



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2019-376

PUBLIÉ LE 24 DÉCEMBRE 2019

Sommaire

Agence régionale de santé Hauts-de-France

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| R32-2019-12-03-007 - Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-156 modifiant l'arrêté du 30 août 2019 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier de BOULOGNE-SUR-MER (Pas-de-Calais) (3 pages) | Page 4 |
| R32-2019-12-03-006 - Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-159 modifiant l'arrêté du 27 juin 2018 fixant la composition nominative du conseil de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette de CAMIERS (Pas-de-Calais) (3 pages) | Page 8 |
| R32-2019-12-03-008 - Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-160 modifiant l'arrêté du 27 septembre 2019 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier intercommunal de la BAIE DE SOMME (3 pages) | Page 12 |
| R32-2019-12-18-003 - ARRETE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION « EQUIP'ADDICT - DEVELOPPEMENT HARMONISE DU DISPOSITIF DES MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTIONS - HAUTS DE FRANCE » (37 pages) | Page 16 |
| R32-2019-12-12-008 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 096 PORTANT AUTORISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE CORBIE A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Mieux vivre avec mon corps » (4 pages) | Page 54 |
| R32-2019-12-12-009 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 097 PORTANT AUTORISATION AU CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Obésité enfant et adolescent » (4 pages) | Page 59 |
| R32-2019-12-12-011 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 100 PORTANT RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Education thérapeutique du patient adulte obèse » (4 pages) | Page 64 |
| R32-2019-12-12-012 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 103 PORTANT RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Chirurgie de l'obésité » (4 pages) | Page 69 |
| R32-2019-12-12-013 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 104 PORTANT RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Maladie de Parkinson » (4 pages) | Page 74 |
| R32-2019-12-12-010 - DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 107 PORTANT RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT « Programme d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes » (4 pages) | Page 79 |

R32-2019-12-05-005 - Décision n°DST-article 51-2019-03 de financement FIR au titre de l'année 2019 (2 pages)

Page 84

R32-2019-12-05-006 - Décision n°DST-CLS-2019-16 de financement FIR au titre de l'année 2019 (2 pages)

Page 87

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-03-007

Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-156 modifiant l'arrêté du
30 août 2019 fixant la composition nominative du conseil
de surveillance du centre hospitalier de
BOULOGNE-SUR-MER (Pas-de-Calais)

**ARRÊTÉ DOS-SDES-GRHH-2019-156 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 30 AOÛT 2019
FIXANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DU CENTRE HOSPITALIER
DE BOULOGNE-SUR-MER (PAS-DE-CALAIS)**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.6143-5, L.6143-6, et R.6143-1 à R.6143-4 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ;

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° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif aux conseils de surveillance des établissements publics de santé ;

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 n° 2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;

Vu le décret du 17 juillet 2019 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. CHAMPION (Étienne) ;

Vu l'arrêté DOS-CS/035 du Directeur général de l'agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais en date du 15 juin 2010 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer ;

Vu l'arrêté DOS-SDE-GRHH-2019-124 du 30 août 2019 modifiant l'arrêté du 4 août 2017 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (62) ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 09 octobre 2019 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les désignations par les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale, chacun en ce qui les concerne, de leurs représentants ;

Vu les désignations par Monsieur le Préfet du Pas-de-Calais concernant les catégories de personnalités qualifiées relevant de sa compétence ;

Vu les désignations des représentants du personnel ;

Vu l'extrait du procès-verbal de la commission médicale d'établissement du 26 septembre 2019 ;

Considérant la désignation de Monsieur le Docteur Henry POITREY et Monsieur le Docteur Jérôme SICOT en qualité de représentants de la commission médicale d'établissement au sein du conseil de surveillance du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer ;

ARRÊTE

Article 1^{er} :

L'article 1^{er} de l'arrêté du 30 août 2019 fixant la composition du conseil de surveillance du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer est modifié comme suit :

La phrase : « Monsieur le Docteur Stéphane CHOCHOIS et Monsieur le Docteur Jérôme SICOT, représentants de la commission médicale d'établissement » est remplacée par : « Monsieur le Docteur Henry POITREY et Monsieur le Docteur Jérôme SICOT, représentants de la commission médicale d'établissement ».

Article 2 :

A la date du présent arrêté, la composition du conseil de surveillance du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer est celle fixée en annexe 1.

Article 3 :

Un recours contre le présent arrêté peut être formé auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Article 4 :

Le Directeur de l'offre de Soins de l'agence régionale de santé Hauts-de-France et le Directeur du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le - 3 DEC. 2019

Pour le Directeur général et par délégation,
La Sous-Directrice


Magali LONGUÉPÉE

ANNEXE 1 : COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

I - Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative :

1°/ en qualité de représentant des collectivités territoriales

- Monsieur Frédéric CUVILLIER, maire de la commune de Boulogne-sur-Mer, et Madame Evelyne JORDENS représentante de la commune de Boulogne-sur-Mer ;
- Madame Régine SPLINGARD et Monsieur Christian BALY, représentants de la communauté d'agglomération du Boulonnais ;
- Madame Mireille HINGREZ-CEREDA, représentant le président du conseil départemental du Pas-de-Calais.

2°/ en qualité de représentant du personnel

- Monsieur le Docteur Henry POITREY et Monsieur le Docteur Jérôme SICOT, représentants de la commission médicale d'établissement ;
- Monsieur Laurent MAILLARD représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Monsieur Laurent WARGNIER et Monsieur Samuel LANGUE, représentants désignés par les organisations syndicales.

3/ en qualité de personnalité qualifiée

- Monsieur Lionel JOURDON, personnalité qualifiée désignée par le Directeur général de l'agence régionale de santé et une autre personnalité qualifiée en attente de désignation ;
- Monsieur le Docteur Christian VANDEVOORDE, personnalité qualifiée désignée par le Préfet du Pas-de-Calais ;
- Madame Pascale THERET (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques) et Monsieur Serge VANHOUTTE (Union départementale des associations familiales), représentants des usagers désignés par le Préfet du Pas-de-Calais.

II - Sont membres du conseil de surveillance avec voix consultative:

- Le Vice-Président du directoire du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer ;
- Le Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ou son représentant ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer ;
- Le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Opale ou son représentant ;
- Le représentant des familles de personnes hébergées en unité de soins de longue durée ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-03-006

Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-159 modifiant l'arrêté du
27 juin 2018 fixant la composition nominative du conseil
de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette
de CAMIERS (Pas-de-Calais)

**ARRÊTÉ DOS-SDES-GRHH-2019-159 MODIFIANT L'ARRETE DU 27 JUIN 2018
FIXANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
DE L'INSTITUT DEPARTEMENTAL ALBERT CALMETTE DE CAMIERS (PAS-DE-CALAIS)**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.6143-5, L.6143-6, et R.6143-1 à R.6143-4 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ;

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° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif aux conseils de surveillance des établissements publics de santé ;

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 n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;

Vu le décret du 17 juillet 2019 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. CHAMPION (Étienne) ;

Vu l'arrêté DOS-CS/041 du Directeur général de l'agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais du 15 juin 2010 modifié, fixant la composition nominative du conseil de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers ;

Vu l'arrêté DOS-SDES-GRH-2018-40 du 27 juin 2018 modifiant la composition nominative du conseil de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers (Pas-de-Calais) ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 09 octobre 2019 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les désignations par Monsieur le Préfet du Pas-de-Calais concernant les catégories de personnalités qualifiées relevant de sa compétence ;

Vu les désignations par les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale, chacun en ce qui les concerne, de leurs représentants ;

Vu les élections professionnelles du 6 décembre 2018 au comité technique d'établissement de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers ;

Vu les désignations des représentants du personnel ;

Considérant la désignation de Monsieur Jérémie NIVASSE par la confédération générale du travail (renouvellement du mandat) et de Monsieur Ludovic CORNET par la confédération française démocratique du travail, en qualité de représentants des organisations syndicales ;

ARRÊTE

Article 1^{er} :

L'article 1^{er} de l'arrêté du 27 juin 2018 fixant la composition du conseil de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers est modifié comme suit :

La phrase : « Madame Brigitte RIVIERE et Monsieur Jérémie NIVASSE, représentants désignés par les organisations syndicales » est remplacée par : « Monsieur Jérémie NIVASSE et Monsieur Ludovic CORNET, représentants désignés par les organisations syndicales ».

Article 2 :

A la date du présent arrêté, la composition du conseil de surveillance de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers est celle fixée en annexe 1.

Article 3 :

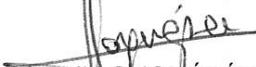
Un recours contre le présent arrêté peut être formé auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Article 4 :

Le Directeur de l'offre de soins de l'agence régionale de santé Hauts-de-France et le Directeur de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le - 3 DEC. 2019

Pour le Directeur général et par délégation,
La Sous-Directrice.


Magali LONGUÉPÉE

ANNEXE 1 : COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

I - Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative :

1°/ en qualité de représentant des collectivités territoriales

- Monsieur Joël DESREMAUX, représentant le maire de la commune de Camiers ;
- Messieurs Gaston CALLEWAERT et Daniel FASQUELLE, représentants de la communauté d'agglomération des 2 Baies en Montreuillois ;
- Madame Geneviève MARGUERITTE représentant le Conseil départemental et Madame Blandine DRAIN, représentant le président du conseil départemental du Pas-de-Calais.

2°/ en qualité de représentant du personnel

- Mademoiselle le Docteur Christelle LEFETZ et Monsieur le Docteur Jean-Pierre HAVET, représentants de la commission médicale d'établissement ;
- Madame Maryse GOUDALLE, représentante de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Monsieur Jérémie NIVESSE et Monsieur Ludovic CORNET, représentants désignés par les organisations syndicales.

3°/ en qualité de personnalité qualifiée

- Monsieur le Docteur Michel LEFEBVRE et Monsieur Jean-Pierre AUMONT, personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Monsieur Jean-Marie KRAJEWSKI, personnalité qualifiée désignée par le Préfet du Pas-de-Calais ;
- Madame Marthe Marie RIVIERE (UNAFAM), représentante des usagers désignée par le Préfet du Pas-de-Calais, et un représentant des usagers en attente de désignation par le Préfet du Pas-de-Calais.

II - Sont membres du conseil de surveillance avec voix consultative :

- Le Vice-Président du directoire de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers ;
- Le Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ou son représentant ;
- Le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Opale ou son représentant ;
- Le représentant des familles de personnes accueillies en unités de soins de longue durée ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-03-008

Arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-160 modifiant l'arrêté du
27 septembre 2019 fixant la composition nominative du
conseil de surveillance du centre hospitalier
intercommunal de la BAIE DE SOMME

**ARRÊTÉ DOS-SDES-GRHH-2019-160 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 27 SEPTEMBRE 2019
FIXANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DU CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL DE LA BAIE DE SOMME**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.6143-5, L.6143-6, et R.6143-1 à R.6143-4 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ;

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° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif aux conseils de surveillance des établissements publics de santé ;

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 n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;

Vu le décret du 17 juillet 2019 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. CHAMPION (Étienne) ;

Vu l'arrêté DH n° 2014-1 en date du 8 janvier 2014 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme ;

Vu l'arrêté DOS-SDES-GRHH-2019-134 du 27 septembre 2019 modifiant l'arrêté du 28 août 2017 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 09 octobre 2019 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les désignations par Monsieur le Préfet du département de la Somme concernant les catégories de personnalités qualifiées relevant de sa compétence ;

Vu les désignations par les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale, chacun en ce qui les concerne, de leurs représentants ;

Vu les désignations des représentants du personnel ;

Vu l'extrait du registre des délibérations de la commission médicale d'établissement du 18 octobre 2019 ;

Considérant la désignation de Madame le Docteur Raïssa ALEPEE en qualité de représentante de la commission médicale d'établissement, en remplacement de Monsieur le Docteur Viorel AVRAM ;

ARRETE

Article 1^{er} :

L'article 1^{er} de l'arrêté du 27 septembre 2019 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme, est modifié comme suit :

La phrase « Monsieur le Docteur Viorel AVRAM et Monsieur le Docteur Jean-Luc VIGNEUX, représentants de la commission médicale d'établissement » est remplacée par « Madame le Docteur Raïssa ALEPEE et Monsieur le Docteur Jean-Luc VIGNEUX, représentants de la commission médicale d'établissement ».

Article 2 :

A la date du présent arrêté, la composition du conseil de surveillance du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme est celle fixée en annexe 1.

Article 3 :

Un recours contre le présent arrêté peut être formé auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication aux recueils des actes administratifs de la région Hauts-de-France.

Article 4 :

Le Directeur de l'offre de Soins de l'agence régionale de santé Hauts-de-France et le Directeur du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le

- 3 DEC. 2019

Pour le Directeur général et par délégation,
La Sous-Directrice


Magali LONGUÉPÉE

ANNEXE 1 : COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

I-Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative

1° en qualité de représentants des collectivités territoriales

- Monsieur Richard RENARD, représentant de la commune de Rue,
- Madame Marie-Paule GRATTENOIX, représentante de la commune de Saint-Valéry-sur-Somme,
- Monsieur Stéphane HAUSSOULIER, représentant de la communauté d'agglomération de la Baie de Somme,
- Monsieur Jean-Marc TRUNET, représentant de la communauté de communes Ponthieu Marquenterre,
- Madame Sabrina HOLLEVILLE-MILHAT, représentante du conseil départemental de la Somme.

2° en qualité de représentants du personnel

- Madame le Docteur Raïssa ALEPEE et Monsieur le Docteur Jean-Luc VIGNEUX, représentants de la commission médicale d'établissement,
- Madame Laëtitia AMOURETTE, représentante de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Madame Gêrilise GUERVILLE-DELABYE et Madame Laurence POULET, représentantes désignées par les organisations syndicales.

3° en qualité de personnalités qualifiées

- Monsieur le Docteur Olivier LELEU et Monsieur Jean-François NOBELS en qualité de personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'Agence régionale de santé,
- Madame Denise INDERBITZIN (Association pour le droit de mourir dans la dignité) et Monsieur Raymond BROSZNIOWSKI (Union départementale des associations familiales), en qualité de représentants des usagers désignés par Monsieur le Préfet de la Somme,
- Monsieur le Docteur Jérôme DEMOUY en qualité de personnalité qualifiée désignée par Monsieur le Préfet de la Somme.

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-18-003

ARRETE PORTANT AUTORISATION DE
L'EXPERIMENTATION

« EQUIP'ADDICT - DEVELOPPEMENT HARMONISE
DU DISPOSITIF DES MICROSTRUCTURES
MEDICALES ADDICTIONS HAUTS DE FRANCE »

ARRETE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION
« EQUIP'ADDICT - DEVELOPPEMENT HARMONISE DU DISPOSITIF DES MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTIONS - HAUTS DE FRANCE »

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 17 juillet 2019 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. CHAMPION (Étienne) ;

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 le cahier des charges « Equip'addict - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions - Hauts de France » ;

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 14 novembre 2019 sur le projet d'expérimentation « Equip'addict - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions - Hauts de France » ;

ARRETE

Article 1 – L'expérimentation « Equip'addict - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions - Hauts de France » est autorisée pour une durée de 3 ans à compter de la première inclusion de patient.

Le cahier des charges définissant le cadre de l'expérimentation est joint en annexe unique du présent arrêté.

Article 2 – L'expérimentation est mise en œuvre sur l'ensemble de la région Hauts-de-France.

Article 3 – L'expérimentation est mise en œuvre par :

-la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) Espace médical du Ponthieu de Crécy en Ponthieu en lien avec le Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'Association le Mail ;

- les Dr Foratier-Arcelin et Acheronti exerçant à Airaines en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Oisemont en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-le Dr Lecouflet exerçant à Conty en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Beauval en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-le Dr Delabre-Nyga exerçant à Loeuilly en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-le Dr Montagnier-Thomas exerçant à Longprè-les-Corps-Saints en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Corbie en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Poix de Picardie en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-les Dr Thomas-Autret et Horde à Ailly sur Noye en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-les Dr Briat-Lagache, Deneux-Lineatte et Quillent à Hangest-en-Santerre en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Quevauvillers en lien avec le CSAPA de l'Association le Mail ;

-la MSP de Bury en lien avec le CSAPA de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) de l'Oise ;

-la MSP de la Neuville Roy en lien avec le CSAPA de l'ANPAA de l'Oise.

Article 4 – La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (agence régionale de santé et assurance maladie).

Article 5 – 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 6 – 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 18 décembre 2019



Étienne Champion

ANNEXE UNIQUE DE L'ARRETE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION
« EQUIP'ADDICT - DEVELOPPEMENT HARMONISE DU DISPOSITIF DES
MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTIONS - HAUTS DE FRANCE » - CAHIER DES
CHARGES

EQUIP'ADDICT

Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions

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

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

1. Contexte et enjeu

a. Les addictions : un enjeu de santé publique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Le système de prise en charge de l'addiction

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

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

Médecine de premier recours

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

La médecine de premier de recours est constituée des cabinets de médecine générale, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ainsi que des Centres de Santé, tels qu'évoqué dans le Plan de Mobilisation

contre les Addictions 2018-2022. La médecine de premier recours constitue un maillon essentiel, elle représente l'une des trois dimensions, avec l'hôpital et le dispositif médicosocial, de l'offre de soins en addictologie. La médecine de premier recours sera nommée dans ce document « équipe de soins primaire » comprenant ainsi tous les modes d'exercice possible d'un médecin généraliste.

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

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

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

Secteur médico-social

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

La circulaire du 28 février 2008 crée les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie² (CSAPA), aujourd'hui au nombre de 380 au niveau national, afin de décloisonner la prise en charge qui était jusque-là organisée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le dispositif médico-social en addictologie comprend également les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), au nombre de 150 au niveau national à ce jour. Selon l'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique, les CAARUD sont des établissements médico-sociaux qui ont pour missions : l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ; le soutien aux usagers dans l'accès aux droits ; le développement d'actions de

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

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

médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. En ce sens, l'objectif de ces derniers est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas engagés dans une démarche de soins.

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

Secteur hospitalier

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

La prise en charge en hospitalisation est particulièrement indiquée pour :

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

La filière hospitalière est constituée de trois niveaux :

- **Niveau 1 - Proximité** (166⁴ établissements au niveau national) : structures de proximité composées d'unités de sevrage simples, de consultations hospitalières en addictologie et d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les ELSA sont des équipes pluridisciplinaires (318⁵ équipes au niveau national) qui ont pour mission de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé. Elles interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui des équipes soignantes. Par ailleurs, elles développent des liens avec les différents acteurs en intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

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

⁴ Données issues du rapport OFDT (2012)

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

- **Niveau 2 – Soins résidentiels complexes et SSR-A** (112⁶ établissements au niveau national) : structures offrant les mêmes services que celles de niveau 1, auxquelles s’ajoutent l’offre de soins résidentiels complexes (unités de sevrage et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A).
Le SSR-A a pour objet de prévenir et de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et doit promouvoir leur réadaptation. La prise en charge vise à consolider l’abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.
- **Niveau 3 - Formation et coordination** (6⁷ établissements au niveau national) : structures assurant les missions des structures de niveau 2 et des missions d’enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale. Coordinné aux soins de ville, au secteur sanitaire et aux acteurs des réseaux de santé en addictologie, le dispositif spécialisé des CSAPA constitue une des pièces maîtresses de la politique publique de santé en addictologie dans ces trois composantes : la prévention, les soins et l’accompagnement (médical, social et psychologique).

Etat des lieux

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

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

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

De par son expérience dans le domaine de l’addiction, le CSAPA met à disposition de la MSMA les compétences psychologiques et sociales dans une structure médicale d’exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé...) ou d’un cabinet médical. L’association des compétences médicales de premier recours et des professionnels du CSAPA comprenant le travailleur social et le psychologue permet à l’usager de bénéficier d’une offre de prise en charge de l’addiction pluriprofessionnelle de qualité. Il est possible, selon la configuration territoriale, que la MSMA fasse appel aux compétences d’un psychologue libéral, qui parfois fait déjà partie de l’équipe de soins

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

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

primaires, sous réserve qu'il soit formé aux addictions. Dans le cas du travailleur social, ce dernier est forcément salarié d'une structure. En ce sens, l'appui du CSAPA de proximité est le plus cohérent. Si l'offre de proximité le nécessite, le travailleur social et/ou le psychologue peut/peuvent être salarié(s) d'un CAARUD.

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

Organisation recherchée

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

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

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

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

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

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

La réaffirmation dans le plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 de la valeur ajoutée des microstructures médicales addictions, dont le développement devient un objectif prioritaire, renforce l'argument de la pertinence d'un travail concerté sur un cahier des charges et un modèle économique

communs : « Ce suivi médico-psychosocial de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles psychiatriques, hépatites...) ».

2. Description du projet et caractère innovant

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

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

Objectif stratégique :

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

Objectifs opérationnels :

- ✓ Faciliter l'accès des patients à une offre de prise en charge pluridisciplinaire et de proximité en soins primaires des addictions ;
- ✓ Développer une offre de soin de l'addiction de proximité en soins primaires ;
- ✓ Améliorer la cohérence et la coordination de la prise en charge des différents acteurs ;
- ✓ Articuler les secteurs de prise en charge des addictions et développer la transversalité intersectorielle pour fluidifier les parcours de prise en charge en addictologie ;
- ✓ Repérer, dépister et traiter les comorbidités, notamment celles liées au VIH et aux hépatites ;
- ✓ Amener les patients à mieux appréhender leurs problèmes d'addiction et les difficultés sociales et psychologiques associées ;
- ✓ Définir et tester un modèle économique unique des microstructures médicales addictions ;
- ✓ Conforter l'évaluation de la pertinence de ce type de prise en charge dans un contexte de changement d'échelle

3. L'organisation proposée

a. Description de la MSMA

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

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

Schéma. Organisation de la MSMA

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

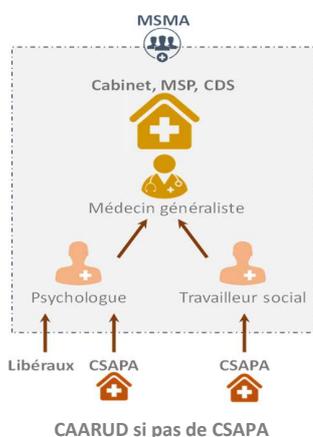
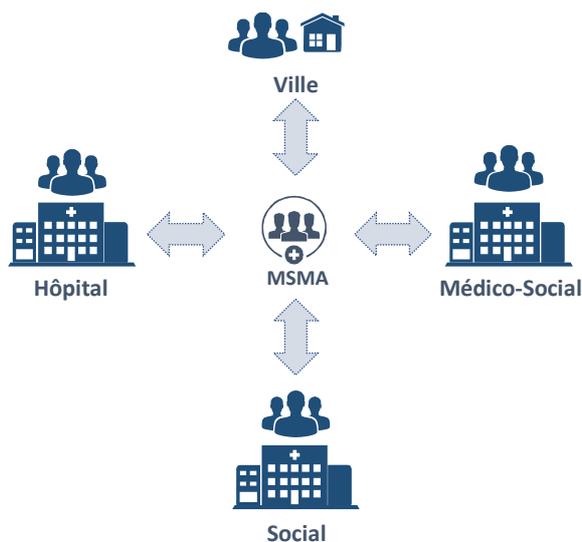


Schéma. Interactions de la MSMA



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

spécialisée en addictologie. Ceci bien entendu sous la condition que le psychologue soit formé en addictologie.

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

c. La composition de l'équipe pluridisciplinaire de la microstructure médicale addiction

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

Le médecin :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Le parcours du patient

Repérage du patient

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

Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes :

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

Début du parcours : évaluation, diagnostic, RCP et PPS

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

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

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

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

Prise en charge au long cours du patient

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

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

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

Articulation avec les autres acteurs de soins

Tout au long de ce parcours, d'autres professionnels ou structures (CSAPA, CAARUD, services d'urgences, services d'hospitalisation classique, pharmaciens pour la délivrance de traitements, psychiatres, hépatologues, autres médecins spécialistes et les sages-femmes...) peuvent être impliqués dans la prise en charge – addictologique ou non - de ce patient. La microstructure médicale addiction

est ainsi chargée de centraliser les informations pertinentes et de coordonner les différents soins prodigués au patient dans le cadre de cette prise en charge addictologique. Dans le cas où le médecin de la MSMA n'est pas le même que le médecin traitant du patient, la MSMA est aussi chargée de le maintenir au fait du déroulement de la prise en charge.

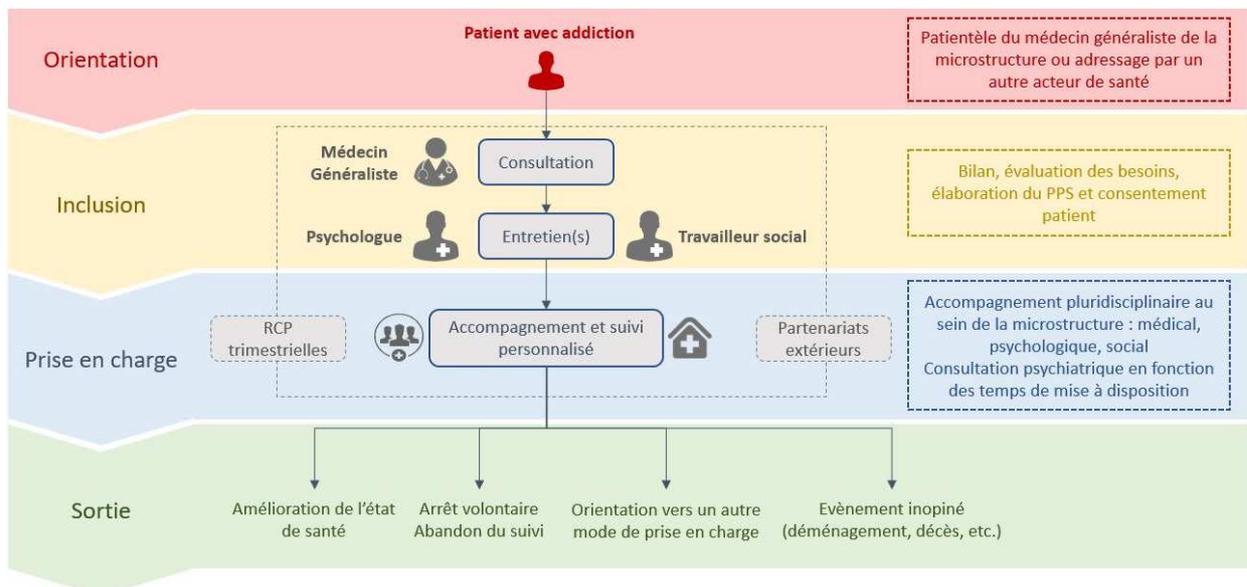
Fin de suivi du patient

Le suivi peut prendre fin pour plusieurs raisons :

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

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

Schéma. Parcours individualisé du patient – Médecine de ville



Les critères d'exclusion sont :

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

e. La nécessaire coordination territoriale

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

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

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

La coordination médicale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués

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

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

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

La centralisation des données

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

Fiche de poste coordonnateur médical

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

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

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

La coordination administrative

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

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

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

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

recherches) est financé par une contribution annuelle de chaque Région participant à l'expérimentation.

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

Fiche de poste coordonnateur administratif

Le coordonnateur administratif du dispositif aura pour mission :

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

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

f. Expérimentation

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

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

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

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

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

- a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?
 - Facilitation de l'accès aux soins des patients présentant une ou plusieurs addictions
 - Meilleure adéquation entre les besoins propres à chaque individu et le parcours thérapeutique
 - Réduction des délais de prise en charge
 - Appui aux difficultés sociales et psychologiques

- Accès à un dépistage et à un suivi des pathologies associées
 - Meilleure compliance au traitement
 - Inclusion de l'entourage pouvant devenir un soutien et un acteur de la démarche thérapeutique
 - Accès simplifié à une équipe pluriprofessionnelle à proximité du lieu de vie
 - Diminution du coût en lien avec les prises en charges psychologique et sociale
- b. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?
- Diminution des « perdus de vue »
 - Cohérence de la prise en charge
 - Décision collégiale pour le PPS et appui aux médecins traitants pour la prise en charge
 - Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique
 - Repérage des complications de la conduite addictive
 - Repérage du manque de compliance
 - Meilleure cohérence entre les différents niveaux de recours
- c. En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?

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

III. Durée de l'expérimentation envisagée

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

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

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

Planning prévisionnel

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

IV. Champ d'application territorial proposé :

Eléments de diagnostic

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l’expérimentation ?

Voir précisions régionales

e. Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Voir précisions régionales

f. Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Voir précisions régionales

Champ d’application territorial

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

Voir précisions régionales

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

| | Entité juridique et/ou statut ; Adresse | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone | Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) |
|--|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Préciser les coopérations existantes |
| Porteur : | ARS | BFC Grand-Est HDF IDF Occitanie | |
| Partenaire(s) du projet d'expérimentation : | FEMASCO Fédération addiction ANPAA | | <i>Participation à l'expérimentation par le partage des coordinations et par une coopération opérationnelle resserrée.</i> |

VI. Catégories d'expérimentations

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

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

| Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)⁹ : | Cocher |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, | NC |

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

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 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 | NC |
| 3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux. | NC |

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

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ? | |
| Limites du financement actuel | <i>Reste à charge des prises en charge psychologiques et sociales en ville et risque d'abandon ou de refus des soins prescrits</i> |
| <u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) : <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>Participation de l'assuré</i> | <i>Remboursement :</i> <i>L.162-1-7</i> <i>L.162-2</i> <i>L.160-8</i> |
| II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ? | |
| Limites des règles d'organisation actuelles | <i>L. 4113-5</i> |
| <u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°): <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> | <i>Définition d'un forfait pluridisciplinaire : partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social. Prise en compte des temps de concertation (RCP) + autres intervenants de type pharmacien, spécialistes...</i> |

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

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

Au regard de l'expérience, la volumétrie est estimée à 42 patients par microstructure médicale addiction. Le projet de montée en charge cible à terme environ 7 000 patients annuels représentant près de 124 microstructures médicales addictions sur l'ensemble des régions concernées.

Les porteurs de projet proposent une montée en charge avec deux temps d'inclusion de nouvelles microstructures médicales addictions, à savoir le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

- Estimation financière du modèle

Voir précisions régionales

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

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

IX. Modalités de financement de l'expérimentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

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

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

profils cliniques différenciés ou des situations. Cette analyse sera de nature à permettre d'affiner le modèle économique et la détermination des forfaits par patient.

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

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

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

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

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

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

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

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

XII. Liens d'intérêts

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

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

Cf. notes de bas de page

EQUIP'ADDICT

Organisation type et modèle économique unique des microstructures médicales addictions pour un développement harmonisé du dispositif au service de la population

HAUTS-DE-FRANCE

SOMMAIRE

1. Politique régionale
2. Territoire d'expérimentation
3. Organisation régionale de l'expérimentation
4. Modalités de mise en œuvre et de fonctionnement



PREAMBULE :

Les microstructures médicales addictions se déploieront conformément au cahier des charges d'expérimentation nationale en innovation en santé. Le présent document définit les spécificités régionales.

On entend par équipe, dans le présent document, l'ensemble des professionnels intervenant au sein de la microstructure médicale addictions, à savoir le médecin généraliste, le travailleur social et le psychologue.

1. POLITIQUE REGIONALE

Force est de constater que notre région présente des indicateurs socio-sanitaires défavorables : un taux de mortalité supérieur de +20% à celui de la France pour le produit tabac et de + 84 % pour la mortalité prématurée liée au produit alcool (source : Diagnostic territorialisé Hauts-de-France – OR2S).

De ce fait, le projet régional de santé 2018-2028, consacre un objectif général sur l'amélioration de l'accès à la prévention et à la prise en charge des conduites à risque et/ou addictives.

Un des objectifs poursuivis est d'améliorer l'accès et le recours aux dispositifs de prise en charge des conduites addictives en garantissant leur efficacité et en favorisant les coopérations » du développement de l'aller vers. Pour ce faire, nous souhaitons renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant des addictions en déployant les dispositifs "hors les murs" dans le secteur médico-social afin d'améliorer le maillage territorial ». Il s'agit de modéliser les interventions au cabinet du médecin généraliste de professionnels tels que psychologue et/ou travailleur social ayant une expérience en addictologie, d'identifier les besoins afin de développer si nécessaire ce type de prise en charge.

2. TERRITOIRE D'EXPERIMENTATION EN HAUTS-DE-FRANCE

SPECIFICITE DU TERRITOIRE

Issus de la fusion du Nord - Pas-de-Calais et de la Picardie, les Hauts-de-France présentent des caractéristiques qui les détachent de l'ensemble des autres régions de la France hexagonale. De plus, la lecture des indicateurs sociodémographiques, de l'état de santé ou encore de l'offre de soins et de services laisse entrevoir une hétérogénéité infrarégionale. Une part importante de la population a une espérance de vie aussi bonne que dans les autres régions, bénéficie d'un accès aux soins parfois meilleur que la moyenne nationale. Une autre partie de la population, plus fragile socialement, qui vit dans des territoires bien identifiés, n'a pas les mêmes chances. La distinction ne se fait pas entre les deux anciennes régions, mais deux fractures majeures co-existent. L'une, entre le monde rural et les zones urbaines, l'autre, globalement entre le Nord-Est et le Sud-Ouest, mais avec quelques exceptions toutefois. La région est ainsi coupée en 2 selon un gradient socio-économique très marqué : plus d'un habitant sur deux vit dans une zone où la situation sociale est classée défavorable ou plutôt défavorable.

MEDECINE DE PREMIER RECOURS :

Les modes d'exercice coordonné en Hauts-de-France sont les suivants :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)
 - 125 MSP en activité
 - 51 projets de MSP en cours d'accompagnement
 - 144 projets de MSP en émergence

- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
 - 11 projets avancés de CPTS (à forme juridique déclarée), dont 3 opérationnelles (projet de santé validé)
 - 21 projets de CPTS en émergence (dynamique identifiée)

SECTEUR MEDICO-SOCIAL

La région Hauts-de-France comprend quarante-trois centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire et onze CSAPA avec hébergement dont sept centres thérapeutiques résidentiels, deux communautés thérapeutiques et deux structures d'hébergement d'urgence et de transition. Parmi les CSAPA en ambulatoire, vingt-sept indiquent disposer d'une consultation jeunes consommateurs et vingt-et-un interviennent en milieu carcéral. Par ailleurs, vingt CSAPA se déclarent «généralistes», douze spécialisés dans l'accueil des patients en difficulté avec l'alcool et huit dans celui des usagers de drogues illicites. Un peu plus de la moitié (54 %) des CSAPA en ambulatoire sont en gestion associative, proportion un peu plus faible qu'au niveau national (61 %). (Source : portrait de territoire des HDF/ OFDT/ juillet 2018)

SECTEUR HOSPITALIER :

La reconnaissance contractuelle des trois niveaux de prise en charge addictologique en établissements de santé fait l'objet de l'ouverture d'une période de dépôt de dossiers, du 16 juillet 2019 au 10 octobre 2019 inclus.

La filière de soins addictologiques hospitalières s'organise en 3 niveaux :

- **Les structures de niveau 1**, de proximité, dont les missions comportent la réalisation de sevrages résidentiels simples, l'activité de liaison des consultations
- **Les structures de niveau 2** qui sont les structures de recours d'un territoire.
 - Les structures de court séjour : Outre les Missions du niveau 1, elles offrent la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service, ou d'une structure interne ou d'un pôle. Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qui ont développé une structure addictologique spécifique.
 - Les soins de suite et de réadaptation sont également des structures de niveau 2. Ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.
- **Les structures de niveau 3** qui sont les structures de recours régional. Elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche de coordination régionale.

ATOUPS DU TERRITOIRE

Le déploiement du dispositif pourra s'appuyer sur l'expérience des opérateurs qui ont développé des microstructures sur le territoire, ainsi que sur l'association GT59-62 qui peut être un appui à la coordination médicale.

En effet, le développement des MSMA en région Hauts-de-France était inscrit dans le document de politique transversale sur les addictions du projet régional de santé de l'ARS de Picardie, à titre expérimental dès 2012, puis financé de façon pérenne. Ce dispositif a d'abord été déployé sur le territoire de la Somme, porté par l'association Le Mail. Il bénéficie d'un financement depuis le deuxième semestre 2017 sur le territoire de l'Oise, porté par l'ANPAA 60.

Dans le département de la Somme, dix dispositifs sont mis en place. Sept sont localisés dans des maisons de santé pluri-professionnelles à Crécy en Ponthieu, Airaines, Oisemont, Poix de Picardie, Quevauvillers, Ailly-sur-Noye, Hangest-en-Santerre, et trois dans des cabinets médicaux à Conty, Beauval et Loeuilly.

Dans le département de l'Oise, deux dispositifs sont mis en place sur la Neuville-Roye et Bury.

Par ailleurs, l'association GT59-62 (généraliste et toxicomanie du Nord et du Pas-de-Calais) coordonne au niveau régional des groupes locaux composés a minima d'un animateur, d'un expert en addictologie, du médecin généraliste et du pharmacien. L'objectif de ces groupes est de mettre en œuvre une intervision (réunion de concertation pluridisciplinaire) pour permettre de répondre aux ruptures de parcours de santé.

3. ORGANISATION REGIONALE DE L'EXPERIMENTATION

ORGANISATION DU DISPOSITIF REGIONAL

L'inclusion du patient est décidée collégialement par le médecin traitant, le psychologue et le travailleur social.

Ces interventions sont soutenues par une coordination territoriale en plusieurs niveaux :

- **Une coordination régionale**, visant au pilotage de l'expérimentation, assurée par l'agence régionale de santé des Hauts-de-France

Un comité de pilotage sera mis en place au niveau régional et se composera des acteurs de l'expérimentation. Il se réunira une fois par an.

Piloté par l'agence régionale de santé dans le cadre du parcours addictions en lien étroit avec les partenaires (FEMAS, ANPAA, fédération addiction, URPS ML, DCGDR), il associe les représentants des microstructures impliquées, ainsi que la coordination nationale des microstructures addictions le cas échéant.

Sa mission consiste à réaliser le suivi du déploiement des Equip'Addict dans la région, de s'assurer de leur bon fonctionnement.

La présidente de la coordination nationale des réseaux de microstructure sera conviée à ces comités de pilotages régionaux.

- **Une coordination médicale**

La coordination médicale, assure la promotion du dispositif au niveau de son territoire. Elle est une ressource pour faciliter le parcours de soins et la recherche d'expertise. La coordination médicale peut créer une intervision lorsque la situation l'exige et qu'elle nécessite une concertation plus large et plus chronophage (ex : nomadisme, incohérence du parcours de prise en charge, rupture de continuité des soins...). Dans ce cas, elle peut être accompagnée par GT 59-62.

Une articulation sera recherchée entre la microstructure et les groupes locaux d'Intervision préexistants.

Par ailleurs, elle est chargée d'harmoniser les pratiques par la formation des professionnels impliqués ; A ce titre, elle identifie les besoins de formations des équipes.

Enfin, elle centralise les données, en s'assurant du recueil des données médicales nécessaires à l'évaluation du dispositif.

Elle est mise en place au niveau départemental ou infra départemental par rattachement au CSAPA partenaire du dispositif.

- **Une coordination administrative.**

La coordination administrative a pour mission principale la gestion des ressources humaines ainsi que la planification, la gestion de la facturation, la ventilation des forfaits.

Elle s'assure de la rédaction d'un rapport d'activité annuel du dispositif en région

Elle est en lien régulier avec les coordinations médicale et nationale en vue notamment de faciliter le recueil de données.

Elle est rattachée au CSAPA partenaire du dispositif sur le territoire de déploiement.

- **L'harmonisation des pratiques** par la formation des professionnels impliqués sera organisée

- **L'amélioration de l'accès au dépistage non invasif de la fibrose hépatique :**

La technique du fibroscan permet, par la réalisation d'un examen non invasif, non douloureux et rapide, d'encourager les usagers à risques, souvent éloignés du soin, au dépistage de la fibrose hépatique et d'accéder aux soins.

L'agence régionale de santé soutient la mise en place d'un fibroscan mobile en faveur des usagers des CSAPA et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARRUD) depuis 2015. La mise en place de la démarche initiée sur les anciens territoires de santé du Hainaut-Cambrésis et le Littoral s'est appuyée sur des conventions associant une structure coordonnatrice par territoire, des établissements médico-sociaux (sensibilisation, dépistage -fibrose du foie + maladies virales (VIH, VHB, VHC), accompagnement) et un service hospitalier (remise des résultats, mise en place des traitements et suivi).

La structure porteuse est ainsi chargée de l'organisation du dispositif : gestion et prêt du matériel entre les signataires de la convention de manière à ce que chacun bénéficie de l'équipement au moins deux fois quinze jours par an, bilan de l'activité. Les centres hospitaliers ainsi que les unités sanitaires peuvent bénéficier du dispositif.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028, l'agence régionale de santé souhaite étendre ce dispositif à l'ensemble des Hauts-de-France.

Ainsi, le médecin de la MSMA pourra orienter son patient vers l'établissement médico-social pour la réalisation du dépistage. Les modalités pratiques restent à définir.

CIRCUIT DE FACTURATION

Les forfaits sont versés à l'inclusion du patient. Selon les modalités retenues par la Caisse Nationale d'assurance maladie (CNAM) le versement se fera en deux fois. La mise à disposition de personnels de la part des CSAPA nécessite de poser pour règle que tout forfait débuté est dû. En ce sens, le circuit de contrôle des interventions des professionnels est essentiel et s'organisera avec la coordination médicale et par le biais du système d'information de la coordination nationale.

Les financements seront versés directement au médecin pour sa part de coordination soit 11€ par forfait. Il sera donc privilégié un circuit direct par le biais de la plateforme CNAM.

Le reste du forfait sera redistribué aux différents intervenants par la coordination administrative. Le circuit de facturation sera défini de manière plus précise avec la CNAM après validation du présent cahier des charges et une fois les MSMA retenues identifiées.

LE CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL

Les Equip'addict ont vocation à se déployer sur l'ensemble des départements de la région. En 2020, les territoires concernés seront ceux où une offre de microstructures existe déjà, ou ceux pour lesquels un projet est prêt à démarrer :

- Le territoire de la MSP de Crécy-en Ponthieu (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP d'Airaines (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP d'Oisemont (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire du de Poix de Picardie (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP de Quevauvillers (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP d'Ailly-sur-Noye (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP de Hangest-en-Santerre (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire du cabinet médical de Conty (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire du cabinet médical de Beauval (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire du cabinet médical de Loeuilly (département de la Somme) en lien avec le CSAPA le Mail
- Le territoire de la MSP de La Neuville Roye (département de l'Oise) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA de l'Oise
- Le territoire de la MSP de Bury (département de l'Oise) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA de l'Oise
- Le territoire de la MSP de Guiscard (département de l'Oise) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA de l'Oise

Par ailleurs, des négociations sont en cours avec trois MSP de la CPTS Flandre-Lys, ainsi qu'avec quatre nouvelles MSP.

Ce choix permettra de disposer à l'échéance des trois ans d'expérimentation, d'une évaluation triennale sans période de montée en charge.

Dès 2021, le déploiement se poursuivra dans les structures d'exercice coordonnées (MSP ou CPTS) avec une attention particulière aux territoires prioritaires du bassin minier du Nord et du Pas-de-Calais et en Sambre-Avesnois-Thiérache. Un travail avec les pôles de proximité de la direction de l'offre de soins et avec le service personnes en difficultés spécifiques, direction de la prévention promotion de la santé, est en cours pour mobiliser les équipes médicales sur ces territoires prioritaires. Les coordinations médicales auront également pour mission de repérer et « démarcher » sur leur territoire les équipes intéressées.

4. DIMENSIONNEMENT REGIONAL DE L'EXPERIMENTATION

VOLUMETRIE PATIENTELE ET ESTIMATION FINANCIERE :

1 Dépenses éligibles au titre du FISS

Sur la durée d'expérimentation de 3 ans: 1 424 068 euros

| | 2020 | | | 2021 | | | 2022 | | | Totaux | |
|----------------------------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-------------|----------------|
| | MSMA | Patients | Coût | MSMA | Patients | Coût | MSMA | Patients | Coût | Patients | Coûts |
| Total coût en euros/ FISS | 20 | 360 | 190440 | 40 | 950 | 502550 | 40 | 1382 | 731078 | 2692 | 1424068 |

2 Dépenses éligibles au titre du FIR

| Nature des dépenses | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Contribution mutualisée avec les autres régions aux prestations fournies par la CNRMS | | | | | |
| Recueil et préparation des données Mission de recueil de données, constitution de base, suivi de l'exhaustivité, transmission des données à l'évaluateur, formation des utilisateurs à l'utilisation de la base, dossier CNIL RGPD 0,5 ETP * 60 000 € par an/5 régions | 1 500 | 6 000 | 6 000 | 6 000 | 19500 |
| Maintenance du SI 1000 € par an/5 régions | | 200 | 200 | 200 | 600 |
| Hébergement des données sur serveur dédié sécurisé 3600 € par an/5 régions | | 720 | 720 | 720 | 2160 |
| Participation au COPIL régional 2 déplacements annuels (500 € par déplacement) pour participation au COPIL | | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 3000 |
| Participation au COPIL National 2 déplacements annuels (500 € par déplacement) pour participation au COPIL /5 régions | | 200 | 200 | 200 | 600 |
| Frais de structure CNRMS | 500 | 500 | 500 | 500 | 2000 |
| Total prestations CNRMS | 2000 | 8 620 | 8 620 | 8 620 | 27860 |
| Autres dépenses - Amorçage | | | | | total |
| Démarchage 3 jours d'accompagnement (350 € par jour (75 000 € chargé/220 jour)) par nouvelle MSP ou CPTS par le médecin coordonateur du projet 7 nouvelles MS en 2020 20 nouvelles MS en 2021 | 7350 | 21000 | | | 28350 |

PAGE 7

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|---------------|
| | | | | | |
| Crédits d'amorçage : Permanences initiales psychologue et travailleur social sur 6 mois 3 heures par semaine rémunérées à hauteur de (31 € +45 €)*3h*24 semaines soit 5472 euros arrondis à 6000 € en incluant une contribution forfaitaire aux frais de déplacement, pour les nouvelles équipes 7 MS en 2020 20 MS en 2021 | | 42 000 | 120 000 | | 162000 |
| Formation Financement du coût pédagogique de modules de sensibilisation (2 soirées pour les 3 professionnels de santé) hors DPC Coût de la session de formation : 1400 € + participation coordination médicale (4 heures * 50) 10 sessions en 2020 + 20 sessions en 2021 | | 16000 | 32000 | | 48000 |
| Total autres dépenses | 7350 | 79000 | 152000 | | 238350 |
| Total dépenses FIR | 9350 | 87620 | 160620 | 8620 | 266210 |

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-008

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 096 PORTANT
AUTORISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE
CORBIE A DISPENSER LE PROGRAMME
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT «
Mieux vivre avec mon corps »

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 096

PORTANT AUTORISATION DU
CH Corbie
A DISPENSER LE PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
« Mieux vivre avec mon corps »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du **9 Octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'ARS ;

Vu la demande du CH Corbie en date du **28/11/2018** sollicitant l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Mieux vivre avec mon corps** » ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **20/12/2018** accusant réception de la demande d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique ;
- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;

- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : Le CH Corbie est autorisé à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Mieux vivre avec mon corps** », coordonné par la **Dr Myriam BRIDIER – Médecin généraliste et nutritionniste**.

Au vu de cette première demande, des **recommandations** en regard du projet régional de santé 2018-2023 sont émises :

- Dans la mesure où le dossier de demande d'autorisation ne revêt pas la signature d'une association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme, il est recommandé de **rechercher la participation d'une association de patients à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme**.
- **Au niveau de la coordination avec le médecin traitant**, une réflexion plus large devra être engagée sur l'intégration du programme dans le parcours de soins du patient, avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient, en particulier les acteurs de de premier recours. Il est rappelé que le médecin traitant, en tant que coordonnateur du parcours de soins, a pour rôle d'assurer le suivi de la pathologie et des troubles associés et la reprise éducative du patient tout au long de son parcours de soins. Il est donc recommandé de **renforcer l'implication du médecin traitant dans la promotion du programme et la reprise post-éducative des patients**.
- **Au niveau du dossier d'éducation thérapeutique**, il serait nécessaire de **permettre au parent de l'enfant et adolescent d'avoir accès à une version simple et compréhensive de son dossier ETP**. Cela permettrait de rendre le patient, acteur de son parcours de santé.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- *La fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés » ci-jointe présente des repères pour votre pratique.*

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : L'autorisation de ce programme est accordée pour une durée de **4 ans à compter de la date de notification de la présente décision**.

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-7 du code de la santé publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme n'est plus mis en œuvre pendant 6 mois consécutifs.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-5 du code de la santé publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au l dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable**.

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 6 : Conformément à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 7 : La présente décision 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 8 : La Directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé


Sylviane STRYNCKX

Réf : 2018/024/01

Mr Thierry PLANTARD
CH Corbie
33 rue Gambetta

80800 CORBIE

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-009

**DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 097 PORTANT
AUTORISATION AU CENTRE HOSPITALIER DE
BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE
PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU
PATIENT « Obésité enfant et adolescent »**

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 097

PORTANT AUTORISATION DU
CH Boulogne / Mer
A DISPENSER LE PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
« Obésité enfant et adolescent »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du **9 octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'ARS ;

Vu les décisions **2010/197/02/R1** et **2011/042/02/R1**, des programmes respectifs « **Obésité enfant** » et « **Obésité adulte** » caduques ;

Vu la demande du CH Boulogne / Mer en date du **14/12/2018** sollicitant l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Obésité enfant et adolescent** » ; venant en substitution des deux programmes mentionnés précédemment ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **10/01/2019** accusant réception de la demande d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique ;

- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : Le CH Boulogne / Mer est autorisé à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Obésité enfant et adolescent** », coordonné par **Mme. Virginie DELEGLISE - Diététicienne**, sous réserve de délivrer – dans un délai de 3 mois – l'élément suivant :

Un travail complémentaire sur l'auto évaluation annuelle et l'évaluation quadriennale. Celles-ci sont principalement **axées sur l'activité, au détriment du processus et des résultats**. L'évaluation doit être certes quantitative mais également qualitative. Ainsi, ne sont pas évalués : les contenus pédagogiques en lien avec les objectifs spécifiques cités dans le programme, la composition et les compétences de l'équipe, la coordination interne et externe, les modalités de partage d'information ... L'évaluation des effets du programme ne peut reposer sur les résultats des seuls questionnaires de satisfaction, d'échelle de qualité de vie et de connaissances. Il est attendu d'évaluer les changements de comportement en particulier.

Par ailleurs, au vu de cette demande, **des recommandations** en regard du schéma régional de santé 2018-2023, mais aussi de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité » 2019, sont émises :

- Dans la mesure où le dossier de demande d'autorisation ne revêt pas la signature d'une association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme, il est recommandé de **rechercher la participation d'une association de patients à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme**.
- **Au regard de l'écriture du programme ETP**, il serait intéressant de :
 - Renforcer et personnaliser l'accompagnement du parent et de l'enfant/adolescent au début du programme afin de favoriser l'adhésion et de limiter l'absentéisme ;
 - Poursuivre le développement de la file active des patients favorisant l'inclusion des enfants/adolescents en situation de vulnérabilité.
- **Au niveau de la coordination avec les partenaires extérieurs** (médecin traitant, mission retrouve ton cap, Centre Spécialisé Obésité), celle-ci n'est pas décrite.
 - L'orientation par l'équipe du CH de Boulogne vers des structures doit être mise en place et ensuite **donner lieu à des échanges entre les équipes en associant le médecin traitant** afin de déterminer la prise en charge à poursuivre la plus adéquate : éducation thérapeutique de renforcement, préparation à la chirurgie bariatrique, accompagnement diététique ou psychologique, orientation vers des structures d'activité physique adaptée.
 - Les modalités de coordination du programme ETP au sein du GHT Côte d'Opale et avec des structures de soins primaires telles que les Maisons de Santé Pluridisciplinaire doivent être développées afin de **renforcer le maillage territorial de l'ETP**. En effet, la Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Outreau propose un programme ETP Obésité Enfant, « Moi, mon corps et mes envies », il serait donc intéressant **d'articuler ces programmes ETP de 1^{er} et 2nd recours**.
- **Au niveau du dossier d'éducation thérapeutique**, il serait nécessaire de **permettre au patient d'avoir accès à une version simple et compréhensive de son dossier ETP**. Cela permettrait de rendre le patient, acteur de son parcours de santé.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- La fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés » ci-jointe présente des repères pour votre pratique.

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : L'autorisation de ce programme est accordée pour une durée de **4 ans à compter du 10/03/2019.**

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-7 du code de la santé publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme n'est plus mis en œuvre pendant 6 mois consécutifs.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-5 du code de la santé publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au I dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable.**

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 6 : Conformément à l'article R. 1161-4 du code de la santé publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 7 : La présente décision 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 8 : La Directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé



Sylviane STRYNCKX

Réf : 2018/027/01

Monsieur Yves MARLIER
CH Boulogne / Mer
Allée Jacques Monod
BP 609
62321 BOULOGNE SUR MER
CEDEX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-011

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 100 PORTANT
RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE
CALAIS A DISPENSER LE PROGRAMME
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT «
Education thérapeutique du patient adulte obèse »

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 100

PORTANT RENOUELEMENT D'AUTORISATION DU
CH Calais
A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT
« Education thérapeutique du patient adulte obèse »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS Hauts-de-France du **9 Octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS en date du 19/03/2015 autorisant **CH Calais** à dispenser le programme intitulé « **Education thérapeutique du patient adulte obèse** » ;

Vu la demande de **CH Calais** en date du **06/11/2018** sollicitant le renouvellement de l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Education thérapeutique du patient adulte obèse** » ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **18/12/2018** accusant réception de la demande de renouvellement d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du Code de la Santé Publique ;
- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du Code de la Santé Publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'autorisation du programme d'ETP intitulé « **Education thérapeutique du patient adulte obèse** » mis en œuvre par **CH Calais** et coordonné par le **cadre de santé Jean-Philippe HANQUEZ** est **renouvelée pour une durée de 4 ans à compter du 19/03/2019**.

Au vu de ce renouvellement, des **recommandations** en regard du schéma régional de santé 2018-2023 et de la feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019 sont émises :

- Dans la mesure où le dossier de demande d'autorisation ne revêt pas la signature d'une association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme, l'équipe est invitée à **poursuivre la démarche d'intégration des proches des patients dans la prise en charge éducative**. En effet, conformément aux objectifs du Schéma Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2023, les structures porteuses de programmes d'ETP sont encouragées à **accroître la place des patients intervenants dans les équipes des programmes d'ETP, à toutes ses étapes : conception, mise en œuvre, suivi et évaluation**.
- **Aux modalités de coordination**, celles-ci sont actuellement insuffisantes et doivent être renforcées.
 - Il est nécessaire de **renforcer la communication du programme ETP aux professionnels de santé libéraux** tels que les médecins traitants, les pharmaciens d'officine pour qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes avec une obésité sévère en rupture de parcours.
 - De plus, en tant que coordonnateur du parcours de soins du patient, le médecin traitant a pour rôle d'assurer le suivi de la pathologie et des troubles associés et la reprise éducative du patient tout au long de son parcours de soins. Il bénéficie d'une connaissance du patient sur le plan psychologique et environnementale. A ce titre, il doit être associé à toutes les étapes de la prise en charge éducative. Il est donc recommandé de **renforcer l'implication du médecin traitant dans la promotion du programme et la reprise post-éducative des patients**.
 - La coordination avec la ville (1^{er} recours) et les réseaux, structures intermédiaires (2nd recours) comme citée dans le rapport d'évaluation quadriennale n'est pas assez explicite. Il est recommandé de **développer les modalités de coordination existantes du programme avec l'offre territoriale mais aussi régionale**.
- Des recommandations dans le domaine de **la vie affective et sexuelle et des addictions** (notamment au tabac) devront faire l'objet de compétences spécifiques travaillées au sein du programme, soit lors d'ateliers dédiés à ces thématiques, soit au décours des ateliers existants.
- Enfin, il est attendu **l'attestation à la formation à la dispensation des programmes ETP** du **Dr Nathalie ARNAUD – praticien hospitalier**.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- *La fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés » ci-jointe présente des repères pour votre pratique.*

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : Conformément à l'article R. 1161-7 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant 6 mois consécutifs.

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-5 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au l dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du Code de la Santé Publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable.**

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-4 du Code de la Santé Publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 6 : 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 7 : La directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé



Sylviane STRYNCKX

Réf : 2014/030/01/R1

Madame Caroline HENNION
CH Calais
1601 Boulevard des Justes
BP 339
62107 CALAIS CEDEX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-012

**DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 103 PORTANT
RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE
BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE
PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU
PATIENT « Chirurgie de l'obésité »**

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 103

PORTANT RENOUELEMENT D'AUTORISATION DU
CH Boulogne / Mer
A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT
« Chirurgie de l'obésité »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS Hauts-de-France du **9 Octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS en date du 29/09/2015 autorisant le **CH Boulogne / Mer** à dispenser le programme intitulé « **Chirurgie de l'obésité** » ;

Vu la demande du **CH Boulogne / Mer** en date du **29/05/2019** sollicitant le renouvellement de l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Chirurgie de l'obésité** » ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **26/06/2019** accusant réception de la demande de renouvellement d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du Code de la Santé Publique ;
- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du Code de la Santé Publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'autorisation du programme d'ETP intitulé « **Chirurgie de l'obésité** » mis en œuvre par le **CH Boulogne / Mer** et coordonné par le **Dr Julien COUSTER - médecin nutritionniste** est renouvelée pour une durée de 4 ans à compter du 29/09/2019.

Au vu de ce renouvellement, des **recommandations** en regard du schéma régional de santé 2018-2023 et de la feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019 sont émises :

- Dans la mesure où le dossier de demande d'autorisation ne revêt pas la signature d'une association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme, l'équipe est invitée à **poursuivre la démarche d'intégration des proches des patients dans la prise en charge éducative**, et à **développer le partenariat initié avec le CNAO** (Collectif National des Associations d'Obèses) Paris. En effet, conformément aux objectifs du Schéma Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2023, les structures porteuses de programmes d'ETP sont encouragées à **accroître la place des patients intervenants dans les équipes des programmes d'ETP, à toutes ses étapes : conception, mise en œuvre, suivi et évaluation.**
- **Aux modalités de coordination**, celles-ci doivent être renforcées.
 - Il est nécessaire de **développer la communication du programme ETP aux professionnels de santé libéraux** tels que les médecins traitants, les pharmaciens d'officine pour qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes avec une obésité sévère en rupture de parcours.
 - De plus, en tant que coordonnateur du parcours de soins du patient, le médecin traitant a pour rôle d'assurer le suivi de la pathologie et des troubles associés et la reprise éducative du patient tout au long de son parcours de soins. Il bénéficie d'une connaissance du patient sur le plan psychologique et environnementale. A ce titre, il doit être associé à toutes les étapes de la prise en charge éducative. Il est donc recommandé de **renforcer l'implication du médecin traitant dans la promotion du programme et la reprise post-éducative des patients**.
 - La coordination dans le cadre du Centre Spécialisé de l'Obésité comme citée dans le rapport d'évaluation quadriennale n'est pas assez explicite. Il est recommandé de **développer les modalités de coordination existantes du programme avec l'offre territoriale et régionale**.
- Enfin, des recommandations dans le domaine de **la vie affective et sexuelle et des addictions** (notamment au tabac) devront faire l'objet de compétences spécifiques travaillées au sein du programme, soit lors d'ateliers dédiés à ces thématiques, soit au décours des ateliers existants.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- *La fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés » ci-jointe présente des repères pour votre pratique.*

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : Conformément à l'article R. 1161-7 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant 6 mois consécutifs.

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-5 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au l dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du Code de la Santé Publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable.**

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-4 du Code de la Santé Publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 6 : 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 7 : La directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé



Sylviane STRYNCKX

Réf : 2014/035/01/R1

Monsieur Yves MARLIER
CH Boulogne / Mer
Allée Jacques Monod
BP 609
62321 BOULOGNE SUR MER
CEDEX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-013

**DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 104 PORTANT
RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE
BOULOGNE SUR MER A DISPENSER LE
PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU
PATIENT « Maladie de Parkinson »**

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 104
PORTANT RENOUELEMENT D'AUTORISATION DU
CH Boulogne / Mer
A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT
« Maladie de Parkinson »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS Hauts-de-France du **9 Octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS en date du 30/11/2015 autorisant **CH Boulogne / Mer** à dispenser le programme intitulé « **Maladie de Parkinson** » ;

Vu la demande de **CH Boulogne / Mer** en date du **12/07/2019** sollicitant le renouvellement de l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Maladie de Parkinson** » ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **12/08/2019** accusant réception de la demande de renouvellement d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du Code de la Santé Publique ;
- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du Code de la Santé Publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'autorisation du programme d'ETP intitulé « **Maladie de Parkinson** » mis en œuvre par **CH Boulogne / Mer** et coordonné par l'infirmière **Béatrice REGNIER** est **renouvelée pour une durée de 4 ans à compter du 30/11/2019**.

Au vu de ce renouvellement, des **recommandations** en regard du schéma régional de santé 2018-2023 sont émises :

- Dans la mesure où le dossier de demande de renouvellement ne revêt pas la signature d'une association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme, **il est recommandé de rechercher la participation d'une association de patients à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme, intégrer des associations de patients telle que France Parkinson et au long terme, former des experts-formateurs parmi les patients et les aidants.**
- Au regard de **l'écriture du programme ETP**,
 - **Le programme ETP englobe une population cible dont la tranche d'âge est comprise entre 40 ans et 65 ans et une population dont l'âge est supérieure à 65 ans. Il serait intéressant de développer des séances éducatifs concernant cette population jeune (entre 40 ans et 60 ans) conciliant pour certains leur travail et leur maladie et donc mettre en avant cette dimension psycho-social avec des thématiques telles que la relation de couples, la maladie face au monde du travail, la sexualité, les aides financières, etc...**
- Au niveau des **modalités de coordination**,
 - **Il est nécessaire de renforcer la communication du programme "Maladie de Parkinson" visant les médecins neurologues et des médecins traitants (principaux professionnels adresseurs) ; mais aussi avec les structures sociales et médico-sociales** telles que la Maison de l'Autonomie de Boulogne sur mer, de Saint-Omer, de Calais ou encore de Montreuil sur Mer ;
 - **Il est recommandé de coordonner le programme ETP avec les autres établissements du GHT Côte d'Opale** favorisant ainsi le maillage territorial de l'ETP, mais aussi de **communiquer lors de journées dédiées (échanges de pratiques) avec les différents programmes ETP Maladie Parkinson** présents dans la région des Hauts de France.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- *La fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés » ci-jointe présente des repères pour votre pratique.*

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : Conformément à l'article R. 1161-7 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant 6 mois consécutifs.

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-5 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au l dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du Code de la Santé Publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable**.

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-4 du Code de la Santé Publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 6 : 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 7 : La directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé



Sylviane STRYNCKX

Réf : 2015/020/02/R1

Monsieur Yves MARLIER
CH Boulogne / Mer
Allée Jacques Monod
BP 609
62321 BOULOGNE SUR MER
CEDEX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-12-010

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 107 PORTANT
RENOUVELLEMENT AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE LILLE A DISPENSER LE
PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU
PATIENT « Programme d'éducation thérapeutique de
personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit
constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie
qualitative de plaquettes »

DECISION N° DPPS – ETP – 2019 / 107

PORTANT RENOUELEMENT D'AUTORISATION DU
CHU de Lille

A DISPENSER LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT
« Programme d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes »

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

Vu le Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L. 1161-1 à L.1161-6, L. 1162-1, D. 1161-1 ; R. 1161-2, R.1161-3 à R.1161-7 ;

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 17 juillet 2019 portant nomination du Directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France - M. Étienne CHAMPION ;

Vu l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'ARS du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018 – 2028 ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS Hauts-de-France du **9 Octobre 2019** portant délégations de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS en date du **28/03/2011** autorisant le **CHU de Lille** à dispenser le programme intitulé « **Programme d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes** » ;

Vu la décision du Directeur général de l'ARS en date du **22/03/2018** renouvelant l'autorisation du **CHU de Lille** à dispenser le programme intitulé « **Programme d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes** » à compter du **28/03/2015** ;

Vu la demande du **CHU de Lille** en date du **14/01/2019** sollicitant le deuxième renouvellement de l'autorisation à dispenser le programme d'éducation thérapeutique du patient intitulé « **Programme**

d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes » ;

Vu le courrier du Directeur général de l'ARS du **13/02/2019** accusant réception de la demande de deuxième renouvellement d'autorisation et du caractère complet du dossier ;

Considérant que ledit programme d'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du Code de la Santé Publique ;
- ✓ respecte les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du Code de la Santé Publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique quant à sa coordination ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'autorisation du programme d'ETP intitulé « **Programme d'éducation thérapeutique de personnes atteintes d'hémophilie, d'un déficit constitutionnel en facteur de coagulation ou anomalie qualitative de plaquettes** » mis en œuvre par le **CHU de Lille** et coordonné par la **Dr Bénédicte WIBAUT - praticien hospitalier** est renouvelée pour une durée de **4 ans à compter du 28/03/2019**.

Au vu de ce renouvellement, des **recommandations** en regard du schéma régional de santé 2018-2023 sont émises :

- **Au niveau de la pluridisciplinarité de l'équipe ETP,**
 - Ce programme propose une prise en charge pluridisciplinaire globale conforme aux recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé, permettant de travailler les compétences d'auto-soins et d'adaptation nécessaires. Toutefois, **une approche psychologique est recommandée pour faciliter et améliorer la qualité de vie du patient face à sa pathologie**. Une prise en charge psychologique intégrée de manière continue à la prise en charge globale du patient depuis le dispositif d'annonce jusqu'à l'accompagnement continu au fil du suivi de l'enfance à l'adolescence est donc essentielle. Il serait donc important **d'inscrire dans l'équipe les compétences d'un psychologue et/ou pédopsychiatre formé à la dispensation d'un programme ETP.**
- Une réflexion plus large devra être engagée sur **l'intégration du programme dans le parcours de soins du patient, et la coordination du programme avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient,** en particulier les acteurs de premier recours, notamment le médecin traitant avec son intervention dans la mise en place du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) établie par le médecin du CRC-MHC dans l'enfance ; mais également avec les structures médico-sociales telle que la MDPH et les structures périscolaires. De plus, il est rappelé que le médecin traitant, en tant que coordonnateur du parcours de soins, a pour rôle d'assurer le suivi de la pathologie et des troubles associés et la reprise éducative du patient tout au long de son parcours de soins. La simple transmission d'informations (synthèse du diagnostic éducatif, programme personnalisé et évaluation des compétences acquises) ne permet pas d'assurer une coordination suffisante avec le médecin traitant. A ce titre, il est recommandé de **renforcer l'implication du médecin traitant dans la promotion du programme et la reprise post-éducative des patients**. Les évaluations annuelles et quadriennales du programme devront intégrer des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre pour améliorer cette coordination avec le médecin traitant.

Les évolutions du contenu du programme menées au regard de ces recommandations devront être tracées dans le rapport d'activité annuel du programme.

Recommandations relatives à la promotion de la vaccination auprès des personnes porteuses de pathologies chroniques et, plus particulièrement, les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

- La Haute Autorité de Santé recommande fortement la vaccination pour les personnes porteuses de maladies chroniques, et plus particulièrement pour les personnes immunodéprimées.
- Les échanges privilégiés entre l'équipe soignante et le patient à l'occasion d'un programme d'éducation thérapeutique sont l'occasion d'aborder les bienfaits de la vaccination pour le patient et son entourage et d'inviter les patients à solliciter leur médecin traitant pour la mise à jour de leurs vaccinations.
- Les courriers de liaison avec le médecin traitant seront l'occasion de lui préciser que son patient a été sensibilisé aux questions vaccinales et le sollicitera pour la mise à jour de ses vaccinations.
- La promotion de la vaccination antigrippale sera renforcée lors de la campagne hivernale (d'octobre à janvier).
- La *fiche de Santé Publique France « Vaccination chez les adultes immunodéprimés »* ci-jointe présente des repères pour votre pratique.

La présente autorisation ne vaut toutefois pas accord de financement.

Article 2 : Conformément à l'article R. 1161-7 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée devient caduque si le programme n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois qui suivent sa délivrance ou si le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant 6 mois consécutifs.

Article 3 : Conformément à l'article R. 1161-5 du Code de la Santé Publique, l'autorisation délivrée peut être retirée par le Directeur général de l'ARS si le programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au l dudit article ou pour des motifs de santé publique.

Article 4 : Conformément à l'article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, **toutes modifications** portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 du Code de la Santé Publique, sur les objectifs du programme ou sur la source de financement du programme sont **subordonnées à une autorisation préalable**.

Les autres modifications des éléments de l'autorisation devront faire l'objet d'une déclaration annuelle auprès de l'ARS.

Article 5 : Conformément à l'article R. 1161-4 du Code de la Santé Publique, le renouvellement de l'autorisation devra être sollicité au plus tard 4 mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sur la base d'un dossier conforme aux dispositions réglementaires.

Article 6 : 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 7 : La directrice de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts de France.

Fait à Lille, le 12 décembre 2019

Pour le Directeur général de l'ARS
et par délégation,
La Directrice de la Prévention et
de la Promotion de la Santé


Sylviane STRYNCKX

Réf : 2010/188/03/R2

Monsieur Frédéric BOIRON
CHU de Lille
2 avenue Oscar Lambret

59037 LILLE Cedex

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-05-005

Décision n°DST-article 51-2019-03 de financement FIR au
titre de l'année 2019

M Étienne CHAMPION
Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé

Le 5 décembre 2019,

au

Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens
SIRET : 268 000 148 00018

Objet : Décision n° DST-article 51-2019-03 de financement FIR au titre de l'année 2019

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, introduit dans son article 51 un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles dispositions afin d'étudier et de mettre en place de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financements inédits.

Dans le cadre des missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR) en application de l'article L.1435-8 et des articles R. 1435-16 à 22 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous attribuer la somme de :

100 000,00 €

Soit un montant total de 100 000,00 euros au titre de l'année 2019.

Le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique précise l'objet du financement, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui vous lient en tant que bénéficiaire.

L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France procédera aux opérations de paiements suivantes :

100 000,00 € à imputer sur la ligne 02.01.13 (FIR) et la mission 2 au titre de l'action « Organisation et promotion des parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale » pour l'année 2019

Cette subvention sera versée en une seule fois.

La dépense sera ordonnancée par le Directeur Général de l'ARS conformément à l'échéancier.

Les recours sont à former auprès du tribunal administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter de la notification (pour les établissements ou organismes auxquels il est notifié) ou, selon le cas, de la publication de la présente décision.

La personne désignée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le représentant légal de la structure sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture des Hauts-de-France.

Le 5 décembre 2019

Pour le directeur général et par délégation
La directrice de la stratégie et des territoires



Laurence CADO

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-12-05-006

Décision n°DST-CLS-2019-16 de financement FIR au titre
de l'année 2019

M Étienne CHAMPION
Directeur général de l'Agence régionale
de santé

Le 5 décembre 2019,

à

La communauté d'agglomération Hénin
Carvin

SIRET : 246 200 299 00013

Objet : Décision n° DST-CLS-2019-16 de financement FIR au titre de l'année 2019

Dans le cadre de la déclinaison du Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, vous vous êtes engagé, au regard des indicateurs de santé de la population, à l'écriture et l'élaboration d'un contrat local de santé (CLS) au titre de l'année 2019 – 2023.

Dans le cadre des missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR) en application de l'article L.1435-8 et des articles R. 1435-16 à 22 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous attribuer la somme de :

11 452,00 €

Soit un montant total de 11 452,00 euros au titre de l'année 2019.

Le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique précise l'objet du financement, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui vous lient en tant que bénéficiaire.

L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France procédera aux opérations de paiements suivantes :

11 452,00 € à imputer sur la ligne 02.07 (FIR) et la mission 2 au titre de l'action « Organisation et promotion des parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale » pour l'année 2019

Cette subvention sera versée en une seule fois.

La dépense sera ordonnancée par le Directeur général de l'ARS conformément à l'échéancier.

Les recours sont à former auprès du tribunal administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter de la notification (pour les établissements ou organismes auxquels il est notifié) ou, selon le cas, de la publication de la présente décision.

La personne désignée par le directeur général de l'Agence régionale de santé et le représentant légal de la structure sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture des Hauts-de-France.

Le 5 décembre 2019

Pour le directeur général et par délégation
La directrice de la stratégie et des territoires



Laurence CADO