



**RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2023- 436 bis**

Publié le 19 octobre 2023

SOMMAIRE

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Arrêté modifiant l'arrêté du 17 octobre 2019 portant autorisation de l'expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène », dénommée iatropev

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES – PRÉFECTURE DE LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Arrêté préfectoral désignant monsieur Jacques BILLANT, préfet du Pas-de-Calais, pour assurer la suppléance régionale

DIRECTION RÉGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'AMÉNAGEMENT ET DU LOGEMENT DES HAUTS-DE-FRANCE

Décision du 18 octobre 2023 relative aux règles générales de délégation de la mission régionale d'autorité environnementale Hauts-de-France (MRAe)

**ARRETE MODIFIANT L'ARRETE DU 17 OCTOBRE 2019 PORTANT AUTORISATION DE
L'EXPERIMENTATION « OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES DANS LE
PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE AGEE, DANS L'OBJECTIF FINAL DE REDUIRE LE RISQUE
IATROGENE », DENOMMEE IATROPREV**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;
- Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;
- Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;
- Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;
- 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'arrêté du 17 octobre 2019 portant autorisation de l'expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène », dénommé IATROPREV ;
- Vu le courrier en date du 15 février 2023 de demande des co-porteurs du CHU Lille et du CHU Amiens, de prolongation du parcours IATROPREV jusqu'en avril 2024 ;
- Vu l'avis du comité technique national émis en octobre 2023,, le projet de modification du cahier des charges de l'expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène » ;

ARRETE

Article 1 – L’alinéa 1er de l’article 1 de l’arrêté du 17 octobre 2019 est remplacé par l’alinéa suivant :

« L’expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l’objectif final de réduire le risque iatrogène » est autorisée jusqu’au 30 avril 2024. »

Article 2 – Le cahier des charges définissant le cadre de l’expérimentation annexé à l’arrêté du 17 octobre 2019 susvisé est remplacé par le cahier des charges joint en annexe unique du présent arrêté.

Article 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l’objet d’un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Article 4 – La directrice de la stratégie et des territoires est chargée de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le

19 OCT. 2023

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Cahier des charges

Version février 2023 – prolongation de la durée d'expérimentation jusqu'avril 2024

Projet d'expérimentation d'innovation en santé

**Optimisation des prescriptions médicamenteuses
dans le parcours de soins de la personne âgée,
dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène
IATROPREV**

Porteurs du projet d'expérimentation :

CHU AMIENS - CHU LILLE

Le présent et second cahier des charges du parcours IATROPTREV s'inscrit dans le cadre d'une demande de prolongation de la durée d'expérimentation jusque fin avril 2024.

Le parcours IATROPREV a fait l'objet d'une autorisation d'expérimentation pour une durée de 4 ans par le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France le 17 octobre 2019. La fin d'expérimentation était initialement prévue à fin octobre 2023.

Le Motif du report est :

- Le contexte général du système de santé marqué à cette époque par la pandémie de COVID-19 et entraînant un manque de disponibilité des professionnels de santé libéraux et hospitaliers.
- Un retard de déploiement de la solution numérique. En effet, l'expérimentation devait initialement s'appuyer sur le dispositif régional PREDICE (Projet Régional de Transformation Digitale du Système de Santé) qui s'est avéré non fonctionnel au moment du déploiement du parcours, nous contraignant à utiliser un autre outil, BIMEDOC, qu'il a fallu développer.
- Un retard pris dans la communication auprès des professionnels de ville entraînant un retard du déploiement de la porte d'entrée ville du parcours IATROPREV.
- Le recrutement de gestionnaires de cas en avril 2021 ; initialement non prévu dans le projet mais qui se sont avérés indispensables à la coordination du parcours et au lien ville-hôpital ; la nécessité du recours à ces gestionnaires de cas ayant été majorée par l'absence de solution numérique.
- Pour ces raisons, la première inclusion n'a eu lieu que le 8 février 2021.

Pourtant, ce **parcours est particulièrement innovant**. Il fait coopérer les professionnels de santé de ville (médecins et pharmaciens d'officine) dont il nécessite l'adhésion et les professionnels hospitaliers (pharmaciens cliniciens et gériatres) à travers des **réunions de concertation pluridisciplinaire**. Il est original par le fait qu'il porte sur une population de ville et qu'il propose une porte d'entrée ville et s'intéresse à une population particulière à très haut risque d'événement iatrogène.

De plus, cette période permettra au centre de Lille de tester un mode innovant pour les évaluations cliniques des professionnels hospitaliers, qui réaliseront des consultations avancées directement au sein de deux maisons de santé pluri-professionnelles de la métropole lilloise. Cette approche a été testée en pilote sur 2020-2021 (hors IATROPREV) et est reconduite pour 2023-2024 (accords obtenus, médecin recrutée). Ce mode opératoire devrait faciliter le recrutement des patients, rassuré de rester dans le lieu de soins habituel, et favoriser les échanges et RCP directes avec les professionnels du soin premier.

Sommaire

1. OBJET ET FINALITE DU PROJET D'EXPERIMENTATION	4
1.1. Enjeu du projet	4
1.2. Présentation du projet	5
1.3. Objectifs du projet	6
❖ Les différentes étapes de la démarche d'optimisation médicamenteuse	8
▪ Logigramme	9
2. IMPACTS ATTENDUS A COURT ET MOYEN TERME DU PROJET	10
D'EXPERIMENTATION	10
❖ En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers	10
❖ En termes d'organisation et de pratiques professionnelles	10
❖ En termes d'efficience pour les dépenses de santé	10
3. DUREE DE L'EXPERIMENTATION ENVISAGEE	11
3.1. Durée envisagée du projet d'expérimentation proposé	11
3.2. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet	11
4. CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL PROPOSE	12
5. PRESENTATION DES PORTEURS DU PROJET D'EXPERIMENTATION ET DES PARTENAIRES DE L'EXPERIMENTATION (OU GROUPE D'ACTEURS)	13
6. CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS	16
7. DEROGATIONS ENVISAGEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION	17
8. PRINCIPES DU MODELE ECONOMIQUE CIBLE ET EQUILIBRE DU SCHEMA DE FINANCEMENT	18
9. MODALITES DE FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION	20
10. MODALITES D'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION ENVISAGEES	22
11. NATURE DES INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS PRIS	24
EN CHARGE	24

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation

'Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène'

1.1. Enjeu du projet

L'enjeu principal du projet est la sécurité du parcours de santé de la personne âgée fragile avec une préoccupation particulière concernant les médicaments prescrits chez ces patients.

Les personnes âgées sont les plus exposées au risque iatrogène du fait d'une polypathologie et d'une polymédication fréquentes ; les patients âgés présentant des syndromes gériatriques (comme une dénutrition, des chutes, une démence) ont un risque encore accru d'événement iatrogène. Cependant, le risque iatrogène n'est pas uniquement lié aux caractéristiques des patients : il dépend également de l'organisation structurelle des soins portés au patient, et notamment de la qualité de la transmission d'information entre les professionnels de santé.

L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome qui est modulé par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Malgré le développement de plusieurs échelles simplifiées de dépistage de la fragilité, il semble que les médecins traitants se soient peu appropriés ces outils, freinant l'orientation des sujets fragiles voire pré-fragiles précocement vers des filières d'expertise spécialisées. Une étude récente appréciant la fragilité de la population de plus de 75 ans vue par les médecins traitants en Picardie ne retrouvait que 31,3% de sujets entrant dans la catégorie des robustes. Pourtant la prévalence des patients vue en consultation pour bilan de fragilités est loin de couvrir le nombre attendu au vu des données sur ce territoire.

Afin d'augmenter le taux de personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant d'un bilan de fragilité, il convient donc de trouver un outil plus simple, utilisable facilement par les médecins traitants mais également par tous les professionnels de santé reconnus comme interlocuteurs privilégiés sur la vie des personnes âgées tels que les pharmaciens d'officine, les infirmières libérales (IDEL) et bientôt les infirmières de pratique avancée. Compte tenu du fait qu'il existe un lien reconnu aujourd'hui entre fragilité et polypharmacie, celle-ci peut représenter un indicateur de fragilisation qui constitue l'élément d'alerte simple et facilement assimilable par le professionnel de santé. Il existe plusieurs arguments allant dans ce sens : la polypharmacie expose à la iatrogénie et aux complications liées notamment de fragilité.

Par ailleurs, dans le parcours de soins d'un patient âgé, la sortie d'hospitalisation est à très haut risque d'événement iatrogène du fait de modifications potentielles à l'échelle du patient et de son traitement. Les acteurs hospitaliers doivent transmettre de manière claire et structurée toutes les modifications le jour de la sortie. En parallèle, il faut que les acteurs du soin de premier recours puissent réceptionner ces informations à temps, les intégrer, et les exploiter (continuité ville-hôpital). Les interactions pluri-professionnelles nécessaires pour réduire le risque iatrogène en sortie d'hospitalisation sont donc complexes. Elles requièrent une synchronisation temporo-cognitive élevée. Les études en psycho-ergonomie suggèrent que face à ces situations, le recours à une aide humaine, souvent appelée coordinateur de soins (care coordinator) dans le domaine de la santé, est essentiel. Les éléments des évaluations PAERPA nationales et locales vont en ce sens.

1.2. Présentation du projet

Le projet présente une approche innovante consistant en la mise en place d'un dispositif de prise en charge interdisciplinaire et pluriprofessionnelle de la personne âgée autour d'une collaboration ville-hôpital s'inscrivant dans le parcours patient : le projet repose sur un dispositif d'appui hospitalier innovant, composé d'un gériatre et d'un pharmacien qui est dédié à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes.

Le projet a pour objectif principal l'optimisation médicamenteuse chez la personne âgée de 75 ans et plus. Les objectifs secondaires sont : (1) l'amélioration de la prise en charge de la fragilité ; (2) l'apprentissage de pratiques professionnelles communes.

Le projet poursuit un double objectif opérationnel, compte-tenu :

- Le la difficulté pour les médecins généralistes dans la révision des situations de polymédication à risque iatrogénique.
 - Le projet apportera un soutien aux médecins de ville par le dispositif hospitalier reposant sur le binôme gériatre/pharmacien.
- du manque d'adhésion des médecins généralistes au repérage des fragilités.
 - Le projet vise au recrutement de personnes âgées potentiellement fragiles pour un bilan hospitalier gériatrique des fragilités

Deux portes d'entrée sont proposées : un point d'entrée de la ville vers l'hôpital et inversement de l'hôpital vers la ville.

Cette expérimentation s'appuiera sur les fonctionnalités de l'espace numérique régional PRÉDICE (Projet Régional de Transformation Digitale du Système de Santé), dès son opérationnalité.

Dans ce cadre, la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) d'Optimisation médicamenteuse sera mise en place à l'aide d'un outil de coordination conçu à cet effet. Ainsi cela favorisera le partage des données de l'ensemble des acteurs ville-hôpital et la transmission des alertes nécessaires.

Par ailleurs, dès l'opérationnalité d'une PTA (plateforme territoriale d'appui), le dispositif d'appui hospitalier d'optimisation médicamenteuse pourra être inclus comme effecteur dans l'accompagnement des personnes âgées. Et en particulier, le territoire du GHT de Lille comprend une des PTA qui va participer au déploiement des SNACS (système numérique d'appui à la coordination des soins).

Dans un second temps, le Dossier Médical Partagé viendra compléter ces modalités d'échanges et permettra le partage et la consultation de données de santé entre les professionnels de santé.

Le projet s'inscrit dans la continuité des expérimentations du parcours de santé des Personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il contribue pleinement à la logique de décloisonnement des structures et acteurs qui était visé dans la démarche PAERPA.

Ainsi le projet est en synergie avec les travaux liés à l'optimisation médicamenteuse qui avaient été menés en région sur le territoire du Valenciennais-Quercitain dans le cadre de PAERPA.

Deux types de PPS ont été mis en place, à savoir le PPS « multi-risques » et le PPS « Conciliation » ; le PPS « Conciliation » étant un PPS spécifique au risque médicamenteux, élaboré par les acteurs de ville suite au retour à domicile après hospitalisation. L'IRDES a mené une évaluation d'impact de l'expérimentation Paerpa et les analyses par territoire ont permis de déceler des effets significatifs dans certains territoires et pour des indicateurs de résultat les plus sensibles à la mobilisation des acteurs de soins primaires.

Ainsi dès 2015, la polymédication baisse de façon significative dans le territoire Paerpa du Nord – Pas-de-Calais. Dans un contexte d'amélioration générale de ces indicateurs de polymédication, l'évolution est significativement plus favorable dans ce territoire comparativement aux territoires témoins.

1.3. Objectifs du projet

Objectif principal : optimisation médicamenteuse chez les sujets âgés de 75 ans et plus, dans la perspective de réduire le risque iatrogène chez les personnes âgées.

Objectifs secondaires :

1. Amélioration de la prise en charge de la fragilité
2. Apprentissage de pratiques professionnelles communes.

Ainsi le projet définit les **objectifs opérationnels** suivants :

- Mettre à disposition du médecin traitant et du pharmacien d'officine, un appui hospitalier, composé d'un gériatre et d'un pharmacien clinicien, d'expertise dédiée à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes ;
- Développer la coopération interprofessionnelle autour de la prise en charge de la personne âgée ;
- Mettre en place une démarche innovante d'optimisation médicamenteuse visant à l'établissement de recommandations pour un Plan « PPP/PPCS » (Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Coordination de Santé), destinées au médecin traitant et au pharmacien d'officine
 - ❖ pour des patients en ville :
 - Créer une consultation externe à l'hôpital de gériatrie spécialisée avec évaluation standardisée de bilan des fragilités et de pharmacie clinique avec revue de l'ordonnance
 - ❖ pour des patients en hospitalisation :
 - Mettre en place une conciliation médicamenteuse d'entrée toujours en lien avec le pharmacien d'officine, à l'aide aussi du Bilan Partagé de Médication en cas de réalisation, une conciliation des pathologies actives en lien avec le médecin traitant ± spécialistes (équipe médicale) et une conciliation médicamenteuse de sortie, standardisée (gériatre + pharmacien)
- Créer une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire 'Optimisation médicamenteuse' entre l'équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) dédiée à l'optimisation médicamenteuse et les professionnels du 1^{er} recours (médecin traitant et pharmacien d'officine) ;
- Améliorer les compétences et les outils de tous les acteurs (soins de premier recours et hospitaliers) sur le bon usage du médicament chez les personnes âgées ;
- Créer un mode de financement innovant : une cotation pour un forfait global d'Optimisation médicamenteuse, pour financer la démarche d'optimisation médicamenteuse, de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et de coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital;
 - ⇒ un forfait global d'optimisation médicamenteuse se composant de la manière suivante :
 - une composante hospitalière 'Optimisation médicamenteuse' : démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) + Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec les acteurs de ville pour la mise en place du Plan « PPP/PPS »
 - Une composante « ville » de Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Soins (forfait Plan « PPP/PPS ») : démarche en ville consistant en la participation du médecin traitant et du pharmacien d'officine à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec élaboration, mise en œuvre et suivi du Plan . « PPP/PPS »

- Une composante « coordination » pour gérer les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital et la mise en œuvre de la démarche d'optimisation

- Mettre en place une campagne de communication auprès des médecins généralistes, des IDEL et des pharmaciens d'officine permettant une présentation des objectifs du projet;
- Mettre en place des retours d'expérience entre professionnels au travers de revues interdisciplinaires d'optimisation médicamenteuse;
- Acculturer les professionnels aux bonnes pratiques gériatriques;
- Organiser une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire 'Optimisation médicamenteuse' entre équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) et les professionnels du 1^{er} recours (médecin traitant et pharmacien d'officine);
- Mettre à profit le bilan partagé de médication (BPM) réalisé par le pharmacien d'officine accompagné de ses entretiens pharmaceutiques d'observance ;
 - ⇒ Celui-ci pourra constituer une alerte permettant l'identification des patients à haut risque iatrogénique ou constituer une action du Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Soins : Plan « PPP/PPS » en particulier par ses entretiens d'observance.
- Elaborer le Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Soins : Plan « PPP/PPS »;
- Renforcer les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

❖ Les différentes étapes de la démarche d'optimisation médicamenteuse

La démarche d'optimisation médicamenteuse s'appuie sur la mise en place d'une organisation innovante, à savoir la création d'un dispositif d'appui hospitalier, destiné aux médecins traitants et aux pharmaciens d'officine et qui est dédié à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes. Le consentement du patient est requis.

Ce dispositif a la particularité d'être composé d'un binôme hospitalier : un gériatre et un pharmacien clinicien.

La population cible

- sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville (hors EHPAD), considéré comme fragile selon la définition de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) c'est-à-dire qui présente une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress et dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux et pour qui la polymédication est un marqueur.
- sujets âgés de 75 ans et plus en hospitalisation (admis au service des urgences, puis hospitalisé avec une priorité pour les patients hospitalisés dans un service de court séjour de médecine ou SSR gériatrique).

L'entrée du sujet âgé à haut risque iatrogénique dans le dispositif se fait

- pour les patients résidant en ville

suite au repérage des sujets âgés fragiles par les professionnels de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, ...); et à l'orientation par le médecin traitant vers ce dispositif.

Le critère de repérage initial sera une ordonnance comportant 10 médicaments ou plus chez les personnes de 75 ans ou plus.

Le Bilan Partagé de Médication (BPM) réalisé par le pharmacien d'officine constitue aussi une alerte.

- pour les patients en hospitalisation

suite à l'identification à haut risque iatrogénique des sujets âgés de 75 ans et plus et à l'orientation intra-hospitalière vers ce dispositif avec l'accord du médecin traitant

La démarche innovante d'optimisation médicamenteuse repose sur

au niveau du Dispositif d'optimisation médicamenteuse

- pour les patients résidant en ville
 - une consultation externe à l'hôpital : consultation de gériatrie spécialisée avec évaluation standardisée de bilan des fragilités et de pharmacie clinique avec revue de l'ordonnance.
=> permettant le Diagnostic des fragilités gériatriques et l'optimisation de la prescription médicamenteuse.
- pour les patients en hospitalisation:
 - une conciliation médicamenteuse d'entrée toujours en lien avec le pharmacien d'officine, à l'aide aussi du BPM en cas de réalisation ;
 - une conciliation des pathologies actives en lien avec le médecin traitant ± spécialistes (équipe médicale);
 - une conciliation médicamenteuse de sortie, standardisée (gériatre + pharmacien).
=> permettant l'optimisation de la prescription médicamenteuse.

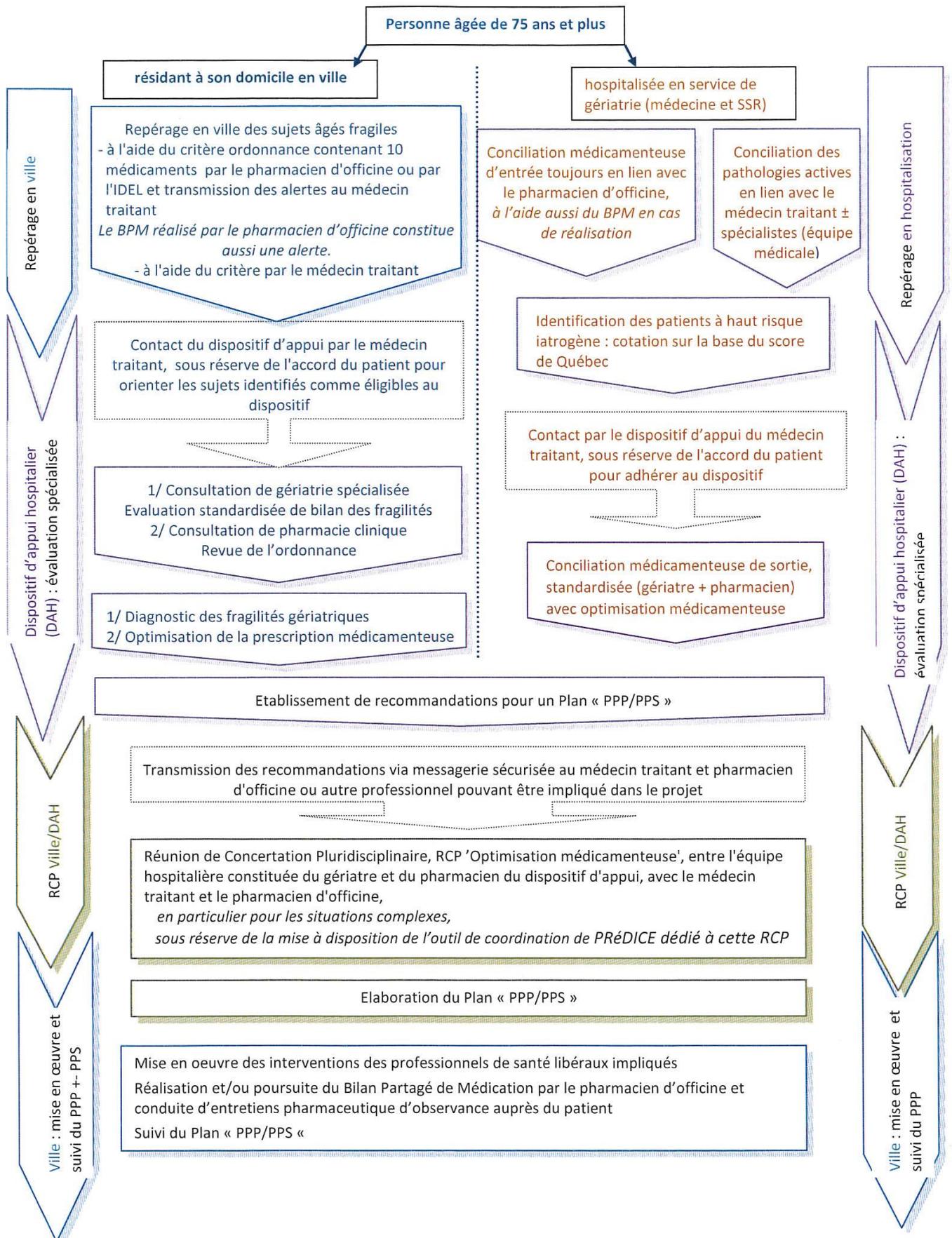
entre acteurs de ville et le dispositif d'optimisation médicamenteuse

- pour les patients résidant en ville ou en hospitalisation :
 - l'établissement de recommandations pour un Plan « PPP/PPS » par le dispositif d'appui d'optimisation médicamenteuse;
 - une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire 'Optimisation médicamenteuse' entre une équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) dédiée à l'optimisation médicamenteuse et les professionnels du 1er recours (médecin traitant et pharmacien d'officine);
 - l'élaboration d'un Plan « PPP/PPCS »;

au niveau des acteurs de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, ...)

- la mise en œuvre et le suivi du le Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Coordination de Santé.

■ Logigramme



2. Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation

❖ En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers

- Reconnaissance plus précoce des éléments de fragilité pour faire entrer plus tôt les patients relevant d'une prise en charge gériatrique dans une filière dédiée.☒
- Mise en œuvre d'une prise en charge de qualité avec une orientation optimale et adaptée permet une amélioration du degré de satisfaction, de confort et qualité de vie des sujets âgés.
- Diminuer le risque iatrogène, donc de diminuer les effets indésirables liés aux médicaments et les hospitalisations pour cause iatrogène, par l'optimisation du parcours et du traitement du patient.

❖ En termes d'organisation et de pratiques professionnelles

- Validation d'un critère simple de repérage de patients fragiles nécessitant une prise en charge précoce dans la filière gériatrique : patients de plus de 75 ans présentant une ordonnance contenant 10 médicaments ou plus.
- Sensibilisation aux risques de complications, de dépendance, d'hospitalisation et de décès que peut entraîner un état de fragilité et au fait que cet état peut être potentiellement réversible grâce à des interventions ciblées.
- Mutualisation et coordination des stratégies de diminution du risque iatrogène chez les personnes âgées à risque iatrogène élevé.
- Amélioration des interactions entre les professionnels de santé, médecins généralistes, pharmaciens d'officine et services hospitaliers de gériatrie.
- Amélioration de la communication interprofessionnelle et la coordination ville-hôpital autour de la sécurité du médicament à l'aide d'un coordinateur de soins et de procédures adaptées.
- Acculturation des professionnels de santé non gériatre aux concepts gériatriques, aux notions de fragilité et de iatrogénie.
- Acculturation de la pharmacie clinique en ville et d'aider au développement et à la valorisation de la communication interprofessionnelle (médecin traitant, pharmacien et IDEL).

❖ En termes d'efficience pour les dépenses de santé

- Amélioration du repérage de la population cible et de la communication entreprise auprès des patients par le médecin généraliste, soutenu par le pharmacien d'officine, afin de permettre une meilleure adhésion des patients à la consultation spécialisée de gériatrie proposée.
- Sensibilisation de la population à la prévention de la dépendance et à l'importance du concept de fragilité, afin d'améliorer la prise en charge de patients âgés et éviter l'hospitalisation, voire la réhospitalisation ainsi que la surconsommation médicamenteuse liée à la iatrogénie et toutes les conséquences socio-économiques en découlant.

=> Les hospitalisations pour cause iatrogène sont associées à un surcoût important, à la fois direct et indirect. L'amélioration du risque iatrogène a été définie comme une priorité par le Ministère de la Santé.

3. Durée de l'expérimentation envisagée

3.1. Durée envisagée du projet d'expérimentation proposé

La durée initiale envisagée du projet était de 4 ans, avec comme fin d'expérimentation prévue en octobre 2023. Dans le cadre de la demande de prolongation de la durée d'expérimentation, la fin d'expérimentation est fixée au 30 avril 2024.

3.2. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet

Phase 1= Mise en œuvre des conditions de déploiement de l'expérimentation (6 mois - fin 2019)

- Lancement d'une campagne de communication auprès des acteurs de ville (médecins généralistes, pharmaciens d'officine, IDEL,... permettant une présentation des objectifs du dispositif d'optimisation médicamenteuse)

Phase 2= Déploiement du dispositif (2020 - 2023)

- Mise en place du processus de conciliation médicamenteuse

Phase 3= Suivi et évaluation de l'expérimentation (2020-2024)

- Organisation de retours d'expérience entre professionnels, de revues territoriales interdisciplinaires et pluriprofessionnelles de bilans partagés de médication.
- Ajustement du projet selon les retours des acteurs du 1^{er} recours.
- Renforcement de la campagne de communication.
- Montée en puissance des inclusions notamment par la porte d'entrée ville.
- Déploiement du dispositif sur d'autres établissements des GHT des porteurs.
- Evaluation du projet.

4. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	le département de la Somme et le territoire du GHT Lille Métropole Flandre intérieure.
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

Le projet sera mené sur deux territoires pilotes : le département de la Somme et le territoire du GHT Lille Métropole Flandre intérieure.

Territoire pilote : département de la Somme

Une étude, réalisée par l'ARS Hauts de France sur une cohorte issue de la base provenant du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) restreinte à la région Hauts de France et médiquée sur le premier trimestre 2017, a montré que 20,5% des sujets de plus de 75 ans prennent 10 médicaments ou plus.

L'INSEE évalue le groupe des 75 ans et plus à 8,7% de la population de la Somme soit un peu moins de 18 000 personnes.

La volumétrie des patients de plus de 75 ans présentant les critères d'inclusion (ayant une ordonnance contenant 10 médicaments ou plus, non déjà inclus dans une filière gériatrique) est estimée à environ **3 700 personnes.**

Territoire pilote : territoire du GHT Lille Métropole Flandre intérieure

Le territoire couvert par le GHT, qui intervient sur un territoire de 231 communes centré sur la métropole lilloise, comporte environ 93 300 patients de 75 ans et plus (projections OMPHALE – INSEE).

Le GHT Lille Métropole Flandre Intérieure se compose notamment :

Établissements de santé publics partenaires du GHT et ayant des unités gériatriques	Court Séjour Gériatrique : nombre de lits	SSR gériatriques : nombre de lits
CH Armentières	20	45
CHU Lille	56	79
Groupe hospitalier Loos-Haubourdin	0	20
GH Seclin Carvin - Site de Seclin	40	53
GH Seclin Carvin - Site de Carvin	0	28
CH Roubaix	40	55
CH Tourcoing	22	37
CH Bailleul	0	30
Wasquehal	0	60
Total	178	407

Le GHT réunit au total 7 896 lits et places dont 585 spécialisés pour la gériatrie (178 de médecine et 407 de SSR). **Les établissements du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure assurent 60 % des parts de marché du soin hospitalier MCO à destination des personnes âgées de 75 ans et plus**, l'analyse portant sur les séjours consommés, toutes disciplines confondues dans l'ensemble des services MCO. La même tendance s'observe pour

les séjours ambulatoires et les séjours à destination des patients de plus de 85 ans. Cette part de marché du GHT s'élève à 76% dans le cadre de l'activité SSR dédiée aux personnes âgées poly-pathologiques, l'analyse portant sur les journées de présence SSR 2014 consommées.

Au sein du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure, le COTEM des activités pharmaceutiques est opérationnel. Dans ce cadre, les différents établissements du GHT ont mis en place un groupe de travail portant sur la pratique de la pharmacie clinique en gériatrie. Ce groupe de travail, qui inclut pharmaciens des différents centres hospitaliers, se réunit de façon mensuelle depuis le 29 janvier 2019.

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

Le projet est co-porté par le CHU AMIENS et le CHU LILLE.

Le projet a pour objectif de proposer sur les deux territoires, une démarche d'optimisation à double point d'entrée, s'adressant aux sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville et à ceux en hospitalisation.

Ce projet est issu de deux projets initiaux conçus respectivement par le CHU Amiens pour la porte d'entrée ville et par le CHU Lille pour la porte d'entrée hospitalière.

Le CHU AMIENS expérimente dès la 1ère année les deux portes d'entrée.

Le GHT de LILLE expérimente les deux portes d'entrée en différé.

1. La porte d'entrée hospitalière (sujets âgés de 75 ans et plus, en hospitalisation dans un établissement de santé public du GHT Lille Métropole Flandre intérieure) est expérimentée dès la 1ère année. En effet, des actions sont en cours pour l'harmonisation des pratiques de pharmacie clinique et d'optimisation médicamenteuse chez les sujets âgés au niveau du GHT (thèse de pharmacie terminée¹). La mise en place des actions autour de la porte d'entrée hospitalière permettra d'assurer des messages homogènes et cohérents au sein du GHT, de poursuivre dans la dynamique actuelle, et surtout d'éviter des mauvaises interprétations des actions menées.
2. La porte d'entrée de ville est expérimentée dès la deuxième année (à M12). Ce délai de 12 mois permettra d'ajuster au mieux cette offre selon les compétences à disposition dans les différentes CH du GHT, et d'assurer une bonne communication autour de cette porte d'entrée en lien avec le Département de Médecine Générale et les URPS.

Les deux CHU prévoient de faire ensemble chaque année un point d'étape de la mise en œuvre de la démarche d'optimisation médicamenteuse engagée sur leur territoire pilote, afin de mener un état des lieux des éléments réalisés, des succès et des points à renforcer

Par ailleurs, il faut souligner le fait que les services de gériatrie et de pharmacie hospitalière des deux CHU sont proches et collaborent déjà dans le cadre de la formation des étudiants et de projets de recherche clinique.

Atouts et spécificités du CHU d'Amiens, territoire pilote du département de la Somme

Suite aux avenants n°11 du 20 juillet 2017 et n°12 du 21 novembre 2017 à la Convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, approuvé par l'arrêté du 9 mars 2018, a été créé le bilan partagé de médication (BPM). Il a pour objectif l'amélioration de la prise en charge et la réduction des risques iatrogéniques chez les personnes âgées polymédiquées sous traitements chroniques. Son déploiement sur le territoire de la Picardie auprès des pharmaciens d'officine est en cours avec succès. Les critères retenus pour bénéficier d'un BPM (sujet de plus de 65 ans + ALD30, ou plus de 75 ans et prenant plus de 5

¹ « Harmonisation des pratiques de pharmacie clinique en Gériatrie/Gérontologie au sein du groupement hospitalier de territoire Lille Métropole Flandre Intérieure. » Soutenue par Mme Agathe Leleux le 27 septembre 2019 à la Faculté de Pharmacie de Lille, DES de pharmacie

médicaments dont un traitement pour une durée de plus de 6 mois) constitue un premier niveau de repérage des sujets, le parcours de soins d'optimisation médicamenteuse pour des sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville représentant le niveau supérieur du besoin d'expertise.

Le succès de la mise place de ce programme participe à l'instauration d'une collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes autour de la prise en charge du sujet âgé polymédiqué et ne peut être qu'un gage de réussite de la mise en œuvre de d'optimisation médicamenteuse pour des sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville.

Atouts et spécificités du CHU Lille, territoire pilote du GHT Lille métropole Flandres intérieure

Le projet lillois s'appuie sur une collaboration forte entre différents experts :

- L'équipe lilloise de pharmacie clinique est formée à la conciliation médicamenteuse et assure à ce titre la coordination régionale au sein de la faculté de pharmacie du déploiement régional de l'outil FormaConcil
- Le centre régional de pharmacovigilance assure depuis plus de 30 ans son expertise au sein de la région, et notamment auprès du CHU et des établissements du GHT, dans le domaine du bon usage du médicament et de la iatrogénie (identification, recueil, analyse), en particulier dans la population des sujets âgés.
- Le pôle de gériatrie du CHU de Lille est un acteur à part entière dans la mise en place de la sécurisation de la prise en charge du sujet âgé, avec des actions menées avec les pharmaciens et pharmacologues depuis plus de 10 ans. Il est le porteur du PRHC-I DAMAGE sur le parcours de soins après une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique (3532 inclusions). Plusieurs membres du Pôle de gériatrie et du service de pharmacie clinique ont été impliqués dans l'élaboration du PPS conciliation médicamenteuse du projet PAERPA Hauts-de-France et certains sont également affiliés à l'EA 2694 (Université de Lille) et coordonnent l'évaluation de nombreuses procédures du projet PAERPA Hauts-de-France.

Un plan de formation au bon usage du médicament chez le sujet âgé a notamment été conçu par les pharmaciens, pharmacologues et gériatres du CHU de Lille. Il comprend plusieurs modules e-learning et des sessions de formations. Il est destiné aux médecins, pharmaciens et soignants hospitaliers comme de ville. Il est en cours de déploiement au niveau du CHU de Lille.

Les liens développés au sein de la faculté de pharmacie avec l'association des maîtres de stage officinaux et l'URPS Pharmaciens Hauts de France ainsi qu'avec le département de médecine générale de la faculté de médecine, le pôle de gériatrie du CHU de Lille et le centre régional de pharmacovigilance permettront de mener ces actions en lien avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins du patient. A ce titre, le CHU de Lille finalise la mise en place d'une communication par messagerie sécurisée vers les pharmaciens d'officine.

Enfin, il faut souligner que la première revue territoriale des bilans de médication partagés a eu lieu le 29 avril 2019. La mise en place de ces revues bénéficie de la collaboration et du soutien des départements universitaires de médecine générale, de gériatrie et de pharmacie clinique. Elles se réalisent en lien avec URPS Pharmaciens Hauts-de-France. Des pharmaciens d'officine éventuellement accompagnés de médecins traitants présenteront des cas réels de ville. Bien que ces revues territoriales débutent tout juste et qu'elles n'ont pas l'ambition des revues proposées dans le projet, elles montrent le dynamisme local et la capacité de stimuler et de fédérer des différents partenaires impliqués dans le projet ou le soutenant.

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteurs	<p>CHU de Lille</p> <p>CHU Amiens-Picardie</p>	<p>Pr François Puisieux Dr Jean-Baptiste Beuscart Dr Sophie Gautier Pr Bertrand Décaudin Dr Mathilde Dambrine</p> <p>Pr Frédéric Bloch Service de Gériatrie</p> <p>Dr Aurélie Terrier- Lenglet Unité de Pharmacie Clinique</p>	
Partenaires du projet d'expérimentation	<p>Université de Lille (Facultés de médecine et de pharmacie)</p> <p>URPS Pharmaciens (pour les deux territoires)</p> <p>URPS Médecins libéraux (pour les deux territoires)</p> <p>Centres Hospitaliers du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure</p> <p>En attente : - URPS Infirmiers, territoire de la Somme. - Département de Médecine générale de l'UPJV.</p>		<p>Animation des réseaux professionnels</p> <p>Coopérations déjà en place avec l'ensemble de ces structures en termes d'animation et partages d'expériences</p> <p>Repérage en ville et orientation sous réserve de leur accord, des sujets âgés fragiles identifiés comme éligibles au dispositif</p> <p>Elaboration du Plan « PPP/PPS » en ville</p>

6. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X

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

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

² 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)

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

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<ul style="list-style-type: none"> - Tarification : absence de tarification de l'activité de pharmacie clinique (dont plan pharmaceutique personnalisé(PPP) en hospitalier - Facturation : absence de consultation par le médecin généraliste dédiée spécifiquement à la révision de l'ordonnance et des traitements prescrits - Il n'y a pas de financements tracés directement sur l'amélioration du lien ville-hôpital
<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un forfait patient se décomposant en forfait « plan personnalisé de soins » ville et en forfait de prise en charge hospitalière associant l'expertise gériatrique et celle du pharmacien clinicien - Mise en œuvre d'un financement de forfait hospitalier « Optimisation et sécurisation du médicament » - En ville : utilisation du PPS du PAERPA et de la cotation du BPM - Financement de temps de coordination et animation du réseau ville-hôpital

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de financement de la coordination interprofessionnelle. - L'organisation actuelle ne facilite pas une orientation précoce des sujets âgés fragiles vers la filière gériatrique du fait d'outils de repérage jugés trop complexes par les médecins généralistes. - L'organisation actuelle ne facilite pas la mise en œuvre par les médecins généralistes des recommandations spécialisées faites par les gériatres en termes d'adaptation thérapeutique du fait d'un manque de coopération ville/hôpital sur le champ de la iatrogénie. - Le parcours actuel n'intègre pas les activités de pharmacie clinique dans le parcours de la PA et ne sollicite pas suffisamment les pharmaciens d'officine afin qu'ils puissent alerter devant des ordonnances contenant plus de 10 médicaments chez des patients polymédiqués.
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à domicile des dialysats</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Graduation de l'offre de prise en charge des patients âgés polymédiqués : le bilan partagé de médication(BMP) peut déjà être réalisé par le pharmacien d'officine et constitue un premier niveau de repérage des sujets âgés polymédiqués. - Le parcours de soins lié au dispositif représente le niveau supérieur du besoin d'expertise et constitue un premier niveau de repérage des sujets âgés polymédiqués et s'inscrit autour du médecin généraliste. - Création d'un forfait patient se décomposant en forfait « plan personnalisé de soins » ville et en forfait de prise en charge hospitalière.

8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

L'expérimentation proposée a pour objectif de structurer une organisation pluriprofessionnelle et interdisciplinaire visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse dans le parcours du sujet âgé, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène.

Le financement dérogatoire proposé concerne des activités non prises en charge par l'assurance maladie :

- la démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) ;
- la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec élaboration du plan personnalisé pharmaceutique et de soins (Plan « PPP/PPCS »);
- la coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Le projet propose de créer une cotation pour un forfait global d'Optimisation médicamenteuse.

Forfait global d'optimisation médicamenteuse comportant

- **Une composante hospitalière (avec un Forfait hospitalier 'optimisation médicamenteuse')**
 - démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien)
 - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec élaboration du Plan « PPP/PPCS » (organisation et participation)
- **Une composante 'ville' (avec un Forfait Plan «PPP/PPCS»)**
 - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec élaboration du Plan « PPP/PPCS » (participation du médecin traitant + pharmacien d'officine)
 - mise en œuvre et suivi du Plan « PPP/PPCS »
- **Une composante 'Coordination' (avec un Forfait «Coordination»)**

pour faciliter les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital et la mise en œuvre de la démarche d'optimisation

 - Prise de contact, gestion du Plan « PPP/PPCS », ...

Il est proposé de financer un seul Forfait global d'optimisation médicamenteuse par an et par sujet âgé éligible au dispositif d'optimisation médicamenteuse.

Frais d'ingénierie

A ce financement dérogatoire s'ajoutent aussi les frais d'ingénierie : organisation des réunions, élaboration des supports de communication, réajustement des procédures, ...

Autres actes entrant dans le droit commun et pris en charge par l'assurance maladie

- les consultations médicales pour le médecin traitant
- le Bilan Partagé de Médication comportant les entretiens d'observance, réalisé par le pharmacien d'officine

Le financement dérogatoire proposé est le suivant

	Composantes	Proposition de cotation dérogatoire	Acteurs impliqués
Forfait global d'optimisation médicamenteuse Financement FISS	Composante hospitalière (avec un Forfait hospitalier 'optimisation médicamenteuse')	200 euros	Dispositif d'appui hospitalier : gériatre + pharmacien clinicien
	Composante 'ville' (avec un Forfait Plan «PPP/PPS»)	100 euros dont 50 pour médecin traitant et 50 pour pharmacien d'officine	Acteurs de la ville : Médecin traitant + pharmacien d'officine
	Composante 'Coordination' (avec un Forfait «Coordination»)	50 euros dont 25 pour le dispositif d'appui hospitalier, 12,5 pour le médecin traitant et 12,5 pour le pharmacien d'officine	Dispositif d'appui hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) + Acteurs de la ville (Médecin traitant + pharmacien d'officine)
	Total	350 euros	

Le coût par patient éligible pour la démarche intégrale d'optimisation médicamenteuse est de 350 euros, pour réduire des hospitalisations dont le coût journalier, même en hospitalisation de jour est bien supérieur. De plus le projet permet la collaboration ville-hôpital et l'apprentissage de nouvelles pratiques professionnelles communes pour une meilleure prise en charge du patient, de son traitement et de son parcours.

Le coût pour la composante hospitalière se justifie par le travail nécessaire à l'optimisation thérapeutique multidisciplinaire. Le pharmacien doit réaliser une conciliation médicamenteuse d'entrée, vérifier différents aspects de pharmacie clinique auprès du patient ou de son entourage (observance, prises, administration, gestion des médicaments), réaliser une étude de l'ordonnance et consigner ses observations et propositions dans un document ad hoc. Le médecin doit vérifier les antécédents médicaux du patient (actifs, résolus, symptômes, etc.), compiler l'historique médical récent du patient (hospitalisations, consultations, biologies, imagerie, etc.), consulter les recommandations en vigueur le cas échéant, et consigner ses observations et propositions dans un document ad hoc. Une réunion de concertation multidisciplinaire doit permettre de décider quelles propositions doivent être mises en place, selon quelle gradation (toutes les propositions peuvent rarement être instaurées en une seule fois), les formaliser, et les transmettre au patient et aux professionnels de santé. Une RCP peut idéalement favoriser le processus de décision et de diffusion de l'information, sous réserve que les participants soient tous disponibles et que les outils dédiés mis en place par l'ARS (PREDICE) soient effectifs.

Le coût de coordination est justifié par le fait que ces actions demandent une coordination temporo-cognitive élevée (coordination de tâches variées à haute valence cognitive chez des acteurs ayant souvent peu de temps disponible). La coordination de certaines tâches administratives, de rendez-vous, de transmission d'information permettra d'accompagner les professionnels de santé et de les rassurer quant à la charge administrative induite par ce nouveau forfait (frein majeur rapporté dans de nombreuses publications).

9. Modalités de financement de l'expérimentation

L'objectif final est de proposer sur les deux territoires, une démarche d'optimisation à double point d'entrée, s'adressant aux sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville et à ceux en hospitalisation. Le projet est co-porté par le CHU AMIENS et le CHU LILLE qui expérimenteront les deux portes d'entrée. Sur la base des critères de la population cible (page 8) et des caractéristiques des deux territoires d'expérimentation, la file active de patients estimée par les porteurs est la suivante :

File active pour les 2 territoires estimée dans le 1^{er} cahier des charges

Années du projet	Nombre de patients inclus	<u>Financement dérogatoire FISS</u>			Total financement Dérogatoire
		Forfait global d'optimisation médicamenteuse			
		= 350 euros par patient			
		Composante hospitalière : 200 euros/patient	Composante 'ville' : 100 euros/patient	Composante 'Coordination' : 50 euros/patient	
2020	300	60 000	30 000	15 000	105 000
2021	600	120 000	60 000	15 000	210 000
2022	1 000	200 000	50 000	50 000	350 000
2023	1 200	240 000	120 000	60 000	420 000
2020-2023	3 100	620 000	310 000	155 000	1 085 000

File active réactualisée pour les 2 territoires dans le cadre du présent et 2nd cahier des charges

Années du projet	Nombre de patients inclus								
	CHU Amiens			CHU Lille			CHU Amiens + CHU Lille		
	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total
2021		46	46		44	44		90	90
2022		48	48		141	141		189	189
2023 objectif	58	77	135	91	154	245	149	231	380
janv-avr2024 objectif	35	43	78	49	66	115	84	109	193
2021-avr2024	93	214	307	140	405	545	233	619	852

Nouvelle file active pour les 2 territoires dans le cadre du présent et 2nd cahier des charges

La file active prévue pour 2023 jusqu'avril 2024 est désormais la suivante :

Le tableau ci-dessous présente la répartition des inclusions par mois selon le centre et la porte d'entrée.

		2023												2024			
		Janv	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec	Janv	Févr	Mars	Avril
CHU Amiens	Porte d'entrée ville	1	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	9
	Porte d'entrée Hospitalière	2	3	5	6	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11	11
CHU Lille	Porte d'entrée ville	1	2	6	10	10	10	6	6	10	10	10	10	12	12	12	13
	Porte d'entrée Hospitalière	14	10	12	14	14	14	10	10	14	14	14	14	16	16	17	17

Le modèle de financement réactualisé dans le cadre du présent et 2nd cahier des charges est comme suit :

Années du projet	Nombre de patients inclus									Financement dérogatoire FISS			Total financement dérogatoire
	CHU Amiens			CHU Lille			CHU Amiens + CHU Lille			Forfait global d'optimisation médicamenteuse = 350 euros par patient			
	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total	porte d'entrée ville	porte d'entrée hospitalière	Total	Composante hospitalière : 200 euros/patient	Composante 'ville' : 100 euros/patient	Composante 'Coordination' : 50 euros/patient	
	2021		46	46		44	44		90	90	18 000	9 000	
2022		48	48		141	141		189	189	37 800	18 900	9 450	66 150
2023 objectif	58	77	135	91	154	245	149	231	380	76 000	38 000	19 000	133 000
janv-avr2024 objectif	35	43	78	49	66	115	84	109	193	38 600	19 300	9 650	67 550
2021- avr2024	93	214	307	140	405	545	233	619	852	170 400	85 200	42 600	298 200

Frais d'ingénierie de 150 000 euros par porteur : par un financement FIR 51 soit un total de 300 000 euros

A ce financement dérogatoire s'ajoutent aussi les frais d'ingénierie: organisation des réunions, élaboration des supports de communication, réajustement des procédures, enrôlement des professionnels de ville dans le dispositif.... Pour tenir compte de la montée en charge de l'expérimentation, ces crédits sont fixés par territoire, à 100 000€ en 2019 et à 50 000€ en 2020.

Ces frais d'ingénierie correspondent au fait qu'un accompagnement des professionnels de santé dans les démarches de soins innovantes est indispensable lors de la mise en route des projets. Ils rejoignent la nécessité d'assurer une coordination temporo-cognitive complexe. Une première expérience positive avec un sentiment d'accompagnement est le meilleur garant d'une adhésion des professionnels de santé au projet sur le long terme. Par ailleurs, les travaux (du porteur CHU LILLE) sur la révision de la médication axée sur le lien ville-hôpital montrent que de nombreuses actions non médicales (réception document, communication, planification, appui méthodologique, etc.) doivent être prises en compte et anticipées pour un accompagnement dans les premières phases du projet³. Ainsi les frais d'ingénierie sont répartis sur les deux premières années afin d'initier et stabiliser le projet dans des conditions assurant sa pérennité.

³ The role of the care coordinator in integrated care pathway for seniors. A qualitative study based on the French national experiment 'Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy' (PAERPA). 15th International congress of the European Geriatric Medicine Society (EUGMS), Cracov, 2019

En sus des frais d'ingénierie,

l'ARS Hauts-de-France finance a attribué un financement FIR, au CHU d'Amiens et au CHU Lille, pour le recrutement de deux gestionnaires : soit un gestionnaire de cas au CHU d'Amiens et un gestionnaire de cas au CHU Lille.

L'ARS Hauts-de-France assure le financement via le GIP Santé numérique, de la solution numérique BIMEDOC retenue après appel à candidature : développement des spécificités fonctionnelles pour la digitalisation du parcours latoprev, mise à disposition de la solution numérique auprès du dispositif hospitalier, des médecins traitants et pharmaciens d'officine impliqués dans le parcours.

10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Le porteur CHU Lille précise que le projet présenté n'est pas un essai clinique de recherche et ne peut pas prétendre à démontrer une efficacité selon les recommandations en vigueur pour la recherche clinique (nécessiterait un essai contrôlé randomisé multicentrique). Cependant, des indicateurs associés à un meilleur devenir (outcomes) seront utilisés comme marqueurs indirects d'efficacité du projet : taux de prescriptions inappropriées selon STOPP/START (associées aux événements indésirables et à l'hospitalisation), taux d'hospitalisation pour fracture (proxi de la chute), taux de passage aux urgences.

Ces indicateurs feront l'objet d'une comparaison avant/après (la création d'un groupe contrôle via les données du SNDS est délicate car l'action s'applique à l'ensemble d'un territoire). Les modalités de suivi des recommandations de traitement comprendront le recueil de données prospectives et/ou rétrospectives dans le cadre de thèse d'exercice en médecine et en pharmacie, après l'obtention de l'accord des autorités de régulation (CNIL, CPP).

Ces travaux croiseront des données quantitatives (nombre de recommandations appliquées, type de recommandations appliquées, etc.) et des données qualitatives (entretiens avec les professionnels de santé et les patients et/ou entourage) pour explorer les raisons de suivi ou non de ces recommandations.

Porte d'entrée : personne âgée de 75 ans et plus, résidant en ville	Porte d'entrée : personne âgée de 75 ans et plus, en hospitalisation
Indicateurs d'efficacité (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation)	
<ul style="list-style-type: none"> - Type et nombre de recommandations formulées sur l'optimisation médicamenteuse (modification, arrêt, introduction de nouvelles classes thérapeutiques, ...) - Nombre de recommandations formulées lors de la mise en œuvre du Plan « PPP/PPCS » suivies par le prescripteur - Taux de personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant de consultations de gériatrie spécialisée associant une évaluation standardisée de bilan des fragilités et une consultation de pharmacie clinique - Nombre des hospitalisations liées ou favorisées par la iatrogénie. Et nombre d'hospitalisations évitées dans le dispositif 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de revues territoriales interdisciplinaires et pluriprofessionnelles de bilans partagés de médication - Type et nombre de recommandations formulées - Taux de suivi des recommandations par le médecin traitant - Mesure du taux de prescriptions inappropriées via les données SNDS - Nombre de réhospitalisations via le SNDS (Système national des données de santé)
Indicateurs de satisfaction et «expérience» des patients (et/ou de leurs aidants)	
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi d'indicateurs de satisfaction par le coordinateur de soins (appel téléphonique) - Évaluation qualitative dans le cadre de thèses d'Exercice
Indicateurs de processus (afin de suivre le déploiement du projet d'expérimentation)	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients inclus dans le dispositif - Nombre de refus de patients - Nombre (et taux par rapport à l'effectif du territoire de professionnels) de médecins, pharmaciens, IDE participant au dispositif - Nombre de plans personnalisés Coordination de Santé réalisés - Nombre de Plans « PPP/PPCS » mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels de santé libéraux (PSL) du territoire participant (par profession)/nombre de refus de PSL - Nombre de forfaits réalisés / facturés ; nombre de patients inclus - Nombre de conciliations médicamenteuses / nombre d'hospitalisations pour chaque service - Nombre d'appels aux professionnels de soins de premier recours par le coordinateur de soins - Nombre d'échanges interprofessionnels entre les acteurs du soin de premier recours (pharmaciens d'officine et médecin traitant, IDEL voire kinésithérapeutes) réalisés dans le cadre du forfait
Indicateurs de moyens (financiers, humains...).	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions organisées d'information des professionnels du territoire et taux de participation - Nombre de réunions de retour d'expérience organisées et taux de participation des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de conciliation médicamenteuse en regard de l'effectif pharmacie - Nombre de Plans « PPP/PPCS » , nombre de bilans partagés de médication - Nombre de réunions de formations et taux de participation des PSL - Nombre d'outils de communication et type

11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge

Modalités d'information des patients

- **Porte d'entrée :** **personne âgée de 75 ans et plus, résidant en**

Le médecin traitant informera le patient présentant les critères d'inclusion dans le projet DECAMEDS via une note d'information écrite et à signer et avant prise de rendez-vous à la consultation spécialisée. Le patient (ou sa personne de confiance /tutelle le cas échéant) pourra ainsi s'opposer à la prise en charge proposée.

- **Porte d'entrée :** **personne âgée de 75 ans et plus, en hospitalisation**

L'information du patient et/ou de son entourage est requise ainsi que sa non opposition à participer sont requises.

Informations à recueillir sur les personnes prises en charge

- **Porte d'entrée :** **personne âgée de 75 ans et plus, résidant en ville**

Concernant le recueil des données spécifiques auprès des patients et ses modalités

Le projet nécessite de recueillir des données spécifiques auprès des patients. Il s'agit de données nécessaires à leur prise en charge. Celles-ci seront recueillies et stockées par le biais d'un outil de recueil informatisé.

Les données seront partagées avec le médecin traitant, le pharmacien d'officine et l'IDEL du patient ainsi qu'éventuellement le psychologue amené à intervenir.

Le recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies à l'initiation de la consultation sera réalisé.

Les données feront l'objet d'une déclaration et leur utilisation sera conforme aux règles en vigueur.

- **Porte d'entrée :** **personne âgée de 75 ans et plus, en hospitalisation**

Concernant le recueil des données spécifiques auprès des patients

Pas de données recueillies en pratique courante. Recueil de données via les appels du coordonnateur de soins pour l'évaluation de satisfaction ou dans le cadre de thèse d'Exercice. Ces données feront l'objet d'une déclaration et leur utilisation sera conforme aux règles en vigueur (les équipes participantes sont habituées à ces démarches et aux mesures de sécurité numérique à prendre).

Concernant les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données recueillies

Une feuille d'information sera systématiquement remise au patient et à son entourage le cas échéant. Cette feuille contiendra les éléments résumant le parcours de soins proposé avec les bénéfices attendus. La remise de la feuille d'information sera tracée. Le patient (ou sa personne de confiance/tutelle le cas échéant) pourra s'opposer à la prise en charge proposée via un bordereau inclus à la feuille d'information, à signer et à remettre au médecin hospitalier.



**PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Secrétariat général pour les affaires régionales

Arrêté préfectoral désignant monsieur Jacques BILLANT, préfet du Pas-de-Calais, pour assurer la suppléance régionale

Le préfet de la région Hauts-de-France
Préfet du Nord

Vu la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 modifiée relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

Vu la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République :

Vu le décret n° 2004.374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements et notamment son article 39 ;

Vu le décret n° 2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration ;

Vu le décret du 30 juin 2021 du Ministère de l'intérieur portant nomination de Monsieur Georges-François LECLERC, en qualité de préfet de la région Hauts-de-France, préfet de la zone de défense et de sécurité du Nord, préfet du Nord ;

Vu le décret du 20 juillet 2022 portant nomination de monsieur Jacques BILLANT en qualité de préfet du Pas-de-Calais ;

Vu la circulaire du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration du 24 juin 2011 relative aux règles applicables en matière de suppléance des fonctions préfectorales ;

Considérant l'absence de monsieur Georges-François LECLERC du vendredi 27 octobre 2023 en soirée au dimanche 29 octobre 2023 en soirée ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La suppléance régionale sera assurée par monsieur Jacques BILLANT, préfet du Pas-de-Calais du vendredi 27 octobre 2023 en soirée au dimanche 29 octobre 2023 en soirée ;

Article 2 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le


Georges-François LECLERC

17 OCT. 2023

Décision du 18 octobre 2023 relative aux règles générales de délégation de la mission régionale d'autorité environnementale Hauts-de-France (MRAe)

La mission régionale d'autorité environnementale (MRAe) Hauts-de-France, réunie en séance collégiale le 18 octobre 2023, en présence de Mmes Foucher et Pons, et de MM. Bacholle, Gratadour et Torterotot,

Vu le code de l'environnement, notamment ses articles L. 122-1, L. 122-1.1, L. 122-4, R. 122-17, R. 122-18, R. 122-6 et R. 122-7 ;

Vu le code de l'urbanisme, notamment ses articles L 104-1, L 104-2, L. 104-6, R 104-1, R. 104-21, R. 104-28, ainsi que ses articles R.104-33 à R.104-38 ;

Vu le décret n°2022-1165 du 20 août 2022 portant création et organisation de l'inspection générale de l'environnement et du développement durable ;

Vu le décret n°2022-1025 du 20 juillet 2022 substituant la dénomination « Inspection générale de l'environnement et du développement durable » à la dénomination « Conseil général de l'environnement et du développement durable » ;

Vu l'arrêté du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires du 30 août 2022 portant organisation et règlement intérieur de l'inspection générale de l'environnement et du développement durable, et notamment son annexe relative au référentiel fixant les principes généraux d'organisation et de fonctionnement des missions régionales d'autorité environnementale ;

Vu l'arrêté de la ministre de la transition écologique du 11 août 2020 portant nomination de membres de missions régionales d'autorité environnementale du Conseil général de l'environnement et du développement durable (MRAe),

Vu l'arrêté du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires du 18 avril 2023 portant désignation d'un président de mission régionale d'autorité environnementale de l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (MRAe) ;

Vu l'arrêté du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires du 2 mai 2023 portant cessation de fonction et nomination de membres de la mission régionale d'autorité environnementale de l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (MRAe) ;

Vu l'arrêté du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires du 19 juillet 2023 portant nomination de membres de missions régionales d'autorité environnementale de l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (MRAe) ;

Décide :

Article 1er :

Tout membre de la MRAe, qu'il soit membre permanent, chargé de mission ou membre associé, est invité à examiner chacun des dossiers soumis à la MRAe et à faire part de ses observations à l'ensemble des autres membres de la MRAe.

Article 2 :

La compétence à statuer en dehors d'une réunion collégiale :

1°) sur les demandes d'examen au cas par cas mentionnées aux articles R. 122-18 du code de l'environnement et R. 104-28 du code de l'urbanisme,

2°) sur les demandes d'examen au cas par cas réalisé par la personne publique responsable pour avis conforme mentionnées à l'article R 104-33 du code de l'urbanisme,

3°) sur les demandes d'avis mentionnées aux articles L 122-1 et L. 122-4 du code de l'environnement et L. 104-6 du code de l'urbanisme,

est déléguée, dans les conditions définies ci-après à l'article 3, à l'ensemble des membres de la MRAe.

Article 3 :

Pour les décisions et avis pris en dehors d'une réunion collégiale, le délégataire est le membre de la MRAe qui aura été désigné « coordonnateur » du dossier par la MRAe réunie en formation collégiale.

Article 4 :

En cas d'absence ou d'empêchement du président, l'intérim de ce dernier sera assuré par, dans l'ordre : Hélène Foucher, Jean-Philippe Torterotot, Anne Pons, Pierre Noualhaguet, étant acté que le passage de l'un à l'autre se fera en cas d'absence ou d'empêchement du précédent.

Article 5 :

La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France et sur le site internet de la MRAe Hauts-de-France.

Certifié conforme à la délibération du 18 octobre 2023.

Fait à Lille, le 18 octobre 2023.

Le président de la MRAe Hauts-de-France



Philippe GRATADOUR