efficacité et engagé depuis de nombreuses années au plus près des réalités du terrain. Cette stratégie permet à SEPT de mener des actions adaptées et à fort impact auprès des publics concernés.

Tableau 2 : liste des partenariats établis par CORHESAN et SEPT

Partenaire		CORHESAN	SEPT
Collectivités locales	Ville de Marseille, Marseille-Provence Métropole (MPM), Conseil départemental	X	X
Institutions sanitaires	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)	X	X
Professionnels de santé	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), médecine de ville, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), structures hospitalières (consultations et plateaux techniques), centres de mammographie agréés, Centre d'examens de santé de la CPAM des Bouches-du-Rhône (CESAM13)	X	X
	Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Centre de lutte antituberculeux (CLAT), Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centre de vaccinations internationales municipal (CVIM), Protection Maternelle et Infantile (PMI),	X	X
	Planning Familial 84		X
Promotion santé	CoDEPS13, Point accueil et info jeunesse (PAEJ), Maison départementale des adolescents (MDA), Comité régional d'éducation pour la santé (CRES Paca)	X	X
	Point Info Séniors (PIS), réseau périnatal	X	
	CoDES 84		X
Accompagnement vie quotidienne	Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) AFAD		X
Accompagnement social	Centres sociaux (CS), Maisons pour tous (MPT), Maison des solidarités (MDS), Centre communal d'actions sociales (CCAS), CPAM Mission Accès Santé (MAS), associations	X	X
	Accueils de jour (ADJ), PASS	X	
	Maison municipale d'animation (MMA)		X
Réseau accès aux droits	Structure du premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA), Permanence droits des étrangers	X	X
Hébergement et logement	Bailleurs sociaux (13 Habitat...)	X	X
	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), résidences Adoma	X	
	ALOTRA		X
	ADRIM ; ROSERAI		X
Education / insertion	Education nationale, missions locales, France travail	X	X

Tissu local	Associations de quartier, commerçants	X	X

III CONTEXTE ET CONSTATS

III.1 DE FORTES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE DANS LES QPV DE MARSEILLE ET DU GRAND AVIGNON

Les inégalités sociales et territoriales de santé représentent un défi majeur de santé publique en France. C'est d'abord un enjeu d'équité, car les différences d'accès aux droits en santé, à la prévention et aux soins ne résultent pas uniquement de choix individuels : elles sont liées à des facteurs sociaux, économiques, territoriaux, administratifs, culturels ou encore numériques qui peuvent se cumuler et éloigner certaines populations du système de santé.

C'est également un enjeu d'efficience compte tenu des ressources importantes consacrées à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des maladies, car ces ressources ont vocation à produire des effets : éviter la survenue de maladies lorsque cela est possible, les détecter le plus tôt possible lorsqu'elles surviennent, améliorer ainsi les chances de guérison et préserver la qualité de vie des personnes concernées tout en réduisant la charge collective de leur prise en charge. Lorsque certaines populations, notamment celles en situation de plus grande précarité, accèdent moins à ces dispositifs, une partie des bénéfices sanitaires attendus de ces investissements collectifs n'est pas pleinement réalisée.

Particulièrement marquées dans les QPV[15], les inégalités sociales et territoriales de santé constituent un enjeu prioritaire dans ces territoires. Ce constat a guidé le choix des territoires d'expérimentation vers des communes de la région Paca concentrant une part importante de la population résidant en QPV, notamment Marseille et Avignon.

Le Projet Régional de Santé (PRS) Paca 2023-2028[16] et les données disponibles pour Marseille dressent le constat de taux d'accès aux droits en santé, d'accès au médecin traitant, de dépistages organisés des cancers ou de vaccinations nettement inférieurs à ceux observés ailleurs. Ces zones accumulent des facteurs de précarité sociale — comme en témoignent les 36 % de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) gratuite dans les QPV marseillais contre 15 % dans le reste de la ville[17].

On observe ainsi un sous-dépistage des cancers et une sous-vaccination avec des taux inférieurs de 12 à 15 points de pourcentage à la moyenne régionale, en particulier chez les bénéficiaires de la CSS gratuite pour lesquels le dépistage du cancer du sein est inférieur de 13 points de pourcentage à celui des non-bénéficiaires[18]. Les quartiers du centre-ville présentent une part de bénéficiaires de la CSS gratuite inférieure comparé à d'autres quartiers aux niveaux de revenus médians comparables, suggérant un accès aux droits en santé plus limité dans ces arrondissements[19]. Les quartiers nord disposent également de la plus faible densité de médecins généralistes libéraux de Marseille (86,9 pour 100 000 habitants, contre 111,2 dans le centre-ville et 117,2 dans le reste de la ville)[20].

[15] Vaillant et al., « De la discrimination positive à la discrimination territoriale ».
[16] ARS Paca, *Le projet régional de santé 2023-2028*.
[17] « SIRSéPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques ».
[18] « SIRSéPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques ».
[19] Insee, « Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2021 (Iris). Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) »; Insee, « Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2022. Données au niveau Iris ».
[20] « SIRSéPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques ».

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

Ces données montrent que l'enjeu n'est pas uniquement celui de l'existence d'une offre de santé, mais aussi celui de sa mobilisation effective par les populations qui en ont le plus besoin. Agir sur les freins connus et documentés — précarité économique, méfiance institutionnelle, barrières linguistiques ou culturelles, faible littératie en santé, difficultés d'accès physique aux structures de soins — vise ainsi à permettre à chacun de bénéficier effectivement des ressources de santé auxquelles il peut prétendre tout en participant à l'optimisation des ressources consacrées à la prévention et aux soins.

III.2 LA MEDIATION EN SANTE : UN LEVIER RECONNU, INSUFFISAMMENT STRUCTURE

Face à ces défis, la médiation en santé constitue un levier pour agir de manière ciblée, concrète et proportionnée sur les obstacles qui éloignent certaines populations du système de santé. Le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2017)[21] définit en effet la médiation en santé comme un processus temporaire « d'aller-vers », de « ramener-vers »et de « faire-avec » dans une logique d'encapacitation. Ses objectifs sont de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun des personnes exclues des circuits habituels de recours à la prévention et aux soins, l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé. La médiation vise également à améliorer la prise en compte par les acteurs de la santé des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

Cette approche est aujourd'hui largement reconnue comme prometteuse. Elle est soutenue par plusieurs documents de référence : la loi de modernisation du système de santé de 2016[22], le référentiel HAS, les conclusions du Conseil national de la refondation (CNR) "Santé"[23] ayant motivé un rapport interministériel remis par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) la même année[24], ou encore le PRS PACA 2023-2028[25] et le projet Marseille en Grand lancé en 2021 par l'État[26]. Tous convergent sur la nécessité de développer la médiation en santé et d'en mieux structurer les modalités d'intervention.

Pourtant, à ce jour, les expériences restent hétérogènes, souvent portées par des associations ou des collectivités dans le cadre de financements ponctuels ou fragmentés. Cette situation limite leur pérennisation, leur capacité à investir dans la formation et la supervision des médiateurs, ainsi que la production de données robustes permettant d'objectiver leurs résultats pour faire évoluer la médiation du statut d'intervention « prometteuse » à celui d'intervention « efficace »[27].

La question n'est donc plus de démontrer la pertinence du principe de la médiation en santé, mais de créer les conditions permettant son changement d'échelle, son intégration durable dans l'organisation du système de santé et la démonstration de ses effets.

---

[21] Haute Autorité de santé (HAS), *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*.
[22] « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ».
[23] https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2023/10/Dossier-de-presse_CNR13.pdf
[24] Berkesse et al., *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*.
[25] ARS Paca, *Le projet régional de santé 2023-2028*.
[26] https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/09/02/marseille-en-grand
[27] Berkesse et al., *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*.

III.3 L'EXPERIENCE DE CORHESAN ET SEPT : D'UN PARTENARIAT COVID-19 A UNE EXPERIMENTATION PILOTE

Dès 2020, en pleine crise Covid-19, CORHESAN et SEPT ont initié des interventions d'aller-vers pour lutter contre la pandémie en dehors des établissements hospitaliers, avant d'être été sélectionnés par l'ARS Paca pour opérer les équipes MédiLAC à Marseille (Figure 1). En parallèle, une collaboration entre la Cellule régionale SpF, l'ARS Paca, le SESSTIM et les deux opérateurs a permis de construire le projet « Hotspots COVID-19 Paca », qui produisait une cartographie dynamique des zones de sur-incidence du Covid permettant de cibler les interventions des MédiLAC vers les territoires et populations prioritaires[28].

À la fin de la crise sanitaire, en juillet 2022, l'ARS Paca a proposé à CORHESAN et SEPT de capitaliser sur cette dynamique en lançant une phase pilote du projet « 13 en Santé », ciblant dans un premier temps la promotion du dépistage organisé des cancers et la mise à jour du calendrier vaccinal dans certains QPV des arrondissements 1-3 et 13-16 de Marseille. Un dispositif d'évaluation rigoureux, piloté par un Comité Technique d'Évaluation (CTE) réunissant SpF, ARS, SESSTIM, CORHESAN et SEPT notamment, a été mis en place dès l'origine. Cette phase pilote (2022-2026), financée principalement par des crédits régionaux (FIR), a permis de démontrer la faisabilité opérationnelle de la médiation en santé dans les QPV : tests de modalités d'intervention, formation des équipes, tissage de partenariats territoriaux opérationnels avec les CPTS, les structures médico-sociales et les acteurs associatifs. Les résultats des évaluations réalisées pendant cette phase pilote sont très encourageants : augmentation significative du recours au dépistage organisé des cancers (+20 points de pourcentage pour les cancers colorectal et du sein[29]), détection de cancers à des stades précoces, de nombreux parcours fluidifiés.

Cette phase pilote ne permet toutefois pas de sécuriser la pérennité du dispositif ni de déterminer les conditions organisationnelles et le modèle économique de sa généralisation.

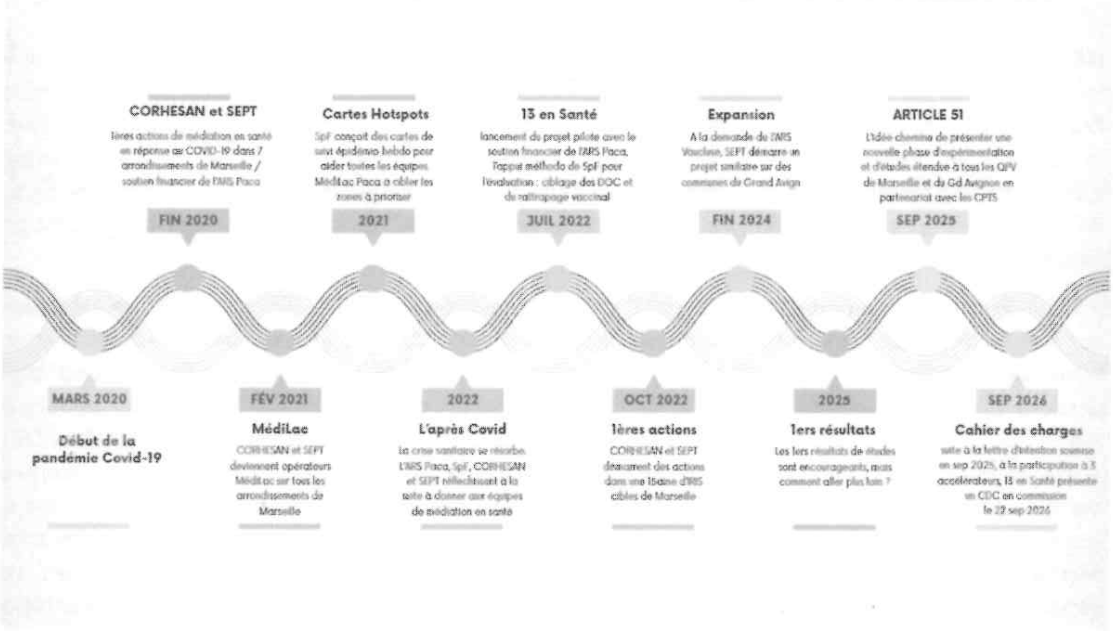
L'entrée dans le dispositif Article 51 vise à consolider et à évaluer, à plus grande échelle, le modèle organisationnel et économique de « 13 en Santé », afin d'en apprécier l'efficacité, l'efficience, la soutenabilité et la reproductibilité, et d'éclairer les conditions d'une éventuelle intégration de la médiation en santé dans le droit commun de l'Assurance Maladie.

Elle permettra notamment d'expérimenter un financement dérogatoire adapté à une activité ne relevant pas d'une logique de paiement à l'acte et d'en préciser les conditions de sa transposition.

Le déploiement de sept équipes sur l'ensemble des QPV des communes de Marseille, du Grand Avignon, de Monteux et de Sorgues permettra d'éprouver le modèle dans des contextes territoriaux diversifiés, d'identifier un socle commun et ses composantes adaptables et de documenter les conditions de sa généralisation.

[28] Fruleux et al., « Reviving Health Mediation during the COVID-19 Crisis and Beyond ».
[29] Legendre et al., « Effectiveness of Health Mediation to Promote Organized Cancer Screening among Underserved and Under-Screened Populations in Marseille, France », 6 mars 2026; Legendre et al., « Effectiveness of Health Mediation to Promote Organized Cancer Screening among Underserved and Under-Screened Populations in Marseille, France », 2026.

Figure 1 : Frise résumant l'expérience accumulée par CORHESAN et SEPT dans la médiation en santé



IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

IV.1 OBJECTIF GENERAL

Expérimenter l'efficacité et l'efficience d'un modèle organisé combinant prévention, promotion de la santé et accès aux soins, en recourant à la médiation en santé auprès des habitants des QPV

IV.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

Agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

- Favoriser l'accès à la prévention en santé, dont la promotion du recours au dépistage organisé des cancers et à la vaccination.
- Favoriser l'accès aux droits en santé (couverture complémentaire CSS, AME, ouverture de droits).
- Favoriser l'accès à un médecin traitant et le repositionner au centre du parcours de santé du bénéficiaire.
- Fluidifier et faciliter les parcours de soins via un accompagnement proportionné.
- Développer les capabilités des personnes dans l'accès à la santé et améliorer l'autonomie et la littératie en santé des bénéficiaires.

Documenter et évaluer un modèle organisationnel et économique de la médiation en santé en QPV :

- Tester différentes modalités de portage (associatif avec SEPT, hospitalier avec CORHESAN) et documenter leurs modalités de partenariat avec les CPTS.
- Documenter les modalités de déploiement dans des territoires aux caractéristiques variées et à plus large échelle sur l'ensemble des QPV de Marseille, du Grand Avignon, de Monteux et Sorgues.

- Documenter et évaluer différentes modalités d'« aller-vers » (porte-à-porte, stands, permanences, villages santé…), de « ramener-vers » et de « faire-avec » (accompagnement proportionné aux besoins de chacun).
- Documenter les modalités d'adaptation des interventions de médiation en santé à de nouvelles thématiques (en fonction des diagnostics territoriaux partagés avec les CPTS).
- Formaliser un socle commun d'organisation des équipes de médiation (organisation : recrutement ; formation ; modalités « d'aller-vers » ; « ramener-vers » proportionné à chaque bénéficiaire ; entretien d'un réseau de partenaires ; recueil routinier de l'activité et évaluation…), adaptable à d'autres thématiques de santé publique et territoires.
- Approfondir l'évaluation de l'impact sur le recours à la prévention, aux soins, et sur l'accès aux droits
- Évaluer un modèle économique l'efficience des actions de médiation via une analyse médico-économique, afin de soutenir leur intégration dans le droit commun.

Les indicateurs de ces différents objectifs sont consignés dans le Tableau 17

V DESCRIPTION DU PROJET

V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation a pour objet d'identifier un modèle organisationnel et économique de la médiation en santé en QPV dans une logique d'articulation avec les CPTS.

Concrètement, le projet vise à proposer à la population générale des QPV de Marseille (département des Bouches-du-Rhône), du Grand Avignon, de Monteux et Sorgues (département du Vaucluse), des actions de médiation en santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux droits en santé, à la prévention et aux soins, en promouvant la santé globale (dépistage organisé des cancers, rappels vaccinaux, et autres thématiques prioritaires identifiées par des diagnostics territoriaux partagés avec les CPTS) et l'accès au système de santé (droits en santé, médecin traitant, bilan de santé), tout en mesurant l'impact de ce dispositif et en évaluant les conditions d'un éventuel passage dans le droit commun de l'Assurance Maladie.

V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

V.2.a Critères d'inclusion

Les actions d'aller-vers visent l'ensemble des populations des QPV concernés.

Les actions d'accompagnement visent toute personne adulte rencontrée dans l'un des QPV couverts par l'expérimentation et qui confirme présenter au moins l'une des problématiques suivantes :

- ne pas disposer d'un médecin traitant déclaré ou ne pas avoir d'accès effectif à un médecin traitant ;
- ne pas disposer de droits en santé ouverts ou effectifs, ou rencontrer des difficultés dans leur ouverture ou leur renouvellement — Protection Universelle Maladie (PUMa), CSS, AME, notamment ;
- présenter une maladie chronique connue ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier ou adapté ;
- être éligible à l'une des actions de prévention ciblées par l'expérimentation sans être à jour au regard des recommandations applicables — dépistages organisés des cancers, vaccination ou autres thématiques définies dans le cadre du diagnostic territorial partagé ;
- avoir récemment eu recours aux urgences ou être sortie d'une hospitalisation et présenter un risque de rupture de parcours.
- avoir ou être le tuteur légal d'un enfant dans une des situations ci-dessus

L'inclusion dans le parcours est confirmée lorsqu'une évaluation individuelle met en évidence le besoin d'une intervention de médiation en santé, même ponctuelle, pour faciliter l'accès aux droits en santé, à la prévention ou aux soins. Ce besoin peut notamment résulter de difficultés linguistiques ou culturelles, d'une faible littératie en santé, d'obstacles administratifs ou numériques, de difficultés de mobilité, d'une situation économique ou sociale défavorable, d'un isolement, d'un manque de confiance envers les institutions ou de la complexité du parcours. Il peut également concerner des personnes qui renoncent ou reportent des dépistages ou des consultations, notamment par crainte du diagnostic ou de ses conséquences sur leur vie personnelle, sociale ou professionnelle. La nature et l'intensité de l'accompagnement sont adaptées aux besoins et au degré d'autonomie de la personne.
Les mineurs peuvent bénéficier du dispositif par l'intermédiaire de leur adulte de référence, notamment leur parent ou leur tuteur légal.

V.2.b Critères d'exclusion

- Les personnes ne résidant pas ou ne fréquentant pas l'un des QPV couverts par l'expérimentation. Elles peuvent néanmoins bénéficier d'une information, d'une orientation ou d'un appui ponctuel vers les ressources et dispositifs compétents de leur territoire, sans être comptabilisées parmi les bénéficiaires inclus dans l'expérimentation ;
- Les personnes dont les besoins sont déjà pris en charge de manière effective dans le cadre d'un parcours de santé structuré et pour lesquelles aucun besoin complémentaire de médiation en santé n'est identifié ;
- Les personnes qui, après avoir reçu une information adaptée sur le dispositif, ne souhaitent pas bénéficier d'un accompagnement individuel ou demandent à y mettre fin.

V.2.c Effectifs

V.2.c.1 Régime de croisière

L'expérimentation se déroulera dans 50 QPV, répartis sur deux départements (Bouches-du-Rhône et Vaucluse) et cinq communes (Marseille, Avignon, Le Pontet, Monteux et Sorgues), représentant une population totale de 282 517 habitants[30] (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, Figure 7).

Sur la durée de l'expérimentation, les actions d'aller-vers visent à sensibiliser environ 50 % de la population adulte dans les QPV couverts.

Pour le dimensionnement territorial (40 000 habitants) et d'équipe (équipe de 2 médiateurs en santé) retenu, en régime de croisière, est associé :

- un repère annuel d'activité compris entre 250 et 350 actions d'aller-vers tenant compte de la diversité des modalités d'intervention et des territoires.
- une cible annuelle de 450 personnes distinctes accompagnées dans le cadre d'un plan personnalisé d'accompagnement.

Ces niveaux d'activité d'aller vers et d'accompagnement individuels ont été définis à partir de l'activité constatée et documentée par les deux associations porteuses dans leurs questionnaires, tableaux de suivi et rapports d'activité.

La fourchette d'actions d'aller-vers constitue un repère d'activité. Le nombre d'actions est complété par le suivi du nombre de personnes rencontrées, sensibilisées et accompagnées, ainsi que par la qualification des modalités et des résultats des interventions.

[30] www.sig.gouv.fr – population municipale vivant en QPV en 2024

Tableau 3 : Liste des 50 QPV de Marseille, du Grand Avignon, Monteux et Sorgues ciblés par les deux opérateurs de « 13 en Santé », CORHESAN et SEPT, ainsi que leur population, leur CPTS de rattachement et l'équipe de médiation intervenante respectives.

	Nom du QPV	Commune	Population (hab.)	CPTS	Type d'équipe
CORHESAN (Marseille)					
1	Centre Ville 1er et 2e arr.	Marseille 1er & 2e	41 282	Marseille 1-2-3	équipe 1 existante
2	Centre Ville 3e arr.	Marseille 1er 2e & 3e	52 539	Marseille 1-2-3	équipe 2 existante
3	La Cayolle	Marseille 9e	2 383	Littoral Sud	équipe 3 nouvelle
4	La Cravache Le Trioulet		1 835		
5	La Soude Bengale		2 947		
6	Benza	Marseille 10e	1 893	Vital Santé	
7	Château Saint Loup		1 297		
8	La Capelette		1 786		
9	La Sauvagère		2 151		
10	Saint Thys		1 478		
11	Air Bel	Marseille 10e 11e & 12e	5 508	Vital Santé (10e) & Itinéraire Santé (11e 12e)	
12	La Rouguière	Marseille 11e	1 913	Itinéraire Santé	
13	Valbarelle Néréïdes Bosquet		2 403		
14	Caillols La Moularde	Marseille 12e	1 612		
	Total		**121 027**		

SEPT (Marseille)					
1	Balustres Cerisaie	Marseille 13e	1 990	Itinéraire Santé	Equipe 3 nouvelle
2	Frais Vallon		4 257		Equipe 1 existante
3	La Marie		1 224		Equipe 3 nouvelle
4	Le Clos La Rose		5 123		Equipe 1 existante
5	Le Petit Séminaire		1 306		Equipe 3 nouvelle
6	Les Olives		1 117		Equipe 3 nouvelle
7	Malpassé Corot		9 250		Equipe 1 existante
8	Saint Jérôme Les Tilleuls		3 577		Equipe 1 existante
9	Grand Saint Barthélémy	Marseille 13e & 14e	11 864	Itinéraire Santé (13e) & Actes Santé (14e)	Equipe 1 existante
10	Saint Gabriel Bon Secours		7 358		Equipe 1 existante
11	Canet Arnavaux Jean Jaurès	Marseille 14e	8 902	Actes Santé	Equipe 1 existante
12	La Simiane La Paternelle Vieux Moulin		2 928		Equipe 1 existante
13	La Visitation - Bassens	Marseille 14e & 15e	1 822	Actes Santé	Equipe 3 nouvelle
14	Le Castellas Les Micocouliers		3 133		Equipe 3 nouvelle
15	Les Tilleuls La Maurelette		2 661		Equipe 3 nouvelle
16	Cap Janet La Cabucelle Les Crottes	Marseille 15e	14 211	Actes Santé	Equipe 2 existante
17	Kalliste La Granière La Solidarité		7 263		Equipe 3 nouvelle
18	La Savine Bosphore		3 494		Equipe 2 existante
19	La Viste		3 698		Equipe 2 existante
20	Les Aygalades		1 926		Equipe 2 existante
21	Saint Louis Campagne Lévêque		7 227		Equipe 2 existante
22	Consolat Ruisseau Mirabeau	Marseille 15e & 16e	4 578	Actes Santé	Equipe 2 existante
23	La Castellane La Bricarde		6 535		Equipe 2 existante
24	Plan d'Aou Saint Antoine		2 429		Equipe 3 nouvelle
25	Saint André	Marseille 16e	1 504	Actes Santé	Equipe 2 existante
26	Saint Henri	Marseille 16e	1 868	Actes Santé	Equipe 2 existante
	Total		**121 245**		

SEPT (Grand Avignon, Monteux et Sorgues)					
1	Broquetons - Sainte Catherine	Avignon	1 638	Grand Avignon	équipe existante
2	Monclar - Champfleury - Rocade Sud - Barbière - Croix des Oiseaux		19 059		
3	Pont des Deux Eaux		1 579		
4	Reine Jeanne - Saint Jean - Grange d'Orel		5 537		
5	Saint Chamand		2 860		
6	Camp Rambaud - Les Mérides - Joffre - Centre Ville	Le Pontet	4 102	Grand Avignon	
7	Vieux Moulin - Centre ville - Les Mûriers	Monteux	1 449	Synapse Comtat Venaissin	
8	Chaffunes	Sorgues	1 112	Grand Avignon	
9	Générat - Establet		1 542		
10	Les Griffons - Centre ville		1 367		
	Total		**40 245**		
TOTAL GENERAL			**282 517**		

V.2.c.2 Montée en charge des nouveaux sites

Les nouveaux sites bénéficient d'une phase de montée en charge au cours de leur première année de fonctionnement. Cette phase doit permettre le recrutement et la formation des équipes, leur appropriation des outils et méthodes du projet, la réalisation du diagnostic territorial partagé, la formalisation des partenariats, le déploiement du système d'information et le démarrage progressif des inclusions.

Pour ces nouveaux sites, les cibles annuelles sont fixées, au cours de la première année, à 80 % des objectifs de régime de croisière, soit :

- entre 200 et 280 actions d'aller-vers ;
- cible ajustée de 360 personnes accompagnées.

À compter de la deuxième année pleine de fonctionnement, les cibles de régime de croisière s'appliquent : 250 à 350 actions d'aller-vers et 450 personnes accompagnées par équipe et par an.

Les objectifs de couverture sont présentés dans le Tableau 4. Le total prévisionnel de 15 570 accompagnements correspond au cumul des entrées annuelles dans un parcours d'accompagnement et non nécessairement à 15 570 personnes uniques sur l'ensemble des 5 années.

Pour le calcul de l'activité, une personne est comptabilisée une seule fois par équipe au cours d'une même année, quel que soit le nombre d'actions ou d'interventions réalisées dans le cadre de son parcours. Elle peut être comptabilisée au cours d'une année ultérieure lorsqu'un nouvel entretien met en évidence un nouveau besoin conduisant à l'ouverture d'un nouveau parcours.

Le système d'information permettra de distinguer les entrées annuelles, les ré-inclusions et le nombre de personnes uniques accompagnées sur l'ensemble de l'expérimentation.

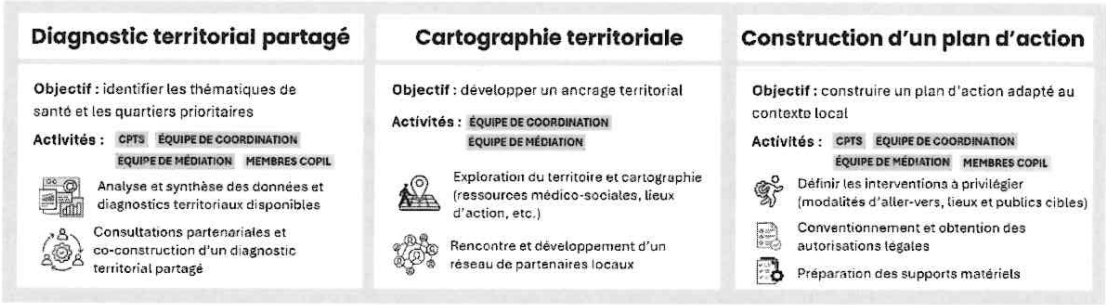
Tableau 4 : Population cible et objectifs de couverture sur cinq ans

Population ciblée et objectifs quantitatifs	CORHESAN Marseille	SEPT Marseille	SEPT Avignon	Total
Population totale des QPV ciblés	121 027	121 245	40 245	282 517
Estimation de la population adultes des QPV ciblés (~80% pop)	96 822	96 996	32 196	226 014
Estimation de la population adulte à sensibiliser (50% de la population adulte en 5 ans)	48 411	48 498	16 098	113 007
Cible cumulée de personnes accompagnées sur les 5 années de l'expérimentation	6 660	6 660	2 250	15 570

V.3 LES ETAPES PREALABLES A L'INCLUSION DES PREMIERS BENEFICIAIRES

Les étapes préalables à l'inclusion des premiers bénéficiaires sont résumées dans la Figure 2 et détaillée ci-dessous.

Figure 2 : étapes préalables à l'inclusion des bénéficiaires



V.3.a.1 Diagnostic territorial partagé et thématiques d'intervention prioritaires

Avant toute intervention de médiation en santé, une phase d'analyse permet d'identifier les besoins de la population, les priorités de santé et les secteurs à cibler. Elle s'appuie sur les travaux et ressources existants, notamment ceux des CPTS, des ASV, des CLS et des acteurs de la Politique de la Ville, complétés par les données de l'ARS, de SpF, de l'Observateur Régional de Santé (ORS), de l'Assurance Maladie et de l'Insee, notamment via des outils tels que Rézone CPTS.

Cette analyse aboutit à un diagnostic territorial partagé avec la CPTS du secteur, première étape d'une stratégie d'intervention concertée. Elle permet de définir les thématiques prioritaires d'intervention, réexaminées annuellement et actualisées en fonction de l'évolution des besoins.

Ces thématiques d'intervention couvriront deux axes :

Axe 1 – Socle commun d'interventions, déployé dans l'ensemble des territoires :

- Accès aux droits en santé : ouverture ou renouvellement des droits à la PUMa, CSS ou AME notamment.
- Accès à un médecin traitant (MT), pivot du parcours de santé du patient.
- Promotion et accès au dépistage organisé des cancers (DOC) du sein, colorectal et du col de l'utérus.

- Promotion et accès à la vaccination : mise à jour du calendrier vaccinal, notamment rattrapage vaccinal chez l'adulte et vaccination contre les infections à papillomavirus humains — HPV.

Axe 2 – Thématiques complémentaires définies par le diagnostic territorial partagé avec la CPTS du territoire, notamment :

- Promotion et accès à Mon bilan prévention et examens de prévention en santé proposés par l'Assurance Maladie.
- Promotion et accès à la prévention et au suivi des pathologies chroniques, telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la santé mentale et la souffrance psychosociale.
- Arrêt du tabac, nutrition, prévention de l'obésité.
- Mobilisation en réponse à d'éventuelles situation sanitaire exceptionnelle (épidémie, canicule, etc...).
- Tout autre thème identifié comme prioritaire sur un territoire donné par le diagnostic partagé.

V.3.a.2 Exploration et cartographie du territoire

En complément, l'équipe de médiation en santé entreprend une exploration de terrain afin de mieux connaître l'écosystème local et les ressources mobilisables. Elle comprend notamment la cartographie des quartiers et des lieux de vie, le repérage des immeubles et des foyers, ainsi que l'identification des acteurs et lieux susceptibles de contribuer à l'intervention : bailleurs et syndics, associations, institutions, collectivités territoriales, délégués du préfet, professionnels et structures de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, structures de prévention et lieux d'accueil des actions d'aller-vers.

La cartographie sera régulièrement actualisée tout au long de l'expérimentation et enrichie, en fonction de l'évolution des besoins, de l'offre territoriale et des partenariats développés.

V.3.a.3 Élaboration du plan d'action

Ce travail préparatoire (diagnostic et exploration territoriale), que l'on peut estimer à un mois et demi ou deux mois, et à renouveler en moyenne tous les deux ans, permet ensuite à l'équipe de médiation de construire conjointement avec la CPTS, un plan d'action adapté aux besoins de la population et aux caractéristiques du territoire.

Ce plan d'action précise notamment :

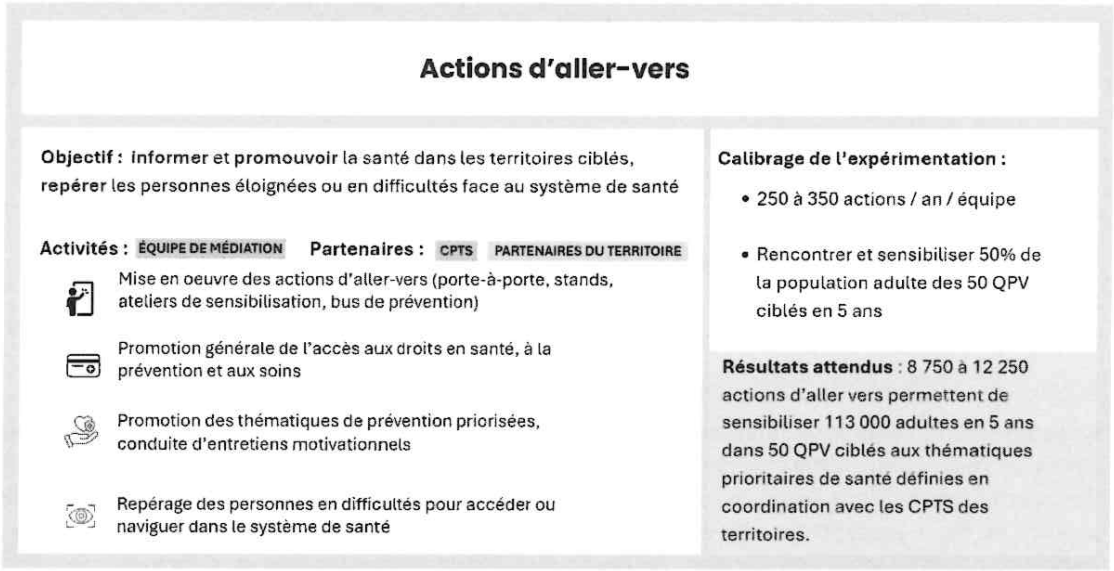
- Les secteurs et publics prioritaires ;
- Les modalités d'aller-vers à mobiliser ;
- Les partenaires associés aux interventions ;
- Les supports et outils de communication nécessaires ;
- Les modalités de ramener-vers et de faire-avec, ainsi que les ressources du droit commun vers lesquelles les personnes peuvent être orientées ou accompagnées ;
- Le calendrier prévisionnel des interventions.

Il intègre les campagnes et temps forts nationaux ou locaux de prévention, tels que Mars Bleu, Octobre Rose ou la Semaine européenne de la vaccination, tout en restant adaptable aux besoins émergents et aux priorités du territoire.

Dans le cadre des comités de suivi territoriaux, le plan d'action est régulièrement actualisé au regard de l'activité, des retours des habitants et des partenaires, ainsi que de l'évolution des besoins et de l'offre locale.

V.4 L'ALLER VERS : UN TRIPLE OBJECTIF

Figure 3 : Résumé des actions d'aller-vers



Pour contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'expérimentation accorde une place importante aux actions d'aller-vers, qui poursuivent ici un triple objectif (Figure 3) :

- informer largement les habitants des QPV et les partenaires des dispositifs de prévention existants selon les thématiques prioritaires retenues pour chaque territoire ciblé ;
- sensibiliser et promouvoir auprès des personnes rencontrées l'importance et l'accessibilité des dispositifs existants, pour rester en bonne santé, prévenir les maladies ou les soigner ; la conduite d'entretien motivationnel permet d'explorer l'ambivalence de la personne, faire émerger ses propres motivations, renforcer son autonomie et son sentiment de pouvoir agir, afin de favoriser son engagement dans les démarches favorable à sa santé ;
- repérer parmi les personnes sensibilisées, celles qui répondent aux critères d'inclusion en raison de difficultés d'accès à ces dispositifs, afin de leur proposer un accompagnement adapté.

Pour cela, seules ou en lien avec la CPTS et/ou les autres partenaires du territoire, les équipes de médiation déploient des modalités d'intervention variées :

- Des actions de porte-à-porte permettent de sensibiliser entre 8 et 15 personnes par demi-journée.
- Des stands sur la voie publique, en pied d'immeuble ou au sein de structures partenaires, permettent de sensibiliser une vingtaine de personnes par demi-journée.
- Des ateliers collectifs organisés au sein de structures partenaires du territoire, permettent de sensibiliser quelques dizaines de personnes par demi-journée.
  Les équipes de SEPT dans les quartiers Nord mènent également des interventions avec un bus de prévention mobile :

- pour conduire des actions de sensibilisation au dépistage des cancers, à la vaccination et à différentes thématiques de prévention primaire — nutrition, diabète, hypertension, notamment ;
- pour accueillir, le cas échéant, des actions de dépistage ou de vaccination réalisées en lien avec les professionnels et structures habilités ;
- notamment sur les marchés locaux ou en pied d'immeuble, afin d'aller directement à la rencontre des habitants, en particulier des personnes âgées ou isolées.

Ces actions d'aller-vers sont généralement précédées d'une communication à destination des habitants notamment au moyen d'affiches, des réseaux sociaux ou d'invitations adressées par la CPAM ou par les partenaires impliqués. Elles sont conduites par un binôme dont la composition est adaptée au contexte de l'intervention : deux médiateurs, un médiateur et un professionnel de santé, ou un médiateur et un bénévole / ambassadeur en santé. Une attention particulière est portée, lorsque cela est pertinent, à la mixité du binôme et aux compétences linguistiques.

Les interventions sont renouvelées et adaptées en fonction de la connaissance du territoire, des résultats obtenus et du niveau de couverture de la population ciblée. Chaque action d'aller-vers fait l'objet d'un bilan qualitatif et quantitatif ainsi que d'un retour d'expérience partagé avec l'équipe de coordination.

L'objectif dans le cadre de l'expérimentation est de **réaliser entre 250 et 350 actions d'aller-vers par équipe et par an** et de **sensibiliser environ 50 % de la population adulte** des QPV ciblés au terme des cinq années d'expérimentation.

Ces actions sont adaptées au rythme de vie et aux caractéristiques de chaque territoire, conformément au diagnostic et au plan d'action territorial.

V.5 Parcours du patient / usager

V.5.a Parcours usuel de droit commun

Dans le droit commun, les patients, qu'ils résident en QPV ou non, accèdent aux droits en santé, à la prévention, aux soins et au système de santé dans son ensemble de manière volontaire et autonome (identification des professionnels, prise de rendez-vous, consultations...). Certes, ils bénéficient dans certains cas d'invitations dématérialisées ou par courrier, notamment de la part de l'Assurance Maladie (dépistages des cancers, bilans de santé...), mais ces parcours usuels de droit commun supposent une bonne connaissance du système de santé, une littératie en santé suffisante, une autonomie logistique et financière, et une confiance dans les institutions. Or, de nombreux habitants des QPV sont en situation d'éloignement social, géographique, linguistique, économique ou culturel vis-à-vis de ce système. Une intervention de médiation en santé peut permettre de créer une accroche, une sensibilisation, une confiance, une information ou un accompagnement à plusieurs niveaux.

V.5.b Parcours-type proposé dans le cadre de l'expérimentation

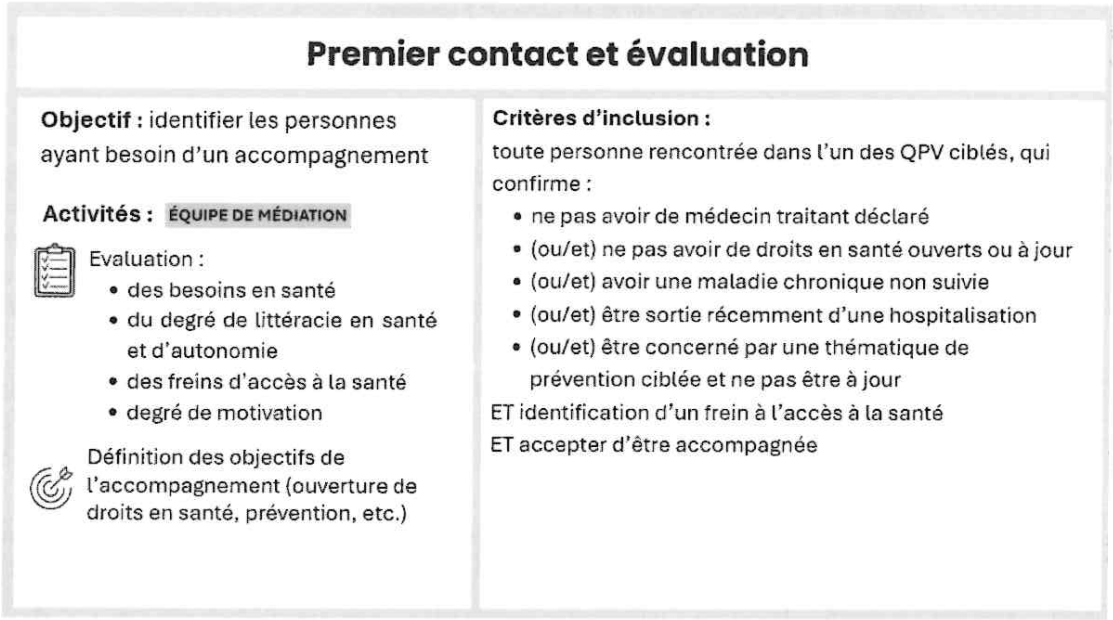
L'entrée dans le parcours, sous réserve du respect des critères d'inclusion préalablement définis, s'effectue par deux canaux :

- le repérage de personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits en santé, à la prévention, au diagnostic ou aux soins lors des actions d'aller-vers menées par les équipes de médiation ;
- l'orientation de personnes repérées par les partenaires du projet vers les médiateurs.

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

V.5.b.1 Premier contact et évaluation

Figure 4 : Résumé du premier contact et évaluation



Le niveau initial de littératie en santé et d'autonomie pourra également être recueilli selon l'outil et les modalités définis dans le protocole d'évaluation.

Que le premier contact ait lieu lors d'une action d'aller-vers ou sur orientation d'un partenaire, le médiateur engage avec la personne repérée un échange fondé sur l'écoute active et bienveillante afin (figure 4) :

- de comprendre les besoins et les préoccupations exprimés par la personne ;
- de repérer les difficultés rencontrées dans l'accès aux droits en santé, à la prévention, au diagnostic ou aux soins ;
- d'identifier les éventuels freins administratifs, sociaux, culturels, linguistiques, numériques, cognitifs ou liés à la mobilité ;
- d'apprécier le niveau d'autonomie de la personne et son besoin éventuel de médiation en santé ;
- de recueillir son accord pour bénéficier, le cas échéant, d'un plan personnalisé d'accompagnement (PPA).

À partir de cet échange et de la grille d'évaluation (Tableau 5), le médiateur détermine si la situation justifie l'entrée dans un PPA.

Tableau 5 : Évaluation des besoins d'appui et du degré d'autonomie

Domaine évalué	Autonomie	Besoin d'appui ponctuel	Besoin d'accompagnement renforcé
Communication et compréhension	La personne comprend les informations et peut exprimer ses besoins sans aide	Des explications adaptées, reformulations ou supports en langage clair sont nécessaires	Le recours à un interprète, à des supports traduits ou à une médiation répétée est nécessaire

Littératie en santé	La personne comprend les principales informations utiles à son parcours	Elle comprend avec une explication ou une démonstration	Elle rencontre des difficultés importantes pour comprendre les courriers, prescriptions, résultats ou étapes du parcours
Démarches administratives et numériques	La personne réalise seule les démarches nécessaires	Elle a besoin d'une aide ponctuelle pour une démarche ou l'utilisation d'un outil numérique	Elle a besoin d'une aide active ou répétée pour l'ouverture des droits, la constitution d'un dossier ou les démarches numériques
Mobilité et repérage géographique	La personne peut organiser et effectuer seule ses déplacements	Une information, une aide à l'itinéraire ou une solution simple de transport suffit	Un accompagnement physique ou une solution spécifique de transport est nécessaire
Navigation dans le système de santé	La personne identifie les interlocuteurs, prend ses rendez-vous et suit son parcours	Une orientation ou une aide ponctuelle à la prise de rendez-vous est nécessaire	La personne a besoin d'une coordination active, de rappels ou d'un suivi des différentes étapes
Environnement social et soutien disponible	La personne dispose, si nécessaire, d'un entourage mobilisable et adapté	Un soutien existe mais demeure limité ou irrégulier	La personne est isolée ou ne dispose pas d'un soutien mobilisable, adapté ou accepté
Facteurs psychosociaux	Aucun frein particulier n'est identifié	Des inquiétudes, une méfiance ou une appréhension peuvent être levées par un échange adapté	Les appréhensions ou difficultés psychosociales compromettent le recours aux droits en santé, à la prévention ou aux soins sans médiation soutenue

V.5.b.2 Plan personnalisé d'accompagnement (PPA) : ramener-vers

L'objectif est de faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins selon les principes de l'**universalisme proportionné**.

Lorsqu'un entretien individuel met en évidence un besoin d'accompagnement, avec l'accord explicite de la personne, le médiateur met en place un plan personnalisé d'accompagnement (PPA) et ouvre un formulaire individuel de suivi structuré en sept volets :

1. **Bénéficiaire :** chaque personne accompagnée est enregistrée **une seule fois dans le dispositif**. Ce volet regroupe les informations permettant de l'identifier et de caractériser sa situation ; les différents parcours, actions et suivis réalisés au cours de l'accompagnement y sont rattachés. Les éléments recueillis comportent :
    - son identité, ses coordonnées et son adresse de résidence ;
    - sa situation au regard de ses droits en santé ;
    - son NIR, lorsqu'il est nécessaire au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation, après information de la personne ;
    - l'existence éventuelle d'un médecin traitant déclaré et, lorsque cela est utile, ses coordonnées ;
    - son rattachement territorial (commune, quartier, bassin de vie, structure de rattachement).
2. **Évaluation** : L'évaluation a pour but de dresser un état des lieux complet de la situation du bénéficiaire afin d'adapter au mieux l'accompagnement. Elle porte sur :
    - l'identification de ses besoins de santé,

- son niveau d'autonomie (capacité à effectuer seul les démarches, à se déplacer, à comprendre les enjeux),
- son degré de littératie en santé (compréhension des informations médicales et administratives),
- ses freins éventuels à l'accès aux soins (financiers, géographiques, culturels, linguistiques, psychosociaux)
- et le degré d'urgence de la situation (pathologie évolutive, dépistage en retard, absence de suivi, antécédents).

Cette évaluation détermine le niveau de priorisation ainsi que l'intensité de l'accompagnement à mettre en place.

3. **Thématique** : Ce volet vise à identifier et prioriser les domaines de santé sur lesquels la personne accepte d'être accompagnée, en tenant compte de son consentement éclairé et de sa volonté de s'engager activement dans les thématiques proposées.
   Plusieurs grandes familles de thématiques peuvent être proposées :

   - **Les dépistages organisés des cancers** : cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus. L'accompagnement vise à favoriser la participation, la compréhension des enjeux et la levée des freins (peur, méconnaissance, difficultés pratiques).
   - **La vaccination** : grippe, COVID-19, HPV ... Il s'agit de promouvoir la vaccination, réduire l'hésitation vaccinale, d'aider à la prise de rendez-vous
   - **L'accès aux droits** : contribuer à l'ouverture ou le renouvellement des droits comme la complémentaire santé solidaire (CSS), aide à la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD), accès à l'aide médicale d'État, dispositifs d'accompagnement social. Cette thématique est souvent transversale et conditionne l'accès effectif aux soins.
   - **Les affections de longue durée (ALD)** : cette thématique concerne les personnes porteuses d'une maladie chronique inscrite sur la liste des ALD (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, cancer, maladies respiratoires chroniques, etc.). L'accompagnement spécifique peut inclure :
     - l'aide à la constitution et au suivi du dossier de demande d'ALD (avec le médecin traitant) ;
     - la compréhension de la navigation dans le système de santé, du protocole de soins et des droits associés (exonération du ticket modérateur, prise en charge des transports, etc.) ;
     - la coordination des rendez-vous et des examens de suivi ;
     - le soutien à l'observance thérapeutique et à l'autosurveillance (glycémie, tension, poids, etc.) ;
     - l'orientation vers des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour renforcer les compétences d'autosoins ;
     - le lien avec les professionnels de santé de ville et hospitaliers (médecin traitant, spécialistes, infirmiers, pharmaciens, diététiciens) afin d'assurer une prise en charge globale et continue.

   Une même personne peut suivre plusieurs thématiques simultanément, en fonction des besoins identifiés lors de l'évaluation, des priorités de santé publique définies au niveau territorial en lien avec les CPTS. Chaque thématique donne lieu à un plan d'accompagnement spécifique inscrit dans les parcours du bénéficiaire et intégré dans le PPA, et fait l'objet d'un suivi dédié dans le système d'information avec des statuts d'avancement.

4. **Parcours :** Le parcours du bénéficiaire constitue la colonne vertébrale de l'accompagnement. Pour chaque thématique retenue, il structure l'ensemble des interventions dans une logique de continuité et de progressivité, en s'appuyant sur la trajectoire de santé classique : prévention, dépistage, diagnostic, soins, suivi. Cette segmentation n'est pas figée, elle reflète

l'avancée réelle de la personne dans sa prise en charge et permet de situer précisément chaque action dans une dynamique globale. Chaque parcours est personnalisé en s'adaptant aux besoins évalués, aux choix de la personne, à son rythme et aux ressources mobilisables. Il précise les objectifs à atteindre, les étapes à franchir, les acteurs impliqués (professionnels de santé, structures, associations) et les délais souhaitables. Il intègre également les possibles allers-retours entre les étapes comme par exemple, un résultat de dépistage négatif peut clôturer le parcours de prévention et le suivi du bénéficiaire sur cette thématique, tandis qu'un résultat positif oriente vers un parcours de diagnostic, puis de soins en cas de confirmation. Le parcours facilite la coordination, évite les ruptures et permet d'anticiper les transitions critiques (passage du dépistage au diagnostic, de l'hôpital à la ville, de la fin de traitement au suivi). Ainsi, le parcours n'est pas un simple enchaînement d'étapes, mais un véritable processus dynamique et vivant au service de la continuité et de la qualité de l'accompagnement.

5. **Étape :** Elle constitue l'unité opérationnelle et dynamique du parcours. C'est à ce niveau que l'accompagnement se concrétise par des actions précises, traçables et évaluables, menées auprès du bénéficiaire. Chaque étape correspond à un objectif intermédiaire à atteindre pour permettre l'avancée dans le parcours. Elle reflète en permanence la situation réelle et actualisée du bénéficiaire, en précisant ce qui a été fait, par qui, comment, quand. L'étape n'est pas une simple succession de tâches de fond, c'est un point de contact vivant avec la personne, qui tient compte de son contexte, de ses capacités, de ses préférences et des obstacles rencontrés. La progression dans le parcours est directement conditionnée par l'état des actions prévues à chaque étape en fonction de celles qui n'ont pas été réalisées, celles qui sont en cours et celles qui ont été validées. Le bénéficiaire ne peut passer à l'étape suivante que si les conditions sont remplies, dans le cas contraire tout passage doit être justifié et réévalué.

   Chaque étape est donc définie par plusieurs éléments structurants :

   - **Ce qui est fait** : la nature de l'action menée (information, prise de rendez-vous, aide administrative, accompagnement physique, relance, recueil de résultats, etc.).
   - **Par qui** : l'acteur responsable de l'action (bénéficiaire, aidant, coordinateur, infirmier, bénévole formé...). La traçabilité de l'acteur est essentielle pour la coordination et la reprise du suivi et permet a terme de mesurer la progression d'autonomisation.
   - **Comment** : les modalités de réalisation (appel téléphonique, visite à domicile, accompagnement physique, envoi de courrier, utilisation d'un outil numérique, réunion de concertation...). On précise aussi les moyens nécessaires (transport, interprétariat, aide financière).
   - **Quand** : la date prévue et la date effective de réalisation, afin de mesurer les délais et d'identifier les retards.

   Cette approche par étapes dynamiques permet d'assurer un suivi individualisé et réactif. Elle offre aussi une vision consolidée pour le pilotage : chaque bénéficiaire est positionné sur une étape précise de son parcours, ce qui permet de construire des tableaux de bord par thématique, par file active, par niveau d'urgence, et de repérer les « perdus de vue » ou « abandons de parcours » ou les situations bloquées.

   L'étape est le moteur opérationnel du parcours car elle transforme l'intention d'accompagnement en actions concrètes, mesurables et conditionnant l'avancée, tout en restant centrée sur la réalité et les besoins du bénéficiaire.

6. **Résultat :** Il constitue un moment charnière du parcours et conditionne la compréhension, l'adhésion et la continuité de l'accompagnement.

Le secret médical demeure pleinement garanti tout au long de cette étape. Lorsque le bénéficiaire souhaite être accompagné dans la compréhension d'un résultat, le médiateur en santé intervient uniquement avec son accord et en tant que membre de l'équipe de soins au sens de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, ce qui permet les échanges d'informations strictement nécessaires à la continuité de sa prise en charge.

Cette phase comprend plusieurs dimensions complémentaires :

- **L'accès aux résultats** : qu'il s'agisse d'un test de dépistage, d'une analyse biologique, d'une imagerie, d'une biopsie... ou d'une réponse administrative (ouverture de droits, reconnaissance d'ALD), il s'agit de s'assurer que le bénéficiaire a eu accès à ses résultats.
- **La compréhension des résultats** : Les résultats sont communiqués au bénéficiaire par le professionnel de santé de référence pour chaque dépistage ou examen (le médecin traitant, le radiologue, le biologiste, la sage-femme, etc.). Le médiateur en santé ne fait pas d'annonce de résultat lui-même ; il s'assure en revanche que le bénéficiaire comprend les résultats que le professionnel de santé de référence lui a remis ou annoncé (normal, anormal, à confirmer, incomplet), ses implications concrètes et les éventuelles conséquences sur son état de santé.
- **La définition de la conduite à tenir** : en lien avec les professionnels de santé, l'accompagnement aide à clarifier la compréhension des étapes suivantes comme la simple surveillance, le besoin d'examens complémentaires, ou l'orientation vers un spécialiste... Cette conduite à tenir est reformulée avec le bénéficiaire et vise à vérifier sa compréhension, sa volonté de poursuivre les parcours si besoin, puis à l'inscrire dans le PPA. La prévention des ruptures de parcours est ici un enjeu majeur. Un résultat mal compris, non reçu, ou une étape suivante non programmée peut entraîner un abandon du parcours. L'accompagnant anticipe ces risques en planifiant immédiatement les prochaines actions (prise de rendez-vous, relance, orientation), en assurant un suivi rapproché et en mobilisant si besoin des aides pratiques (transport, interprétariat, accompagnement physique). Il s'agit d'éviter les « perdus de vue », « les abandons de parcours » et de garantir que le bénéficiaire reste informé et acteur de son parcours.
- **Le soutien motivationnel** : selon la nature du résultat, le bénéficiaire peut ressentir de l'anxiété, de la peur, du découragement ou au contraire un soulagement. L'accompagnant adapte sa posture : écoute active, réassurance, information honnête sur les possibilités de prise en charge, orientation vers des ressources de soutien (psychologue, associations de patients, groupes de parole). L'objectif est de maintenir l'engagement de la personne dans son parcours de santé peu importe le résultat.

En définitive, la phase de résultat ne clôt pas le parcours : elle le réoriente et le relance en fonction des informations nouvelles. Ce volet transforme une donnée médicale ou administrative en une décision partagée et en une action concrète, tout en consolidant la confiance entre le bénéficiaire et l'équipe d'accompagnement. Sa qualité conditionne directement l'efficacité globale du dispositif et la capacité à atteindre les objectifs de santé visés.

7. **Pilotage** : Suivre l'ensemble à la maille de l'action par une vue consolidée du parcours de chaque personne, de la file active et de l'activité, pour le pilotage, la priorisation, les actions à mettre en place et l'évaluation.

Pour les personnes qui ne bénéficieront pas d'un PPA (soit hors critère d'inclusion, soit ne le souhaitant pas), elles peuvent néanmoins bénéficier :

- **d'une information et une sensibilisation adaptées** sur les dépistages organisés des cancers, la vaccination, les autres thématiques retenues dans le plan d'action, les

dispositifs de prévention notamment Mon bilan prévention ou les examens de prévention en santé, les droits en santé et le fonctionnement du système de santé. Les techniques de l'entretien motivationnel peuvent être mobilisées afin d'explorer les éventuelles hésitations de la personne et de soutenir son engagement dans une démarche de prévention ou de soins ;

- **de la participation à des actions collectives** de sensibilisation, de promotion ou d'éducation à la santé, organisées avec les partenaires locaux. Ces actions complètent, lorsque cela est pertinent, l'accompagnement individuel et favorisent le partage d'expériences, l'ancrage territorial et la mobilisation des ressources de proximité ;
- **d'une orientation vers les ressources adaptées du territoire**, notamment les professionnels et structures de santé avec si nécessaire, l'appui de la CPTS, vers les dispositifs de prévention, l'Assurance Maladie, les services sociaux et les organismes compétents en matière d'accès aux droits, de logement ou d'aides sociales.

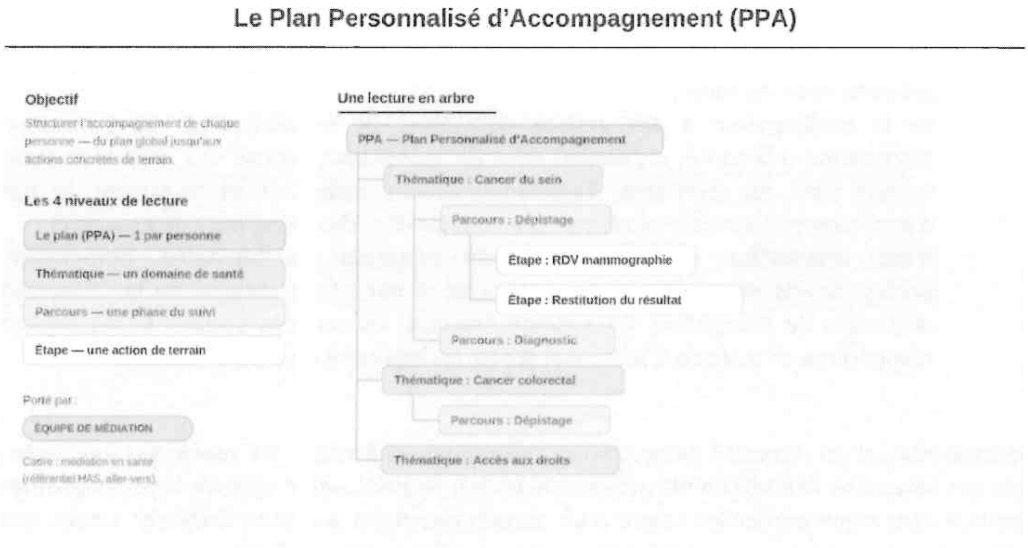
En résumé PPA est un dispositif unique, multi-thématique et évolutif. Il s'appuie sur une évaluation initiale qui détermine l'entrée en file active et le niveau de priorisation ainsi un accompagnement de prévention sans signe particulier relève d'un accompagnement à rythme habituel, tandis que des antécédents marquants ou un symptôme évocateur justifient une priorisation.

L'accompagnement opérationnel se déploie à travers les étapes en combinant des actions d'information et de sensibilisation adaptées, d'orientation vers les ressources du territoire, l'aide aux démarches administratives, la prise et l'organisation des rendez-vous, l'appui à la navigation dans le système de santé, le soutien moral et, si nécessaire, le recours à l'interprétariat et à l'adaptation des supports. Ces actions sont menées dans le respect de la confidentialité, du secret professionnel, du non-jugement et de la volonté des personnes, conformément au cadre déontologique de la médiation en santé défini par la HAS.

Ainsi, le PPA se construit comme un outil vivant, centré sur la personne, qui coordonne les interventions, prévient les ruptures et assure une continuité tout au long de la trajectoire de santé, depuis la prévention jusqu'au suivi, en passant par le dépistage, le diagnostic et les soins.

Urgences et situations dépassant le champ de d'intervention de l'équipe de médiation : Une vigilance particulière s'impose lorsqu'une personne rapporte un symptôme (par exemple une masse au niveau de la poitrine) : il ne s'agit alors plus de dépistage, réservé aux personnes asymptomatiques, mais d'une situation nécessitant une orientation rapide vers une consultation de diagnostic. Le médiateur ne réalise aucune appréciation clinique, son rôle est de repérer le caractère prioritaire, de le partager avec le cadre de santé afin de l'orienter sans délai et d'accompagner la démarche.

Figure 5 : Le plan personnalisé d'accompagnement (PPA)



V.5.b.3 Suivi régulier dans la durée

Les personnes accompagnées dans un PPA bénéficient d'un **suivi régulier**, jusqu'à l'atteinte des objectifs définis avec elles initialement et à un niveau d'autonomie suffisant. Ce suivi peut être réalisé, à distance (téléphone, SMS) ou en présentiel (entretiens complémentaires à domicile, dans des lieux publics, des permanences dans des structures partenaires, dans un bus santé, etc...). L'équipe de médiation vérifie l'adhésion des bénéficiaires au parcours et la concrétisation des différentes démarches initiées, adapte si nécessaire les orientations. Elle assure également le lien entre le bénéficiaire et les professionnels concernés, notamment le médecin traitant, avec l'appui, si nécessaire, de la CPTS du territoire.

L'équipe de médiation veille au quotidien à maintenir un **équilibre entre l'accompagnement individuel et le renouvellement de la file active.** Pour ce faire, les modalités et l'intensité de l'accompagnement des bénéficiaires font l'objet de débriefing réguliers avec l'équipe de coordination.

L'équipe de médiation recueille en routine, selon des modalités standardisées et au moyen d'un **système d'information dédié (cf. infra),** les données décrivant les interventions menées et les différentes étapes de l'accompagnement. Ces données sont nécessaires au suivi des parcours, au pilotage du projet, à son évaluation et au versement de la part variable du financement.

L'objectif est d'accompagner **450 personnes par équipe et par an.**

Une personne peut bénéficier de plusieurs interventions au cours de son parcours, mais elle n'est comptabilisée qu'une seule fois par équipe au cours d'une même année. Elle peut être comptabilisée au cours d'une année ultérieure lorsqu'un nouvel entretien conduit à l'ouverture d'un nouveau parcours d'accompagnement.

V.5.b.4 Sortie du parcours et bilan final

La fin du parcours dépend du **degré d'autonomie** du bénéficiaire et de **l'atteinte des objectifs initiaux** : réalisation du ou des dépistages, mise à jour des vaccinations, accès à un médecin traitant, réalisation

des soins, ouverture de droits en santé ou acquisition d'un niveau d'autonomie suffisant dans le parcours. Le suivi prend également fin lorsque la médiation ne semble plus nécessaire ou adaptée, ou lorsque le bénéficiaire ne souhaite plus poursuivre la démarche.

Pour les besoins de l'évaluation, une mesure de sortie pourra être réalisée afin d'apprécier l'évolution de la littératie en santé et de l'autonomie depuis l'entrée dans le parcours. L'outil utilisé, la population concernée et les temps de mesure seront précisés dans le protocole d'évaluation.

En moyenne, on estime qu'un accompagnement s'étale sur 3 mois, avec environ 4 contacts avec le bénéficiaire.

Pour les PPA les plus complexes, un **bilan final pourra être** partagé avec le bénéficiaire dans un format simple et valorisant les compétences acquises et les démarches réalisées. La durée du parcours est variable et adaptée à chaque situation, néanmoins, il ne doit pas excéder une année.

L'équipe de médiation veille à éviter les sorties trop précoces et peut prévoir, lorsque cela est pertinent et avec l'accord du bénéficiaire, des possibilités de re-contact, par exemple à l'échéance du dépistage organisé suivant.

Une nouvelle inclusion peut intervenir au cours d'une année ultérieure lorsqu'un nouveau besoin de médiation est identifié et donne lieu à l'ouverture d'un nouveau parcours.

V.6 ORGANISATION DES EQUIPES ET DES INTERVENTIONS

Figure 6 : Description du socle commun des interventions



V.6.a Composition des équipes

Une équipe type de médiation en santé couvre environ **40 000 habitants** et est composée de :

- **2 équivalents temps plein (ETP) médiateurs en santé** : au cœur du dispositif, ils réalisent l'organisation des interventions d'aller-vers, la rencontre et les entretiens avec les bénéficiaires, l'évaluation initiale, l'accompagnement proportionné et le suivi dans le temps. Ils peuvent être recrutés parmi les habitants des QPV concernés, et sont formés aux fonctions de médiateur en santé et aux thématiques d'intervention.
- **0,5 ETP professionnel de santé** (IDE ou sage-femme) : Il intervient directement sur le terrain et dans les ateliers à travers des actions d'aller-vers en appui aux médiateurs selon leurs besoins. Il épaule les médiateurs dans la gestion des situations complexes et prend le relais pour le suivi des bénéficiaires ayant un résultat de dépistage positif ou dont la situation de santé nécessite une attention particulière (ALD, maladie chronique, sortie d'hospitalisation, etc.). Il assure alors l'interface avec le médecin traitant afin de contribuer à la coordination et à l'adaptation du parcours. Il participe activement à l'élaboration et au suivi du plan

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

personnalisé d'accompagnement (PPA), en veillant à l'adéquation entre les besoins repérés et les ressources mobilisables. Il contribue également à la formation continue de l'équipe et à la veille sanitaire. Par ailleurs, il contribue à concevoir et à adapter les modalités d'animation et de transmission des messages de santé lors des actions d'aller-vers, en tenant compte des spécificités du territoire et des caractéristiques des publics rencontrés, afin d'en faciliter la compréhension et de favoriser leur participation...

Les **bénévoles ou ambassadeurs de santé** constituent une ressource de proximité complémentaire des équipes de médiation. Souvent issus des quartiers d'intervention, ils contribuent à créer du lien avec les habitants, à relayer les messages de prévention et à faciliter leur participation aux actions de santé. Ils sont mobilisés lors des actions d'aller-vers, en appui aux médiateurs, notamment pour lever certaines barrières linguistiques ou culturelles. Toutes leurs interventions sont réalisées sous la supervision directe d'un médiateur ou d'un professionnel de santé. Ils peuvent être des personnes déjà engagées aux côtés de l'équipe ou de nouvelles personnes rencontrées par l'intermédiaire des acteurs du territoire. Chaque bénévole ou ambassadeur bénéficie d'une convention de bénévolat précisant les engagements réciproques et les conditions de défraiement. Il suit un parcours de formation adapté aux thématiques du projet et aux missions qui lui sont confiées.

Le recours à l'interprétariat se fait selon plusieurs modalités selon les situations :

- La mobilisation des compétences interne à l'équipe, ou des bénévoles ou des aidants pour les situations les plus simples.
- La mobilisation d'un interprétariat professionnel sur site lorsqu'aucun salarié, bénévole ou aidant n'a la capacité à traduire la langue de la personne accompagnée, dont le niveau de français est insuffisant pour s'exprimer et/ou comprendre les enjeux autour de sa santé. L'association OSIRIS présente à Marseille dispose d'une équipe d'interprètes professionnels mobilisables à la demande.
- Le plaidoyer auprès des structures ayant accès aux services de ISM Interprétariat afin qu'elles l'utilisent lors de leur consultation ou entretien avec la personne accompagnée.

Une équipe de coordination peut être mutualisée entre plusieurs équipes de médiation. Elle représente 0,75 ETP par équipe de médiation, et peut associer des fonctions de coordination opérationnelle et de cadre de santé. La répartition de ces fonctions est adaptée par les porteurs en fonction de leur organisation, dans le respect du dimensionnement retenu par le modèle économique. Cette coordination garantit la cohérence des parcours d'orientation, l'articulation avec les CPTS et les autres partenaires, ainsi que l'encadrement et l'appui aux médiateurs.

Parmi l'équipe de coordination, un médecin ou un professionnel de santé contribue à la formation continue des médiateurs sur les thématiques prioritaires (vaccination, dépistage...). Il apporte son expertise pour les situations complexes et contribue à la coordination médicale et à l'orientation vers les professionnels de santé compétents. Il n'assure pas de consultations dans le cadre du dispositif et ne se substitue pas au médecin traitant. Il peut également participer à des actions de vaccination organisées avec les partenaires compétents, dans le respect des règles de droit commun.

V.6.b Organisation des interventions

Les médiateurs appuyés par la coordination, organisent en amont le planning et la logistique des interventions d'aller vers ; puis ils mènent ces actions, généralement en binôme (6). L'ensemble occupe environ 30 à 40% du temps de travail de l'équipe de médiation.

Tableau 6 : Organisation des interventions

Porte à porte	• Informer en amont le syndic ou le bailleur afin qu'ils préviennent les habitants par mail, sms ou courrier et facilite, le cas échéant, l'accès de l'équipe à l'immeuble ; • planifier des passages en journée ou en soirée, selon les caractéristiques et les habitudes de vie du quartier ; • progresser immeuble par immeuble, étage par étage, porte après porte ; et répertorier les appartements visités ; • déposer un avis de passage en cas de porte close pour permettre aux personnes de contacter l'équipe et de convenir d'un rendez-vous si elles le souhaitent ; • prévoir le matériel nécessaire au bon déroulé de l'échange individuel ou familial : tenue logotée, flyers d'information, matériel de démonstration, lettre d'adressage, etc. • si nécessaire, prévoir un passage complémentaire ciblé, en présence d'un ambassadeur en santé ou d'un interprète, notamment en cas de difficulté linguistique ou lorsqu'une sensibilisation ou un accompagnement complémentaire paraît nécessaire.
Stands sur la voie publique, en pied d'immeuble ou au sein de structures partenaires	• solliciter si nécessaire les autorisations d'occupation de la voie publique délivrée par la commune ; • prévoir le planning d'intervention avec le partenaire ou le repérage d'évènements locaux comme des fêtes de quartier, des villages-santé, • organiser le transport et l'installation de tables pliantes, des sièges, de la signalétique, du matériel pédagogique — supports anatomiques, kits de dépistage de démonstration, documents d'information sur différents sujets ; • repérer ou organiser un espace adapté (barnum) pour garantir la confidentialité des entretiens individuels ;
Ateliers collectifs organisés au sein de structures partenaires du territoire	• repérer les partenaires et les lieux où les habitants peuvent se réunir en petits groupes (ex : ateliers consacrés à la parentalité, cours de Français Langue Etrangère (FLE), centres de loisirs, centres sociaux, salles d'attente de de professionnels de santé, collèges, lieux de culte, associations de parents d'élèves...) ; • planifier l'action avec le partenaire, définir le sujet adapté au public attendu et le créneau adapté ; • préparer en amont l'intervention, les supports pédagogiques, les modalités d'animation (techniques d'animation, quizz, vidéos, co-animation avec le partenaire) visant à s'appuyer sur les connaissances et les questionnements des participants et à leur apporter une information adaptée ;

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

	• à l'issu de l'atelier, prévoir un temps suffisant pour rencontrer individuellement les participants qui souhaitent solliciter un accompagnement.

L'aller vers s'adresse aussi aux partenaires du territoire avec pour objectifs :

- de les informer des thématiques prioritaires de prévention portées par l'équipe de médiation ;
- de les informer des critères d'inclusion requis pour bénéficier d'un accompagnement ;
- de les motiver à repérer et orienter des usagers qui pourraient bénéficier d'un accompagnement par un médiateur en santé ;
- de les sensibiliser à l'implication de tous dans la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

V.7 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION

V.7.a Formation des équipes de médiation

Le profil de poste des médiateurs en santé vise des professionnels du secteur sanitaire ou social, ou des personnes sans qualification initiale dans ces domaines mais dont l'expérience personnelle s'apparente à celle de la population du projet ou des personnes titulaires d'un diplôme ou d'une formation, ou ayant une expérience préalable en médiation en santé ou en médiation sociale.

Les équipes de médiation bénéficient d'une formation initiale et continue conforme aux préconisations du référentiel de la médiation en santé de la HAS[31]. Elle vise à acquérir des compétences techniques, des connaissances théoriques et un savoir être.

Les formations sont dispensées en mobilisant des ressources internes (médecin, IDE, coordination), les CPTS, des partenaires (CPAM, CODEPS13, CRES, ...) ou des prestataires agréés.
La formation pratique se formalise par des temps d'immersion et de compagnonnage au sein des équipes existantes de 13 en santé ou d'équipes partenaires.

La formation initiale comprend 280 heures de formation théorique et de formation pratique en compagnonnage avec les équipes. Le contenu, le planning ainsi que les intervenants sont détaillés en annexe 5.

V.7.b Communication et information à destination des bénéficiaires

La communication vise à faire connaître le dispositif, à informer les habitants sur les actions de prévention et à faciliter le repérage des personnes susceptibles de bénéficier d'un accompagnement. Elle s'adresse à la fois aux habitants des territoires ciblés et aux partenaires en mesure de relayer ou d'orienter vers le dispositif.

Elle repose sur plusieurs modalités complémentaires :

- une communication de proximité, portée par les médiateurs en santé lors des permanences, des actions d'aller-vers, des visites à domicile, des interventions en pied d'immeuble, des ateliers collectifs et des événements locaux ;
- des supports de communication accessibles, utilisant un langage clair, des supports visuels et, lorsque cela est nécessaire, des traductions dans les principales langues représentées dans les QPV concernés (arabe, anglais, comorien, etc.), afin de faciliter la compréhension des

[31] Haute Autorité de santé (HAS), *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*.

messages, notamment pour les personnes en situation de faible littératie en santé ou rencontrant des difficultés de compréhension ;

- des outils numériques et réseaux sociaux (Facebook, Instagram, LinkedIn, WhatsApp, SMS, sites internet, newsletters) pour informer les habitants, promouvoir les actions de prévention, rappeler les campagnes de dépistage ou de vaccination et diffuser des messages de santé publique validés. Ces outils ne sont pas utilisés dans le cadre du suivi individuel des personnes accompagnées ;
- la mobilisation des réseaux de partenaires — CPTS, DAC, établissements et professionnels de santé, centres sociaux, associations, bailleurs sociaux, CCAS, établissements scolaires et structures médico-sociales — afin de relayer l'information et de favoriser le repérage et l'orientation des publics ;
- la participation aux forums, manifestations locales, campagnes nationales de prévention et événements partenariaux, afin d'accroître la visibilité du dispositif et d'aller à la rencontre des publics éloignés du système de santé.

L'ensemble des actions de communication respecte les principes d'accessibilité, de lisibilité, de neutralité et d'adaptation culturelle définis par le référentiel de la Haute Autorité de Santé relatif à la médiation en santé. Elles visent à renforcer le pouvoir d'agir des personnes, à favoriser leur recours aux dispositifs de prévention et à contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une information régulière est par ailleurs assurée auprès des acteurs institutionnels et des collectivités territoriales — ARS, Assurance Maladie, Préfecture et délégués du Préfet, communes, Métropole, Ateliers santé ville (ASV), Département, chargés de développement territorial, Contrats de Ville, Cités éducatives — afin de favoriser la coordination des interventions et de garantir une bonne connaissance de l'offre de médiation en santé.

V.7.c Compagnonnage

La montée en charge des nouveaux sites est accompagnée par un dispositif structuré de compagnonnage mobilisant les équipes expérimentées de CORHESAN et de SEPT.

Ce compagnonnage comprend notamment :

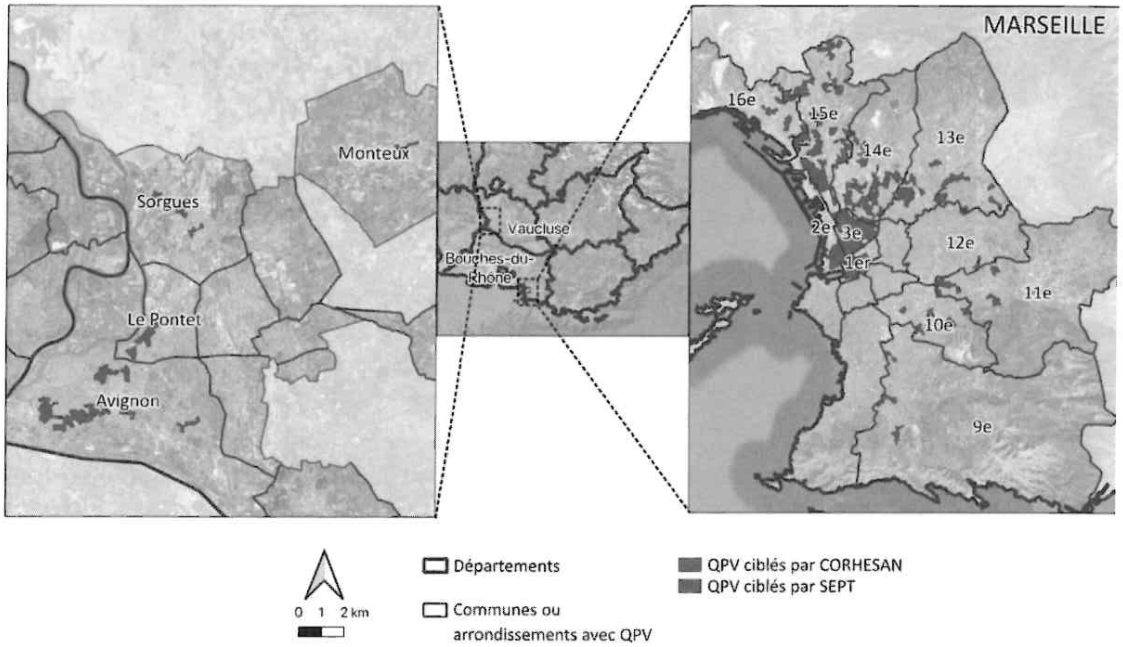
- une période d'immersion au sein d'une équipe déjà opérationnelle ;
- la transmission des outils, protocoles et supports communs ;
- un appui à la préparation des premières actions d'aller-vers ;
- un accompagnement à la conduite des premiers entretiens individuels et à l'utilisation du système d'information ;
- des temps réguliers de retour d'expérience au cours des premiers mois ;
- un appui à la structuration des partenariats territoriaux.

Les modalités, le calendrier et les équipes référentes du compagnonnage sont définis dans le plan de montée en charge de chaque nouveau site. Un premier bilan est réalisé à trois mois, puis un bilan consolidé à six mois.

V.8 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

L'expérimentation se déroulera dans 50 QPV, répartis entre Marseille, Avignon, Le Pontet, Monteux et Sorgues, représentant une population totale de 282 517 habitants (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, Figure 7).

Figure 7 : Localisation des QPV de Marseille, du Grand Avignon, Monteux et Sorgues ciblés par les deux opérateurs de 13 en Santé, CORHESAN et SEPT



Jusqu'à aujourd'hui, le projet ne ciblait que 9 QPV du Centre-ville de Marseille (1er au 3e arrondissements, CORHESAN), des quartiers nord (13e au 16e, SEPT) et du Grand Avignon, grâce à la mobilisation de 5 équipes. L'expérimentation Article 51 avec 7 équipes constitue donc une extension majeure à l'ensemble des QPV des trois territoires.

V.9 DUREE DE L'EXPERIMENTATION

La durée de l'expérimentation est de 5 ans. Cette durée doit permettre la montée en charge du dispositif, l'atteinte des cibles d'activité et la conduite d'une évaluation suffisamment robuste, notamment au regard de la périodicité de certaines actions de prévention, telles que les dépistages organisés des cancers.

La date de début de l'expérimentation et le point de départ de sa durée de cinq ans seront précisés dans l'arrêté et les conventions de financement. La date de démarrage sera fixée de manière à permettre la réalisation des premières actions d'aller-vers et des premières inclusions au cours de cette première année.

La première année constitue une phase de montée en charge et d'ingénierie de projet soutenue notamment par les crédits d'amorçage et d'ingénierie. Elle comprend :

- le recrutement du chef de projet
- la mobilisation des locaux, des véhicules et du matériel nécessaires à la couverture des nouveaux territoires d'intervention ;
- la formalisation des partenariats avec les CPTS et les autres acteurs couvrant les QPV ciblés ;
- la finalisation du protocole d'évaluation ;

- la finalisation des modalités de recueil, de sécurisation et de restitution des données au moyen du système d'information retenu ;
- le recrutement des équipes de médiation destinées à couvrir les nouveaux territoires ;
- la formation initiale des équipes ;
- la réalisation du diagnostic territorial partagé, en coordination avec les CPTS partenaires ;
- la réalisation des premières actions d'aller-vers et des premiers accompagnements.

Pour les seuls nouveaux sites, les cibles de la première année sont fixées entre 200 et 280 actions d'aller-vers et à 360 personnes accompagnées. Les équipes déjà opérationnelles au démarrage de l'expérimentation restent soumises aux cibles de régime de croisière.

Au cours des quatre années suivantes — M13 à M60 —, le projet atteint progressivement son régime de croisière. Les cibles annuelles sont fixées, pour chaque équipe, entre 250 et 350 actions d'aller-vers et à 450 personnes accompagnées.

À l'issue de la troisième année d'expérimentation, un point d'étape pourra être organisé par l'ARS, en lien avec la CNAM, les équipes nationales et les porteurs, sur la base des premiers éléments de suivi et d'évaluation. Il pourra notamment porter sur la montée en charge, les premiers résultats observés, l'insertion territoriale et la soutenabilité économique du dispositif. Ses enseignements pourront conduire les parties à examiner l'opportunité d'éventuels ajustements pour la poursuite de l'expérimentation. Ce point d'étape n'emporte pas, par lui-même, de modification du cadre autorisé ou des financements prévus ; toute évolution éventuelle devra être convenue entre les parties et formalisée selon les procédures applicables.

V.10 Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre

V.10.a Chef de projet (1 ETP)

Le chef de projet assure le pilotage opérationnel transversal de l'expérimentation. Il garantit la cohérence de sa mise en œuvre entre les différents territoires et équipes, veille au respect du cahier des charges et des orientations arrêtées par le comité de pilotage, et assure l'articulation entre les porteurs, les équipes de coordination, les partenaires et les instances de gouvernance.

À ce titre, il assure notamment :

- la déclinaison du cahier des charges en un plan d'action opérationnel partagé, comprenant les principales étapes de déploiement, les échéances, les responsabilités des parties prenantes et les livrables attendus ; il produit pour cela les outils de pilotage du projet, notamment le tableau de bord d'activités, de montée en charge, de ressources humaines, de suivi financier et de qualité des données ;
- le suivi du calendrier de mise en œuvre, de la montée en charge des équipes et de l'atteinte des objectifs d'activité, ainsi que l'identification des écarts, difficultés et risques susceptibles d'affecter le projet ;
- la préparation et l'organisation des comités de pilotage et des autres instances du projet : élaboration des ordres du jour, préparation des supports, transmission des documents, rédaction des relevés de décisions ou comptes rendus et suivi de la mise en œuvre des décisions ;
- la coordination opérationnelle entre les équipes de médiation et de coordination de SEPT à Marseille et dans le Grand Avignon, et de CORHESAN à Marseille à travers l'organisation de comités techniques (COTECH) réguliers, afin de favoriser l'harmonisation des pratiques, le partage d'expérience et la mise en œuvre du socle commun de l'expérimentation ;

- l'appui aux coordinateurs des équipes pour l'animation territoriale, le développement et la formalisation des partenariats, notamment avec les CPTS et les autres acteurs des territoires concernés à travers l'organisation de comités de suivi territoriaux (COSTER) réguliers ;
- le pilotage fonctionnel du système d'information, en lien avec les porteurs et les prestataires ou partenaires compétents, en veillant à son déploiement, à son utilisation régulière, à la complétude et à la qualité des données recueillies ;
- la coordination de la collecte, de la consolidation et de la transmission des données d'activité et des indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation, sans se substituer à l'évaluateur externe ni au comité technique d'évaluation ;
- l'interface opérationnelle avec l'ARS, l'Assurance Maladie, l'équipe nationale Article 51 et l'évaluateur externe ; il participe notamment au comité technique d'évaluation (CTE)
- le suivi administratif et financier de l'expérimentation, en lien avec les responsables administratifs et financiers des porteurs, notamment pour les financements versés par l'Assurance Maladie — dotation fixe et part variable — et par l'ARS — crédits d'amorçage et d'ingénierie financés par le FIR ;
- le suivi de l'exécution budgétaire, des conventions, des justificatifs attendus et des échéances de versement, ainsi que l'alerte des porteurs et du comité de pilotage en cas d'écart ou de difficulté ;
- la préparation des rapports d'activité, des bilans intermédiaires et du rapport final, ainsi que des documents demandés par les financeurs et les instances de suivi ;
- la gestion des conventions de financement avec la CNAM (dotation fixe, part variable) et l'ARS (crédits d'amorçage et d'ingénierie issus du FIR), et des flux financiers seront consolidés par le chef de projet et présenté en COPIL. Chaque structure conserve l'indépendance de ses demandes ou de ses comptes rendus.
- la formulation, lorsque cela est nécessaire, de propositions d'évolution du plan d'action, de l'organisation ou du cahier des charges, soumises à l'arbitrage du comité de pilotage (COPIL) et à la validation des autorités compétentes (CTIS) ;
- la contribution à la communication et à la valorisation du projet, de ses résultats et des enseignements issus de l'expérimentation, dans le respect des orientations définies par les porteurs et le comité de pilotage.

Le recrutement du chef de projet est réalisé par un trio composé des deux porteurs et d'un cadre institutionnel de l'Assurance Maladie ou de l'ARS PACa. Son contrat de travail est porté par l'Hôpital Européen de Marseille (HEM). Même s'il est administrativement rattaché à HEM, le chef de projet exerce ses missions pour l'ensemble de l'expérimentation. Il rend compte de manière partagée aux deux porteurs et au comité de pilotage, afin de garantir la transversalité et la neutralité de son positionnement.

Le chef de projet ne manage pas directement les médiateurs (ce sont les équipes de coordinations), ne conduit pas l'évaluation (mais il peut y participer) et ne décide pas des orientations stratégiques.

Le chef de projet exerce ses missions sous l'autorité directe des représentants des deux porteurs, et avec un lien fonctionnel avec les membres du COPIL.

Le chef de projet n'exerce pas d'autorité hiérarchique directe sur les médiateurs en santé, qui relèvent des équipes de coordination et de leurs employeurs respectifs. Il anime toutefois la coordination fonctionnelle entre les équipes et s'assure de la bonne articulation de leurs activités avec les objectifs de l'expérimentation.

Il ne réalise pas l'évaluation externe, mais facilite sa mise en œuvre, organise la disponibilité des informations nécessaires et veille à la mobilisation des équipes autour des exigences de recueil et de qualité des données. Il ne décide pas des orientations stratégiques, qui relèvent du comité de pilotage.

Si le chef de projet ne remplit pas ses missions selon la feuille de route décidée par les deux porteurs, ou pour tout manquement aux respects des règles d'éthique et de déontologie professionnelles, un préavis sera donné en respectant les délais de la convention collective du porteur.

V.10.b Comité technique (COTECH)

Sous la houlette du chef de projet, le COTECH réunit régulièrement un ou plusieurs représentant(s) de chaque structure et, selon les sujets traités, les personnes ressources ou partenaires concernés. Il constitue l'instance de coordination opérationnelle transversale de l'expérimentation. Il permet de partager l'avancement du déploiement, les difficultés rencontrées et les enseignements issus du terrain, d'harmoniser les pratiques et de favoriser la mise en œuvre du socle commun entre les équipes de CORHESAN et SEPT. Il contribue également à l'ajustement des modalités opérationnelles, à la circulation des informations et au partage des outils et expériences. Les difficultés ou propositions d'évolution qui dépassent le cadre de la coordination opérationnelle sont portées à la connaissance du comité de pilotage (COPIL).

V.10.c Comité de pilotage (COPIL)

Il est organisé et animé de façon semestrielle par le chef de projet, sera co-présidé par les deux porteurs CORHESAN et SEPT, associera l'ARS Paca, la DGRINES (équipe nationale 51), la CNAM/CELEVAL, Santé publique France, le SESSTIM, des représentants des administrations centrales (DGS, DGOS, DSS), les représentants des CPTS partenaires. Des représentants des associations de quartier seront encouragés à participer au COPIL par le chef de projet. Le COPIL statue sur les orientations stratégiques, valide les révisions éventuelles du CDC, arbitre les difficultés et suit les résultats d'évaluation.

V.10.d Comités de suivi territoriaux (COSTER)

Pour chaque territoire, le porteur (CORHESAN ou SEPT) et la CPTS concernée organisent un COSTER, selon le rythme qu'ils jugent adapté. Le COSTER réunit généralement les équipes de médiation en santé et de coordination, le chef de projet, la CPTS, les acteurs médico-sociaux locaux et des représentants des habitants des QPV. Le COSTER est l'instance où se discute l'animation territoriale, le diagnostic partagé et la remontée des difficultés terrain. En cas de difficultés, les décisions à prendre peuvent être partagées en COPIL et devront être adoptée à l'unanimité des membres présents. Le recours au vote à la majorité n'est pas applicable.

V.10.e Comité technique d'évaluation (CTE)

Depuis la phase pilote en 2022, le CTE réunit régulièrement cellule régionale de SpF, ARS, SESSTIM, CORHESAN et SEPT (membres permanents) ainsi que des membres invités. Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, l'évaluation est conduite par un évaluateur externe retenu par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'évaluation Article 51. Le CTE continue à se réunir en complément des COPIL, pour monitorer les données dans l'objectif notamment de sa valorisation scientifique.

VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION

VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE DES BENEFICIAIRES

Les outils nécessaires à la coordination et à la conduite de l'intervention font l'objet d'une documentation minutieuse dans une optique de transférabilité et de généralisation du dispositif.

VI.1.a Les outils non numériques

- Supports de communication traduits (affiches, prospectus, flyers de présentation du dispositif) dans les langues représentées dans les QPV ciblés.
- Kits pédagogiques pour les actions de sensibilisation (buste côlon et polypes, coussins seins de palpation, buste d'autopalpation mammaire, kits de dépistage de démonstration).
- Outils de formation des médiateurs (entretien motivationnel, animation d'atelier, littératie en santé, thématiques médicales abordées...).
- Arbres décisionnels d'aide à l'accompagnement et aux orientations.
- Bus de prévention mobile (SEPT).

VI.1.b Les outils numériques

- Application de collecte mobile d'information de type Kobo Collect, JIRA & espace HDS, AZUREZO ou équivalent : recueil routinier des données d'activité au niveau individuel (formulaires « intervention », « individuel », « partenaire »). Déjà en usage dans la phase pilote.
- Messagerie sécurisée de santé (MSSanté) : pour les échanges entre médiateurs, IDE coordinateurs et professionnels de santé.
- Outils de médiation numérique pour les bénéficiaires : aide à l'installation et à l'utilisation d'applications (Doctolib, Maiia, MonEspaceSanté...).

VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION

VI.2.a Le SI cible

Le SI répond à plusieurs besoins

- **Outil métier ergonomique et accepté par les équipes** de médiation et de coordination, afin d'assurer, depuis un ordinateur ou un smartphone/tablette :
  - L'animation du réseau partenarial via un **formulaire « partenaire »** ;
  - L'organisation des actions d'aller-vers via un **formulaire « intervention »** ;
  - et l'accompagnement des bénéficiaires via un **formulaire « individuel »** (données administratives, médecin traitant, statuts vis-à-vis des thématiques ciblées, littératie et autonomie, autres freins éventuels, motivation... cf V.3.c.1) ;
- **Recueil homogène des données** résumant les actions d'aller-vers et le parcours des personnes accompagnées, en vue d'alimenter le tableau de bord de pilotage, et l'évaluation ;
- **Remontée standardisée des données** nécessaires à l'évaluation (y compris constitution de la cohorte pour l'appariement SNDS via l'Identité nationale de santé [INS] construite à partir du NIR) ;
- Priorité donnée **à l'adaptation d'outils existants**, notamment l'outil régional de coordination et de parcours (**eParcours**) déployé en PACA, **AZUREZO**[32], en coordination avec le Groupement

[32] https://sante-paca.fr/

Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS PACA) appelé ieSS (Innovation e-Santé Sud)[33] ;

- **Adaptation** possible à d'autres contextes et thématiques dans une perspective de transférabilité dans le cadre du droit commun à l'issu de l'expérimentation.

VI.3 CHANTIERS SI QUI SERONT MENES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION

VI.3.a Lancement de l'expérimentation

Afin de ne pas freiner le lancement de l'expérimentation, celle-ci débutera avec les systèmes d'information déjà déployés et actuellement utilisés.

Les Tableau 7 : 7 et Tableau 8 8 présentent l'état actuel des systèmes d'information respectifs de CORHESAN et SEPT.

Tableau 7 : Etat actuel du système d'information de CORHESAN

Fonction	Outil(s)	Stockage / particularité
Planif. & suivi actions hors les murs	Planning partagé Excel (Cloud Google) + **Kobo collect** (formulaire intervention)	Extraction vers serveur SPF ; archives Excel annuelles/mensuelles
Suivi personnes rencontrées (HLM)	Fichier « patients » **Excel** (~50 colonnes)	Serveur sécurisé **HDI – Hôpital Européen** ; blocs colorés par thématique (DOCCR, DOCCS, DOCCU, Vaccination, Droits santé, Orientations) ; filtres pour rappels
Entretien individuel & accompagnements	Même tableau patient Excel	—
Gestion des RDV	**Doctolib / Doctolib Pro**, téléphone, mail, WhatsApp	RDV notés sur la ligne fichier patient Excel
Partage avec partenaires	Mail individuel HDS sécurisé (données médicales), mail générique Gmail Corhesan (non médicales), Doctolib Pro, lettre d'adressage	—
Suivi RH	Planning Excel (Cloud Google) + **Octime**	Suivi contractuel
Interprétariat	Plateforme **OSIRIS**	Validation préalable coordo
Transports	NC	—

[33] https://esante.gouv.fr/la-e-sante-en-provence-alpes-cote-dazur

Tableau 8 : Etat actuel du système d'information de SEPT

Fonction	Outil(s)	Stockage / particularité
Planif. & suivi actions hors les murs	Calendrier Jira (+ convention/autorisation) ; Fiche intervention.pdf + reporting Jira	Typologie fine aller-vers / ramener-vers (modalité, type d'intervention, kits distribués…)
Outils d'animation (aller-vers)	Canva, Kahoot, évaluation papier	pas de données sensibles
Communication	Canva, réseaux sociaux	Consentement image, logos
Entretien individuel	Fiche de suivi patient (avec consentement) — serveur sécurisé + archivage physique, dématérialisé Jira	Très riche : NIR, barrières, scores de vulnérabilité, degré d'autonomie (1-5), niveau de compréhension, statuts/cohortes de suivi, effort de médiation
Personnes accompagnées & RDV	Jira + Doctolib + Excel serveur sécurisé (envoi via **Bluefiles**) + mail sécurisé	Cohortes de suivi/statut
Suivi des résultats	Jira, SI partenaires, mail sécurisé, MT, CRCDC	Déclaration ou transmission sécurisée
Partage partenaires	Fichiers sécurisés Bluefiles, accès SI partenaire, mail sécurisé	—
RH / achats / transports / stocks	Tableaux sur Portail SEPT (serveur sécurisé) + Jira ; DUERP, bilans, contrats	Traçabilité dépenses, kilométrage, inventaires
Interprétariat	NC — logique « faire avec » les communautés	—
Conformité (RGPD)	Portail SEPT serveur HDS Europe + 2FA, hébergement Jira Europe et conformité HIPAA, registre des traitements	Protocoles incident/destruction, politique de données, droits des personnes, registre des traitements, formations, chartes, gestion des accès physiques

VI.3.b Étude d'opportunité de déployer AZUREZO

Dans le cadre de l'expérimentation une étude devra être menée pour évaluer l'adéquation entre les besoins SI en matière de coordination du dispositif 13 en santé et la solution régionale de coordination AZUREZO. Cette solution, promue dans le cadre de la politique régionale esanté pour l'outillage de la coordination est conforme à la doctrine du numérique en santé. Elle est mise à disposition des professionnels et structures de santé du territoire par le biais du GRADeS ieSS majoritairement financé par les ARS PACA.

En région, le GRADeS ieSS est l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale e-Santé sur le territoire. Il décline les grands programmes nationaux en termes de e-santé tels que le Ségur du numérique et le programme e-parcours. Il peut également de porter des projets dans le champ du numérique en santé, tout en garantissant la cohérence de ces projets avec la stratégie régionale et nationale.

La solution régionale de parcours AZUREZO répond au cahier des charges national du programme e-Parcours. En ce sens, ce système a vocation à se rendre interopérable avec les référentiels et services socles nationaux (identifiant national de santé, Mon espace santé, messagerie sécurisée de santé, ...) et tient compte des choix régionaux en matière d'urbanisation pris en fonction de la doctrine nationale du numérique en santé (gestion des comptes, annuaires, authentification via Pro Santé Connect, ...). Cet outil permet la traçabilité complète du parcours du bénéficiaire, depuis l'inclusion jusqu'à la sortie du dispositif. L'architecture de l'outil repose sur une logique de coordination de parcours, avec un dossier unique partagé entre les professionnels autorisés.

Afin de mener à bien cette étude des travaux devront être menés entre le porteur de projet et le GRADeS. Le cas échéant, ceux-ci serviront de base à la préparation des spécifications fonctionnelles lors de la phase de cadrage du projet de déploiement d'AZUREZO. Celles-ci traduiront les besoins métiers en exigences opérationnelles, afin de définir précisément les fonctionnalités attendues de la solution, ses règles de gestion, les parcours utilisateurs, les prérequis d'interopérabilité ainsi que les contraintes réglementaires associées. Elles devront notamment intégrer la génération d'export facilitant la transmission des données d'activité attendues de la CNAM tout au long de la phase d'expérimentation.

Ces travaux permettront par ailleurs de préciser l'articulation avec :

- les éventuels autres outils de SEPT et CORHESAN qui seraient nécessaires à la couverture fonctionnelle complète du process.
- Les structures/professionnels partenaires (canaux de partage d'information, articulation avec les outils de ces partenaires...).

Les porteurs s'engagent à dédier du temps de travail à l'étude d'opportunité en lien avec le GRADeS. Si l'étude conclut à l'opportunité de déployer Azurézo, le paramétrage de la solution sera réalisé avec l'appui du GRADeS, dans le cadre de sa feuille de route. Le déploiement, la reprise éventuelle des données, la formation et l'appropriation de l'outil mobiliseront également du temps de travail des équipes porteuses. La répartition détaillée des contributions et des charges sera précisée à l'issue de l'étude d'opportunité.

VI.3.c Mise en œuvre du SI cible

En fonction des résultats de l'étude d'opportunité, le déploiement du module d'AZUREZO intégrant les spécificités du dispositif, ainsi que l'accompagnement des utilisateurs seront réalisés avec l'appui du GRADeS pendant la période d'expérimentation.

En fonction des cas d'usage, un mode hybride pourra être mis en place pour permettre à chaque structure de pouvoir utiliser selon ses besoins les outils de son SI et/ou AZUREZO dans l'objectif de restituer les parcours du bénéficiaire en respectant les données listées dans le Tableau 18. En effet, certaines interventions terrains pourraient présenter des conditions permettant la saisie des informations directement dans AZUREZO alors que d'autres (évènements notamment), pour des raisons de facilité d'usage, pourraient nécessiter le recueil des informations par d'autres canaux (outil de reconnaissance vocal par exemple). Dans ce second cas, les informations seront ensuite déversées dans AZUREZO pour le suivi du parcours.

VI.3.d Planning

L'étude d'opportunité sera initiée sur le second semestre 2026 et, selon sa complexité, sera finalisée en 2026 ou 2027.

Dans le cas où cette étude confirmerait l'opportunité de déployer AZUREZO, s'en suivront les phases suivantes :

- Finalisation des spécifications fonctionnelles (ébauchées dès la phase d'opportunité)
- Paramétrages
- Recette
- Déploiement en production
- Formation et accompagnement des équipes à l'utilisation de l'outil

Ces travaux seront inscrits dans la feuille de route du GRADeS 2027 et, en fonction de l'avancée des travaux en 2028. L'étude d'opportunité nous permettra d'évaluer la complexité du projet et d'affiner le planning global.

VI.3.e Mise en œuvre du SI durant la phase de démarrage et de transition

La mise en conformité du système d'information avec l'article 51 s'articule en phases successives quels que soient les outils choisis composant le SI. Tout d'abord, le socle de gouvernance préalable et indépendant de l'outil impose de désigner un référent conformité ou un DPO, d'établir le registre des traitements recensant l'ensemble des SI actuels (Excel serveur, Kobo, Doctolib, Jira, OSIRIS, mails, portail SEPT), de cartographier les flux et de classer les données selon leur nature (identifiantes, données de santé, données RH/gestion).

Ensuite, afin de respecter la conformité documentaire RGPD, il est attendu de réaliser une analyse d'impact obligatoire pour tout traitement à grande échelle de données de santé. Il convient ensuite de rédiger une politique de conservation et de purge précisant les durées par catégorie ainsi que les modalités d'archivage intermédiaire et définitif. L'information des personnes et la procédure d'exercice des droits (accès, rectification, opposition, effacement, portabilité, limitation) doivent également être formalisées.

Toute donnée de santé identifiante hébergée par un tiers doit l'être sur une infrastructure certifiée HDS ; un serveur type Hôpital Européen ou un portail HDS Europe est conforme. La sécurité technique doit être renforcée par le chiffrement si possible, l'authentification multi facteur est indispensable, une gestion fine des habilitations et la journalisation des accès. Les sauvegardes, la réversibilité et le plan de reprise doivent être formalisés.

VI.4 Obligations reglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matiere de SI et des donnees de sante a caractere personnel

Plusieurs principes directeurs structurent le choix du SI et la conduite de l'évaluation :

- **Respect de la doctrine de l'Agence du Numérique en Santé (ANS)**[34], notamment :
  - **Sécurité** (messagerie sécurisée de santé [MSSanté], hébergement sur infrastructure certifiée HDS, respect de la PGSSI-S[35]...) ;
  - **Interopérabilité** (respect du CI-SIS[36], identification des personnes conformément aux règles de l'Identité nationale de santé [INS]...) ;
  - **Éthique** (respect du CENS[37]) ;

[34] https://esante.gouv.fr/doctrine
[35] https://esante.gouv.fr/produits-services/pgssi-s
[36] https://esante.gouv.fr/produits-services/ci-sis
[37] https://esante.gouv.fr/produits-services/referentiel-ethique

- Alimentation du **dossier médical partagé (DMP)** ;
- Utilisation si possible de l'outil régional de coordination et de parcours (**eParcours**) ;

- Conformité avec le Règlement général sur la protection des données (**RGPD**), notamment pour le recueil, le traitement, le stockage et le partage des données individuelles ;
- Conformité avec les dispositions de la délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (**CNIL**) dédiée aux expérimentations mises en œuvre au titre de l'article 51[38].

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES BENEFICIARES INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

L'inclusion dans le dispositif repose sur le consentement libre et éclairé de la personne accompagnée, recueilli oralement lors du premier entretien individualisé et documenté dans le SI (avec date et identité du médiateur présent), conformément à la dérogation CNIL Article 51[39].

Les bénéficiaires sont informés, dans la langue qu'ils comprennent et à l'aide de supports traduits, des éléments suivants :

- La nature et les objectifs du programme de médiation en santé.
- Les informations qui seront collectées et leur utilisation (suivi individuel, évaluation de l'expérimentation, appariement SNDS/NIR pour l'évaluation dans le cadre de la dérogation CNIL Article 51).
- Le droit de refuser ou d'interrompre l'accompagnement à tout moment, sans conséquence sur l'accès aux soins.
- Les droits d'accès, de rectification et d'opposition applicables aux données les concernant (RGPD).

Pour l'appariement SNDS/NIR dans le cadre de l'évaluation, une information spécifique est délivrée et un consentement oral est recueilli, conformément aux exigences de la CNIL et du protocole d'évaluation validé[40].

Pour chaque bénéficiaire accompagné, l'équipe de médiation recueille via le formulaire « individuel » du SI les informations essentielles à son suivi et à l'évaluation de l'expérimentation (cf section V.3.c.1) :

- **données administratives** (identité, adresse, droits de santé, NIR) ;
- Existence et le nom du **médecin traitant** ;
- **statuts** vaccinaux, les statuts vis-à-vis des dépistages organisés des cancers et des autres thématiques ciblées ;
- **degré de littératie et d'autonomie** (langue, transport…) ;
- autres **freins** éventuels **à l'accès à la prévention et aux soins** ;
- **degré de motivation** dont dépendra l'accompagnement ;
- **étapes du parcours d'accompagnement** (date de rendez-vous, modalité d'accompagnement, réalisation…).

[38] « Délibération 2022-072 du 23 juin 2022 - Légifrance ».
[39] « Délibération 2022-072 du 23 juin 2022 - Légifrance ».
[40] « Délibération 2022-072 du 23 juin 2022 - Légifrance ».

VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

VIII.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

VIII.1.a Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires

Le modèle économique expérimenté vise à couvrir l'ensemble des coûts de ressources humaines ou charges de personnel (équipes de médiation avec médiateurs et professionnel de santé, équipes de coordination mutualisées) et des frais de fonctionnement courant (locaux, transports, etc...) (Tableau 9). Le budget cible est de 238 500 € par an pour 1 équipe de médiation en santé (2,5 ETP) et de coordination (0,75 ETP) couvrant 40 000 habitants.

Tableau 9 : Budget cible par équipe type (couvrant 40 000 habitants)

	Nombre d'ETP	Coût annuel brut chargé unitaire	Coût total	Commentaire
Charges de personnel				
RH médiateurs en santé	2	50 000 €	100 000 €	Équipe de médiation pour la réalisation des actions d'aller vers, de ramener vers, d'accompagnement
RH professionnel de santé (IDE, sage-femme, autre)	0,5	60 000 €	30 000 €	
RH coordination mutualisée	0,75	72 000 €	54 000 €	0,75 ETP/équipe, pouvant être mutualisé sur plusieurs équipes.
TOTAL RH (3,25 ETP)			**184 000 €**	
Fonctionnement courant				
Locaux			10 000 €	Local d'équipe permettant présence territoriale
Mobilité / transports (véhicule + frais)			9 000 €	Location de véhicule (6 000€), carburants et frais de déplacements terrain (3000€)
Formation			1 500 €	Formation continue des équipes
Matériel courant			2 000 €	Renouvellement petit équipement et matériel
SI courant / logiciels / téléphonie			2 000 €	Téléphonie, logiciels courants
Assurances et prestations de services			6 000 €	Assurances, ménage, sécurité des locaux
Prestations d'interprétariat			2 000 €	Recours ponctuel à l'interprétariat
Frais déplacements bénévoles			500 €	Contribution au remboursement des déplacements
Communication			3 500 €	Support de communication et communication sur les réseaux sociaux
Frais support et administratif			18 000 €	RH, comptabilité, juridique, gestion
TOTAL FONCTIONNEMENT			**54 500 €**	
BUDGET TOTAL PAR ÉQUIPE / AN			**238 500 €**	
Dotation fixe (85 %)			**202 725 €**	
Part variable maximale (15 %)			**35 775 €**	

Le versement du financement repose sur deux prestations dérogatoires aux règles de financement de droit commun de l'assurance maladie : une **dotation fixe** et une **part variable** adossée à l'activité d'accompagnement. Ce modèle hybride vise à concilier visibilité budgétaire pour les équipes (dotation fixe) et incitation à la montée en charge (part variable). Il s'écarte délibérément du paiement à l'acte, inadapté aux interventions d'aller-vers, et du forfait annuel unique rigide. Ces prestations dérogatoires sont financées par le fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss) de l'Assurance Maladie.

Les lignes budgétaires pourront être fongibles, dans le respect de l'enveloppe financière globale et des objectifs de l'expérimentation, afin de permettre une adaptation des moyens aux besoins opérationnels.

VIII.1.a.1 Dotation fixe de fonctionnement (85 % du budget cible, soit 202 725 €/équipe/an)

La dotation fixe finance la capacité de déploiement des équipes et la réalisation des activités d'aller-vers. Son montant n'est pas modulé mécaniquement en fonction du niveau d'atteinte de la cible annuelle d'activité, fixée entre 250 et 350 actions d'aller-vers par équipe.

Son versement est néanmoins lié à l'ouverture effective des équipes, à la mobilisation des ressources humaines prévues, à la réalisation de l'activité, à la transmission du reporting et au respect des engagements inscrits dans la convention de financement. Le suivi comprend notamment un état mensuel, par équipe, des ETP effectivement mobilisés et du nombre d'actions d'aller-vers réalisées.

Les modalités de justification, de suivi et, le cas échéant, de régularisation de la dotation fixe seront précisées dans la convention de financement. Les éventuels écarts significatifs feront l'objet d'un échange entre le financeur et les porteurs.

Modalités de versement

La part fixe est versée annuellement, en début d'exercice.

VIII.1.a.2 Part variable de financement (15 % du budget cible maximal, soit 35 775 €/équipe/an)

La part variable représente 15 % du budget cible annuel par équipe, et s'élève ainsi à 35 775€ maximum par équipe par année. Elle est calculée à partir du nombre de personnes distinctes entrées dans un parcours d'accompagnement individuel au cours de l'année, telles que définies dans la section V Population cible et effectifs, et disposant d'une fiche de suivi dans le système d'information.

Définition et règle de comptabilisation d'une personne accompagnée :

Une personne est comptabilisée une seule fois par équipe au cours d'une même année, quel que soit le nombre d'actions, de thématiques ou d'interventions réalisées dans le cadre de son accompagnement.

Elle peut être comptabilisée au cours d'une année ultérieure lorsqu'un nouvel entretien met en évidence un nouveau besoin donnant lieu à l'ouverture d'un nouveau parcours. Les ré-inclusions sont identifiées dans le système d'information.

Cible annuelle de référence :

La cible annuelle de référence est fixée à 450 personnes accompagnées par équipe.

Modalités de calcul

Les modalités de calcul sont les suivantes :

- en dessous de 315 personnes, soit 70 % de la cible : aucun versement
- entre 315 et 427 personnes, soit entre 70 et moins de 95% de la cible : le montant versé correspond au taux d'atteinte de la cible
- à compter de 428 personnes, soit au moins 95 % de la cible : versement intégral de la part variable

Pour les nouveaux sites en phase de montée en charge, la cible de la première année est fixée à 80 % de la cible de régime de croisière, soit 360 personnes accompagnées.

Les modalités de calcul sont adaptées comme suit :

- en dessous de 252 personnes, soit 70 % de la cible ajustée : aucun versement
- entre 252 et 341 personnes, soit entre 70 % et moins de 95 % de la cible ajustée : le montant versé correspond au taux d'atteinte de la cible ajustée
- à compter de 342 personnes, soit 95 % de la cible ajustée : versement intégral de la part variable

Dans tous les cas, le montant versé est plafonné à 100 % de la part variable annuelle.

La formule de calcul de la part variable est la suivante :

$$PV(N) = \begin{cases} 0 \; si \; N < 0{,}70C \\ PVmax \times \frac{N}{C} \quad si \; 0{,}70C \leq N < 0{,}95C \\ PVmax \; si \; N \geq 0{,}95C \end{cases}$$

N = nombre de personnes distinctes accompagnées dans l'année

C = cible applicable à l'équipe, soit 450 en régime de croisière ou 360 pour la première année des nouveaux sites

PVmax = 35 775 € par équipe et par année

Modalités de versement

La part variable est versée annuellement, en fin d'année, sur la base des données d'activité enregistrées et certifiées dans le système d'information puis validées en COPIL.

VIII.1.b Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Les CAI sont financés par l'ARS Paca via le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ils couvrent les premiers besoins d'amorçage identifiés :

- Chefferie de projet (1 ETP).
- Équipements initiaux des nouvelles équipes : téléphonie et matériel informatique, tenues, outils et supports pédagogiques, communication de lancement.
- Formation initiale des équipes de médiation en santé lors de leur recrutement
- Appui des CPTS au pilotage territorial : diagnostic territorial et plan d'action, réunions de lancement et réunions trimestrielles de pilotage, actions de communication et sensibilisation des adhérents et des partenaires des CPTS autour des actions et missions des équipes de médiation
- Adaptation du SI de chaque porteur en complément ou en attente des fonctionnalités ajustées dans l'outil régional AZUREZO (étude d'opportunité puis éventuel déploiement)
- Les coûts de lancement de l'expérimentation en communication et création de partenariats

Ces besoins sont calibrés en fonction du nombre d'équipes types projetées sur le territoire cible (population cible couverte) soit pour 7 équipes (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, Tableau 11).

Tableau 10 : Besoin de financement en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

CREDITS D'INGENIERIE ET D'AMORCAGE (CAI)						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total 5 ans

1. INGENIERIE	130 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	530 000 €
Pilotage projet	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	400 000 €
Pilotage étude d'opportunité et déploiement Azurézo	10 000 €					10 000 €
SI CORHESAN (amorçage/ adaptation N1, évolution et récurrence)	20 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	60 000 €
SI SEPT (amorçage/ adaptation N1, évolution et récurrence)	20 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	60 000 €
2. AMORCAGE COUTS VARIABLES POUR 7 EQUIPES	190 876 €	0 €	0 €	0 €	0 €	190 876 €
Détail par équipe	27 268 €	0 €	0 €	0 €	0 €	27 268 €
Equipement initial	20 568 €					
Formation initiale (tronc commun MeS, EM, ...)	5 000 €					
Construction partenariats et communication de lancement	1 700 €					
3. COORDINATION ANNUELLE DES 7 CPTS	21 000 €	21 000 €	21 000 €	21 000 €	21 000 €	105 000 €
TOTAL CAI (7 équipes et 7 CPTS)	341 876 €	121 000 €	121 000 €	121 000 €	121 000 €	825 876 €

Tableau 11 : Détail coûts d'équipements initiaux (/équipe)

Equipement par équipe	Hypothèse coût unitaire	Quantité	Total
ordi portable	900 €	3	2 700 €
ordi fixe	1 200 €	1	1 200 €
vidéo projecteur, tablettes	1 600 €	1	1 600 €
imprimante	500 €	1	500 €
téléphone	500 €	4	2 000 €
bureau + caisson	500 €	4	2 000 €
fauteuil bureau	150 €	4	600 €
table réunion	700 €	1	700 €
chaises	50 €	6	300 €
armoire de rangement	400 €	3	1 200 €
table, chaises, vaisselle, bouilloire, cafetière, micro-onde, frigo	1 000 €	1	1 000 €
barnum + leste	984 €	2	1 968 €
tenues logotées	100 €	8	800 €
matériel logistique (sac, caddie, tables pliantes, porte flyer)	500 €	1	500 €
matériel pédagogique (bob, planche...)	500 €	1	500 €
buste + valise (noir/clair)	1 500 €	2	3 000 €
TOTAL			20 568 €

VIII.1.c Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation 13 en Santé sur l'ensemble de sa durée représente un montant total de 9 173 376 € (Tableau 12). 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'amorçage et d'ingénierie pour un montant total de 825 876 €, versés sous forme de dotations par l'ARS Paca (FIR) ;

- des financements dérogatoires du droit commun, comprenant une **dotation fixe** (85%) et une **part variable** (15%) adossée à l'activité d'accompagnement pour un montant maximum de 8 347 500 € (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

A noter pour le Tableau 13 : la projection des actions d'aller-vers repose sur la borne haute de 350 actions, et non sur une cible fixe obligatoire.

Le budget prévisionnel présenté constitue une enveloppe maximale, établie dans l'hypothèse d'un versement intégral de la part variable à l'ensemble des équipes pendant toute la durée de l'expérimentation. Les montants effectivement versés pourront être inférieurs en fonction du niveau d'atteinte des cibles annuelles.

Tableau 12 : Synthèse du besoin de financement

Poste	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total 5 ans
Dotation fixe (85% x 7 équipes x 238 500 €)	**1 419 075 €**	**1 419 075 €**	**1 419 075 €**	**1 419 075 €**	**1 419 075 €**	**7 095 375 €**
Part variable maximale (15 % x 238 500 € x 7 équipes = 250 425 €)	**250 425 €**	**250 425 €**	**250 425 €**	**250 425 €**	**250 425 €**	**1 252 125 €**
TOTAL prestations dérogatoires (FISS)	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**8 347 500 €**
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR / ARS)	**341 876€**	**121 000 €**	**121 000 €**	**121 000 €**	**121 000 €**	**825 876 €**
TOTAL EXPERIMENTATION	2 011 376 €	1 790 500 €	1 790 500 €	1 790 500 €	1 790 500 €	9 173 376 €

Tableau 13 : Actions annuelles prévisionnelles et budget prévisionnel

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total 5 ans	
ACTIONS ANNUELLES PREVISIONNELLES							
Aller-vers – 5 équipes existantes	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	8 750	
Aller-vers – 2 nouvelles équipes	560	700	700	700	700	3 360	
Total aller-vers	**2 310**	**2 450**	**2 450**	**2 450**	**2 450**	**12 110**	
Accompagnements – 5 équipes existantes	2 250	2 250	2 250	2 250	2 250	11 250	
Accompagnements – 2 nouvelles équipes	720	900	900	900	900	4 320	
Total accompagnements	**2 970**	**3 150**	**3 150**	**3 150**	**3 150**	**15 570**	
BUDGET PREVISIONNEL	2 011 376 €	1 790 500 €	1 790 500 €	1 790 500 €	1 790 500 €	9 173 376 €	
Prestations dérogatoires (FISS)	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**1 669 500 €**	**8 347 500 €**	**91%**
CAI (FIR / ARS)	**341 876 €**	**121 000 €**	**121 000 €**	**121 000 €**	**121 000 €**	**825 876 €**	**9%**

Tableau 14 : Estimation du coût moyen par intervention

	Coût moyen (/an/intervention
Financement dérogatoire (FISS)	
Actions d'aller-vers (/action/an)	**414 €**
Accompagnements personnalisés (/personne accompagnée)	**214 €**
Financement CAI (FIR ARS)	
Actions d'aller-vers (/action/an)	**41 €**

	Accompagnements personnalisés (/personne accompagnée)	**21 €**
Financement total		
	Actions d'aller-vers (/action/an)	**455 €**
	Accompagnements personnalisés (/personne accompagnée)	**236 €**

Hypothèse : répartition des ressources (humaines + financières) entre les actions d'aller-vers (60%) et les accompagnements personnalisés (40%)

VIII.2 ESTIMATION DES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COUTS EVITES

Des économies sont **à prévoir grâce à la promotion à la santé, aux droits en santé et une meilleure articulation et recours au système de santé** (i.e. recours adapté à la médecine de ville et réduction du recours aux urgences, coordination des parcours de soins, prévention primaire et secondaire des maladies, dépistages...).

Par exemple, **la seule promotion du dépistage organisé du cancer permettrait d'économiser entre 7,4 et 14,2 M€ sur 5 ans dans les QPVs ciblés**. A partir des données d'activités du projet pilote, on peut en effet estimer que 144 cancers pourraient être évités ou détectés précocement au cours des 5 ans du projet à venir en ciblant les populations des QPVs de Marseille et du Grand-Avignon :

- 65 cancers colorectaux évités et 16 cancers détectés précocement[41][42] ;
- 25 cancers du sein détectés précocement[43] [44] ;
- 38 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus détectées précocement[45] [46].

Dans son rapport de juillet 2026[47], l'Assurance Maladie estime à environ 15 550 € la dépense annuelle moyenne affectée à la prise en charge d'un cancer en phase active de traitement (croissance annuelle de +4,8%, en augmentation ces dernières années[48]) et 1 320€ pour un cancer en phase de surveillance en 2024 (croissance annuelle de +3,5%). Ces montants comprennent les hospitalisations, les soins de ville et les prestations en espèce. Des scénarios de durée de traitement de 2 à 4 ans, puis de durée de surveillance de 5 et 10 pour les cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus ont été utilisées pour modéliser les dépenses de l'Assurance Maladie évitées (Tableau 15). Cette évaluation ne tient pas compte du coût restant pour la société telle que l'incapacité à travailler.

[41] Selon l'hypothèse d'un taux de positivité du FIT de 2,3%, et d'un risque de trouver un adénome avancé de 31 % et un cancer est de 7,8 % en cas de FIT positif

[42] Boisteau et Lièvre, « Modalités du dépistage du cancer colorectal en fonction des facteurs de risque ».

[43] Selon l'hypothèse d'un taux de positivité de la mammographie de 5,8%, et d'un risque de trouver un cancer de 11,3 % en 2020 en cas de mammographie positive (hausse continue)

[44] Santé publique France (SpF), « Indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer du sein de 2008 à 2020 | Santé publique France ».

[45] Selon l'hypothèse d'un taux de positivité du frottis cervical de 7%, et d'un risque de trouver une lésion précancéreuse ou cancéreuse de 16% en cas de frottis positif

[46] INCa, *Santé des femmes : la lutte contre les cancers du col de l'utérus*; Institut National du Cancer (INCa) et Assurance Maladie, « Je m'informe sur ce cancer - Cancer du col de l'utérus ».

[47] https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-07_rapport-propositions-pour-2027_assurance-maladie.pdf

[48] +9% entre 2022 et 2023

Tableau 15 : Modélisation des dépenses de l'Assurance Maladie potentiellement évitées par la seule promotion du dépistage organisé du cancer sur 5 ans dans les QPVs ciblés, en fonction de divers scénarios de durées de traitement puis de surveillance

	Durée de surveillance	
Durée de traitement	**5 ans**	**10 ans**
2 ans	**7 432 791 €**	8 027 694 €
3 ans	10 681 541 €	11 042 506 €
4 ans	14 022 758 €	14 205 286 €

144 cancers évités répartis sur les 5 ans de l'expérimentation.
Coût annuel de traitement de 15 550 € en 2024 avec croissance annuelle de +4,8%.
Coût annuel de surveillance de 1 320 € en 2024 avec croissance annuelle de +3,5%.

IX EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la CNAM.

La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

L'évaluation répond aux trois axes du cadre général Article 51 : faisabilité, efficience et reproductibilité (Tableau 16).

Tableau 16 : Axes d'évaluation de l'expérimentation

Axe	Exemples de questions évaluatives principales
Faisabilité	Le dispositif s'est-il déployé conformément au CDC ? Les équipes ont-elles atteint leurs objectifs d'aller-vers (entre 250 et 350 actions/équipe/an) et d'accompagnement (entre 360 et 450 personnes/équipe/an la première année, et 450 personnes/équipe/an les années suivantes) ? Les interventions se sont-elles bien intégrées avec les objectifs des CPTS et les acteurs de santé du territoire ? Pour les nouveaux sites : Quels facteurs ont favorisé ou freiné la montée en charge ? Comment se comparent les modèles CORHESAN (hospitalier) et SEPT (associatif) ?
Efficacité et efficience	Le dispositif a-t-il amélioré le recours au dépistage, à la vaccination, aux droits en santé ainsi que la déclaration d'un médecin traitant des personnes accompagnées ? Le dispositif a-t-il amélioré **les connaissances et les compétences** en santé des bénéficiaires ? A-t-il réduit les recours non programmés aux urgences et les hospitalisations évitables ? Dans quelle mesure le dispositif a-t-il contribué à améliorer l'accès à la prévention et aux soins de la population des territoires ciblés dans leur ensemble ? Quel est le ratio coût/bénéfice médico-économique du dispositif ? Quelles conditions nécessaires à l'efficacité du dispositif ?
Reproductibilité	Le modèle organisationnel est-il transférable à d'autres territoires QPV et à d'autres porteurs ? Le modèle économique (dotation fixe + part variable) est-il adapté? Quelles sont les conditions de transfert à d'autres territoires QPV ?

IX.1 DESIGN D'EVALUATION

Les modalités d'évaluation seront définies par l'évaluateur retenu pour le projet, en lien avec la CELEVAL. Ils pourront s'appuyer sur les éléments suivants recueillis dans le cadre de l'expérimentation :

- Le tableau de bord d'activité mensuel (actions d'aller-vers, personnes accompagnées, thématiques, orientations, perdus de vue)
- Le SI métier (profil des personnes accompagnées, besoins identifiés, contenu et durée des accompagnements, résultats des accompagnements en matière de DOC, vaccination, déclaration MT, perdus de vue). La collecte de l'INS des personnes accompagnées permettra une comparaison en matière de consommation de soins, de recours aux urgences
- Les enquêtes de satisfaction systématiques suites à certaines actions collectives
- Les fichiers de facturations
- Le cadre logique, la théorie de l'intervention, les comptes rendus de COPIL et de COTECH, analysant le déploiement effectif, et les difficultés rencontrées de l'intervention

Aussi, l'évaluation pourrait s'appuyer sur le design suivant :

Volet 1 — Évaluation de la faisabilité (suivi continu)

- Tableau de bord d'activité mensuel (actions d'aller-vers, personnes accompagnées, thématiques, orientations, perdus de vue).
- Enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires ayant participé à un atelier de sensibilisation ou d'éducation à la santé.
- Analyse qualitative des conditions de déploiement (entretiens semi-structurés avec les médiateurs, IDE, médecins coordonnateurs, représentants CPTS) à M12, M30 et M60.

Volet 2 — Évaluation de l'efficience (étude de cohorte)

- Étude de cohorte prospective sur l'ensemble des personnes accompagnées, avec enregistrement de l'INS permettant l'appariement SNDS/NIR via la CNAM (dérogation CNIL Art. 51).
- Comparaison des consommations de soins (recours au médecin traitant, participation aux dépistages, vaccinations, hospitalisations, urgences) entre la cohorte des personnes accompagnées et une population témoin appariée (habitants des QPV non inclus).
- Suivi à 12, 24 et 60 mois. Analyse médico-économique (coût par événement de santé évité).

Volet 3 — Évaluation des conditions de mise en œuvre nécessaire à l'efficacité (évaluation réaliste)

- Description du cadre logique de l'intervention
- Description de la théorie d'intervention
- Analyse des freins et leviers à la mise en œuvre de l'intervention

Volet 4 — Évaluation de la reproductibilité

- Analyse comparative entre les 7 équipes (CORHESAN vs SEPT, QPV denses vs périphériques, Marseille vs Grand Avignon, territoire anciennement couvert vs nouvellement).
- Documentation des facteurs-clés de succès et des conditions minimales de déploiement.
- Évaluation du rôle des CPTS dans l'efficacité du dispositif et des conditions d'un passage en droit commun.

L'évaluation analysera spécifiquement la phase de montée en charge des nouveaux sites, afin d'identifier les conditions nécessaires au déploiement et à la reproductibilité du modèle.

Elle documentera notamment :

- les délais de recrutement et de formation ;

- le délai entre l'ouverture du site, la première action d'aller-vers et la première inclusion ;
- les conditions de réalisation du diagnostic territorial et de mobilisation des partenaires ;
- l'appropriation des outils, du système d'information et du socle commun d'intervention ;
- l'apport du compagnonnage par les équipes expérimentées ;
- les freins et leviers rencontrés ;
- la progression mensuelle de l'activité ;
- le délai nécessaire pour atteindre le régime de croisière ;
- les coûts spécifiques de démarrage et l'équilibre économique de la première année.

Le protocole d'évaluation précisera notamment le critère de jugement principal et les critères secondaires, la population d'analyse, les dénominateurs, les périodes de suivi, le groupe comparateur, la méthode d'appariement, l'effet minimal pertinent, le dimensionnement statistique et le plan d'analyse. Ces choix seront arrêtés par l'évaluateur externe, en lien avec la CELEVAL, en fonction des données disponibles et des exigences méthodologiques de l'évaluation.

IX.2 INDICATEURS PRINCIPAUX

Les indicateurs et données analysés pourront inclure ceux présentés dans le tableau 17.

Tableau 17 : Indicateurs principaux du monitoring

Objectif spécifique	Indicateurs proposés	Sources et temps de mesure	Principaux résultats attendus et cibles
Aller vers et sensibilisation Rencontrer les habitants éloignés de la prévention et faciliter leur engagement.	Nombre d'actions d'aller-vers, d'ateliers collectifs et de porte-à-porte. Nombre de personnes sensibilisées dans l'année	SI des équipes ; fiches d'intervention ; population adulte de référence des QPV.	Au moins 250 actions et 3 150 personnes sensibilisées par équipe et par an. Répartition des modalités selon les opérateurs. Objectif de couverture proposé : 50 % des adultes des QPV sur cinq ans.
Dépistage Augmenter la participation aux dépistages des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus.	Nombre dépistages réalisés parmi les personnes éligibles non à jour à l'entrée dans le dispositif, par cancer. Suivi des actes engagés et aboutis, de l'historique et des résultats.	SI des équipes ; SNDS, selon le protocole et la disponibilité des données.	Progression des dépistages effectivement réalisés. Les résultats positifs sont suivis sans constituer une cible de performance.
Vaccination Améliorer l'accès à la vaccination et la mise à jour du statut vaccinal.	Nombre de doses administrées. Nombre de personnes vaccinées.	SI des équipes	Progression des mises à jour vaccinales
Médecin traitant Faciliter l'accès à un médecin traitant et son implication dans le parcours.	Part des personnes sans médecin traitant à l'entrée dans le dispositif.	SI des équipes	Diminution de la proportion de personnes sans médecin traitant.

Objectif spécifique	Indicateurs proposés	Sources et temps de mesure	Principaux résultats attendus et cibles
Droits en santé Permettre l'ouverture, le rétablissement ou le maintien des droits nécessaires à l'accès aux soins.	Nombre de personnes accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits.	SI des équipes	Augmentation de l'accès effectif aux droits en santé.
Accompagnement et continuité Faciliter l'accès à la prévention et aux soins et limiter les ruptures de parcours.	Nombre de personnes comptabilisées par équipe et par année ; nombre de ré-inclusions ; nombre de personnes uniques accompagnées sur l'ensemble des cinq années. Taux de perdus de vue après le premier contact.	SI des équipes ; suivi des PPA	450 personnes par équipe et par an en régime de croisière ; 360 la première année des nouveaux sites. Moins de 15 % de perdus de vue.
Littératie et autonomie Documenter l'évolution des connaissances, des compétences et de la capacité à agir des personnes accompagnées.	Évolution du niveau de littératie en santé et d'autonomie entre l'entrée et la sortie de l'accompagnement.	Outil, population et temps de mesure définis dans le protocole d'évaluation ; SI et questionnaires d'évaluation.	Amélioration des connaissances, des compétences en santé et de la capacité à réaliser les démarches de manière autonome.
Intégration territoriale Renforcer les liens avec les CPTS et les partenaires et adapter les interventions aux besoins locaux.	Nombre de partenaires actifs, d'orientations suivies et de parcours engagés sur les autres thématiques du diagnostic territorial.	SI des équipes ; comptes rendus et documents partenariaux	Orientations plus effectives, coopération renforcée et meilleure articulation avec l'offre locale. Identification des conditions d'adaptation du modèle aux territoires et aux modes de portage.
Qualité et satisfaction Améliorer la qualité des accompagnements et leur adéquation aux attentes des bénéficiaires.	Taux de conformité des dossiers au modèle de PPA parmi les dossiers examinés. Taux de satisfaction des participants aux ateliers de prévention et des personnes accompagnées, parmi les répondants	SI des équipes ; revue des dossiers ; questionnaires après atelier et en fin de parcours.	Au moins 80 % de satisfaction parmi les répondants aux ateliers de prévention.

Tableau 18 : Données collectées et disponibles pour l'évaluation

Volet	Nom technique	Libellé	Explication	Type / Format
Bénéficiaire	id_beneficiaire	Identifiant bénéficiaire	Clé primaire unique et immuable d'identification du bénéficiaire	Chaîne
	nom	Nom	Nom de famille.	Texte
	prenom	Prénom	Prénom.	Texte
	sexe	Sexe	Sexe déclaré.	Énum
	date_naissance	Date de naissance	Calcul d'éligibilité.	Date
	telephone	Téléphone	Contact principal.	Chaîne
	email	Mail	Adresse électronique.	Chaîne
	adresse	Adresse	Adresse postale.	Texte
	code_postal	Code postal	Commune.	Chaîne

	commune	Commune	Résidence.	Texte
	qpv	QPV fréquenté	Quartier prioritaire.	Énum
	droit_type	Droits : type	Droits ouverts.	Énum multi
	droit_statut	Droits : statut	État des droits.	Énum
	nir	NIR	Sécu ; usage encadré.	Chaîne
	medecin_traitant	Médecin traitant	Déclaré.	Énum
Évaluation	id_evaluation	Identifiant évaluation	Identifiant unique d'évaluation d'un bénéficiaire	Chaîne
	id_beneficiaire	→ Bénéficiaire	Clef technique	Chaîne (FK)
	date_evaluation	Date d'évaluation	Date d'appréciation des besoins du bénéficiaire	Date
	langues	Langues maîtrisées	Liste des langues comprises par le bénéficiaire	Liste
	interpretariat	Interprétariat	Interprète mobilisé.	Énum
	barrieres	Barrières	Barrières.	Énum multi
	autonomie_pec	Autonomie PEC	Prise en charge.	Énum
	autonomie_physique	Autonomie physique	Accompagnement.	Énum
	connaissance_med	Connaissance médicale	Compréhension.	Énum
	antecedents	Antécédents	Pertinents.	Texte
Thématique	id_thematique	Identifiant thématique	Identifiant unique du parcours	Chaîne
	id_beneficiaire	→ Bénéficiaire	Clef technique	Chaîne (FK)
	code_thematique	Thématique	Trajectoire de la thématique suivie par le bénéficiaire	Énum
	statut_thematique	Statut thématique	Statut d'avancement global sur cette thématique	Énum
	commentaire	Commentaire	Sans données tierces.	Texte
Parcours	id_parcours	Identifiant parcours	Identifiant unique du parcous	Chaîne
	id_thematique	→ Thématique	Clef technique	Chaîne (FK)
	id_beneficiaire	→ Bénéficiaire (redondant)	Clef technique	Chaîne (FK)
	type_parcours	Type de parcours (phase)	Prévention, dépistage, diagnostic, soins, suivi, réhabilitation, palliatif.	Énum
	statut_parcours	Statut parcours	Statut d'avancement dans le parcours.	Énum
	type_depistage	Type de dépistage	organisé / individuel / non concerné.	Énum
	eligibilite	Éligibilité	Bénéficiaire éligible ou non a la thématique proposée	Énum
	position_initiale	Position initiale	statut de dépistage avant entretien	Énum
	motivation_initiale	Motivation initiale	Motivation du bénéficiaire avant l'entretien	Énum
	annee_dernier_depistage	Année dernier dépistage	AAAA · INCONNU · vide=jamais.	Année/Énum
	nb_appels	Nb d'appels	Appels passés.	Entier
	nb_etapes	Nb d'étapes	CALCULÉ	Entier
	nb_rdv_non_honores	Nb RDV non honorés	CALCULÉ	Entier
	date_debut	Date début	Date de démarrage du parcours.	Date
	date_fin	Date fin	Date du clôture du parcours.	Date
	commentaire	Commentaire	Sans données tierces.	Texte
Étape	id_etape	Identifiant étape	Clé primaire ; l'action de terrain.	Chaîne
	id_parcours	→ Parcours	FK (donne la phase).	Chaîne (FK)
	libelle_etape	Libellé de l'étape	Action concrète (cf 11_Catalogue).	Texte
	realise_par	Réalisé par (par qui)	Qui a réalisé/initié ; pour un RDV, qui l'a pris.	Énum

	acte	Acte	Acte concerné par l'étape.	Énum
	info_kit	Info kit	Information liée au kit.	Énum multi
	date_etape	Date étape	Date de l'événement.	Date
	statut_etape	Statut étape	RDV : PLANIFIE/HONORE/NON_HONORE.	Énum
	motif_non_honore	Motif non honoré	Si RDV NON_HONORE.	Énum
	structure	Structure	Structure concernée.	Texte
	lieu	Lieu	Lieu concerné.	Texte
	commentaire	Commentaire	Sans données tierces.	Texte
Résultat	id_resultat	Identifiant résultat	Clé primaire.	Chaîne
	id_etape	→ Étape	FK vers l'étape.	Chaîne (FK)
	type_resultat	Type de résultat	Selon l'acte.	Énum
	valeur_resultat	Valeur résultat	Résultat de l'acte dépistage, examen....	Énum
	date_resultat	Date résultat	Date du résultat.	Date
	conduite_a_tenir	Conduite à tenir	Suite recommandée (alignée BI-RADS).	Énum
	commentaire	Commentaire	Sans données tierces.	Texte

X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

X.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

L'expérimentation déroge aux règles de financement de droit commun (Art. L. 162-31-1-II-1°) par la création de deux prestations dérogatoires :

- Une dotation fixe de fonctionnement (85 % du budget cible par équipe) finançant les équipes de médiation en santé (médiateurs en santé et IDE, coordination mutualisée, frais de fonctionnement), prestations non couvertes par l'assurance maladie dans le droit commun actuel. Cette dotation est versée trimestriellement aux porteurs expérimentateurs (SEPT et CORHESAN) sur la base de conventions de financement avec la CNAM.
- Une part variable de financement, représentant 15 % du budget cible maximal, est déclenchée à partir de 70 % d'atteinte de la cible annuelle d'activité, soit 315 personnes accompagnées par équipe et par an. Entre 315 et 427 personnes accompagnées, son montant est calculé proportionnellement au taux d'atteinte de la cible. Elle est versée intégralement à compter de 95 % d'atteinte de la cible, soit 428 personnes accompagnées, puis plafonnée à 100 % de son montant annuel maximal. Cette part variable est versée annuellement sur la base des données d'activité enregistrées et certifiées dans le système d'information.
- Aucun partage d'honoraires entre structures n'est prévu. Les médiateurs en santé ne sont pas des professionnels de santé au sens du Code de la santé publique ; ils n'exercent pas d'actes médicaux ou paramédicaux.

X.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP)

L'expérimentation ne nécessite pas de dérogation aux règles d'organisation de l'offre de soins au sens de l'article L. 162-31-1-II-2°. Les médiateurs en santé n'exercent pas d'actes médicaux ou paramédicaux.

X.3 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)

L'expérimentation ne nécessite pas de dérogation aux règles de tarification et d'organisation applicables aux ESMS.

XI LIENS D'INTERETS

L'expérimentation ne porte pas sur des produits de santé ou des dispositifs médicaux et ne soulève pas de risque particulier de liens d'intérêts dans ce champ.

Les représentants des porteurs et partenaires renseignent une déclaration publique d'intérêts (DPI) lors de leur entrée dans les instances de gouvernance. Ces déclarations sont actualisées annuellement.

Les relations financières entre les deux porteurs (CORHESAN et SEPT) et leurs partenaires opérationnels sont formalisées par des conventions écrites soumises au COPIL.

XII ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ARS Paca. *Le projet régional de santé 2023-2028*. Agence Régionale de santé Provence-Alpes Côte d'Azur, 2025. https://www.paca.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2023-2028-0.

Berkesse, Alexandre, Philippe Denormandie, Emilie Henry, et Nolwen Tourniaire. *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2023. https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2023/07/mission-mediation-vdef.pdf.

Boisteau, Émeric, et Astrid Lièvre. « Modalités du dépistage du cancer colorectal en fonction des facteurs de risque ». *La Revue du Praticien Médecine Générale* 38, n° 1092 (2024): 504-6.

« Délibération 2022-072 du 23 juin 2022 - Légifrance ». Consulté le 16 juillet 2026. https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/CNILTEXT000047016818/.

Fruleux, Alix, Jean Gaudart, Florian Franke, et al. « Reviving Health Mediation during the COVID-19 Crisis and beyond: An Implementation Study in Deprived Neighbourhoods of Marseille, France ». *Frontiers in Public Health* 12 (juillet 2024). https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1313575.

Haute Autorité de santé (HAS). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*. RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES. Saint-Denis La Plaine, 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf.

INCa. *Santé des femmes : la lutte contre les cancers du col de l'utérus*. Institut National du Cancer, 2025. https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/sante-des-femmes-la-lutte-contre-les-cancers-du-col-de-l-uterus.

Insee. « Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2022. Données au niveau Iris ». 13 octobre 2022. https://www.insee.fr/fr/statistiques/6540163#dictionnaire.

Insee. « Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2021 (Iris). Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) ». 31 juillet 2024. https://www.insee.fr/fr/statistiques/8229323.

Institut National du Cancer (INCa), et Assurance Maladie. « Je m'informe sur ce cancer - Cancer du col de l'utérus ». Je fais mon dépistage. Consulté le 16 juillet 2026. https://jefaismondepistage.cancer.fr/cancer-du-col-de-l-uterus/je-minforme-sur-ce-cancer/.

Legendre, Eva, Anne Dutrey-Kaiser, Yazid Attalah, et al. « Effectiveness of Health Mediation to Promote Organized Cancer Screening among Underserved and Under-Screened Populations in Marseille, France: Findings from a Repeated Cross-Sectional Survey ». *BMC Public Health*, 2026, in press.

Legendre, Eva, Anne Dutrey-Kaiser, Yazid Attalah, et al. « Effectiveness of Health Mediation to Promote Organized Cancer Screening among Underserved and Under-Screened Populations in Marseille, France: Findings from a Repeated Cross-Sectional Survey ». Prépublication, medRxiv, 6 mars 2026. https://doi.org/10.64898/2026.03.06.26347781.

« LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ». Consulté le 7 juillet 2026. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641.

Santé publique France (SpF). « Indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer du sein de 2008 à 2020 | Santé publique France ». 30 avril 2024. https://www.santepubliquefrance.fr/cancers/cancer-du-sein/indicateurs-de-performance-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-de-2008-a-2020.

« SIRSéPACA - Indicateurs : cartes, données et graphiques ». Consulté le 5 juin 2025. https://sirsepaca.org/#c=indicator&i=demo_car_gen.dens_pop&s=2021&t=A01&view=map3.

Vaillant, Zoé, Julia Bardes, et Stéphane Rican. « De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé ». Science Politique. *Cahiers de la LCD* 12, n° 1 (2021): 67-91. https://doi.org/10.3917/clcd.012.0067.

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

XIII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures
Porteur co-coordinateur 1 : CORHESAN (Fondation Hôpital Ambroise Paré – Hôpital Européen Marseille) — Marseille	Gérard COTTELON, directeur g.cottelon@hopital-europeen.fr	
Porteur co-coordinateur 2 : SEPT (Association Santé Environnement Pour Tous) — Marseille / Grand Avignon	Vanessa Thuillier Présidente v.thuillier@sept-asso.com	
ARS Paca — Marseille	Celine MANSOUR, chargée de mission innovation en santé Celine.mansour@ars.sante.fr Chrystelle GASTALDI, responsable Chrystelle.gastaldi@ars.sante.fr Géraldine TONNAIRE, directrice Geraldine.tonnaire@ars.sante.fr	
Assurance maladie	Carole Denoit, Coordonnatrice de projets Carole.denoit@assurance-maladie.fr	
Santé Publique France – Cellule régionale Paca– Marseille	À préciser	
CPTS partenaires — À préciser par territoire	Nicolas Pellegrin, président CPTS 1-2-3 docteurnicolaspellegrin@gmail.com	

XIV ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

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	✓	Dotation fixe (85 %) + part variable (15 %) pour les équipes de médiation en santé (prestations non remboursées AM)
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		
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	✓	Organisation pluriprofessionnelle (médiateurs, IDE, médecins coordonnateurs, CPTS) en dehors des cadres de financement existants
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)[49] :	**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.	✓	SI eParcours régional (AZUREZO)

[49] 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)

XV ANNEXE 3 – GRILLE DE FONCTIONS DES OUTILS NUMERIQUES

Domaine/Thème	Fonctionnalité	Description
Gestion des usagers	**Création d'un dossier usager**	Création d'une fiche individuelle permettant d'identifier de façon unique chaque bénéficiaire. Comprend un identifiant interne technique et identifiant unique partageable par les équipes de médiation
	Mise à jour Information usager	Etat civil, la date de naissance, le sexe, les coordonnées de contact, et le statut administratif (couverture sociale, AME, CSS, ALD). Permet le rattachement familial et la gestion des doublons. Recueil structuré des informations socio-démographiques, médico-administratives et contextuelles du bénéficiaire : situation de logement, emploi, niveau de littératie en santé, langue(s) parlée(s), freins identifiés à l'accès aux soins (financiers, géographiques, culturels, linguistiques), médecin traitant déclaré, et couverture vaccinale.
	Gestion du consentement	Recueil, horodatage et archivage du consentement éclairé du bénéficiaire, conformément au RGPD et au cadre HAS. Couvre le consentement au traitement des données personnelles, au partage d'informations avec les partenaires de soin, et à la participation aux programmes de prévention. Gestion du retrait et du renouvellement du consentement.
	Historisation du parcours	Journal chronologique de l'ensemble des interactions et activités réalisées avec le bénéficiaire : entretiens individuels, accompagnements physiques, orientations, relances, participations aux ateliers collectifs, actions d'aller-vers, et résultats obtenus. Permet une vision longitudinale du parcours et la continuité de l'accompagnement entre médiateurs.
	Ajout Pièces justificatives	Gestion des documents associés au dossier du bénéficiaire : attestations de droits (AME, CSS, CPAM), ordonnances, comptes rendus médicaux, courriers d'orientation, justificatifs d'identité. Numérisation, classement typologique, et horodatage de chaque pièce avec contrôle des accès selon le profil utilisateur.
Parcours & Coordination (Ramener vers)	**Orientation vers partenaires**	Création et envoi d'une demande d'orientation vers un professionnel ou une structure partenaire (médecin traitant, spécialiste, CPAM, service social, PASS, CMP, PMI, association). Il peut inclure un formulaire d'orientation avec motif, niveau d'urgence, informations transmises, et consentement du bénéficiaire.
	Suivi des orientations	Tableau de suivi en temps réel de l'état de chaque orientation émise : en attente, acceptée, refusée, rendez-vous pris, rendez-vous honoré, perdu de vue. Alertes automatiques en cas de non-réponse du partenaire ou de rendez-vous non honoré. Mesure du taux d'effectivité des orientations.
	Gestion des rendez-vous bénéficiaires	Planification, modification et annulation des rendez-vous pour le bénéficiaire : consultations médicales, rendez-vous administratifs (CPAM, CAF), bilans de santé, ateliers collectifs, suivi de l'assiduité (rendez-vous honorés, annulés, lapin...).
	Relances bénéficiaires	Système de relance automatisée et manuelle des bénéficiaires perdus de vue ou en rupture de parcours. Paramétrage des règles de relance (délai post-rendez-vous manqué, absence de contact depuis N jours). Traçabilité des tentatives de relance (appel, SMS, visite) et du résultat obtenu.
	Suivi des accompagnements	Suivi individualisé de chaque accompagnement en cours : étapes d'avancement avec le bénéficiaire en fonction du diagnostic, étapes réalisées, obstacles rencontrés, résultats intermédiaires. Permet d'ajuster les actions du médiateur en conséquence.

	Éducation en santé & Formation	Gestion des ateliers collectifs d'éducation en santé et des sessions de formation : planification, inscription des bénéficiaires, feuilles de présence, supports pédagogiques utilisés, évaluation de la satisfaction. Suivi des thématiques couvertes (nutrition, vaccination, dépistage, gestion des maladies chroniques, santé mentale).
Actions d'aller vers	**Enregistrement des actions de médiation d'aller vers**	Saisie structurée de chaque action d'aller-vers réalisée sur le terrain : date, lieu, durée, médiateur(s) impliqué(s), matériels mis à disposition
	Choix et MAJ Modalité actions de médiations d'aller vers	Classification des modalités d'intervention de l'aller-vers : voie public, partenaires, mobilité, pied d'immeuble, stands de prévention, permanences délocalisées, porte à porte, interventions en foyers/squats/bidonvilles, présence dans les files d'attente administratives, actions en milieu scolaire ou périscolaire. Chaque modalité est associée à des indicateurs spécifiques de suivi.
	Gestion des thématiques VS territoire	Croisement des thématiques de santé (vaccination, dépistage, accès aux droits, santé mentale, addictions, santé sexuelle) avec les territoires d'intervention (QPV, zones blanches médicales). Permet de piloter la couverture territoriale et thématique, d'identifier les zones et les thématiques en lien avec les informations des institutions publics, CPTS et retour des usagers.
	Enregistrement des indicateurs des actions	Collecte systématique des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de chaque action d'aller-vers : nombre de contacts, nombre d'orientations réalisées, thématiques abordées, supports distribués, freins identifiés...
	Gestion des campagnes spécifiques	Création et suivi de campagnes de médiation ciblées : vaccination HPV en milieu scolaire, dépistage organisé (cancer du sein, colorectal), Mon Espace Santé, accès aux droits CMU/CSS. Chaque campagne dispose d'objectifs chiffrés, d'un calendrier, d'un périmètre territorial, d'indicateurs de suivi dédiés et d'un bilan de clôture.
Faire avec	**Annuaire des professionnels de santé**	Base de données des professionnels et structures de santé du territoire : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens, PASS, CMP, PMI, MSP, CEGIDD, centres de santé. Informations de contact, spécialités, horaires, modalités d'accès (avec/sans rendez-vous, tiers payant, CMU acceptée), et disponibilités actualisées.
	Gestion des conventions de partenariat	Suivi des conventions et accords de partenariat avec les structures du territoire : date de signature, durée, objet, engagements réciproques, interlocuteurs référents, date de renouvellement. Alertes avant échéance pour anticiper les renouvellements. Archivage des conventions signées.
	Cartographie des acteurs locaux	Visualisation géolocalisée des acteurs de santé, du social et du médico-social sur le territoire d'intervention : professionnels de santé, associations, services publics, structures d'hébergement, points d'accueil administratif. Permet d'identifier les ressources de proximité pour orienter efficacement les bénéficiaires.
Agenda	**Agenda individuel médiateur**	Agenda personnel de chaque médiateur en santé : rendez-vous avec les bénéficiaires, actions d'aller-vers planifiées, ateliers collectifs, réunions d'équipe, réunions partenariales, temps administratifs. Vue journalière, hebdomadaire et mensuelle avec catégorisation par type d'activité et code couleur.
	Agenda partagé	Vue consolidée des agendas de l'ensemble de l'équipe de médiation, permettant la coordination des interventions : éviter les doublons sur un même territoire, assurer la continuité en cas d'absence, planifier les actions conjointes. Accessible en lecture/ecriture par l'encadrement pour le pilotage opérationnel avec historisation

	Gestion des disponibilités	Déclaration et mise à jour des plages de disponibilité de chaque médiateur : créneaux dédiés aux rendez-vous, aux actions terrain, aux tâches administratives. Permet l'affectation et la répartition équilibrée de la charge de travail au sein de l'équipe.
Communication	**Messagerie interne sécurisée**	Système de messagerie intégré à la plateforme, réservé aux échanges entre professionnels de l'équipe de médiation et avec les partenaires habilités ou les usagers pour les échanges de documents sensibles. Permet la discussion par dossier bénéficiaire ou par sujet, le partage de documents, et garantit la traçabilité des échanges conformément aux exigences HDS.
	Notifications	Système d'alertes et de notifications paramétrables : rappels de rendez-vous, alertes de relance, échéances de conventions, orientations en attente de réponse, tâches en retard. Notifications in-app, par email et/ou par push mobile, avec priorisation (information, attention, urgence).
	SMS / Email	Envoi de SMS et emails aux bénéficiaires depuis la plateforme : rappels de rendez-vous, convocations aux ateliers, messages de relance, informations de prévention. Modèles personnalisables, envoi unitaire ou en masse (campagne), suivi de délivrabilité, et journalisation des envois dans le dossier bénéficiaire.
Pilotage	**Tableau de bord activité**	Tableau de bord synthétique de l'activité de médiation en. Vues filtrables par période, médiateur, territoire, thématique.
	Indicateurs Article 51	Calcul et suivi des indicateurs requis dans le cadre des expérimentations Article 51 (innovation en santé)
	Export Excel / CSV	Export des données brutes et agrégées aux formats Excel (.xlsx) et CSV pour analyse externe, transmission aux financeurs (ARS, CPAM, collectivités), alimentation de rapports d'activité, ou traitement statistique complémentaire. Exports paramétrables par périmètre (période, territoire, thématique) avec respect de l'anonymisation si nécessaire.
Sécurité	**Hébergement HDS**	Hébergement des données de santé sur une infrastructure certifiée HDS (Hébergeur de Données de Santé) conformément à l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique. Garantit la sécurité, la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des données personnelles de santé des bénéficiaires.
	RGPD	Conformité au Règlement Général sur la Protection des Données : registre des traitements, durées de conservation, base légale des traitements, gestion des droits des personnes (accès, rectification, effacement, portabilité), analyses d'impact (AIPD) pour les traitements à risque, et documentation des mesures de sécurité techniques et organisationnelles.
	Politique DPO	Mise en œuvre de la politique de protection des données sous la supervision du Délégué à la Protection des Données (DPO) : définition des règles internes, sensibilisation des équipes, gestion des violations de données, relations avec la CNIL, mise à jour régulière des procédures, et tenue du registre de conformité.
	Journal des accès	Journalisation horodatée de l'ensemble des accès aux données : connexions, consultations de dossiers, modifications, exports, impressions. Permet l'audit de conformité, la détection d'accès non autorisés, et répond aux exigences de traçabilité imposées par la certification HDS et le RGPD.

	Gestion des rôles	Définition et attribution de rôles utilisateur avec des droits d'accès différenciés : médiateur, coordinateur, encadrant, administrateur, partenaire externe, auditeur. Chaque rôle détermine les données accessibles, les actions autorisées (lecture, écriture, suppression, export), et le périmètre fonctionnel visible.
	Authentification forte	Mécanisme d'authentification renforcée pour l'accès à la plateforme : authentification multi-facteurs (MFA), politique de mot de passe robuste, verrouillage après tentatives échouées, gestion des sessions avec expiration automatique. Conforme aux recommandations ANSSI et aux exigences de la certification HDS.
	Facturation	Génération et suivi des pièces de facturation à destination des financeurs : factures, états récapitulatifs d'activité, justificatifs de dépenses. Lien avec les indicateurs d'activité pour justifier les montants facturés. Suivi du cycle de facturation (émission, envoi, paiement reçu, relance) et rapprochement comptable.
GED (Gestion électronique des documents)	**Classement documentaire**	Organisation structurée de l'ensemble des documents de la structure : dossiers bénéficiaires, conventions, protocoles, supports pédagogiques, comptes rendus de réunion, rapports d'activité. Arborescence configurable par type de document, avec métadonnées (date, auteur, catégorie) et recherche plein texte.
	Numérisation	Capture et intégration de documents papier dans la plateforme : scan de pièces justificatives, attestations, courriers uniquement nécessaire à l'accompagnement et qui sont indispensables.
	Gestion des versions	Suivi des modifications successives des documents : chaque version est conservée avec horodatage, auteur de la modification, et possibilité de restauration d'une version antérieure. Essentiel pour les protocoles, les conventions, et les documents de référence soumis à validation ou mise à jour périodique.
RH	**Gestion des collaborateurs**	Fiche de chaque collaborateur de la structure de médiation : informations administratives, contrat, poste occupé, rattachement hiérarchique, qualifications (diplôme de médiateur en santé, DU, certifications), habilitations spécifiques, et coordonnées professionnelles.
	Planning des équipes	Élaboration et visualisation du planning collectif de l'équipe de médiation : répartition des plages terrain, permanences, ateliers collectifs, temps administratifs. Gestion des rotations, de la couverture territoriale, et de la continuité de service en cas d'absence.
	Suivi des temps	Enregistrement du temps consacré par chaque médiateur à ses différentes activités : aller-vers, accompagnement individuel, ateliers collectifs, coordination partenariale, tâches administratives, formation. Permet l'analyse de la répartition du temps de travail et la justification auprès des financeurs.
	Pointage	Enregistrement des horaires d'arrivée et de départ de chaque collaborateur, avec gestion des heures supplémentaires, des récupérations, et du respect du temps de travail contractuel. Interface de pointage accessible sur site et en mobilité (application mobile) pour les interventions hors-les-murs avec géolocalisation.
	Congés / Absences	Gestion dématérialisée des demandes de congés (payés, RTT, sans solde) et des absences (maladie, formation, événement familial). Circuit de validation par le responsable et impact sur le planning des équipes et la couverture territoriale.
	Notes de frais	Saisie, justification et validation des notes de frais des médiateurs : déplacements terrain (kilométriques, transports en commun), repas, fournitures pour les ateliers. Circuit de validation hiérarchique, plafonds paramétrables, et export comptable pour le remboursement.

	Référentiel Compétences	Cartographie des compétences attendues et détenues par chaque médiateur en santé, en référence au référentiel métier HAS : compétences en communication interculturelle, connaissance du système de santé, techniques d'entretien motivationnel, animation de groupe, maîtrise des outils numériques. Identification des écarts et des besoins de formation.
	Formations	Suivi du parcours de formation continue de chaque médiateur : formations suivies (DU médiation en santé, formations thématiques, habilitations spécifiques), dates, organismes, attestations obtenues. Plan de formation annuel de l'équipe, suivi budgétaire, et lien avec le référentiel compétences.
	Entretiens annuels	Gestion des campagnes d'entretiens annuels et professionnels : convocation, support d'entretien structuré (bilan de l'année, objectifs, besoins de formation, évolution professionnelle), signature, archivage. Suivi des objectifs fixés et de leur réalisation d'une année sur l'autre.
Administration	**Gestion des utilisateurs**	Création, modification, désactivation et suppression des comptes utilisateurs de la plateforme. Gestion du cycle de vie des comptes : attribution des identifiants, réinitialisation des mots de passe, activation/désactivation temporaire, et suppression définitive avec archivage des traces d'activité.
	Gestion des profils & droits	Configuration fine des profils d'accès et des permissions associées : définition des rôles métier (médiateur, coordinateur, administrateur, partenaire), matrice des droits par module fonctionnel (lecture, écriture, export, suppression), et héritage de droits par rattachement organisationnel (équipe, territoire, structure).
	Paramétrage des référentiels	Configuration des listes de valeurs et des nomenclatures utilisées dans la plateforme : thématiques de santé, motifs d'orientation, types d'actions d'aller-vers, catégories de partenaires, territoires d'intervention, statuts administratifs. Garantit la cohérence de la saisie et la fiabilité des statistiques.
	Journal d'administration	Historique horodaté de toutes les opérations d'administration de la plateforme : création/modification de comptes, changements de droits, modifications de paramétrage, imports/exports de données. Permet l'audit de gouvernance et la traçabilité des décisions d'administration.
	Politique de réplication et sauvegarde des données	Stratégie de sauvegarde et de réplication des données garantissant la continuité de service et la résilience : sauvegardes automatiques quotidiennes, réplication géographique sur sites distants, plan de reprise d'activité (PRA), tests de restauration périodiques, définis conformément aux exigences HDS.

XVI ANNEXE 4 – FICHE DE POSTE CHEF DE PROJET

XVI.1POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ET GOUVERNANCE

Le chef de projet est employé par l'Hôpital Européen de Marseille, qui exerce à son égard les prérogatives attachées à la qualité d'employeur. Il exerce ses missions au bénéfice de l'ensemble de l'expérimentation et rend compte de manière équilibrée aux deux structures porteuses. Le COPIL définit les orientations et priorités relatives à la conduite de l'expérimentation et assure le suivi fonctionnel de ses missions.

Il rend compte conjointement et de manière équilibrée à chacune des deux structures porteuses ainsi qu'au COPIL. Ce double rattachement fonctionnel garantit la neutralité et l'impartialité du poste.

Indépendance du poste : Le rôle du chef de projet est strictement circonscrit à la coordination transversale de l'expérimentation. À ce titre, il ne dispose d'aucune autorité hiérarchique, disciplinaire ou organisationnelle sur les équipes, les salariés, les bénévoles ou les intervenants des structures porteuses.

Toute décision relative au contrat de travail ou à la fin des fonctions du chef de projet relève de son employeur, après concertation avec l'autre porteur et avis du COPIL, dans le respect du droit du travail et de la convention collective applicable.

XVI.2MISSION

XVI.2.a Coordination inter-structures

- Assurer la coordination opérationnelle entre les équipes de médiation et de coordination de SEPT (sites d'Avignon et de Marseille) et de CORHESAN (site de Marseille), dans le respect de l'autonomie organisationnelle de chaque structure.
- Identifier les difficultés éventuelles de montée en charge de l'expérimentation, alerter le COPIL et proposer des mesures correctives ou d'ajustement dans le cadre du mandat confié.
- Faciliter le partage d'information, et les bonnes pratiques sur la gestion des données entre les deux structures porteuses afin de garantir une remontée cohérente
- S'assurer de la qualité, de la complétude et de la cohérence des données saisies dans le SI, en lien avec les coordinateurs d'équipes, et signaler les anomalies constatées.
- Produire le tableau de bord mensuel d'activité consolidé de l'expérimentation et en assurer la diffusion auprès du COPIL et des interlocuteurs institutionnels.

XVI.2.b Interface institutionnelle et reporting

- Assurer l'interface opérationnelle avec l'ARS, la CNAM et l'évaluateur externe dans le cadre du suivi de l'expérimentation.
- Préparer et transmettre les données d'activité, les indicateurs de suivi et les éléments nécessaires à l'évaluation selon le calendrier défini par le cahier des charges.
- Répondre aux demandes d'information des instances de suivi (CTE, rapporteurs Article 51) dans les délais impartis.
- Alerter le COPIL en cas de difficulté avec les relations institutionnelles ou de risque de non-conformité au regard du cahier des charges ou lors de ses échanges.
- Préparer les réunions du Comité de Pilotage (COPIL) : ordre du jour, documents préparatoires, dossiers de synthèse, données d'activité et indicateurs actualisés.
- Rédiger les comptes rendus des COPIL et assurer le suivi de la mise en œuvre des décisions prises.
- Préparer les rapports intermédiaires et le rapport final de l'expérimentation conformément au calendrier réglementaire.
- Contribuer à la révision annuelle du cahier des charges de l'expérimentation, sous l'autorité du COPIL et en concertation avec les structures porteuses et les instances de suivi.

XVI.2.c Limites du champ d'action

Le chef de projet ne peut en aucun cas :

- S'immiscer dans les choix d'organisation interne, de gestion des ressources humaines ou d'affectation des personnels propres à chacune des structures porteuses, ni dans le choix ou la configuration des outils utilisés par celles-ci.
- Donner des instructions directes aux équipes opérationnelles des structures porteuses, ni se substituer à leurs responsables hiérarchiques dans la conduite de l'activité courante.
- Imposer, modifier ou contester les orientations stratégiques, les méthodes d'intervention, les protocoles professionnels ou les modalités de fonctionnement que chaque structure définit souverainement dans le cadre de ses compétences propres.
- Participer aux instances décisionnelles internes des structures porteuses (comités de direction, réunions managériales, arbitrages RH), sauf invitation expresse et ponctuelle de la structure concernée, et uniquement en qualité d'observateur ou de rapporteur au titre de l'expérimentation.
- Le temps de travail du chef de projet est intégralement et exclusivement dédié aux missions de coordination de l'expérimentation définies par la présente fiche de poste.
- Aucune mission de direction opérationnelle, de management interne, de représentation institutionnelle ou d'activité propre à l'une des structures porteuses ne peut lui être confiée ni imputée sur ce temps dédié, y compris à titre temporaire ou accessoire.

XVI.3PROFIL ET COMPÉTENCES REQUISES

XVI.3.a Compétences techniques

- Pilotage de projet : maîtrise des méthodes de gestion de projet (planification, suivi d'avancement, gestion des risques, reporting), capacité à piloter un projet complexe impliquant des acteurs multiples aux logiques organisationnelles distinctes.
- Système d'information : capacité à extraire et compiler les informations d'un SI propre à chacune des structures ou de l'outil désigné pour le suivi d'activité, à contrôler la qualité des données, et à produire des tableaux de bord consolidés et des indicateurs à partir de ces données collectées.
- Gestion financière : suivi budgétaire, exécution de conventions de financement publiques (FIR, dotations CNAM), préparation de justificatifs de dépenses et de rapports financiers en s'appuyant sur les informations transmises par les structures.
- Rédaction et synthèse : capacité rédactionnelle de haut niveau pour la production de rapports institutionnels, comptes rendus, notes de synthèse et documents de cadrage.
- Maîtrise des outils : tableurs avancés (Excel/Calc), outils de présentation, logiciels de gestion de projet, messagerie sécurisée, outils collaboratifs.

XVI.3.b Compétences relationnelles et positionnement

- Neutralité et impartialité : capacité éprouvée à se positionner en tiers neutre entre des structures aux intérêts potentiellement divergents, sans favoritisme ni prise de parti.
- Communication institutionnelle : aisance dans les relations avec les institutions publiques (ARS, CNAM), maîtrise des codes de communication administrative et capacité à représenter l'expérimentation auprès des instances de suivi.
- Diplomatie et gestion des tensions : capacité à prévenir et à désamorcer les situations conflictuelles, à favoriser le dialogue entre les parties prenantes et à faire émerger des solutions consensuelles. L'objectif étant de garantir la réussite de l'experimentation.
- Sens des limites du mandat : discernement pour distinguer ce qui relève de la coordination transversale de ce qui relève de la gouvernance interne des structures, et discipline pour s'y tenir.
- Autonomie et rigueur : capacité à organiser son travail de manière autonome, à respecter les échéances et à alerter de façon anticipée en cas de difficulté.

XVI.4MODALITÉS DE FIN DE MISSION

Toute décision relative au contrat de travail ou à la fin des fonctions du chef de projet relève de son employeur, après concertation avec l'autre porteur et avis du COPIL, dans le respect du droit du travail et de la convention collective applicable.
Un délai de prévenance adapté est respecté afin de permettre la passation des dossiers, la continuité du reporting ainsi que la transmission des documents et données en cours, sauf situation particulière justifiant l'application des dispositions légales et conventionnelles appropriées.

La fin de mission donne lieu à la restitution de l'ensemble des documents, données, accès informatiques et matériels mis à disposition dans le cadre de l'expérimentation.

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

XVII ANNEXE 5 – PLANNING PREVISIONNEL DE FORMATION ET D'INTEGRATION DES NOUVELLES RECRUES / MISE A JOUR OU COMPLEMENT DE CONNAISSANCES DE L'EQUIPE ACTUELLE

Semaine 1	Accueil, présentation de l'équipe, formalités administratives (contrat, badge, accréditation, ...) Briefing oral (coordo, coordo médicale) + lecture des documents socles (rapport d'activité, cahier des charges, fiche de poste, outils de travail, etc) Formation de base à la médiation en santé (4x7h : médiation en santé, santé publique, inégalités de santé, posture et déontologie)
Semaine 2	Formation aux DOC (CRCDC), DOC sein + immersion, DOC Col de l'utérus, DOC Côlon + immersion (12h + 4h d'immersion) Formation protection sociale des étrangers non européens (7h) Présentation et formation avec la CPTS (3h) Immersion avec l'équipe sur des actions d'aller vers et d'accompagnement (6h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 3	Formation vaccination et rattrapage vaccinal (3h + 3h) Formation MAS (3h) Formation PASS + immersion (2h+3h) Formation littératie en santé (3h) Présentation des bilans de santé CESAM13 (2h) et des entretiens aux âges clés de la vie (2h) Formation aux Techniques d'animation d'un atelier de sensibilisation – 1e partie (7h) Immersion et compagnonnage avec l'équipe sur des actions d'aller vers et d'accompagnement (4h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 4	Formation à l'entretien motivationnel – 1e partie (14h) Formation HPV (3h) Formation au SI – 1e partie (3h) Formation médecin diabète (2h) et hypertension artérielle (2h) Immersion et compagnonnage avec l'équipe sur des actions d'aller vers et d'accompagnement (8h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 5	Formation PSC1 (8h) Formation DTPC (3h), grippe (3h) Formation excel - 1e partie (7h) Formation IDE diabète (2h) et hypertension artérielle (2h) Immersion et compagnonnage avec l'équipe – découverte et exploration du territoire (7h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 6	Formation excel - 2e partie (7h) Formation Covid (3h), Méningocoque (3h)

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

	Formation aux technique d'animation d'un atelier de sensibilisation – 2e partie (3h) Sensibilisation à l'approche transculturelle (6h) Formation IST et santé sexuelle (3h) Formation addictions et réduction des risques (3h) Immersion et compagnonnage avec l'équipe – découverte et exploration du territoire (7h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 7	Formation Pneumocoque (3h), vaccination selon certains profils types (3h) Sensibilisation au travail avec un interprète (6h) Formation tuberculose (2h), sport santé (2h), 1ères actions en autonomie sous la supervision de la coordination (16h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)
Semaine 8	Formation à l'entretien motivationnel – 2e partie (7h) Formation au SI – 2e partie (7h) Formation Laïcité (7h) 1ères actions en autonomie sous la supervision de la coordination (11h) Participation au temps de coordination et monitoring de l'équipe (3h)

XVIII ANNEXE 6 - DETAILS DU PROGRAMME DE FORMATION

Sujet principal	Intervenant	Durée	Thèmes abordés	Certification	Tarif
LA MEDIATION EN SANTE					
Médiation en santé	formateur	7h	cadre et référentiel HAS, les 4 grandes missions	Structure porteuse SEPT certifié Qualiopi Ou Corhesan	
Santé publique et promotion à la santé	formateur	7h	le concept de santé et les différents déterminants de la santé. La santé publique, la prévention en santé, la promotion de la santé	CODEPS13 Certifié Qualiopi	
Inégalités de santé	formateur	7h	Inégalités de santé, renoncement aux soins	CODEPS13 Certifié Qualiopi	
Posture et déontologie	formateur	7h	Posture, déontologie, secret professionnel	CODEPS13 Certifié Qualiopi	
TOTAL	28h sur les 2 premiers mois				

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

LA VACCINATION					
Vaccination	Dr Stanislas Rebaudet / / Dr Slim Hadiji	3h	Principes généraux de la vaccination Présentation du calendrier vaccinal	Infectiologue, chercheur en santé publique Hôpital Européen Médecin généraliste MRS Malpassé	
Rattrapage vaccinal	Dr Julie Allemand-Sourieu / Dr Slim Hadiji	3h	Rappel des principes de la vaccination et de l'érosion de l'immunité` Maladies du calendrier vaccinal Principaux vaccins et combinaisons vaccinales	Infectiologue, responsable du centre de vaccination internationale Hôpital Européen Médecin généraliste MRS Malpassé	
HPV	Dr Amélie Ménard	3h	Les différents virus, transmissions, infections et cancers Principes et efficacité de la vaccination contre HPV Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Infectiologue Hôpital Nord - AP-HM	
DTPC	Dr Stanislas Rebaudet / Dr Slim Hadiji	3h	Transmission, symptômes, infect° Principes et efficacité de la vaccination Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Infectiologue, chercheur en santé publique Hôpital Européen Médecin généraliste MRS Malpassé	
La grippe	Dr Pascal Chaud	3h	Origines, saisonnalité, transmission, symptômes, se soigner. Principes et efficacité de la vaccination Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Médecin en santé publique, DU en vaccinologie retraité Santé Publique France	
Le COVID-19	Dr Stanislas Rebaudet Dr Slim Hadiji	3h	Origines, transmission, symptômes, infect° Principes et efficacité de la vaccination, ARN messager Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Infectiologue, chercheur en santé publique Hôpital Européen Médecin généraliste MRS Malpassé	
Les infections à méningocoques	Dr Pascal Chaud	3h	Transmission, symptômes, infect° Principes et efficacité de la vaccination Public ciblé et modalités de prescription et	Médecin en santé publique, DU en vaccinologie retraité Santé Publique France	

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

			d'administration		
Pneumocoque	Dr Pascal Chaud	3h	Transmission, symptômes, infect° Principes et efficacité de la vaccination Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Médecin en santé publique, DU en vaccinologie retraité Santé Publique France	
Les vaccins selon les profils (personnes âgées, femmes enceintes, nouveau-né, immunodéprimés ...)	Dr Pascal Chaud	3h	Principes et schéma vaccinal Public ciblé et modalités de prescription et d'administration	Médecin en santé publique, DU en vaccinologie retraité Santé Publique France	
TOTAL	27h sur les 2 premiers mois, puis formation continue (1 sujet vaccination par mois sur 1h)				
LE DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS (DOC)					
Dépistages organisés des cancers (DOC)	Médecin coordinateur	3h	Elément clés de l'incidence du cancer du sein et modalités du dépistage organisé (cible, fréquence, invitation, mammo) Elément clés de l'incidence du cancer du côlon et modalités du dépistage organisé (cible, fréquence, invitation, kit) Elément clés de l'incidence du cancer du col de l'utérus et modalités du dépistage organisé (cible, fréquence , invitation, frotis) et de la prévention par la vaccination HPV	Médecin coordinateur médical Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)	
DOC Côlon	Dr Patrick Dukan	3h	Le côlon, les polypes et la formation du cancer Elément clés de l'incidence du cancer du côlon Modalités du dépistage organisé (cible, fréquence, invitation, kit) Explication de la coloscopie	gastro entrologue Hôpital Européen et MRS Malpassé	

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

		Immersion 3h	Visite du centre de coloscopie HE et visualisation de l'examen	Médecin gastroentérologue Service des Endoscopies Hôpital Européen	
DOC Seins	Dr Dominique Sperandéo	3h	Elément clés de l'incidence du cancer du sein Modalités du dépistage organisé (cible, fréquence, Description de la mammographie et de l'examen clinique Principes et réalisation de l'autopalpation	gynécologue retraitée Collège de gynécologie	
	Caroline Bastien	Immersion 1h	Visite du centre d'imagerie HE et visualisation de l'examen de mammographie	Chef de pôle Service imagerie de la femme Hôpital Européen	
DOC Col de l'utérus	Dr Josiane Camaréna	3h	Elément clés de l'incidence du cancer du col de l'utérus Modalités du dépistage organisé (cible, fréquence) Description du frottis, de l'examen clinique et de l'analyse cytologique ou biologique Principes et intérêt de la vaccination contre les HPV	gynécologue retraitée, Collège de gynécologie	
Autres cancers HPV induits	Dr Michael Achache	1h	Les infections et cancers ORL HPV induits, incidence, prévention, traitement	ORL Hôpital Européen	
	Dr Patrick Dukan	1h	Les infections et cancers anaux HPV induits, incidence, prévention, traitement	Gastroentérologue et Proctologue Hôpital Européen et MRS Malpassé	
TOTAL	14h sur les 2 premiers mois + 4h d'immersion / formation continue pour révision 1h / mois				
AUTRES MALADIES ou PARCOURS DE PREVENTION : formations prioritaires					
CPTS	Coordo	3h	Historique, objectifs, diagnostic territorial, articulation avec la CPTS et les professionnels de santé, outils pratique	Coordinateur.trice CPTS	
Bilan de santé	Responsable de service	2h	Objectifs et parcours	CESAM13 Assurance Maladie	

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

Entretien de prévention aux âges clés de la vie	Responsable de service	2h	Objectifs et déroulé	Service Prévention Assurance Maladie	
Mon Espace Santé	Responsable de service	2h	Objectifs et déroulé	Service Prévention Assurance Maladie	
Diabète	Médecin généraliste	2h	Point repères sur la maladie, symptômes, dépistage, parcours	CPTS	
	Cadre de santé	2h	Objectifs et programme ETP, modalités d'orientation	Cadre de santé Service Education Thérapeutique du Patient (ETP) Hôpital Européen ou DAC	
Hypertension artérielle	Médecin généraliste	2h	Point repères sur la maladie, symptômes, dépistage, parcours	CPTS	
	Cadre	2h	Prise en charge, prévention, suivi	Cadre de santé Service cardiologie Hôpital Européen	
PSC1	Formateur Croix Rouge	8h	Théorie et pratique des gestes de premiers secours	Croix Rouge Française	60 € TTC / pers
Santé mentale	Formateur	7h	Premiers secours en santé mentale	CRES PACa Certifié qualiopi	500 € / pers
	Infirmière psy	3h	Point repères sur la santé mentale, symptômes, prise en charge	Service psy – équipe mobile précarité Hôpital Edouard Toulouse - APHM	
TOTAL	33h sur les 3 premiers mois				
AUTRES MALADIES ou PARCOURS DE PREVENTION : formation complémentaires					
Violences conjugales	Formateur	14h	Points de droits, repérage, postures	Solidarités Femmes13 Certifié Qualiopi	530 € TTC / pers
	Juriste, AS et psy	2h	Présentation du dispositif Hestia (HE) ou Sentinelles (APHM), modalités d'inclusion et de prise en charge	Service Hestia Hôpital Européen / APHM	
Entretien Prénatal Précoce (EPP)	Infirmière coordinatrice	3h	1000 premiers jours, parcours femme enceinte, EPP, EPNP	Réseau Périnatal Méditerranée	
Cancer du Poumon	Cadre de santé	2h	Point repères sur la maladie, symptômes, prise en charge, programme IMPULSION	Cadre de santé Service pneumologie Hôpital Européen ou Hôpital Nord APHM	

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

Sport Santé	Formateur	2h	Objectifs, programme activités physiques adaptées (APA), modalités d'orientation	Maison Sport Santé Ville de Marseille	
Addictions et réduction des risques	Formateur	3h	Point repères, conduites à tenir, orientation et prise en charge	Association Bus 31/32 Association Réseau 13	
IST et santé sexuelle	Infirmier	3h	Point repères, dépistage, orientation et prise en charge	CEGIDD ou Planning Familial	
Tuberculose	Médecin	2h	Point repères, dépistage, orientation et prise en charge	CLAT	
TOTAL	31h sur la 1e année				
SAVOIR FAIRE / SAVOIR ETRE					
Technique d'animation de sensibilisation	Formateur CODEPS 13	7h + 3h	Animation de groupe : techniques, attitudes et postures éducatives Concepts de l'éducation à la santé Techniques et outils Postures, jeux de rôle	CODEPS 13 Certifié Qualiopi	600 € TTC la journée – 10 pers max
Entretien motivationnel	Patrick Berthiaume	14h + 7h	Principes de l'EM Mise en pratique, appliquée à l'hésitation vaccinale Coaching en groupe (3h tous les 6 mois) et supervision individuelle (3h tous les 6 mois)	Perspective Humaine sexologue, chercheur et formateur Montréal, Canada	Formation : 1000 € TTC la journée – 10 pers max Coaching : 450 € TTC la demi-journée – 10 pers max Supervision : 240 € TTC la demi-journée / pers
Littératie en santé	Cécile Allaire	3h en visio	Principes et enjeux de la littératie en santé Applications concrète sur la création d'outils de communication et de messages de sensibilisation	Chargée d'expertise, accessibilité et littératie en santé Santé Publique France	
Formation Excel	formateur	14h	Selon niveau initial	Centre de formation Certifié Qualiopi	

Agence régionale de santé PACA - R93-2026-10-21-00002 - Arrêté n°20261016-001 Portant autorisation du projet d'expérimentation d'un programme de médiation en santé à destination des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville « 13 en Santé »

Formation SI		3h + 7h	Comprendre les différents formulaires, quels usages, quelle finalité, savoir les remplir, savoir les exploiter	Coordinateur de la structure	
Interprétariat	formateur	6h	Politique publique, textes de références. Comprendre les missions, les limites du travail avec un interprète, mise en situation et cas pratiques	OSIRIS	
Sensibilisation à l'approche transculturelle	formateur	6h	Définition, cadre, études de cas	Association IMAJE SANTE Association ACT (approche culture et territoire)	
Laïcité	formateur	7h	Politique publique, textes de références, cadre législatif, mise en situation et cas pratiques	DDETS (direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités)	
TOTAL	77h sur les 3 premiers mois				
LES DROITS EN SANTE					
Protection sociale des étrangers non européens	Formateur ESPACE	7h	Comprendre l'architecture du système français après la réforme PUMA, points de vigilances	ESPACE Certifié Qualiopi	
Mission d'accompagnement aux soins (MAS)	Formateur MAS	3h	Présentation des missions et du périmètre de la MAS Modalités de saisine	Service MAS CPAM	
PASS	Coordo	2h Immersion 3h	Présentation des missions et du périmètre d'une PASS Modalités de saisine	PASS Hôpital Européen ou PASS de Ville	
TOTAL	12h + 3h d'immersion sur les 2 premiers mois				