



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA RÉGION  
HAUTS-DE-FRANCE

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°R32-2020-404

PUBLIÉ LE 16 NOVEMBRE 2020

# Sommaire

## Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-10-002 - Arrêté DOS-SDA n° 2020-738 du 10.11.20 portant constitution du conseil technique de l'IFAS du GHSC SECLIN (2 pages)	Page 4
R32-2020-11-10-003 - Arrêté DOS-SDA n° 2020-739 du 10.11.20 portant constitution du conseil de discipline de l'IFAS GHSC SECLIN (2 pages)	Page 7
R32-2020-11-06-001 - ARRETE N° 2020-017 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE de l' AISNE (6 pages)	Page 10
R32-2020-11-06-002 - ARRETE N° 2020-018 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DES FORMATIONS SPECIALISEES DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DE L' AISNE (6 pages)	Page 17
R32-2020-11-10-004 - Arrêté N° 2020-729 portant modification de l'arrêté modifié N° 2018-101 du 9 Mars 2018 portant composition du Comité Départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME. (5 pages)	Page 24
R32-2020-11-04-001 - ARRÊTÉ PORTANT AUTORISATION DE L'EXPÉRIMENTATION PARCOURS NUTRI' AGE (PNA) « PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION ET DES SITUATIONS A RISQUE EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE VILLE-HÔPITAL » (46 pages)	Page 30
R32-2020-11-02-017 - DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL MEDICALISE (EAM) « JEAN FOSSIER » SITUE A SAINT-MICHEL, PORTE PAR LA FONDATION SAVART (2 pages)	Page 77
R32-2020-11-02-018 - DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A SAINT-QUENTIN, PORTE PAR L' ASSOCIATION DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPEES MENTALES (APEI) DE SAINT-QUENTIN (3 pages)	Page 80
R32-2020-11-02-016 - DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A SOISSONS, PORTE PAR L' ASSOCIATION DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPÉES MENTALES (APEI) DE SOISSONS « LES PAPILLONS BLANCS » (3 pages)	Page 84
R32-2020-11-05-003 - Décision modifiant la décision du 8 juin 2020 désignant les agents réquisitionnés auprès de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020- 551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire (4 pages)	Page 88

R32-2020-11-02-019 - DECISION PORTANT EXTENSION DE LA CAPACITE DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE (MAS) « FREDERIC DEWULF » SITUÉE A BAISIEUX, GEREE PAR L'APEI DE LILLE (2 pages)

Page 93

R32-2020-11-12-002 - Décision portant modification de la décision du 8 juin 2020 désignant les agents de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020- 551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire (12 pages)

Page 96

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-10-002

Arrêté DOS-SDA n° 2020-738 du 10.11.20 portant  
constitution du conseil technique de l'IFAS du GHSC

**SECLIN**

*Arrêté DOS-SDA n° 2020-738 du 10.11.20 portant constitution du conseil technique de l'IFAS du  
GHSC SECLIN*



**ARRETE DOS-SDA N° 2020-738 PORTANT CONSTITUTION DU CONSEIL TECHNIQUE  
DE L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU GROUPE HOSPITALIER DE SECLIN CARVIN**

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

Vu le code de la santé publique ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît VALLET) ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

**ARRETE :**

**Article 1 :**

Le conseil technique de l'institut de formation d'aides-soignants du Groupe Hospitalier de Seclin Carvin est composé, pour l'année 2020/2021, ainsi qu'il suit :

- le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation d'aides-soignants ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire ou son suppléant ;
- un infirmier, formateur permanent de l'institut de formation, élu chaque année par ses pairs :
  - titulaire : Monsieur Pascal LEDUC
  - suppléant : Madame Sylvie JELODIN
- un aide-soignant d'un établissement accueillant des élèves en stage :
  - titulaire : Madame Marie Claude BONEL
  - suppléant : Madame Catherine COASNE
- deux représentants des élèves élus chaque année par leurs pairs :
  - o titulaires : Madame Paula DIAZ et Monsieur David MELIN
  - suppléants : Mme Marie Charline BERTHE et Monsieur Fabien VINCENT
- le coordonnateur général des soins de l'établissement dont dépend l'institut ou son représentant.

**Article 2 :** Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée susceptible d'apporter un avis à ce conseil d'assister à ses travaux.

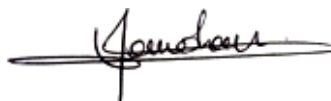
**Article 3 :** Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

**Article 4 :** Le présent arrêté sera notifié au directeur de l'institut de formation d'aides-soignants du Groupe Hospitalier Seclin Carvin pour diffusion auprès des membres du conseil technique et affichage dans ses locaux.

**Article 5 :** Le directeur de l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France.

Fait à LILLE, le 10 novembre 2020

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,



La responsable de service gestion et formation des professionnels de santé

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-10-003

Arrêté DOS-SDA n° 2020-739 du 10.11.20 portant  
constitution du conseil de discipline de l'IFAS GHSC

**SECLIN**

*Arrêté DOS-SDA n° 2020-739 du 10.11.20 portant constitution du conseil de discipline de l'IFAS  
GHSC SECLIN*

**ARRETE DOS-SDA N° 2020-739 PORTANT CONSTITUTION DU CONSEIL DE DISCIPLINE  
DE L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU GROUPE HOSPITALIER DE SECLIN CARVIN**

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

Vu le code de la santé publique ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît VALLET) ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

**ARRETE :**

**Article 1 :** Le conseil de discipline de l'institut de formation d'aides-soignants du Groupe Hospitalier de Seclin Carvin est composé, pour l'année 2020/2021, ainsi qu'il suit :

- le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président ;
- le représentant de l'organisme gestionnaire siégeant au conseil technique ou son suppléant ;
- l'infirmier, formateur permanent siégeant au conseil technique :

titulaire : Monsieur Pascal LEDUC  
suppléant : Madame Sylvie JELODIN

- l'aide-soignant d'un établissement accueillant des élèves en stage siégeant au conseil technique :

titulaire : Madame Claude BONET  
suppléant : Madame Catherine COASNE

- un représentant des élèves tiré au sort parmi les deux élus du conseil technique :

titulaire : Monsieur David MELIN  
suppléant : Monsieur Fabien VINCENT

**Article 2 :** Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée susceptible d'apporter un avis à ce conseil d'assister à ses travaux.

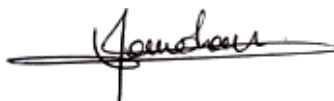
**Article 3 :** Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

**Article 4 :** Le présent arrêté sera notifié au directeur de l'institut de formation d'aides-soignants du Groupe Hospitalier de Seclin Carvin pour diffusion auprès des membres du conseil de discipline et affichage dans ses locaux.

**Article 5 :** Le directeur de l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France.

Fait à LILLE, le 10 novembre 2020

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,



La responsable de service gestion et formation  
des professionnels de santé

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-06-001

**ARRETE N° 2020-017 SDSDU MODIFIANT LA  
COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL  
TERRITORIAL DE SANTE de l' AISNE**

*ARRETE N° 2020-017 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL  
TERRITORIAL DE SANTE de l' AISNE*

**ARRETE N° 2020-017 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DU CONSEIL  
TERRITORIAL DE SANTE de l' AISNE**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-9, et suivants et R. 1434-33 et suivants,

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° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales 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° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

Vu le décret du 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît Vallet) ;

Vu l'arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé ;

Vu l'arrêté de l'ARS Hauts-de-France n° 2017-006 du 23 janvier 2017 modifié fixant la composition nominative du conseil territorial de santé de l'Aisne,

Vu les arrêtés de l'ARS Hauts-de-France n° 2017-011, n° 2018-019, n° 2019-007, n° 2019-020, n° 2019-026, n° 2019-045 et n° 2019-050 de l'ARS Hauts-de-France respectivement du 6 février 2017, 18 juillet 2018, 24 janvier 2019, 26 mars 2019, 3 mai 2019, 27 novembre 2019 et 5 décembre 2019 modifiant l'arrêté n° 2017-006 du 23 janvier 2017 fixant la composition nominative du conseil territorial de santé de l'Aisne ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS du 28 octobre 2016 portant délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région des Hauts-de-France ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les réponses aux appels à candidature organisés en application des dispositions de l'article R.1434-33 susvisé, et sur proposition des autorités et institutions chargées de proposer des membres, prévus à l'article 1er de l'arrêté du 03 août 2016 susvisé,

## ARRETE

**Article 1** – L'arrêté n° n° 2017-006 de la directrice générale de l'ARS modifié susvisé est modifié comme suit pour la durée du mandat restant à courir :

### **A l'article 2 : collège des représentants des professionnels et offreurs de services de santé (1°)**

- **au collège 1a1) représentants des établissements de santé, au titre des représentants de personnes morales gestionnaires de ces établissements :**

Christophe BLANCHARD, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Quentin, membre suppléant de Laurent BARRET, *sur proposition de la Fédération Hospitalière de France (FHF)*,

- **au collège 1a2) Présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement :**

Olivier BROCHARD est supprimé de la composition de cette instance.

- **au collège 1b) représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux répartis entre ceux qui œuvrent en faveur des personnes âgées et ceux qui œuvrent en faveur des personnes handicapées :**

Isabelle FRAZIER, Directrice adjointe du groupe EPHESE, membre titulaire,  
Ou son suppléant Bruno GUESSARD, Directeur EHPAD Euphémie Derche, *sur proposition de la Fédération Hospitalière de France (FHF)*.

- **au collège 1f1) représentants des centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé :**

Jean-Claude SIMON, membre titulaire en remplacement de Carole JULHES, *sur proposition de la mutualité française Hauts-de-France*.

Alain ARNEFAUX est supprimé de la composition de ce sous-collège.

### **A l'article 5 : collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale (4°)**

- **au collège 4b) représentants des organismes de sécurité sociale situés dans le ressort du Conseil :**

Alain ARNEFAUX, membre titulaire, *sur proposition de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne*.

**Article 2** – 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 3** – La directrice de la stratégie et des territoires de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France 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 6 novembre 2020

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



**Laurence Cado**



**CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE de l'AISNE**

Tableau consolidé suite à l'arrêté modification de composition n° 2020-017 du 6/11/2020

TITULAIRES	SUPPLEANTS
------------	------------

**Collège 1 : Représentants des professionnels et offreurs des services de santé**

**a) Représentants des établissements de santé**

**a1) Représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements :**

1	Laurent BARRET – Directeur EPSMD de l'Aisne – Prémontré (FHF)	Christophe BLANCHARD, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Quentin (FHF) <i>(nouveau)</i>
2	Eric LAGARDERE – Directeur du Centre Hospitalier de Soissons (FHF)	Etienne DUVAL - Directeur Centre hospitalier de Laon (FHF)
3	Philippe GUIBON, Directeur de l'Hôpital privé Saint Claude	Eric PETIT – Directeur de l'Hôpital de Villiers Saint Denis (FEHAP)

**a2) Présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement :**

4	Dr Jean BOCHET - Président CME Hôpital Privé Saint-Claude à Saint-Quentin (FHP)	<i>Siège vacant (nouveau)</i>
5	Dr Jean-Brice GAUTHIER - Président CME du Centre Hospitalier de Laon (FHF)	Dr Marc BERNARD - Président CME du Centre Hospitalier de Saint-Quentin (FHF)
6	Dr Djoudi NAIT AMARA - Président CME EPSMD de l'Aisne (FHF)	<i>Siège vacant</i>

**b) Représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux répartis entre ceux qui œuvrent en faveur des personnes âgées et ceux qui œuvrent en faveur des personnes handicapées**

7	Jérôme PASSICOUSSET – Directeur général du Groupe Ephese - Aisne (GEPSSO)	Damien CONTESSE – Directeur général Fondation Savart à Saint- Michel (URIOPSS HDF)
8	Dominique GUIZELIN – Directrice Résidence Joseph Franceschi (EHPAD ORPEA) de Tergnier (SYNERPA)	Florence KOVAC – Directrice Résidence Bellevue à Saint-Gobain (SYNERPA)
9	Marc LONNOY – Directeur général APEI de Saint-Quentin (NEXEM)	Lysiane LEROY – Directrice du pôle Enfance –Jeunesse de l'Aisne (APF France Handicap)
10	Jérôme COUSTENOBLE – Directeur Maison de retraite Saint Vincent de Paul à Origny en Thiérache (FEHAP – URIOPSS HDF)	Dominique VILLA – Directeur général de l'association d'aide et de garde à domicile de l'Aisne - AAGDA (URIOPSS HDF)
11	Isabelle FRAZIER, Directrice adjointe du Groupe EPHESE (FHF) <i>(nouveau)</i>	Bruno GUESSARD, Directeur EHPAD Euphémie Derche à Etreillers (FHF) <i>(nouveau)</i>

**c) Représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité**

12	Isabelle SEDANO – Association OPPELIA	<i>Siège vacant</i>
13	Françoise SERAIN – Croix-Rouge Française	Angélique SECLEPPE – Groupe associatif SIEL BLEU
14	Caroline PAUWS – SATO Picardie	Samir GUERFALI – COALLIA

**d) Représentants les professionnels de santé libéraux dont trois médecins et trois représentants des autres professionnels de santé**

**d1) médecins - URPS Médecins Libéraux**

15	Dr Dominique PROISY	Dr Pierre WYREMBLEWSKI
16	Dr Philippe TREHOU	Dr Pierre-François ROBACHE
17	Dr Abdelouahab ZARAA	Dr Jean-Jacques MORISSEAU

**d2) autres professionnels de santé**

18	Patrick LESOUDARD - URPS Infirmiers	Fabrice KAZEK – URPS orthophonistes
19	Alexis MAES - URPS Pharmaciens	Caroline MAZAL - URPS sages-femmes
20	Vincent MOREAU – URPS Masseurs-kinésithérapeutes	Lisa TRUONG TAN TRUNG - URPS Chirurgiens-dentistes

**e) Représentant des internes en médecine**

21	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
----	---------------------	---------------------

**f) Représentant des différents modes d'exercices coordonnés et organisations de coopération territoriale****f1) des centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé**

22	Jean-Claude SIMON, (Mutualité française Hauts-de-France) (nouveau)	<i>Siège vacant (nouveau)</i>
23	Joël MERCIER (G2RS)	Gilles TRIBAULT (GR2S)
24	Dr Laurence BOURGEOIS (MSP de Jaulgonne)	Claire INGELAERE (MSP la Faïencerie de Sinceny)

**f2) des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires**

25	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
----	---------------------	---------------------

**f3) des communautés psychiatriques de territoire**

26	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
----	---------------------	---------------------

**g) Représentant des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile**

27	Louis TEYSSIER (FNEHAD)	Bertrand GALLOO (FNEHAD)
----	-------------------------	--------------------------

**1h) Représentant de l'ordre des médecins**

28	Dr Damien LECUYER – Vice-Président du Conseil Régional de l'ordre des Médecins (CROM) Hauts-de-France	Dr Emmanuelle LECUYER – Conseiller - Conseil Régional de l'ordre des Médecins (CROM) Hauts-de-France
----	---	--

**Collège 2 : Représentants des usagers et des associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé :****a) Représentants des associations agréées**

29	Jean-Luc QUENNELLE – UFC Que Choisir	Brahim KROUCHI – UFC Que Choisir
30	Patricia BOCQUET – AEMTC	Philippe COCHET – APF France Handicap
31	Frédéric BORTOLI – UDAF 02	<i>Siège vacant</i>
32	Denis CARLIER - France Assos Santé - Délégation Hauts-de-France	<i>Siège vacant</i>
33	Bernard COLAS - UNAPEI	Anny PIGNIGNOLI – APEI de Soissons « les papillons blancs »
34	Françoise Marie MONCEAUX – UNAFAM de l'Aisne	André DELEHELLE - UNAFAM de l'Aisne



**b) Représentants des associations de PH ou de retraités et PA**

35	Isabelle HACHIN - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PH	Eric ANTONICELLI - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH
36	James BOURGEOIS - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PA	Dominique JAVIER - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PH
37	<i>Siège vacant</i>	Nelly GOUJON - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PA
38	Marie-Christine PHILBERT - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH	Bruno WOZNIAK - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH

**Collège 3 : Représentant les collectivités territoriales ou leurs groupements****a) Représentant du Conseil régional**

39	Christian VANNOBEL - Conseil Régional Hauts-de-France	<i>Siège vacant</i>
----	---	---------------------

**b) Représentant du Conseil départemental**

40	Bernadette VANNOBEL, Conseillère départementale	<i>Siège vacant</i>
----	---	---------------------

**c) Représentant des services départementaux de PMI**

41	Dr Noëlle RIDOUX - services PMI - Conseil départemental de l'Aisne	<i>Siège vacant</i>
----	--	---------------------

**d) Représentant des communautés**

42	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
43	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**e) Représentant des communes**

44	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
45	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**Collège 4 : Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale****a) Représentants de l'Etat dans le ou les départements du ressort du conseil**

46	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
----	---------------------	---------------------

**b) Représentants des organismes de sécurité sociale situés dans le ressort du Conseil**

47	Alain ARNEFAUX – CPAM de l'Aisne ( <i>nouveau</i> )	Chantal DUPONT – CAF de l'Aisne
48	Sylvie RIGAULT - FREUDENREICH – MSA de Picardie	Christine HOET – CAF de l'Aisne

**Collège 5 : Personnalités qualifiées**

49	Alain FENDT – Fédération nationale de la mutualité française	<i>Pas de suppléance</i>
50	Dr Jean-François BOUTELEUX	<i>Pas de suppléance</i>



Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-06-002

**ARRETE N° 2020-018 SDSDU MODIFIANT LA  
COMPOSITION NOMINATIVE  
DES FORMATIONS SPECIALISEES DU CONSEIL**

*ARRETE N° 2020-018 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE  
DES FORMATIONS SPECIALISEES DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DE L' AISNE*

**ARRETE N° 2020-018 SDSDU MODIFIANT LA COMPOSITION NOMINATIVE  
DES FORMATIONS SPECIALISEES DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DE L' AISNE**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-9, et suivants et R. 1434-33 et suivants,

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° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales 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° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

Vu le décret du 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît Vallet) ;

Vu l'arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé ;

Vu l'arrêté n° 2017-006 SDSDU du 23 janvier 2017 de la directrice générale de l'ARS modifié fixant la composition nominative du conseil territorial de santé de l'Aisne,

Vu l'arrêté n° 2017-016 SDSDU du 3 mars 2017 de la directrice générale de l'ARS modifié fixant la composition des formations spécialisées du conseil territorial de santé de l'Aisne ;

Vu les arrêtés n° 2019-008 SDSDU, n° 2019- 021, n° 2019-027, n° 2019-046 et n° 2019-051 de l'ARS respectivement du 26 février 2019, 26 mars 2019, du 3 mai 2019, du 27 novembre et du 5 décembre 2019 modifiant l'arrêté n° 2017-016 SDSDU du 3 mars 2017 de la directrice générale de l'ARS fixant la composition des formations spécialisées du conseil territorial de santé de l'Aisne ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS du 28 octobre 2016 portant délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région des Hauts-de-France ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les réponses aux appels à candidature organisés en application des dispositions de l'article R.1434-33 susvisé, et sur proposition des autorités et institutions chargées de proposer des membres, prévus à l'article 1er de l'arrêté du 03 août 2016 susvisé ;

Conformément aux votes et désignations des membres délibérants du conseil territorial de santé de l'Aisne ;

## ARRETE

**Article 1** – L'article 1 de l'arrêté n° 2017-016 SDSDU de la directrice générale de l'ARS modifié susvisé fixant la composition du bureau est modifié comme suit pour la durée du mandat restant à courir :

**Au titre du collège 1 :**

Christophe BLANCHARD, membre suppléant de Laurent BARRET.

**Article 2** – L'article 2 de l'arrêté n° 2017-016 SDSDU de la directrice générale de l'ARS modifié susvisé fixant la composition de la commission territoriale en santé mentale est modifié comme suit pour la durée du mandat restant à courir :

**Au titre du collège 1 : représentants des professionnels et offreurs de services de santé**

**a) au titre des représentants des établissements de santé :**

Olivier BROCHARD est supprimé de la composition de cette instance.

**Article 3** – L'article 3 de l'arrêté n° 2017-016 SDSDU de la directrice générale de l'ARS modifié susvisé fixant la composition de la commission territoriale des usagers est modifié comme suit pour la durée du mandat restant à courir :

**Au titre du collège 1 :**

Christophe BLANCHARD, membre suppléant de Laurent BARRET.

Carole JULHES et Alain ARNEFAUX sont supprimés de la composition de cette commission.

**Article 4** – 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 5** – La directrice de la stratégie et des territoires de l'agence régionale de santé Hauts-de-France 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 6 novembre 2020

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,  
La directrice de la stratégie et des territoires,



**Laurence Cado**



**FORMATIONS SPECIALISEES du CONSEIL TERRITORIAL DE L' AISNE**  
**Composition du bureau**  
 Tableau consolidé suite à l'arrêté modificatif n° 2020-018 du 6/11/2020

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 1 | <b>Président</b>  | Marc LONNOY              |
| 2 | <b>Vice-président</b>   | Patrick LESOUDARD        |
| 3 | <b>Président de la commission territoriale en santé mentale</b> | Dr Djoudi NAIT AMARA     |
| 4 | <b>Président de la commission territoriale des usagers</b>      | Marie-Christine PHILBERT |

TITULAIRES	SUPPLEANTS
------------	------------

**Au titre du collège 1 :**

5	Laurent BARRET – Directeur EPSMD de l'Aisne – Prémontré	Christophe BLANCHARD, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Quentin (FHF) <i>(nouveau)</i>
---	---	---

**Au titre du collège 2 :**

6	Françoise Marie MONCEAUX – UNAFAM de l'Aisne	André DELEHELLE - UNAFAM de l'Aisne
---	--	-------------------------------------

**Au titre du collège 3 :**

7	Christian VANNOBEL - Conseil Régional Hauts-de-France	<i>Siège vacant</i>
---	---	---------------------

**Au titre du collège 4 :**

8	Sylvie RIGAUT - FREUDENREICH – MSA de Picardie	Christine HOET – CAF de l'Aisne
---	--	---------------------------------

**Au titre du collège 5 :**

9	Dr Jean-François BOUTELEUX	<i>Pas de suppléance</i>
---	----------------------------	--------------------------

Avec voix consultative au sein du bureau : deux membres élus en CTS pour les représenter au sein du collège 3 de la CRSA :

- Docteur Jean-Brice GAUTHIER
- Eric LAGARDERE



**FORMATIONS SPECIALISEES du CONSEIL TERRITORIAL DE L' AISNE**  
**Commission territoriale en santé mentale**  
**Tableau consolidé suite à l'arrêté modificatif n° 2020-018 du 6/11/2020**

**Président** : Dr Djoudi NAIT AMARA

**Collège 1 : Représentants des professionnels et offreurs des services de santé**

**a) Représentants des établissements de santé**

1	Dr Jean BOCHET - Président CME Hôpital Privé Saint-Claude à Saint-Quentin (FHP)	<i>Siège vacant (nouveau)</i>
2	Dr Djoudi NAIT AMARA - Président CME EPSMD de l'Aisne (FHF)	<i>Siège vacant</i>

**b) Représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux répartis entre ceux qui œuvrent en faveur des personnes âgées et ceux qui œuvrent en faveur des personnes handicapées**

3	Jérôme PASSICOUSSET – Directeur général du Groupe Ephese - Aisne (GEPSO)	Damien CONTESSE – Directeur général Fondation Savart à Saint- Michel (URIOPSS HDF)
4	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**c) Représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité**

5	Françoise SERAIN – Croix-Rouge Française	Angélique SECLEPPE – Groupe associatif SIEL BLEU
	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**d) Représentants les professionnels de santé libéraux dont trois médecins et trois représentants des autres professionnels de santé**

6	Dr Philippe TREHOU	Dr Pierre-François ROBACHE
---	--------------------	----------------------------

**e) Représentant des internes en médecine**

8	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
---	---------------------	---------------------

**f) Représentant des différents modes d'exercices coordonnés et organisations de coopération territoriale**

9	Joël MERCIER (G2RS)	Gilles TRIBAULT (GR2S)
10	Dr Laurence BOURGEOIS (MSP de Jaulgonne)	Claire INGELAERE (MSP la Faïencerie de Sinceny)

**g) Représentant des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile**

11	Louis TEYSSIER (FNEHAD)	Bertrand GALLOO (FNEHAD)
----	-------------------------	--------------------------

**1h) Représentant de l'ordre des médecins**

12	Dr Damien LECUYER – Vice-Président du Conseil Régional de l'ordre des Médecins (CROM) Hauts-de-France	Dr Emmanuelle LECUYER – Conseiller - Conseil Régional de l'ordre des Médecins (CROM) Hauts-de-France
----	---	--

**Collège 2 : Représentants des usagers et des associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé**

13	Jean-Luc QUENNELLE – UFC Que Choisir	Brahim KROUCHI – UFC Que Choisir
14	James BOURGEOIS - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PA	Dominique JAVIER - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PH
15	Françoise Marie MONCEAUX – UNAFAM de l'Aisne	André DELEHELLE - UNAFAM de l'Aisne
16	Marie-Christine PHILBERT - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH	Bruno WOZNIAK - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH

**Collège 3 : Représentant les collectivités territoriales ou leurs groupements**

17	Christian VANNOBEL - Conseil Régional Hauts-de-France	<i>Siège vacant</i>
18	Bernadette VANNOBEL, Conseillère départementale	<i>Siège vacant</i>
19	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**Collège 4 : Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale**

20	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>
21	Sylvie RIGAULT - FREUDENREICH – MSA de Picardie	Christine HOET – CAF de l'Aisne

**FORMATIONS SPECIALISEES du CONSEIL TERRITORIAL DE L' AISNE**  
**Commission territoriale des usagers**  
 Tableau consolidé suite à l'arrêté modificatif n° 2020-018 du 6/11/2020

**Président** : Marie-Christine PHILBERT

**Collège 1 : Représentants des professionnels et offreurs des services de santé**

1	Laurent BARRET – Directeur EPSMD de l'Aisne – Prémontré	Christophe BLANCHARD, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Quentin (FHF) (nouveau)
2	<i>Siège vacant (nouveau)</i>	<i>Siège vacant (nouveau)</i>
3	Joël MERCIER (G2RS)	Gilles TRIBAULT (GR2S)

**Collège 2 : Représentants des usagers et des associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé**

4	Patricia BOCQUET – AEMTC	Philippe COCHET – APF France Handicap
5	Jean-Luc QUENNELLE – UFC Que Choisir	Brahim KROUCHI – UFC Que Choisir
6	Bernard COLAS - UNAPEI	Anny PIGNIGNOLI – APEI de Soissons « les papillons blancs »
7	James BOURGEOIS - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PA	Dominique JAVIER - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne – PH
8	Marie-Christine PHILBERT - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH	Bruno WOZNIAK - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Aisne - PH
9	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**Collège 3 : Représentant les collectivités territoriales ou leurs groupements**

10	Bernadette VANNOBEL, Conseillère départementale	<i>Siège vacant</i>
11	<i>Siège vacant</i>	<i>Siège vacant</i>

**Collège 4 : Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale**

12	Sylvie RIGAULT - FREUDENREICH – MSA de Picardie	Christine HOET – CAF de l'Aisne
----	---	---------------------------------

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-10-004

Arrêté N° 2020-729 portant modification de l'arrêté modifié N° 2018-101 du 9 Mars 2018 portant composition du Comité Départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la  
**SOMME.**



**Arrêté n° 2020-729 portant modification de l'arrêté modifié n° 2018-101 du 9 mars 2018  
portant composition du comité départemental de l'aide médicale urgente,  
de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME**

**LA PREFETE DE LA SOMME**  
Chevalier de la Légion d'honneur  
Chevalier de l'ordre national du Mérite

**ET**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE**  
Chevalier de la Légion d'honneur

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.1435-5, L.6314-1, R.6313-1 et suivants et R.6315-1 et suivants ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment ses articles R133-1 et suivants ;

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° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

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 4 janvier 2019 portant nomination de la préfète de la SOMME – Mme NGUYEN (Muriel) à compter du 21 janvier 2019 ;

Vu le décret du 3 octobre 2019 nommant Monsieur Antoine PLANQUETTE, administrateur civil, sous-préfet, directeur de cabinet de la préfète de la Somme ;

Vu le décret du 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France (ARS) (M. Benoît VALLET) ;

Vu l'arrêté n°2018-101 en date du 9 mars 2018 portant composition du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME modifié ;

Vu l'arrêté préfectoral du 11 octobre 2019 portant délégation de signature à Monsieur Antoine PLANQUETTE sous-préfet, directeur de cabinet de la préfète de la Somme ;

Vu la décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Vu les propositions des institutions et organismes appelés à désigner des représentants en tant que membres du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME ;

Sur propositions conjointes de Monsieur Antoine PLANQUETTE, sous-préfet, directeur de cabinet de la préfète, et Monsieur Benoît VALLET, directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

## ARRESENT CONJOINTEMENT

**Article 1<sup>er</sup>** - Le b) du 1- de l'article 1 de l'arrêté n°2018-101 en date du 9 mars 2018 modifié, portant composition du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME, est modifié comme suit (modifications en italique et grisées) :

### 1 – REPRESENTANTS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES :

#### b) deux maires :

- *En cours de désignation ;*
- *En cours de désignation.*

**Article 2** - Le a) et le f) du 2- de l'article 1 de l'arrêté n°2018-101 en date du 9 mars 2018 modifié, portant composition du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME sont modifiés comme suit (modifications en italique et grisées) :

### 2 – PARTENAIRES DE L'AIDE MEDICALE URGENTE :

#### a) un médecin responsable de service d'aide médicale urgente :

- *M. le docteur Christophe BOYER, responsable du service d'aide médicale urgente du Centre hospitalier universitaire d'AMIENS ;*

#### un médecin responsable de structure mobile d'urgence et de réanimation :

- *en cours de désignation ;*

#### f) un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours :

- M. le Capitaine Mathieu DUCROS,  
*pas de représentant désigné.*



**Article 3** - Le k) du 3- de l'article 1 du même arrêté n°2018-101 du 9 mars 2018 modifié est modifié comme suit (modifications en italique et grisées) :

**3 – MEMBRES DESIGNES SUR PROPOSITION DES ORGANISMES QU'ILS REPRESENTENT**

**k) un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens :**

- *Mme Julia BERTOUX, titulaire,*  
Mme Pascale BECU, suppléante.

Le reste sans changement.

**Article 4** – Le tableau en annexe du présent arrêté liste l'ensemble des membres du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) de la SOMME. Il prend en compte les changements introduits par le présent arrêté.

**Article 5** – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent (14 rue Lemerchier 80000 AMIENS ou via l'application « Télérecours »), dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

**Article 6** – Le directeur de cabinet de la préfète de la SOMME et le directeur de l'offre de soins de l'ARS sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à l'ensemble des membres du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la SOMME et publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et à celui de la préfecture de la SOMME.

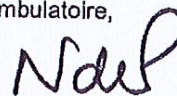
Fait à Amiens, le **10 NOV. 2020**

Pour la préfète de la SOMME et par délégation,  
le directeur de cabinet,



Antoine PLANQUETTE

Pour le directeur général de l'ARS et par délégation,  
la sous-directrice de l'Ambulatoire,



Dr Nathalie de POUVOURVILLE



**Annexe de l'arrêté n° 2020-729  
Composition nominative du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente,  
de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) de la SOMME**

<b>Composition nominative du CODAMUPS-TS de la SOMME</b>		
	<b>TITULAIRES</b>	<b>SUPPLEANTS</b>
<b>1° Représentants des collectivités territoriales</b>		
a) Un conseiller départemental désigné par le Conseil Départemental	Monsieur Marc DEWAELE	Pas de désignation de suppléants (cf article R133-3 du code des relations entre le public et l'administration). Ces membres peuvent se faire représenter.
b) Deux maires désignés par l'association départementale des Maires de la Somme		
<b>2° Partenaires de l'aide médicale urgente</b>		
a) Un médecin responsable de service d'aide médicale urgente	Docteur <i>Christophe BOYER</i>	Pas de désignation de suppléants (cf article R133-3 du code des relations entre le public et l'administration). Ces membres peuvent se faire représenter.
et un médecin responsable de structure mobile d'urgence et de réanimation dans le département		
b) Un directeur d'établissement public de santé doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence	Madame Corinne SENESCHAL	
c) Le président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours	Monsieur Stéphane HAUSSOULIER	
d) Le directeur départemental du service d'incendie et de secours	Monsieur Le Colonel Bertrand VIDOT	
e) Le médecin chef départemental du service d'incendie et de secours	M. le docteur François-Xavier CHAPON	
f) Un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations	Capitaine Mathieu DUCROS	
<b>3° Membres désignés sur proposition des organismes qu'ils représentent</b>		
a) Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins	Docteur Henri FOULQUES	Mme le docteur Carole GAFFURI-LEGENT
b) Union Régionale des professionnels de santé représentant les médecins	Docteur Franck GARATE	Docteur Didier GEORGE
	Mme le docteur Yanick LEFLOT-SAVAIN	Mme le docteur Nicole REIX
	Mme le docteur Lydia BERTRAND	
c) Délégation départementale de la Croix Rouge Française	Monsieur Claude VAILLANT	



d) Deux praticiens hospitaliers proposés par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières	SAMU de France : Dr. Philippe BONELLE	
	AMUF : pas de représentant dans le département	
e) Un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au plan national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé	SNUHP : Docteur Toussia ZEGAR	Docteur Philippe TIMMERMAN
f) Un représentant des associations de permanence des soins	ARL : Docteur Xavier HUETTE	Docteur Richard KOCH
	SOS Médecins : Dr Dominique RINGARD	Docteur Abdelkrim TAHAR
g) Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique (FHF)	Monsieur Fabien PETIT	Madame Lineda CHERTIOUA
h) Un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental	FHP : Monsieur Christian CLAIRE	
	FEHAP : Monsieur Giancarlo BAILLET	
i) Des représentants des transporteurs sanitaires	CNSA : Monsieur Pascal BESENCOURT	Monsieur Yohan DUQUESNE
	FNAP : Monsieur Sylvain DELAHAYE	Monsieur Franck DONCKELE
	FNAP : Monsieur Luc LERAILLEZ	Madame Céline DELAMOTTE
	FNAP : Monsieur Alexandre COTTINET	Monsieur Philippe DESTRUEL
j) Un représentant de l'ATSU	Monsieur Bruno VILLALPANDO	Madame Line VITRY
k) Un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens	<i>Madame Julia BERTOUX</i>	Madame Pascale BECU
l) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les pharmaciens d'officine	Monsieur Arnaud DUPIRE	
m) Un représentant de l'organisation de pharmaciens d'officine	Docteur Gilles PROVIN	Docteur Nicolas THUILOT
n) Un représentant du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes	Docteur Gilles MELON	Docteur Bruno JAYOT
o) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les chirurgiens-dentistes	Docteur Richard ETIENNE	Docteur Philippe LEVEL
<b>4.° Un représentant des associations d'usagers</b>		
	Monsieur Jean-Claude MARION	Monsieur Gérard DESSEAUX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-04-001

**ARRÊTÉ PORTANT AUTORISATION DE  
L'EXPÉRIMENTATION PARCOURS NUTRI'AGE  
(PNA) « PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN  
CHARGE DE LA DENUTRITION ET DES  
SITUATIONS A RISQUE EN EQUIPE PLURI  
PROFESSIONNELLE VILLE-HÔPITAL »**

**ARRÊTE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION PARCOURS NUTRI'AGE (PNA) « PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION ET DES SITUATIONS A RISQUE EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE VILLE-HOPITAL »**

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

**CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît Vallet) ;

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 de l'expérimentation Parcours Nutri'âge (PNA) « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital » ;

Vu l'avis favorable rendu en date du 30 octobre 2020 par le comité technique de l'innovation en santé sur le cahier des charges de l'expérimentation Parcours Nutri'âge (PNA) « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital » ;

**ARRETE**

**Article 1** – L'expérimentation Parcours Nutri'âge (PNA) « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital » est autorisée pour une durée de quatre ans à compter de la publication du présent arrêté.

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 par l'Association Gérologique Ternois Arrageois et le Réseau de santé Lille Agglo au sein de la région Hauts-de-France, en particulier sur les deux territoires identifiés dans le cahier des charges annexé au présent arrêté.

**Article 3** – 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 4** –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 5** – 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 04 novembre 2020

Directeur général



Pr Benoît Vallet

**ANNEXE UNIQUE DE L'ARRETE PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION PARCOURS NUTRI'AGE (PNA)  
« PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION ET DES SITUATIONS A RISQUE EN EQUIPE  
PLURI PROFESSIONNELLE VILLE-HOPITAL »**

**Parcours de Santé du patient âgé dénutri  
dénommé parcours Nutri'âge (PNA)  
« Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en  
équipe pluri professionnelle ville-hôpital »**

**Contexte / préambule :**

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées en général, et de personnes dépendantes en particulier. En plus de leur prise en charge, un des défis de notre société est d'intervenir à un stade précoce, celui de la fragilité, pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des seniors.

Le terme de fragilité est un concept gériatrique récent qui suggère un état d'instabilité avec un risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. La fragilité est définie comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. L'adaptation du sujet fragile aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) étant plus difficile, il est plus à risque de perte d'autonomie.

Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 15% des sujets de plus de 65 ans sont fragiles. Les travaux de ces dernières années ont surtout démontré que le dépistage de la fragilité et l'organisation de mesures préventives permettraient de prévenir le déclin fonctionnel. Dépister et traiter la fragilité semble être une réponse pertinente à la prévention de la dépendance.

La dénutrition a été repérée comme un critère de fragilité prévalent. Dans la littérature, 4 à 5% des personnes âgées au domicile sont en effet dénutries. La dénutrition augmente le risque de mortalité mais également de complications de nombreuses pathologies, de chute, de perte d'autonomie, il s'agit donc d'un syndrome gériatrique aux conséquences graves qui nécessite un repérage et des actions adaptées (1-3).

Des recommandations concernant la dénutrition ont été formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2007) visant à proposer une démarche graduée de prise en charge selon le niveau de sévérité de la dénutrition afin d'aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne (4).

Cependant, le repérage et la prise en charge de la dénutrition restent difficiles de par notamment l'intrication de multiples facteurs de risque existants nécessitant une prise en charge globale gériatrique.

Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée décrites par l'HAS sont les problématiques psycho-sociaux-environnementales, toute affection aigue ou décompensation d'une pathologie chronique, les traitements médicamenteux au long cours,

les troubles bucco-dentaires, les régimes restrictifs, les syndromes démentiels et autres troubles neurologiques, les troubles psychiatriques, les troubles de la déglutition et la dépendance pour les actes de la vie quotidienne.

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolement social</li> <li>- Deuil</li> <li>- Difficultés financières</li> <li>- Maltraitance</li> <li>- Hospitalisation</li> <li>- Changement des habitudes de vies : entrée en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- Pathologies infectieuses</li> <li>- Fracture entraînant une impotence fonctionnelle</li> <li>- Intervention chirurgicale</li> <li>- Constipation sévère</li> <li>- Escarre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Polymédication</li> <li>- Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, ...</li> <li>- Corticoïdes au long cours</li> </ul>
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble de mastication</li> <li>- Mauvais état dentaire</li> <li>- Appareillage mal adapté</li> <li>- Sécheresse de la bouche</li> <li>- Candidose oro-pharyngée</li> <li>- Dysgueusie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans sel</li> <li>- Amaigrissement</li> <li>- Diabétique</li> <li>- Hypocholestérolémiant</li> <li>- Sans résidu au long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie d'Alzheimer</li> <li>- Autres démences</li> <li>- Syndrome confusionnel</li> <li>- Trouble de la vigilance</li> <li>- Syndrome parkinsonien</li> </ul>
Trouble de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie ORL</li> <li>- Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépendance pour l'alimentation</li> <li>- Dépendance pour la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome dépressif</li> <li>- Troubles du comportement</li> </ul>

### Situations à risque spécifiques de la personne âgée (HAS)

#### **1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation**

Le projet vise à prendre en charge des situations complexes liées à la dénutrition et ses situations à risque relevant du Dispositif d'appui à la coordination (DAC). Ce projet se co-construit sur les territoires avec les professionnels de santé de premier recours, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, l'ensemble des acteurs des champs du sanitaire médicosocial et social.

Il intégrera le projet de santé des futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ainsi que les DAC des 2 territoires Ternois Arrageois et Lille Agglo. L'association Gérontologique Ternois Arrageois, qui porte le Réseau de Santé Gériatrique (RSG) Ternois Arrageois a été identifiée en août 2019 comme porteur de la PTA Ternois Arrageois.

Cette expérimentation s'appuiera sur les fonctionnalités de l'espace numérique régional PREDICE (projet régional de transformation digitale du système de santé), dès son opérationnalité.

Une réflexion sur l'informatisation de ce parcours est débutée avec modélisation du processus, identification des étapes du parcours, pour l'informatisation, le workflow et le RACI (responsables, acteurs, contributeurs, informés). La Réunion de Concertation

Pluridisciplinaire (RCP) sera mise en place à l'aide d'un outil de coordination conçu à cet effet. Ainsi, cela favorisera le partage des données de santé et la transmission des informations nécessaires de manière sécurisée.

### **1.a. Le projet d'expérimentation**

L'enjeu principal est l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée dénutrie. Trois principaux axes sont concernés : la prévention, le repérage et la prise en charge de la dénutrition et de ses situations à risque. Ce projet vise à développer la prise en charge coordonnée du patient dénutri et de son entourage au domicile, avec le rôle pivot du médecin traitant.

Cette expérimentation a pour objectif de renforcer la coopération entre les acteurs de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, Infirmiers libéraux (IDEL), auxiliaires de vie, aide-ménagère, diététiciens libéraux ainsi que d'autres personnes ressources prenant en charge les différentes situations à risque décrites ci-dessus comme le psychologue, l'orthophoniste, l'ergothérapeute) et les acteurs des Dispositifs d'Appui à la Coordination dont les réseaux de santé gériatriques et autres dispositifs (CLIC, MAIA...) pour définir un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), avec au besoin un lien avec les établissements de santé publics et privés des territoires.

Elle vise à contribuer également à diffuser la culture gériatrique et développer les compétences nécessaires en ville pour prendre en charge la dénutrition de la personne âgée et ses situations à risque décrites par la HAS en 2007 (1).

La problématique de la dénutrition a été identifiée comme un critère de fragilité majeur sur les 2 Réseaux de Santé Gériatrique.

Sur le territoire du Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois en 2018, 391 personnes ont bénéficié d'une expertise gériatrique au domicile parmi lesquelles 52.5% (204) avaient au moins un risque de dénutrition et 15.7 % (61) étaient dénutries.

Sur le territoire du Réseau de Santé Lille Agglo, 288 personnes ont bénéficié d'une expertise gériatrique au domicile parmi lesquelles les 51% (142) avaient au moins un risque de dénutrition et 38.4% (106) étaient dénutries.



**L'innovation de cette expérimentation repose sur la création d'un dispositif d'intervention de personnes ressources : un diététicien libéral et/ou d'autres personnes ressources prenant en charge les situations à risque de dénutrition décrites par l'HAS (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute...) au domicile du patient et sur la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire (réunion de concertation pluridisciplinaire = RCP) entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient des différents champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux au domicile.**

L'intervention d'un diététicien au domicile est une réelle plus-value pour les patients dénutris modérés ou sévères. Elle permet d'améliorer le statut nutritionnel des situations à risque et avoir un impact global sur la prise en charge des patients.

Plus particulièrement pour la situation à risque « traitement médicamenteux au long cours », le projet consiste aussi en la mise en place d'une démarche d'optimisation médicamenteuse initiée par le gériatre du Réseau de Santé Gériatrique et concertée avec le Médecin traitant et le Pharmacien d'Officine. L'optimisation portera sur les traitements médicamenteux favorisant la dénutrition qui sont ceux définis par la HAS : corticothérapie au long cours, traitements entraînant une somnolence, sécheresse de bouche, anorexie, dysgueusie, troubles digestifs...

Cette optimisation médicamenteuse s'articulera avec le Bilan Partagé de Médication réalisé par le pharmacien d'officine.

Le projet prévoit également la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire avec les différents acteurs impliqués en vue de l'élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé.

**L'enjeu de ce projet est également celui de la coordination clinique du parcours et/ou des coordinateur(s) d'un parcours de santé.**

La coordination peut varier en fonction du profil du patient et pourra être pluridisciplinaire selon la complexité de la situation et selon les usages professionnels des territoires.

Le médecin traitant reste pivot et référent de la prise en charge médicale.

### **1.b. Objectif du projet d'expérimentation**

- **Objectifs principaux**

- Mettre en place un accompagnement pluri professionnel des patients âgés dénutris et présentant des situations à risque à domicile.
- Décloisonner au domicile les organisations entre les différents champs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux.

- Décloisonner les organisations entre les acteurs de la ville et les Etablissements de Santé publics et privés
- Créer un forfait « parcours patient âgé dénutri et à situations à risque »

- **Objectifs opérationnels**

- Faire intervenir le diététicien et/ou d'autres personnes ressources prenant en charge les situations à risque (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, ...) à domicile.
- Optimiser la prescription médicamenteuse avec le pharmacien d'officine et le médecin traitant
- Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle avec les intervenants impliqués autour du patient à domicile (médecin traitant, IDE, réseau de santé gériatrique, diététicien, SAD ou SSIAD) pour un décloisonnement des champs du sanitaire et médico-social et de la ville}
- Elaborer le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)
- Développer la collaboration des professionnels de ville/équipes des Etablissements de Santé autour de la prise en charge des personnes âgées dénutries
- Acculturer les acteurs de ville aux bonnes pratiques et recommandations HAS sur la prise en charge de la dénutrition et des situations à risque avec des réunions de sensibilisation et formation sur la dénutrition et ses facteurs de risque.
- Former les professionnels de santé libéraux aux notions de parcours de santé et de soins, aux outils du parcours comme les chemins cliniques (notion de chemins cliniques territoriaux).

### **1.c. Démarche d'accompagnement**

#### **A) Population cible**

Personnes dénutries modérées ou dénutries sévères (ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière) et à situations à risque rentrant dans les critères du Réseau de Santé Gériatrique :

- Personnes de 60 ans et plus avec critères de fragilité selon la grille SEGA > 8

Avec :

- Accord de prise en charge du patient ou de son représentant légal (tuteur) avec information de l'aïdant
- Accord de prise en charge du médecin traitant

**Un patient hospitalisé dans un établissement de santé pourra intégrer ce parcours à la sortie d'hospitalisation après signalement de l'établissement et avec l'accord du médecin traitant.**

## B) Process « parcours de santé du patient âgé dénutri »

- Les actions du parcours comportent :
  - le pré repérage et l'adressage
  - les bilans et la RCP
  - le suivi de la prise en charge à domicile et la coordination jusqu'à l'évaluation finale.

Ainsi, le process parcours peut être détaillé en 7 étapes : L'acte déclencheur d'entrée dans le parcours est la validation du diagnostic de dénutrition.

- 7 Etapes :

- Etape 1 : Pré repérage (perte de poids  $\geq 3$  kg, au moins 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois)



- Etape 2 : Signalement au médecin traitant



- Etape 3 : Adressage par le médecin traitant ou l'établissement de santé au réseau de santé gériatrique si le pré repérage n'a pas été effectué par le RSG = étape de préparation au diagnostic

### Recueil d'informations

⇒ Identification des objectifs / besoins pour la prise en charge : histoire de la maladie, antécédents, actions déjà mise en place, causes et conséquences éventuelles de la dénutrition. Demande des marqueurs biologiques de la dénutrition, (albumine, CRP) au médecin traitant par le gériatre du RSG.



- Etape 4 : Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque (expertise gériatrique et bilan diététique)

- Diagnostic nutritionnel : 5 diagnostics sont possibles correspondant à 5 groupes homogènes de patient « pas de facteurs de risque ni de dénutrition », « présence de facteurs de risque de dénutrition avec MNA dépistage ou total normal », « risque de dénutrition », « dénutrition modérée », « dénutrition sévère » avec recherche de toutes les situations à risque.

- « Inclusion dans le parcours du patient âgé dénutri » des patients présentant une dénutrition modérée ou sévère
- Sollicitation des « personnes ressources » nécessaires à la prise en charge : diététicien (propose les modalités de prise en charge nutritionnelle) et autres intervenants en fonction des situations à risque repérées (psychologue, ergothérapeute, orthophoniste...).

Concernant la dénutrition sévère, le patient âgé dénutri reste dans le parcours si son état de santé ne requiert pas une hospitalisation. Les kinésithérapeutes sont informés lorsqu'ils sont impliqués dans la prise en charge.



- Etape 5 : Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec élaboration du plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)

Par les différents acteurs impliqués dans la prise en charge au domicile pour la prise en charge nutritionnelle (RSG, médecin traitant, infirmier libéral, SAAD, diététicien). Identification et validation (médecin traitant/gériatre) des personnes ressources à solliciter pour la prise en charge des situations à risque de dénutrition.

Le coordinateur veillera au remplissage du PPCS par les différents professionnels et son envoi au patient.



- Etape 6 : Prise en charge et suivi au domicile

Les objectifs de prise en charge sont définis lors de la RCP dans le cadre du PPCS avec les acteurs référents bien identifiés en fonction des situations à risque. La prise en charge est clarifiée dans le chemin clinique de la dénutrition et de chaque situation à risque : Le « qui fait quoi ? » (Cf Tableau prise en charge coordonnée « Articulation des différents acteurs » page 9)

Le coordinateur du suivi des recommandations à domicile dans cette phase de prise en charge peut être différent d'un patient à un autre en fonction des acteurs mobilisés au domicile (médecin traitant, infirmier libéral, RSG).

Les différentes interventions des différents professionnels sont intégrées dans le PPCS.

Le diététicien-effectuera le suivi adapté à l'état nutritionnel du patient âgé

Au besoin, le RSG fera le lien avec les établissements de santé éventuellement sollicités, notamment dans le cadre de la prise en charge d'une personne âgée dénutrie sévère (médecin nutritionniste).

Une collaboration sera également effectuée avec les acteurs du parcours de psychogériatrie développé sur les deux territoires (lien avec psychiatres, CMP), ainsi que les dentistes dans le cadre d'une éventuelle problématique bucco-dentaire.

Le coordinateur s'assurera du suivi du PPCS.



• Etape 7 : Evaluation de la prise en charge / suite à donner → Fin de prise en charge (sortie de parcours) /réorientation/prolongation de la prise en charge

Cette évaluation de la prise en charge se tiendra dans un délai de 3 à 4 mois, selon l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque et à partir des objectifs, indicateurs de suivi définis dans le PPCS. Le coordinateur aura la responsabilité d'effectuer une synthèse, d'informer les acteurs du parcours des résultats de cette évaluation ainsi que le patient et son référent.

Cette évaluation permettra d'identifier les situations complexes pour lesquelles un suivi complémentaire sera nécessaire par la poursuite de la prise en charge (renouvellement de prise en charge : étape 8).

La sortie du parcours sera définie en fonction des résultats obtenus sur le statut nutritionnel et les situations à risque prises en charge. La prise en charge est estimée à une durée de 4 mois environ. Pour certaines situations le nécessitant, la prise en charge pourra être renouvelée pour une durée d' 1 ou 2 mois.

Pour tous les patients stabilisés en fin de prise en charge, « une veille » au long cours pourra être organisée avec suivi (exemple : suivi poids).

Cette veille sera identifiée lors de l'étape 7 par le médecin traitant et le gériatre en lien avec l'infirmier libéral, le diététicien, les SAAD, avec l'identification de la personne référente (médecin traitant, infirmier libéral, gestionnaire de cas MAIA) à l'aide d'indicateurs de suivi. Si le patient est suivi en gestion de cas de la méthode MAIA, le gestionnaire de cas sera informé de l'entrée du patient dans le parcours et de sa sortie.

Pour toute problématique médicale aiguë durant le parcours, un point sera fait entre le médecin traitant et le gériatre du RSG avec aide à l'orientation au besoin par ce dernier, de même pour toute hospitalisation en établissement de santé public ou privé ou prise en charge en service d'hospitalisation à domicile (HAD).

La prise en charge nutritionnelle du patient âgé dénutri est adaptée et graduée en fonction du risque et du diagnostic nutritionnel. Elle est clairement définie dans le parcours de soins/chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition par le RSG pour les patients âgés ».

De la même façon, pour chaque situation à risque, un chemin clinique sera formalisé permettant ainsi de clarifier les prises en charge par situation à risque à partir des recommandations des bonnes pratiques avec les ressources nécessaires identifiées. Cela va permettre également d'identifier les ressources nécessaires à mobiliser pour chaque situation à risque. Les ressources orthophoniques, ergothérapeutes, psychologues seront interpellées sur des critères bien définis dans les chemins cliniques.

Parmi les situations nécessitant une prolongation de la prise en charge (étape 8), la stabilité du poids non acquise, la persistance d'une dénutrition modérée ou sévère, les situations à risque non stabilisées (suivi d'un sevrage en psychotrope, réévaluation de l'évolution de troubles de déglutition par l'orthophoniste, ....)

Concernant les RCP, réunir en pratique tous les acteurs pour élaborer le PPCS, pourra être difficile. La RCP pourra être « dématérialisée ». Des solutions alternatives « au présentiel » basées sur les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) sont développées notamment dans le cadre de l'outil PREDICE.

Le tableau ci-dessous « prise en charge coordonnée » reprend les différentes étapes, « qui fait quoi ? comment ? », « l'articulation des différents acteurs ».

**Parcours de santé du patient âgé dénutri : Tableau de prise en charge coordonnée  
« Articulation des différents acteurs »**

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 1 : Pré repérage</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médecins traitants</li> <li>- Infirmiers libéraux</li> <li>-Réseau de santé gériatrique</li> <li>-Etablissements de santé du territoire</li> <li>-Pharmaciens</li> <li>-Services d'aides à domicile (SAAD)</li> <li>-Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</li> <li>-Gestionnaires de cas méthode MAIA</li> <li>-HAD</li> </ul>	Repérage des personnes âgées potentiellement dénutries	Perte de poids $\geq$ 3 kg Perte de poids au moins 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 2 : Signalement au médecin traitant</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmiers libéraux</li> <li>-Réseau de santé gériatrique (RSG)</li> <li>-Etablissements de santé</li> <li>-Pharmaciens</li> <li>-Services d'aides à domicile (SAAD)</li> <li>-Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</li> <li>-Gestionnaires de cas méthode MAIA</li> <li>-HAD</li> </ul>	Signalement au RSG	Appel téléphonique Mail sécurisé
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 3 : adressage au RSG</u> Préparation du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médecins traitants</li> <li>- Infirmiers</li> </ul>	Adressage au RSG	<u>Préciser recueil d'information</u> Histoire de la maladie,

	libéraux -Etablissements de santé		antécédents, actions déjà mises en place, causes et conséquences éventuelles de la dénutrition. Identification des objectifs et besoins de prise en charge, demande par le gériatre du RSG des marqueurs biologiques de la dénutrition (albumine, CRP) au Médecin Traitant.
<u>Etape 4 : Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque (expertise gériatrique et bilan diététique)</u>	-Réseau de santé gériatrique	Le gériatre du RSG confirme le diagnostic et valide les situations à risque repérées par l'infirmier du RSG.	A partir des recommandations de la HAS 2007 et en lien avec le chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition par le réseau de santé gériatrique pour les patients âgés » et les chemins cliniques des différentes situations à risque de dénutrition.
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 5 : RCP avec élaboration du PPCS</u>	-RSG -Diététicien -Médecin traitant -IDE libéral -SAAD SSIAD	Concertation pluridisciplinaire afin de définir le Plan Personnalisé de Coordination en Santé, définir le « qui fait quoi ? qui et comment ? » dans la prise en charge, les objectifs, les indicateurs de résultats et de suivi et définir qui est le	En présentiel ou RCP dématérialisées dans le cadre de l'outil de coordination PREDICE.



		coordinateur de la prise en charge/du suivi/de l'évaluation	
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 6 : Prise en charge et suivi au domicile</u>	-RSG -Médecin traitant -IDE libéral -Diététicien -SAAD SSIAD En fonction de la prise en charge des situations à risque : Psychologue, pharmacien, orthophoniste, ergothérapeute, psychiatre CMP...	Prise en charge selon les compétences de chacun	Suivi des chemins cliniques
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 7 : Evaluation de la prise en charge / suite à donner (Fin de prise en charge/réorientation/prolongation de prise en charge (« suivi au long cours »))</u>	Les différents acteurs impliqués dans la prise en charge et la coordination clairement définis : RSG, Médecin traitant, infirmier libéral, SAAD, pharmacien, gestionnaire de cas méthode MAIA, SSIAD, Diététicien, les acteurs de la prise en charge des situations à risque.	- Evaluation de l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque à partir des objectifs et indicateurs de suivi et résultats définis à la RCP / -Décision de la suite à donner (prolongation de prise en charge / réorientation) validation par le gériatre et le médecin traitant. En cas de prise en charge « veille », identification du	En présentiel ou dématérialisé dans le cadre de l'outil de coordination PREDICE

		réfèrent qui assure le suivi de cette phase de « veille » (Médecin traitant, infirmier libéral, gestionnaire de cas MAIA...).	
Etape 8 : Pour les situations nécessitant un renouvellement de la prise en charge			
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<p><u>Phase de suivi et de traitement :</u></p> <p>- les séances de suivi du diététicien</p> <p>Prise en charge en fonction des situations à risque</p>	<p>Diététicien</p> <p>Psychologue, pharmacien, orthophoniste, ergothérapeute, psychiatre CMP, dentiste, ...</p>	<p>Séances de suivi</p> <p>Prise en charge selon les compétences de chacun</p>	<p>Suivi protocolisé (chemins cliniques)</p>
<p><u>Une nouvelle évaluation de la prise en charge / suite à donner</u></p>	<p>Médecin traitant ou gériatre du réseau de santé gériatrique en lien avec le médecin traitant</p>	<p>Evaluation de l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque</p>	<p>En présentiel ou dématérialisé dans le cadre de l'outil de coordination PREDICE</p>

### **C) Apports des parties prenantes**

#### ● Diététiciens

- ☆ Evaluation nutritionnelle au domicile (confirmation du diagnostic)
  - Enquête alimentaire
  - Mesures anthropométriques
  - Grip test
  - Tests échantillon compléments nutritionnels oraux (goûts patients)
  - Evaluation mastication / déglutition
  
- ☆ Proposition de prise en charge nutritionnelle (enrichissement alimentaire, augmentation des apports alimentaires, fractionnement des repas, suivi poids avec fréquence, hydratation, adaptation texture, installation repas...) en adéquation avec les appétences du patient et de ses ressources.
  
- ☆ Synthèse / compte rendu / appel médecin traitant / lien avec les SAAD / lien avec le RSG
  - Propositions au médecin traitant de la prescription de compléments nutritionnels oraux
  
  - Appel des SSAD avec envoi des propositions, recettes...
  
  - Lien avec famille / entourage concernant les propositions, menus...
  
  - Lien avec le RSG qui intègre la prise en charge nutritionnelle à la prise en charge globale de la personne âgée (prise en compte des autres syndromes gériatriques, des différentes situations à risque de la dénutrition)
  
- ☆ Mission de « pédagogie » des SAAD et patients / famille ++ éducation des patients entourage
  
- ☆ Visite à domicile de suivi à 2 mois au plus tôt si nécessaire en présence de l'aidant = mesure efficacité des propositions faites lors de l'enquête, mesures anthropométriques (poids, IMC, calcul cinétique poids, circonférence brachiale) grip test, MNA. Lien avec médecin traitant / RSG / SAAD
  
- ☆ En fonction de l'évaluation proposition ou non de suivi : 3 séances au maximum de suivi pour une durée moyenne de 4 mois
  
- ☆ En cas d'échec = consultation nutritionniste à l'hôpital.

- SAAD

- ☆ Participation active de la prise en charge nutritionnelle au domicile et l'organisation autour des repas :
  - Courses
  - Repas
  - Adaptation textures
  - Enrichissement des repas / fractionnement
  - Aide à la vérification de la prise effective des repas
  - Surveillance poids et ingestas
  - Vérification à l'aide à la prise des compléments alimentaires
  - Suivi des recommandations du diététicien

- RSG

- Expertise gériatrique initiale
- Repérage et prise en charge des différents éléments de fragilité, syndromes gériatriques
- Diagnostic nutritionnel et orientation vers le parcours de santé du patient âgé dénutri après accord du médecin traitant
- Repérage des différentes situations à risque de dénutrition
- Coordination et implication du PPCS / organisation RCP
- Coordination globale du parcours de santé du patient âgé dénutri

- IDEL

- Ils peuvent être coordinateurs de la prise en charge et du suivi, interpellé au besoin le RSG, faire le lien avec le diététicien libéral, le médecin traitant, les SAAD.
- Informé(e) par IDE du RSG de l'inclusion du patient dans le parcours dénutri et des propositions de prise en charge
- Suivi du poids

## ● Ergothérapeutes

Pour les situations à risque « syndrome démentiel et autres troubles neurologiques »  
/ « troubles psychiatriques »

- Sécurisation et adaptation du domicile, matériel adapté avec alternatives à la contention physique
- Éducation conseils à entourage

Pour les situations à risque « troubles de la déglutition »/ « dépendance pour les actes de la vie quotidienne »

- Evaluation du matériel adapté pour l'alimentation, accompagnement pour l'acquisition, apprentissage du matériel, installation adaptée du patient
- Education conseil à entourage

Pour la prise en charge ergothérapeute : une première évaluation et 1 à 2 séances de suivi

## ● Psychologues

Pour la situation à risque « troubles psycho-socio-environnementaux »

- Notamment « deuil »

Pour la situation à risque « traitement médicamenteux au long cours »

- Accompagnement dans le cadre d'un sevrage en psychotropes : suivi patient et conseil information des aidants

Pour les situations à risque : « syndromes démentiels et autres troubles neurologiques »  
/ « troubles psychiatriques »

- Accompagnement, aide aux aidants : conseils information des aidants

Pour la prise en charge psychologue : une première évaluation et 2 à 3 séances de suivi

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

### **2.a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers**

- Repérer et prendre en charge de la personne âgée dénutrie avec situations à risque de dénutrition
- Permettre une prise en charge qualitative au domicile, maintien de l'autonomie, de la qualité de vie
- Impliquer les usagers sur leur parcours et leur aidant dans le cadre de la démocratie sanitaire (projet de l'association gériatologique du ternois arrageois)
- Repérer et prendre en charge de la fragilité gériatrique
- Adapter la prescription médicamenteuse
- Améliorer l'appétit
- Prévenir des hospitalisations non programmées pour une dénutrition et/ou ses conséquences, et les situations à risque connues
- Diminuer le recours au service des urgences
- Prévenir les décompensations psycho comportementales
- Prévenir les chutes

### **2.b. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les Etablissements de santé :**

- « Diffuser la Culture Gériatrique » au domicile sur les concepts de la gériatrie, les syndromes gériatriques, la fragilité gériatrique, l'importance d'un repérage précoce
- Mettre en place un dispositif innovant permettant l'intervention d'un diététicien-et d'autres personnes ressources en matière de prise en charge des facteurs de risque
- Améliorer les liens entre les professionnels des différents champs, les professionnels de santé de ville et Etablissement de santé autour de la dénutrition et des facteurs de risque
- Développer une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur la personne âgée dénutrie avec les professionnels de premier recours.

### **2.c. En termes d'efficience pour les dépenses de santé**

- Développer le repérage et la prise en charge de la personne âgée dénutrie et des situations à risque de dénutrition devrait permettre d'éviter certaines hospitalisations.
- Développer le partenariat ville/hôpital devrait permettre d'éviter des ré-hospitalisations non justifiées.

- Développer la prise en charge de la dénutrition au domicile avec l'intervention du diététicien et les conseils en termes d'enrichissement des repas devrait permettre de diminuer la consommation des compléments nutritionnels oraux.
- Agir sur le mésusage des médicaments favorisant la dénutrition (anorexigènes, psychotropes...) devrait permettre d'éviter la consommation inappropriée et le coût de cette consommation.

### **3. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)**

**3.a. Durée envisagée du projet du projet expérimental proposée :** 4 ans

**3.b. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en service du projet d'expérimentation**

#### 2020

- Poursuite de la communication au sein du territoire Ternois Arrageois

#### 2021

- Mise en place du dispositif sur le territoire Ternois Arrageois

#### 2021/2022/2023

- Montée en charge progressive de la prise en charge des patients sur le territoire Ternois Arrageois
- Début d'évaluation / étude de la transférabilité du parcours de santé du patient âgé dénutri sur le territoire Lille Agglo

#### Sept 2022 / 2023 :

- Mise en place du dispositif sur le territoire Lille Agglo avec montée en charge progressive de la prise en charge des patients

### **4. Champ d'application territorial proposé :**

#### **4.a. Eléments de diagnostic**

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

Depuis 2012, se développe sur la Communauté de Communes d'Arras le « parcours de santé du patient âgé dénutri : prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital », ceci à partir de

recommandations de la Haute Autorité de Santé « Stratégie et prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »(4).

Ce parcours de santé s'est co-construit avec l'ensemble des acteurs des champs du sanitaire médicosocial, social et de la prévention et se structure autour de 3 axes (15):

- la Prévention de la dénutrition avec des Conférences collectives grand public « J'ai décidé de bien vieillir » portant sur la prévention de la dénutrition et des situations à risque notamment celle des « traitements médicamenteux au long cours » (financement Conférence des financeurs / département) en partenariat avec la CUA (Contrat Local de Santé), le Centre Communal d'Action Social (CCAS) d'Arras, la Maison de l'Autonomie, le Centre Hospitalier d'Arras, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) d'Arras, les acteurs des secteurs du Ternois (Contrat local de santé, communauté de communes du Ternois) et du Bapalmois (Contrat local de santé sud Arras).

- Le repérage et le dépistage de la dénutrition avec des actions de sensibilisation des aides à domicile à l'équilibre alimentaire, la prévention et le repérage de la dénutrition en collaboration étroite avec la Maison de l'Autonomie.

- La prise en charge de la dénutrition au domicile dans le cadre du Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois (RGTA).

D'autres partenaires rejoignent ce projet : la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), les infirmiers libéraux. L'objectif est d'étendre ce parcours à l'ensemble du territoire du RGTA.

Depuis 2017, le réseau de santé de LILLE Agglo s'associe à ce projet. Le réseau de santé gériatrique LILLE Agglo a également une expérience de la prise en charge des problématiques nutritionnelles au domicile (16).

La poursuite du travail porte sur la réévaluation médicamenteuse en particulier sur certains médicaments favorisant la dénutrition selon les recommandations HAS 2007 : la poly médication, les médicaments entraînant une somnolence, une sécheresse de bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie ainsi que la prise en compte des différentes situations à risque de la dénutrition dont les troubles de la déglutition, l'isolement social, les troubles bucco dentaires.

Depuis début 2020 des rencontres sont organisées sur le territoire Ternois Arrageois avec les différentes maisons de santé pluriprofessionnelles du territoire (MSP) pour présentation du projet « parcours de santé du patient âgé dénutri » et d'identification d'axes de collaboration par MSP avec le RSG Ternois Arrageois.

**L'objectif est d'évaluer ce parcours mis en place sur le territoire Ternois Arrageois pour le transposer, le transférer sur le territoire LILLE Agglo.**



Une présentation de l'ensemble du projet a été effectuée en 2018 aux URPS Médecins, Infirmiers et pharmaciens. En juin 2020, un point avancé du projet a été effectué avec l'URPS infirmiers, URPS médecins et pharmaciens.

Une réflexion est en cours avec la MSA (Mutualité Sociale Agricole)

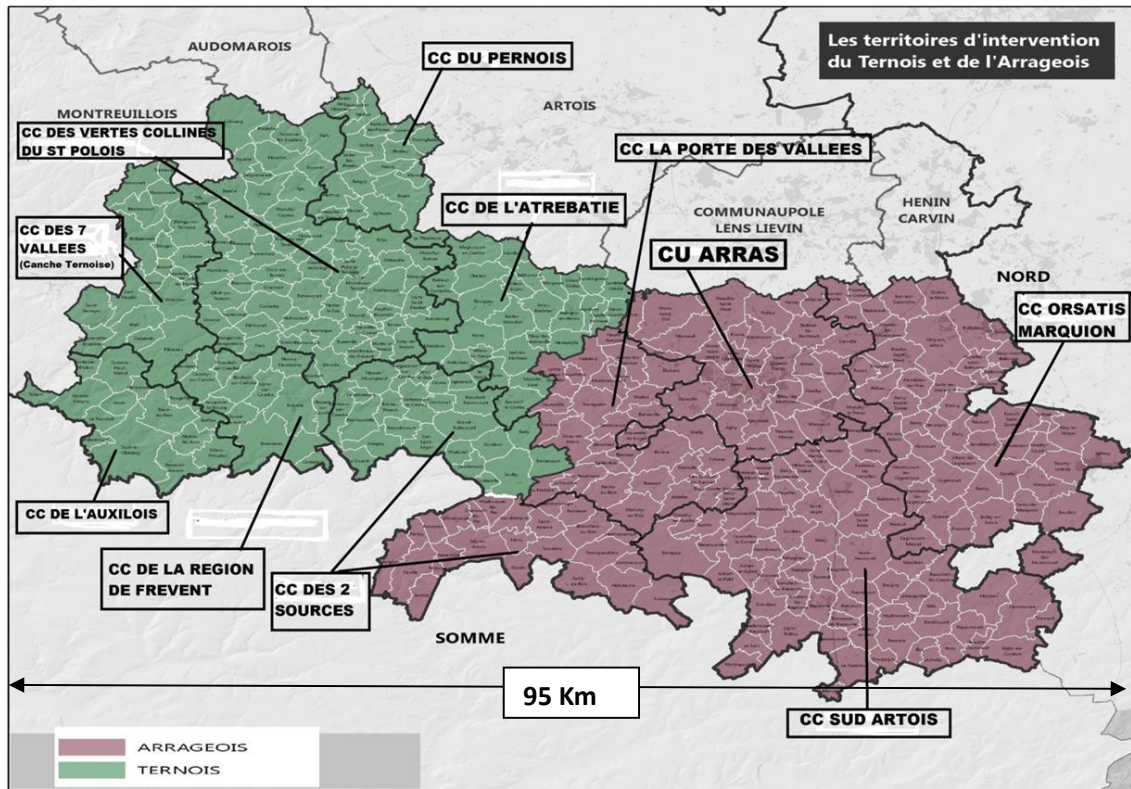
### Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?

#### Territoire RGTA

Le territoire comporte 377 communes avec 281 301 habitants.

Les atouts pour le projet sont :

- Le parcours de santé du patient âgé dénutri débuté depuis 2012 sur le secteur de la Communauté Urbaine d'Arras.
- La forte implication des différents acteurs avec une évaluation de l'ensemble du parcours effectué en 2018 dans le cadre d'un mémoire Master II coordination des trajectoires de santé (17).
- Depuis environ 2 ans, des actions menées sur l'ensemble du territoire du RGTA dans le cadre de la territorialisation du parcours.
- Les rencontres avec les différents professionnels de ville, les diététiciens libéraux, les MSP, les SAAD/SSIAD, les IDEL, les élus. Les partenariats se développent.
- Un travail en cours dans le cadre d'un appel à projet ARS « démocratie en santé » sur l'implication des usagers dans le parcours de santé du patient âgé dénutri
- Des concertations « interventions » mises en place avec les maisons de l'autonomie du Ternois et Arrageois.
- L'atout principal du territoire pour la mise en place de cette expérimentation est l'implication des différents acteurs des différents champs, la connaissance de ce projet, sa territorialisation débutée. Ce parcours est intégré dans les contrats locaux de santé de la communauté urbaine d'Arras, Communauté de communes du Ternois, de Sud Artois (Bapalmois)
- Les actions collectives de prévention dans le cadre de la Conférence Des Financeurs « perte d'autonomie ».



### Territoire Lille Agglo

Le territoire compte 35 communes soit 419 530 habitants dont 26 811 de plus de 75 ans.

Les atouts pour le projet sont :

- Une expérience antérieure avec une collaboration avec une diététicienne (16)
- Une autorisation du projet Plateforme Territoriale d'Appui
- Des concertations « intervisions » mises en place avec le CLIC de Lille, MAIA
- L'existence d'une articulation CLIC - MAIA - Centres Médico Psychologiques (CMP) - Réseau de santé gériatrique.
- L'expérience de la mise en place d'un « parcours chute »



Quels sont les dysfonctionnements ou rupture de parcours éventuels observés ?

- a) Concernant le parcours de santé du patient âgé dénutri, un mémoire de master « Coordination des trajectoires de santé » a permis d'identifier les facteurs de réussite et axes d'orientation de ce parcours sur la CUA qui ont permis la territorialisation sur l'ensemble des acteurs Ternois Arrageois. Parmi les axes d'amélioration : la nécessité de transmissions ville-Etablissement de santé notamment le poids, le statut nutritionnel ainsi que la prise en charge effectuée lors de l'hospitalisation, la nécessité d'une collaboration avec les différents professionnels à domicile, d'une coordination au domicile (17).
- b) Concernant les situations à risque « traitements médicamenteux au long cours »  
Des difficultés « sur le terrain » sont rencontrées par les Réseaux de santé gériatrique concernant le risque iatrogénique : histoire de l'ordonnance difficile à retracer, inadéquation entre ordonnance prescrite et les traitements réellement pris, absence de revue de l'ordonnance régulière, difficultés de coordination avec les pharmacies d'officine...  
Une évaluation des pratiques professionnelles des gériatres lors de l'intervention du RSG Lille Agglo a été réalisée sur le repérage et la prise en charge des prescriptions inappropriées en benzodiazépines (BZD) et molécules apparentées. Cette EPP a fait l'objet d'un travail de thèse de médecine générale. 170 patients consécutifs ont été évalués sur 10 mois. La prévalence de la consommation en BZD et molécules apparentées était de 33,5%. Les 3 principales raisons de la poursuite de ces consommations par le gériatre étaient dans 80% des cas la présence de troubles psycho-comportementaux secondaires à l'évolution des troubles cognitifs, dans 32% des cas la fatigue de l'aidant et dans 28% des cas la présence de maladie psychiatrique (18).

Les situations à risque « traitements médicamenteux au long cours » seront prises en charge en lien avec le pharmacien d'officine à l'aide du Bilan Partagé de Médication remboursé par l'assurance maladie.

c) Un travail sur les troubles de la déglutition est débuté sur le territoire Lille Agglo. Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les sujets âgés (8 à 15% des plus de 65 ans à domicile) mais leur diagnostic est sous-estimé avec des conséquences graves : dénutrition, déshydratation, pneumopathie d'inhalation (19). Une évaluation des pratiques professionnelles sur les troubles de la déglutition est en cours au sein de la filière gériatrique dans le service de Court Séjour Gériatrique de l'Hôpital Saint Philibert avec un travail de mémoire dans le cadre du DU de Soins et Santé en Gériatrie (20).

Les soignants du RSG Ternois Arrageois ont été formés par l'équipe de l'unité transversale de nutrition clinique du CH Arras au repérage des troubles de la déglutition qui est effectué lors de chaque expertise gériatrique (21).

d) Une réflexion est débutée sur le territoire Ternois Arrageois sur la santé buccodentaire avec un travail de thèse de médecine générale sur le sujet en lien avec la MSP de PERNES.

e) Un travail est débuté sur le territoire Ternois Arrageois avec le CCAS d'Arras sur la « situation à risque psycho socio environnemental » et l'isolement social notamment avec le repérage de la dénutrition.

#### **4.b. Champ d'application territorial**

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Territoire Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois (RGTA) + Réseau de santé gériatrique Lille Agglo
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

**5. 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 : RGTA	Association Gérontologique Ternois Arrageois RGTA 176 rue d'Hesdin 62130 GAUCHIN VERLOINGT	Dr PETIT Valérie agt.stpol@orange.fr 03 21 47 29 14	
Réseau Lille Agglo	Réseau de Santé Lille Agglo 55 rue Jean Jaurès 59000 LILLE	Pr PUISIEUX François Président francois.puisieux@chru-lille.fr  Dr Céline DELECLUSE delecluse.celine@ghicl.net 03 20 87 49 49  Dr Elisabeth BROCQUET brocquet.elisabeth@ghicl.net 03 20 00 54 10	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation	<u>MSP</u> MSP Bapaume* Dr Anne Charlotte THULLIEZ, Médecin Généraliste Dr Bruno NGUYEN, Médecin Généraliste Mme Hélène MAIURANO, coordinatrice Mme Charlène LEROUX, diététicienne Mme Réjane LADEN, infirmière MSP Pernes*		<i>Préciser pour chaque partenaire de l'expérimentation</i>

	<p>Dr Maurice PONCHANT, Médecin Généraliste Dr Luc ANCEY, pharmacien Mme Christelle PRIEM, infirmière</p> <p>MSP de Mercatel MSP de Sainte-Catherine les arras MSP de Saint-Pol-sur-Ternoise MSP de Croisilles MSP d'Aubigny-en-Artois</p> <p>Maison de l'Autonomie de l'Arrageois (Conseil Départemental 62)*</p> <p>Maison de l'Autonomie du Ternois (Département du pas de Calais) Mme Jocelyne VANQUATEM Mme Alice BOLTEAU, psychologue/neuropsycholog ue libérale</p> <p>10 Diététiciennes libérales du territoire du RGTA</p> <p>Contrat Local de Santé de la Communauté Urbaine d'Arras, Contrat local de santé de la Communauté de Communes du Ternois, Contrat local de santé Sud Artois</p> <p>CCAS d'Arras</p> <p>SAAD / SSIAD / ADMR du territoire</p> <p>GHAT (Groupement Hospitalier Artois Ternois) Institut de Formation Soins Infirmiers GHAT –</p> <p>Polyclinique du Ternois Hôpital privé des Bonnettes</p>		
--	---	--	--

**\*Les personnes nommées sont celles ayant participé aux ateliers 'accélérateur' qui se sont déroulés en mai 2020 .**

- Des rencontres avec les diététiciens libéraux exerçant sur le territoire du RGTA ont été effectuées en 2018/2019 : 10 diététiciennes sont partenaires du projet

- Des rencontres sont débutées avec les médecins généralistes, les MSP et infirmiers libéraux du territoire du RGTA pour présenter le projet.
- Le projet a fait l'objet de présentations aux URPS médecins/pharmaciens/infirmières en 2018 et en 2020



## 6. Catégories d'expérimentations

- A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?

*Il est possible de combiner les catégories.*

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)</b>	<b>Cocher</b>
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	<b>X</b>
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

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

<b>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°)<sup>1</sup> :</b>	<b>Cocher</b>
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

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

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

***Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.***

<b>I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites du financement actuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de remboursement par l'assurance maladie des interventions à domicile et du diététicien et de personnes ressources comme l'ergothérapeute, le psychologue.</li> <li>- Absence de forfait de coordination</li> <li>- Absence de forfait de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire des différents acteurs au domicile</li> </ul>
<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (<a href="#">article L162-31-1-II-1°</a> et <a href="#">3°</a>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarifcation,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> <li>• <i> Paiement direct des honoraires par le malade,</i></li> <li>• <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i></li> <li>• <i>Participation de l'assuré</i></li> <li>• <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i></li> </ul>	<p>Créer un forfait « parcours du patient âgé dénutri » comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la phase de diagnostic et des bilans initiaux</li> <li>- la phase de soins et de suivi</li> <li>- la coordination</li> </ul>
<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de financement de la coordination interprofessionnelle</li> <li>- Absence d'organisation liée à l'intervention à domicile d'un diététicien et d'autres professionnels ressources pour la prise en charge des situations à risque.</li> <li>- Absence d'outil numérique de coordination</li> <li>- Absence d'informatisation, de formation sur les parcours de santé en ville</li> </ul>
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (<a href="#">article L162-31-1-II-2°</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i></li> <li>• <i>Prestations d'hébergement</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structurer l'intervention à domicile du diététicien et des autres professionnels ressources des situations à risque</li> <li>- Créer un outil collaboratif de l'informatisation des parcours de soins/chemins cliniques</li> </ul>

<p><i>non médicalisé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i></li> <li>• <i>Dispensation à domicile des dialysats</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser la coordination interprofessionnelle</li> <li>- Faciliter le partage d'informations des données de santé numérique : matériel nécessaire : ordinateur, tablette, ...</li> </ul>
--	--

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

### 8.a. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,

La population cible concerne les personnes dénutries modérées ou dénutries sévères (ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière) et à situations à risque rentrant dans les critères du Réseau de Santé Gériatrique :

- Personnes de 60 ans et plus avec critères de fragilité selon la grille SEGA > 8

Avec :

- Accord de prise en charge du patient ou de son représentant légal (tuteur) avec information de l'aidant
- Accord de prise en charge du médecin traitant

Un patient hospitalisé dans un établissement de santé pourra intégrer ce parcours à la sortie d'hospitalisation après signalement de l'établissement et avec l'accord du médecin traitant.

A partir des recommandations HAS 2007 « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »

#### Critères d'inclusion dans le parcours :

- Dénutrition modérée (critères has sur la perte de poids, imc , mna total, albuminémie)
- Dénutrition sévère (perte de poids, imc, albuminémie)

#### Critères d'exclusion dans le parcours :

- Absence de facteurs de risque de dénutrition/présence de facteurs de risque de dénutrition avec MNA de dépistage ou total normal/ risque de dénutrition
- Sont exclues du parcours, les personnes dénutries modérées ou dénutries sévères relevant d'une prise en charge hospitalière.

A partir des rapports des deux réseaux, la file active des deux réseaux pour l'année 2018 est de 679 patients dont 167 dénutris.

L'expérience ternoise- arrageoise a montré que la territorialisation du parcours du patient âgé dénutri a eu un impact sur le nombre de signalement et la liste d'attente des patients du RSG.

La liste d'attente du RSG Ternois Arrageois était de 71 patients au 31 décembre 2019. Les demandes spécifiques de prise en charge pour la problématique nutritionnelle auprès du réseau sont en constante augmentation

Cible : Montée en charge progressive du nombre de patients pour chacun des réseaux (mise en place en 2020 sur le Territoire Ternois Arrageois, évaluation des conditions de transférabilité, transférabilité à partir de septembre 2022 sur le territoire Lille Agglo)

Territoire Ternois Arrageois		Territoire Lille Agglo	
Fin 2020	10	Septembre à décembre 2022	20
2021	100	2023	100
2022	125		
2023	150		

Soit une file active totale sur les deux territoires de 505 patients sur la période 2020-2023.

Concernant le renouvellement de la prise en charge,

La File active de patients nécessitant un renouvellement de prise en charge est estimée à 30 % des patients inclus dans le parcours du patient âgé dénutri.

Territoire du Ternois-Arrageois		Territoire de Lille-Agglo	
Année du projet	Patients nécessitant le renouvellement : au maximum 30% du nombre de patients inclus	Année du projet	Patients nécessitant le renouvellement : au maximum 30% du nombre de patients inclus
2020	3	Septembre à décembre 2022	6
2021	30	2023	30
2022	38		
2023	45		

Il s'agit de l'hypothèse haute du projet correspondant à l'effectif maximal de patients âgés dénutris pour lesquels la prolongation de la prise en charge sera nécessaire.

### **8.b. Estimation financière du modèle**

#### **Modèle de financement proposé = financement à la séquence**

##### **Financement du parcours / acteurs engagés**

Le parcours de santé du patient âgé dénutri repose sur l'intervention de plusieurs acteurs en un temps donné (environ 4 mois) nécessitant une forte coordination et la réalisation de certains actes actuellement hors nomenclature.

L'acte déclencheur d'entrée dans le parcours est la réalisation du diagnostic de dénutrition.

##### **Composition du forfait article 51 :**

Le forfait global « Parcours de la personne âgée dénutrie » se compose de deux composantes : le forfait « Dénutrition » et le forfait « Renouvellement Dénutrition ».

Le forfait « Dénutrition » est de 635 euros par patient ; le forfait « Renouvellement Dénutrition » est de 210 euros pour deux mois supplémentaires et concernera au maximum 30% de la file active des patients (avec forfait « Dénutrition »).

## 1/ Forfait « Dénutrition »

### a) Diagnostic et bilans initiaux

Cette phase a pour objet la réalisation du diagnostic de dénutrition du repérage des situations à risque de dénutrition et la réalisation de tous les bilans initiaux nécessaires pour établir la stratégie thérapeutique adaptée au patient ainsi que la RCP qui permet d'établir le PPCS.

*Relèveraient du financement article 51 le financement des missions suivantes :*

Action	Contenu	Montant	Pour qui
<u>Préparation du diagnostic (Etape 3)</u>	- Recueil informations nécessaires au diagnostic (prise de poids, recherche d'antécédents)	<b>20.00 €</b> (Tarif prenant en compte les patients dépistés mais pour lesquels le diagnostic de dénutrition ne sera pas posé donc n'entrerait pas dans le parcours)	-Réseau de santé Gériatrique
<u>Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque : expertise gériatrique et bilan diététique (Etape 4)</u>	- <u>bilan diététique</u> : conforter le diagnostic et réaliser le plan de prise en charge le plus adapté	<b>45.00 €</b> (Pour 1 heure)	-Diététicienne
<u>RCP avec élaboration du PPCS (Etape 5)</u>	- Financement des professionnels pour sa réalisation	<b>100.00 €</b> (répartition égale entre les professionnels)	Au maximum 5 professionnels parmi lesquels -médecin traitant - infirmier libéral - réseau de santé gériatrique - diététicienne - services d'aides à domicile

***Au total financement Assurance Maladie dédié à la réalisation de cette phase = 165 €***

*Sont financés pour le droit commun et non inclus dans le forfait :*

- La consultation du médecin traitant ou du nutritionniste
- L'expertise gériatrique du réseau de santé



- Les autres bilans à effectuer avant la RCP initiale et déjà tarifés dans le droit commun : Kinésithérapeute, dentiste, pharmacien.

**b) Phase de soins / suivi**

Cette phase contient toutes les séances hors nomenclature nécessaires au suivi de la dénutrition et se termine par la RCP de fin de parcours.

Relèveraient du forfait article 51 le financement des missions suivantes :

Action	Contenu	Montant	Pour qui
<u>Prise en charge et suivi au domicile</u> (Etape 6) :  - <u>les séances de suivi du diététicien</u>  - <u>Autres actes hors nomenclature = forfait facteur de risques / situations à risque</u>	- 3 séances maximum ont été estimées sur une durée en moyenne de 4 mois  - Le choix des actes nécessaires se fera en fonction de la situation du patient	<b>150.00 €</b> (Incluant les frais de déplacements éventuels)  <b>120.00 €</b> (Au Total)	Diététicien  Les personnes ressources mobilisées en fonction des situations à risque repérées. 120€ à répartir entre les différents acteurs. (psychologue, ergothérapeute, APA, autre ...)
<u>Evaluation de la prise en charge / suite à donner (Etape 7) : fin de prise en charge/réorientation/ prolongation de la prise en charge</u>	Evaluation de l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque (à partir des objectifs indicateurs de suivi et résultats définis à la RCP)	<b>50.00 €</b>	Médecin traitant ou gériatre du réseau de santé gériatrique en lien avec le médecin traitant

**Au total financement Assurance Maladie dédié à la réalisation de cette phase = 320 €**

Non inclus dans le forfait mais pouvant faire partie du parcours :

- Les actes ou séances de suivi de professionnels financés dans le droit commun (exemple : consultations de MG si besoin en cours de parcours ou les actes d'infirmières libérales ou le Bilan Partagé de Médication du pharmacien d'officine)

c) La  
coordination

**Le forfait Coordination est de 150 €**

Il permet de financer le coût afférent à la coordination clinique du parcours.

Le coordinateur peut varier en fonction du profil du patient. Il peut s'agir du médecin traitant, de l'infirmier libéral ou du réseau de santé gériatrique.

La répartition du forfait se fera au cas par cas en fonction de la participation des acteurs dans la coordination et de la complexité de la prise en charge.

Cette part du forfait permet de financer tous les actes en lien avec la coordination du parcours (prise de rendez-vous, lien avec les professionnels, organisation des RCP, rémunération des différents acteurs, rédaction des synthèses...).

## 2/ Forfait « Renouvellement dénutrition »

Pour certaines situations le nécessitant, un forfait de renouvellement pourra être octroyé. Ce forfait sera accordé pour une durée supplémentaire de 2 mois.

Ce renouvellement est de 210€ pour deux mois.

Ce forfait « Renouvellement Dénutrition » permet de financer les composantes suivantes :

Action	Contenu	Montant	Pour qui
<p><u>Phase de suivi et de traitement</u> (étape 8) :</p> <p>- <u>les séances de suivi du diététicien</u></p> <p>-<u>Autres actes hors nomenclature = forfait facteur de risques / situations à risque</u></p>	<p>- 2 à 3 séances ont été estimées pour une durée de 2 mois soit : 75 euros pour deux mois,</p> <p>-Le choix des actes nécessaires se fera en fonction de la situation du patient</p>	<p><b>75.00 €</b> (Incluant les frais de déplacements éventuels)</p> <p><b>60.00 €</b> (Au Total)</p>	<p>Diététicien</p> <p>Les personnes ressources mobilisées en fonction des situations à risque repérées. 60€ à répartir entre les différents acteurs. (psychologue, ergothérapeute, APA, autre ...)</p>
<p><u>La coordination</u></p>	<p>Interventions et suivi de l'état de santé et motivation du patient</p>	<p><b>75.00 €</b></p>	<p>2 acteurs au maximum parmi le médecin traitant ou l'infirmier libéral ou le réseau de santé gériatrique.</p>

## Ingénierie

Comprenant la coordination globale du projet faite par le RSG, le temps secrétariat administratif pour l'ordonnancement et le paiement des différents acteurs, l'évaluation du projet RSG, la communication du projet aux différents partenaires du territoire, les temps de réunion, le financement de la formation des professionnels, le financement du matériel « kit valisette parcours dénutri », les frais administratifs et de gestion du RSG, le suivi de l'activité, la démarche qualité....

La formation des professionnels va comprendre la formation des diététiciens par le nutritionniste, la formation des SAAD, la formation d'autres professionnels du parcours.

La formation va porter sur la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, au parcours de santé, au chemin clinique, l'utilisation des outils PREDICE. Perspectives d'inscription dans le DPC.

Le matériel « kit valisette parcours dénutri » va comprendre

- Grip test
- Balances
- Supports....

## 9. Modalités de financement de l'expérimentation

### 1/Financement dérogatoire FISS

Territoire : Ternois/ Arrageois				
Année du projet	Nombre de patients inclus (File active)	Forfait « Dénutrition » 635 euros / patient	Forfait « Renouvellement dénutrition » 210 euros / patient (concernant au maximum 30% de la file active)	TOTAL
2020	10	6 350 €	630 €	6 980 €
2021	100	63 500 €	6 300 €	69 800 €
2022	125	79 375 €	7 980 €	87 355 €
2023	150	95 250 €	9 450 €	104 700 €
<b>2020-2023</b>	<b>385</b>	<b>244 475 €</b>	<b>24 360 €</b>	<b>268 835 €</b>
Territoire : Lille Agglo				
Année du projet	Nombre de patients inclus (File active)	Forfait « Dénutrition » 635 euros / patient	Forfait « Renouvellement dénutrition » 210 euros / patient (concernant au maximum 30% de la file active)	TOTAL
2022	20	12 700 €	1 260 €	13 960 €
2023	100	63 500 €	6 300 €	69 800 €
<b>2022-2023</b>	<b>120</b>	<b>76 200 €</b>	<b>7 560 €</b>	<b>83 760 €</b>
Soit sur les 2 territoires : Total				
Année du projet	Nombre de patients inclus (File active)	Forfait « Dénutrition » 635 euros / patient	Forfait « Renouvellement dénutrition » 210 euros / patient (concernant au maximum 30% de la file active)	TOTAL
2020	10	6 350 €	630 €	6 980 €
2021	100	63 500 €	6 300 €	69 800 €
2022	145	92 075 €	9 240 €	101 315 €
2023	250	158 750 €	15 750 €	174 500 €
<b>2020-2023</b>	<b>505</b>	<b>320 675 €</b>	<b>31 920 €</b>	<b>352 595 €</b>

Le financement dérogatoire est estimé à 352 595 euros, en considérant l'hypothèse haute d'une prolongation de la prise en charge pour 30% des patients inclus dans le parcours.

## **2/ Crédits d'ingénierie de 120 000 euros par un financement FIR art51**

A ce financement dérogatoire FISS s'ajoutent aussi les frais d'ingénierie.

Les frais d'ingénierie correspondent au fait qu'un accompagnement des professionnels de santé (médecins, IDE, ergothérapeutes, diététicien, orthophoniste, dentiste,...) et des psychologues est indispensable à la mise en place du parcours du patient âgé dénutri.

Ils rejoignent la nécessité d'assurer une coordination temporo-cognitive du projet (« faire connaître, faire adhérer») et vont permettre d'assurer une animation territoriale auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours du patient âgé dénutri.

Les frais d'ingénierie comprennent l'activité administrative du RSG pour l'ordonnancement et le paiement des différents acteurs, l'évaluation du projet et l'identification des conditions de transférabilité du projet, la communication du projet aux différents acteurs du territoire, la formation des professionnels, l'organisation de partages d'expériences entre les professionnels, le financement de matériel « kit valisette parcours dénutri ».

Les activités liées à l'ingénierie du projet seront effectuées par l'équipe du RSG (gériatre, infirmière responsable).

Le gériatre du RSG du Ternois-Arrageois est titulaire du master «Coordination des trajectoires de santé » et suit actuellement le DU « Santé numérique ». L'infirmière coordinatrice est en cours de master «Coordination des trajectoires de santé ».

La formation des professionnels va comprendre la formation des diététiciens par le nutritionniste, la formation des SAAD ainsi que la formation des psychologues et des autres personnes ressources impliquées dans la prise en charge des situations à risque (ergothérapeute, dentiste, orthophoniste,..).

Cette expérimentation va concourir à l'acculturation des professionnels aux bonnes pratiques gériatriques.

La communication et la formation portera aussi sur l'usage de l'outil numérique de coordination dans PREDICE dans le parcours du patient âgé dénutri.

<b>Année du projet</b>	<b>Territoire Ternois Arrageois</b>	<b>Territoire Lille Agglo</b>	<b>Total</b>
2020/2021	50 000 euros		50 000
2022	30 000		30 000
2023	20 000	20 000	40 000
<b>2020-2023</b>	<b>100 000 Euros</b>	<b>20 000 Euros</b>	<b>120 000 Euros</b>



### 3) Coût total de l'expérimentation

	2020/2021	2022	2023	Total
Territoire Ternois Arrageois	76 780 €	87 355 €	104 700 €	268 835 €
Territoire Lille Agglo	- €	13 960 €	69 800 €	83 760 €
<b>Total prestation dérogatoire (FISS)</b>	<b>76 780 €</b>	<b>101 315 €</b>	<b>174 500 €</b>	<b>352 595 €</b>
Territoire Ternois Arrageois	50 000 €	30 000 €	20 000 €	100 000 €
Territoire Lille Agglo	- €	- €	20 000 €	20 000 €
<b>Total CAI (FIR)</b>	<b>50 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>40 000 €</b>	<b>120 000 €</b>
Territoire Ternois Arrageois	126 780 €	117 355 €	124 700 €	368 835 €
Territoire Lille Agglo	- €	13 960 €	89 800 €	103 760 €
<b>Total expérimentation</b>	<b>126 780 €</b>	<b>131 315 €</b>	<b>214 500 €</b>	<b>472 595 €</b>

## 10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Une évaluation systématique des projets d'expérimentations entrant dans le dispositif est prévue par la loi. Le cadre d'évaluation des expérimentations d'innovation en santé précise les paramètres et les conditions nécessaires pour que les projets d'expérimentations puissent être évalués (cf. [note sur le cadre d'évaluation des expérimentations](#)). A noter : ci-dessous sont précisés les types d'indicateurs standards sur l'évaluation. Les dimensions susceptibles d'être améliorées (qualité et sécurité des soins, efficience, coordination, continuité, accessibilité,...) dépendront des objectifs visés par l'expérimentation et seront in-fine mesurées par les types d'indicateurs listés ci-après.

### 10.a. Indicateurs de résultat et d'impact (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation dans la rubrique 4)

- Taux de personnes âgées ayant bénéficié de la prise en charge coordonnée au domicile
- Taux de personnes âgées avec amélioration de l'état nutritionnel
- Taux de personnes âgées pour qui les traitements à risque de dénutrition ont été diminués
- Taux de personnes âgées hospitalisées dans les 2 mois après la prise en charge pluridisciplinaire pour une problématique nutritionnelle ou en lien avec une situation à risque de dénutrition
- Taux de suivi des recommandations du PPCS
- Taux de patients ayant pu bénéficier de soins buccodentaires
- Taux de patients ayant bénéficiés de prise en charge de troubles de déglutition
- Taux de patients ayant des difficultés pour les actes de la vie quotidienne, notamment pour l'organisation autour de l'alimentation
- Taux de patients chez qui une pathologie médicale a été diagnostiquée
- Taux de patients qui ont bénéficiés d'une prise en charge dans le cadre de

l'isolement social

**10.b. Indicateurs de satisfaction et « expérience » des patients** (et/ou de leurs aidants)

Questionnaire de satisfaction à établir

**10.c. Indicateurs de processus** : ils permettront de suivre le déploiement du projet d'expérimentation

- Nombre de patients inclus / sur le nombre de patients âgés dépistés
- Nombre de professionnels impliqués
- Nombre de PPCS réalisés (par patient/total annuel)
- Nombre de refus de prise en charge par la personne âgée et l'aidant
- Nombre de refus d'implication d'un professionnel de santé ou acteur de la prise en charge
- Nombre de concertation / coordination ville/hôpital
- Nombre de patients orientés vers le parcours de psychogériatrie du territoire

**10.d. Indicateurs de moyens** (financiers, humains...).

- Nombre de rencontres avec les professionnels du territoire
- Taux de participation des professionnels de santé

## **11. 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 recueil sera effectué par l'infirmière coordinatrice du réseau dans un tableau excel sécurisé reprenant différentes données :

- ➔ En ce qui concerne la prise en charge nutritionnelle : activité de la diététicienne
  - Evaluation nutritionnelle initiale
  - Evaluation des situations à risque
  - Suivi / prise en charge / actes réalisés
  
- ➔ En ce qui concerne la prise en charge du psychologue :
  - Acteurs mobilisés dans la prise en charge des facteurs de risque / Actes réalisés.

### **Sécurisations données :**

Le patient sera informé de son inclusion dans le cadre d'un dispositif d'appui à la coordination et du recueil de données. Il signera un consentement éclairé. Tableau anonymisé / sécurisé avec mot de passe

Le traitement des données sera réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (CNIL). Le traitement des données sera effectué conformément aux exigences de la méthodologie de référence de la CNIL.

Toutes les données et informations concernant le patient resteront strictement confidentielles.

Un travail dans le cadre d'un DU santé numérique va être effectué sur la sécurité des données, l'information, le consentement éclairé des patients sur l'ensemble du parcours, l'informatisation des données de santé en lien avec la loi RGPD. L'ensemble de l'informatisation se fera dans le cadre de l'outil régional de coordination PREDICE.

## **12. Liens d'intérêts**

*Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.*

*Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de [l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI.](#)*

### **13. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères**

Les références ci-dessous correspondent aux numéros indiqués dans la partie 4.a. Contexte et constats.

(1) Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ? NPG, 2011 ;11(63) :95-100

(2) Lesourd B. Conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé. La Revue de Gériatrie. 1995;329-32

(3) Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. J R Soc Med. 2005;98:411-3

(4) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007

(5) Collin J, Ankri J. La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec, Psychotropic drug consumption in France and quebec. Gériatologie Société. 2003;26 / n° 107(4):149-65

(6) Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier J-C, Vandiel P, et al. Conduites addictives du sujet âgé. Datatraitsps37-57929 [Internet]. 19 juill 2011

(7) Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. juin 22, 2006

(8) Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. Datatraitsps37-55039 [Internet]. 23 mars 2011

(9) Fradet G, Legac X, Charlois T, Ponge T, Cottin S. Pathologie iatrogène médicamenteuse après 65 ans, responsable d'une hospitalisation. Étude rétrospective sur 1 an dans un service de médecine interne. Rev Médecine Interne. 1 juin 1996;17(6):456-60

(10) Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé [Internet]. 2007 [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_psychotropes\\_version\\_longue\\_190208.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf)

(11) Benítez CIP, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, Keller MB. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. janv 2008;16(1):5-13

(12) Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016

(13) ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines Avril 2017

- (14) Haute Autorité de Santé. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. 2014
- (15) Petit V, Defebvre MM, Caron B, Florent V, Roussel A, Delbroucq C, Marissal JP, Puisieux F. La dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles : Intérêt d'un parcours de soins adapté. La revue de gériatrie, tome 42, N°8, octobre 2017
- (16) Delecluse C, Moreau P, Visade F, Pelisset C, Durande A, Le-Cardiec AR, Segond A, Bisbrouck M, Puisieux F. Prise en charge des patients en réseau de santé gériatrique par une diététicienne. Retour d'expérience. JASFGG 2014/Congrès inter régional et transfrontalier de gériatrie février 2017
- (17) Petit V, Master 2 mémoire coordination des trajectoires de santé 2018
- (18) Bouveret P, Delecluse C, Visade F, Petit V, Brocquet E. Thèse de médecine générale. Evaluation des pratiques professionnelles concernant le repérage du mésusage en benzodiazépines et molécules apparentées des sujets âgés par le Réseau de Santé Gériatrique Lille Agglo. Septembre 2019
- (19) Serra-prat et al. Prévalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in indepenfently living olders persons. J Am Geriatr Soc 2011; 59(1) :186-7
- (20) Brocquet E, Destringuez M, Lebihan C, Pecqueur E, Robinet P, Castier S, Maladry F, Visade F, Delecluse C. Comment évaluer, former et informer les équipes paramédicales de Court Séjour Gériatrique sur le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition ? JASFGG 2019
- (21) Ilski A, Vermeulen A, Boutemy S, Florent V. Les troubles de la déglutition : du diagnostic à la prise en charge. Information diététique – janvier 2018.

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-02-017

**DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DE  
L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL MEDICALISE  
(EAM)  
« JEAN FOSSIER » SITUE A SAINT-MICHEL, PORTE  
PAR LA FONDATION SAVART**



**ARRETE CONJOINT PORTANT EXTENSION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL MEDICALISE (EAM)  
« JEAN FOSSIER » SITUE A SAINT-MICHEL, PORTE PAR LA FONDATION SAVART**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE  
HAUTS-DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L' AISNE

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-2-1, R.313-9, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu le Code Général des collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France – (M. Benoît Vallet) ;

Vu la décision du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 15 janvier 2018 portant élection de Monsieur Nicolas FRICOTEAUX à la Présidence du Conseil départemental de l'Aisne ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 19 novembre 2018 portant adoption du Schéma départemental de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2018-2022 ;

Vu l'arrêté conjoint du 13 juin 2007 relative à la création de 27 places de FAM à SAINT-MICHEL, dont 3 places d'accueil temporaire ;

Vu l'arrêté conjoint du 13 décembre 2010 relative à l'extension de capacité du FAM « Jean Fossier » à SAINT MICHEL, portant sa capacité autorisée à 30 places, dont 3 places d'accueil temporaire et 3 places d'accueil d'urgence ;

Vu la demande déposée par la Fondation Savart réceptionnée à l'Agence Régionale de santé le 23 janvier 2020 ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028 ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ;



Considérant que le projet d'extension constitue une extension non importante, dont l'autorisation ne nécessite pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF ;

## ARRETEMENT

**Article 1** : La Fondation Savart est autorisée à modifier la capacité de l'EAM « Jean Fossier », à SAINT-MICHEL par une extension de 3 places, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

La capacité autorisée est ainsi portée de 30 places à 33 places, réparties ainsi :

- 30 places en hébergement permanent, dont 3 places d'accueil temporaire et 3 places d'accueil d'urgence,
- 3 places en accueil de jour.

Les bénéficiaires sont des adultes présentant tous types de déficiences.

Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) ;

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 020013058
- Numéro de l'établissement (ET) : 020005211

**Article 2** : En application de l'article L.313-5 du CASF, la durée de validité de l'autorisation initiale n'est pas prorogée.

**Article 3** : La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 4** : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément à l'article L.313-1 du CASF. En vertu de l'article L.313-1 du même code, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes.

**Article 5** : En application de l'article D.312-7-2 du CASF, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de 4 ans suivant la notification du présent arrêté d'autorisation.

**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 publication ou de sa notification.

**Article 7** : Le présent arrêté sera notifié sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de la Fondation Savart - 1 bis, rue du Chamiteau - 02830 SAINT-MICHEL.

**Article 8** : Le Directeur de l'offre médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France et le Directeur général des services du département de l'Aisne sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et au bulletin officiel du département de l'Aisne, dont une copie sera adressée à :

- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai,
- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aisne,
- Monsieur le Maire de SAINT-MICHEL,
- Madame la Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne.

Fait en deux exemplaires

A Lille, le 02 NOV. 2020

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé  
des Hauts-de-France

Pour le Directeur général et par délégation  
Le Directeur de l'Offre Médico-Sociale  
  
Sylvain LEQUEUX

Le Président du Conseil départemental

Nicolas FRICOTEAUX  
2020.10.29 20:14:16 +0100  
Ref:20201020\_164649\_1-5-S  
Signature numérique  
Le Président du Conseil départemental

  
NICOLAS FRICOTEAUX

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-02-018

**DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DU  
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL  
POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A  
SAINT-QUENTIN, PORTE PAR L'ASSOCIATION DE  
PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPEES  
MENTALES (APEI) DE SAINT-QUENTIN**



**ARRETE CONJOINT PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A SAINT-QUENTIN, PORTE PAR L'ASSOCIATION DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPÉES MENTALES (APEI) DE SAINT-QUENTIN**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-  
DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L' AISNE

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-2-1, R.313-9, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France – (M. Benoît Vallet) ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 15 janvier 2018 portant élection de Monsieur Nicolas FRICOTEAUX à la Présidence du Conseil départemental de l'Aisne ;

Vu la décision du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 19 novembre 2018 portant adoption du Schéma départemental de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2018-2022 ;

Vu l'arrêté conjoint du 16 novembre 2006 relative à la création de 20 places de SAMSAH, à SAINT-QUENTIN;

Vu l'arrêté conjoint du 27 mars 2015 relative à l'extension de 6 places de SAMSAH, portant sa capacité autorisée à 26 places ;

Vu l'arrêté conjoint modificatif du 12 octobre 2015 relative à l'extension de 6 places du SAMSAH, précisant que les bénéficiaires accueillis présentent un handicap psychique ;

Vu la demande déposée par l'APEI de SAINT-QUENTIN réceptionnée à l'Agence Régionale de Santé le 25 septembre 2020 ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028, en ce qu'il soutient le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ;

Considérant que le projet d'extension portant sur une augmentation de plus de 30 % de la capacité initiale constitue une opération dépassant le seuil prévu par l'article D.313-2 du CASF et nécessitant en conséquence la mise en œuvre d'un appel à projets en application du droit commun ;

Considérant qu'en application des dispositions du V de l'article D.313-2 du CASF, il peut être dérogé aux seuils prévus aux I à IV et appliqué un seuil plus élevé que celui résultant de ces dispositions lorsqu'un motif d'intérêt général

le justifie et pour tenir compte des circonstances locales et à la condition que la dérogation n'ait pas pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de la capacité autorisée ;

Considérant que la capacité retenue pour le calcul de l'extension est de 20 places ;

Considérant que l'extension n'a pas pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de la capacité autorisée ;

Considérant que le projet de l'APEI de SAINT-QUENTIN constitue un projet d'intérêt général en contribuant à permettre d'apporter aux personnes en situation de handicap et à leurs familles une réponse de proximité dans le cadre du plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique ;

Considérant que le projet de l'APEI de SAINT-QUENTIN permet de soutenir le choix des adultes en situation handicap, de vivre en milieu ordinaire, en développant une palette de services équitablement répartie au sein du département ;

Considérant que cette extension de la capacité du SAMSAH de SAINT-QUENTIN remplit les conditions de dérogation aux seuils prévus à l'article D.313-2 du CASF : liste d'attente conséquente, capacité du porteur à répondre rapidement aux besoins ;

Considérant qu'au regard de ces éléments, il est dérogé à l'application des seuils fixés à l'article D.313-2 du CASF ;

## ARRETEMENT

**Article 1 :** L'APEI de SAINT-QUENTIN est autorisée à modifier la capacité du SAMSAH de SAINT-QUENTIN par une extension de 6 places, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

La capacité autorisée est ainsi portée de 26 places à 32 places, réparties comme suit :

- 20 places pour adultes présentant des déficiences intellectuelles,
- 12 places pour adultes présentant un handicap psychique.

Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) :

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 020005203
- Numéro de l'établissement (ET) : 020012548

**Article 2 :** En application de l'article L.313-5 du CASF, la durée de validité de l'autorisation initiale n'est pas prorogée.

**Article 3 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.



**Article 4 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément à l'article L.313-1 du CASF. En vertu de l'article L.313-1 du même code, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes.

**Article 5 :** En application de l'article D.312-7-2 du CASF, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de 4 ans suivant la notification du présent arrêté d'autorisation.

**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 publication ou de sa notification.

**Article 7 :** Le présent arrêté sera notifié sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'APEI de SAINT-QUENTIN - 27, rue de la Sous-Préfecture – 02107 SAINT-QUENTIN.

**Article 8 :** Le Directeur de l'offre médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France et le Directeur général des services du département de l'Aisne sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et au bulletin officiel du département de l'Aisne dont une copie sera adressée à :

- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai,
- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aisne,
- Monsieur le Maire de SAINT-QUENTIN,
- Madame la Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne.

Fait en deux exemplaires

A Lille, le 02 NOV. 2020

Le Directeur général de l'Agence Régionale de  
Santé des Hauts-de-France

Pour le Directeur général et par délégation  
Le Directeur de l'Offre Médico-Sociale

Sylvain LEQUEUX

Le Président du Conseil départemental

Nicolas FRICOTEAUX  
2020.10.29 20:14:19 +0100  
Ref:20201020\_163738\_1-5-S  
Signature numérique  
Le Président du Conseil départemental

NICOLAS FRICOTEAUX



Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-02-016

**DECISION CONJOINTE PORTANT EXTENSION DU  
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL  
POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A  
SOISSONS, PORTE PAR L'ASSOCIATION DE  
PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPÉES  
MENTALES (APEI) DE SOISSONS « LES PAPILLONS  
BLANCS »**

**ARRETE CONJOINT PORTANT EXTENSION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES (SAMSAH) SITUE A SOISSONS, PORTE PAR L'ASSOCIATION DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES HANDICAPÉES MENTALES (APEI) DE SOISSONS « LES PAPILLONS BLANCS »**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE  
HAUTS-DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L' AISNE

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-2-1, R.313-9, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France – (M. Benoît Vallet) ;

Vu la décision du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 15 janvier 2018 portant élection de Monsieur Nicolas FRICOTEAUX à la Présidence du Conseil départemental de l'Aisne ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028 ;

Vu la délibération de l'assemblée départementale du 19 novembre 2018 portant adoption du Schéma départemental de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2018-2022 ;

Vu l'arrêté conjoint du 20 mai 2008 relative à la création de 20 places de SAMSAH, à SOISSONS ;

Vu l'arrêté conjoint du 27 janvier 2017 relative à l'extension de 6 places de SAMSAH, portant sa capacité autorisée à 26 places ;

Vu la demande déposée par l'APEI de SOISSONS « Les Papillons Blancs » réceptionnée à l'Agence Régionale de Santé le 25 septembre 2020 ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028 ;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L.312-8 et L.312-9 du CASF ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ;

Considérant que le projet d'extension portant sur une augmentation de plus de 30 % de la capacité initiale constitue une opération dépassant le seuil prévu par l'article D.313-2 du CASF et nécessitant en conséquence la mise en œuvre d'un appel à projets en application du droit commun ;

Considérant qu'en application des dispositions du V de l'article D.313-2 du CASF, il peut être dérogé aux seuils prévus aux I à IV et appliqué un seuil plus élevé que celui résultant de ces dispositions lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales et à la condition que la dérogation n'ait pas pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de la capacité autorisée ;

Considérant que la capacité retenue pour le calcul de l'extension est de 20 places ;

Considérant que l'extension n'a pas pour effet de retenir un seuil dépassant 100 % d'augmentation de la capacité autorisée ;

Considérant que le projet de l'APEI de SOISSONS « Les Papillons Blancs » constitue un projet d'intérêt général en contribuant à permettre d'apporter aux personnes en situation de handicap et à leurs familles une réponse de proximité dans le cadre du plan de prévention d'arrêt des départs non souhaités vers la Belgique ;

Considérant que le projet de l'APEI de SOISSONS « Les Papillons Blancs » permet de soutenir le choix des adultes en situation de handicap, de vivre en milieu ordinaire, en développant une palette de services équitablement répartie au sein du département ;

Considérant que cette extension de la capacité du SAMSAH de SOISSONS remplit les conditions de dérogation aux seuils prévus à l'article D.313-2 du CASF: liste d'attente de demandes conséquentes, capacité du porteur à répondre rapidement aux besoins ;

Considérant qu'au regard de ces éléments, il est dérogé à l'application des seuils fixés à l'article D.313-2 du CASF ;

## ARRETEMENT

**Article 1 :** L'APEI de SOISSONS « Les Papillons Blancs » est autorisée à modifier la capacité du SAMSAH de SOISSONS par une extension de 6 places, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

La capacité autorisée est ainsi portée de 26 places à 32 places, réparties comme suit :

- 20 places pour adultes présentant des déficiences intellectuelles
- 12 places pour adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 020005401
- Numéro de l'établissement (ET) : 020013959

**Article 2 :** En application de l'article L.313-5 du CASF, la durée de validité de l'autorisation initiale n'est pas prorogée.

**Article 3 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement ou du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article 4 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du service, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément à l'article L.313-1 du CASF. En vertu de l'article L.313-1 du même code, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes.

**Article 5 :** En application de l'article D.312-7-2 du CASF, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de 4 ans suivant la notification du présent arrêté d'autorisation.



**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 publication ou de sa notification.

**Article 7 :** Le présent arrêté sera notifié sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'APEI de SOISSONS « Les Papillons Blancs » - 4 boulevard Jules Ferry - 02200 SOISSONS.

**Article 8 :** Le Directeur de l'offre médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France et le Directeur général des services du département de l'Aisne sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et au bulletin officiel du département de l'Aisne dont une copie sera adressée à :

- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai,
- Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aisne,
- Monsieur le Maire de SOISSONS,
- Madame la Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne.

Fait en deux exemplaires

A Lille, le

**02 NOV. 2020**

Le Directeur général de l'Agence  
Régionale de Santé des Hauts-de-France

Pour le Directeur général et par délégation  
Le Directeur de l'Offre Médico-Sociale

**Sylvain LEQUEUX**

Le Président du Conseil départemental

Nicolas FRICOTEAUX  
2020.10.29 20:14:22 +0100  
Ref:20201020\_163402\_1-5-S  
Signature numérique  
Le Président du Conseil départemental

NICOLAS FRICOTEAUX

# Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

R32-2020-11-05-003

Décision modifiant la décision du 8 juin 2020 désignant les agents réquisitionnés auprès de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020- 551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire

**DECISION MODIFIANT LA DECISION DU 8 JUI 2020 DESIGNANT LES AGENTS REQUISITIONNES AUPRES DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE HABILITES AU TITRE DES ARTICLES 3 ET 10 DU DECRET N°2020- 551 DU 12 MAI 2020 RELATIF AUX SYSTEMES MENTIONNES A L'ARTICLE 11 DE LA LOI N°2020-546 DU 11 MAI 2020 PROROGANT L'ETAT D'URGENCE SANITAIRE (N°6)**

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

**CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

Vu le code de la sante publique ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

Vu 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) - M. VALLET (Benoît) ;

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions et notamment son article 3 ;

Vu la décision modifiée du directeur général de l'ARS du 8 juin 2020 désignant les agents réquisitionnés auprès de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;



## DECIDE

**Article 1** - L'annexe 1 de la décision du 8 juin 2020 susvisée fixant la liste des agents réquisitionnés auprès de l'ARS habilités en application de l'article 1 de la décision du 8 juin 2020 susvisée est modifiée et figure, dans sa version consolidée, en annexe 1 de la présente décision.

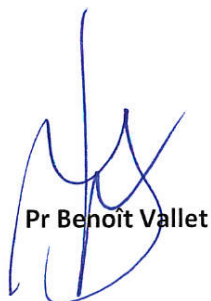
**Article 2** - L'annexe 2 de la décision du 8 juin 2020 susvisée fixant la liste des agents réquisitionnés auprès de l'ARS habilités en application des articles 2 et 3 de la décision du 8 juin 2020 susvisée est modifiée et figure, dans sa version consolidée, en annexe 2 de la présente décision.

**Article 3** - 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 4** - La présente décision sera notifiée aux agents réquisitionnés auprès de l'ARS listés en annexe de la présente décision.

**Article 5** - Le directeur de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale est chargé 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 5 novembre 2020



Pr Benoit Vallet

**Annexe 1 : Agents réquisitionnés auprès de l'ARS habilités en application de l'article 1 de la décision du 8 juin 2020 susvisée (Contact COVID et SORMAS)**

BABA	Fayçal
BAL	Sylvie
BALAYE	Pierre
BAUDIER	Laurence
BEHAIS	Candice
BLART	Pauline
BLEUX	Betsy
BOURY	Sophie
BROGNART	Céline
CATRICE	Lucie
CIPRIANI	Sara
COUSIN	Véronique
CUDEJKO	Inès
DABONNEVILLE	Caroline
DE BOUTEILLER	Florian
DECARNIN	Stéphane
DEGORRE	Cathy
DELALEAU	Margaux
DELEFOSSE	Juliette
DENNETIERE	Mylène
DHERLINCOURT	Scholastie
DUBOIS	Marion
DUMESNIL	Chloé
DUMONT	Axelle
HOUSET	Marie
HUYGHES	Pierre
LAHOUSSE	Sophie
LARRIEU	Clémentine
LEBEVRE	Baptiste
LEBLANC	Marine
LECAT	Louise
LEFEBVRE	Jean-François
LEJEUNE	Florence
MACCIONI	Stéphanie
MARESCAUX	Anne Laure
MEGRET	Constantin
MORISS	Rémy
NGUYEN	Astrid
RABELLE	François
RIZZUTI	Juliette
ROUSSEL	Cédric
RUCHON	Amandine
SPELEERS	Margot
UYTTERHAEGEN	Nathalie

VALETTE	Héloïse
VERMEERSCH	Lydie

**Annexe 2 : Agents réquisitionnés auprès de l'ARS habilités en application des articles 2 et 3 de la décision du 8 juin 2020 susvisée (SI-DEP)**

BALAYE	Pierre
BEHAIS	Candice
BERTELOOT	Elise
BLART	Pauline
BOURY	Sophie
CATRICE	Lucie
CIPRIANI	Sara
DE BOUTEILLER	Florian
DENNETIERE	Mylène
DERLIN COURT	Scholastie
DUBOIS	Marion
LAHOUSSE	Sophie
LEBLANC	Marine
ROUSSEL	Cédric

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2020-11-02-019

**DECISION PORTANT EXTENSION DE LA CAPACITE  
DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE (MAS) «  
FREDERIC DEWULF » SITUÉE A BAISIEUX, GEREE  
PAR L'APEI DE LILLE**

**DECISION PORTANT EXTENSION DE LA CAPACITE DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE (MAS) « FREDERIC DEWULF » SITUEE A BAISIEUX, GEREE PAR L'APEI DE LILLE**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment ses articles L.312-1, L.313-1 à L.313-9, R.313-9, D.312-0-1 à D.312-0-3, D.313-2, D.313-10 à D.313-14 ;

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

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 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – (M. Benoît Vallet) ;~~

Vu la décision du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

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

Vu la décision du 18 juin 2019 portant regroupement de la MAS « Dewulf » et de la MAS « P'tite MAS », portant la capacité à 110 places ;

Vu la demande complète déposée par l'association APEI de Lille, réceptionnée à l'ARS le 27 octobre 2020 ;

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs et besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Projet Régional de Santé 2018-2028, en ce qu'il favorise le maintien des personnes en situation de polyhandicap dans leur logement et leur cadre de vie;

Considérant que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 du CASF ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations octroyées par la CNSA ;

Considérant que le projet d'extension constitue une extension non importante, dont l'autorisation ne nécessite pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

## DECIDE

**Article 1 :** La demande déposée par l'APEI de Lille en vue de créer 5 places d'accompagnement à domicile à titre expérimental par la MAS de Baisieux est accordée, pour une durée de 3 ans.  
Cette autorisation se traduit par une extension non importante de 5 places, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020.



La capacité totale autorisée est ainsi portée de 110 places à 115 places, réparties comme suit :

- 79 places en hébergement complet,
- 9 places d'accueil temporaire,
- 22 places d'accueil de jour,
- 5 places à titre expérimental en accueil modulaire à domicile pour personnes présentant un polyhandicap.

Les bénéficiaires sont des adultes à partir de 16 ans présentant un polyhandicap (90 places), des troubles du spectre de l'autisme, (15 places), ou toutes déficiences (10 places).

**Article 2 :** Cette opération sera enregistrée au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

- Numéro de l'entité juridique (EJ) : 590799821
- Numéro de l'établissement (ET) : 590814844

**Article 3 :** En application de l'article L.313-5 du code de l'action sociale et des familles, la durée de validité de l'autorisation de renouvellement n'est pas prorogée.

**Article 4 :** La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée à la transmission d'une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité de l'établissement aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

**Article :** En application de l'article D 312-7-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, cette autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de 4 ans suivant la notification de la présente décision d'autorisation.

**Article 6 :** Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement, par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément à l'article L 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.  
~~En vertu de l'article L 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente.~~

**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 publication ou de sa notification.

**Article 8 :** La présente décision sera notifiée sous pli recommandé avec demande d'avis de réception au représentant légal de l'APEI de Lille – 42, rue Roger Salengro – CS 10092 – 59030 LILLE cédex.

**Article 9 :** Le directeur de l'Offre médico-sociale de l'ARS Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Hauts-de-France et dont copie sera adressée à :

- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Lille-Douai,
- Monsieur le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,
- Monsieur le maire de Baisieux,
- Monsieur le directeur de la maison départementale des personnes handicapées du Nord.

A Lille, le 02 NOV. 2020

Le directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France

Pour le Directeur général et par délégation  
Le Directeur de l'Offre Médico-Sociale

Sylvain LEQUEUX



# Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

R32-2020-11-12-002

Décision portant modification de la décision du 8 juin 2020 désignant les agents de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020- 551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire

**DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION DU 8 JUIN 2020 DESIGNANT LES AGENTS DE L'AGENCE REGIONALE DE  
SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE HABILITES AU TITRE DES ARTICLES 3 ET 10 DU DECRET N°2020- 551 DU 12 MAI 2020 RELATIF AUX  
SYSTEMES MENTIONNES A L'ARTICLE 11 DE LA LOI N°2020-546 DU 11 MAI 2020 PROROGANT L'ETAT D'URGENCE  
SANITAIRE (N°8)**

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

**CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR**

Vu le code de la sante publique ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

Vu 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 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS) - M. VALLET (Benoît) ;

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions et notamment son article 3 ;

Vu la décision modifiée du directeur général de l'ARS du 8 juin 2020 désignant les agents de l'agence régionale de santé Hauts-de-France habilités au titre des articles 3 et 10 du décret n°2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes mentionnés à l'article 11 de la loi n°2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 5 octobre 2020 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

## DECIDE

**Article 1** - L'annexe 1 de la décision du 8 juin 2020 susvisée fixant la liste des agents de l'ARS habilités en application de l'article 1 de la décision du 8 juin 2020 susvisée est modifiée et figure, dans sa version consolidée, en annexe 1 de la présente décision.

**Article 2** - L'annexe 2 de la décision du 8 juin 2020 susvisée fixant la liste des agents de l'ARS habilités en application des articles 2 et 3 de la décision du 8 juin 2020 susvisée est modifiée et figure, dans sa version consolidée, en annexe 2 de la présente décision.

**Article 3** - 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 4** - La présente décision sera notifiée aux agents de l'ARS listés en annexe de la présente décision.

**Article 5** - Le directeur de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale est chargé 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 novembre 2020



Pr Benoît Vallet

## ANNEXES

### Annexe 1 : Agents de l'ARS habilités en application de l'article 1 de la décision du 8 juin 2020 (Contact COVID et SORMAS)

ADANT	Antoine
AJUAU	Farida
AMBEZA	Camille
AVISSE	Valérie
BACLET	Catherine
BAEHR	Ingrid
BAELDE	Fanny
BARBARA	Benoît
BARTZ	Nathalie
BATTAVOINE	Margaux
BAUDIN	Ophélie
BELHADJ	Nora
BENTEGEAC	Raphaël
BERLAN	Marion
BILLIET	Lucie
BLANCHARD	Sophie
BLARY	Hélène
BLEUZE	Véronique
BLONDEL	Pierre
BLONDEL	Sylvie
BOISBOUVIER	Emmanuel
BOITEL	Anne-Valérie
BOIZEAU	Fanny
BOMY	Hélène
BONNINGUES	Marion
BOUBZIZ	Morad
BOUCHAKOUR	Rajat
BOULANGER	Emmanuelle
BOULANGER	Sarah
BOURDON	Peggy
BOUSSEMART	Pierre
BRABANT	David
BRENEK	Sixtine
BRIAUX	Christine
BRULE	Nicolas
BRUNEL	Alexandra
BRUXELLE	Sandrine
BULTELE	Hélène
BUSSIGNIES	Dorothee
CABRE	Philippe
CACHERA	Isabelle
CADO	Laurence
CAKOLLI	Léonard
CAMPOS	Léo

CAMUS-PAQUES	Corinne
CANESSE	Cécile
CANLER	Jean-Christophe
CAPRON	Anne
CARETTE	Sylvia
CARLIER	Edmonde
CARLIER	Christelle
CARON	Brigitte
CARPENTIER	Alexandre
CARPENTIER	Antoine
CARPENTIER	Marie-France
CARRE	Clément
CARTON	Romain
CARUSSI	Charlotte
CASARI	Aline
CAUCHETEUR	Géraldine
CAUCHY	Stéphane
CAUDE	Hélène
CERF	Emmanuelle
CERIEZ	Patrice
CHAMPION	Agnès
CHARDON	Sandrine
CHATEAU	Gaëlle
CHEVRIOT	Laurence
CHIVOT	Emerence
CHMIELINA	Amandine
CODEVELLE	Audrey
COLLET	Emmanuel
COLLINEAU	Christine
CONFORTI	Lucie
CONSEIL	Pierre
COPEAU	Christelle
COQUELET	Fabienne
COQUEREL	David
COQUET	Mathilde
COROLLER	Nathalie
COURTOIS	Catherine
COZETTE	Sylvie
CROGNIER	Florence
DACQUIN	Flore
DAMART	Dominique
DANET	Charlotte
DAYOT	Claire
DECAUDIN	Daphné
DEFEBVRE	Margot
DEGENNE	Vanessa
DEGORRE	Cathy
DEGREDEL	Maxime

DEJANCOURT	Amandine
DELAIRE	Gwendoline
DELALEAU	Margaux
DELANNOY	Clara
DELAUNAY	Pierre-Louis
DELEFOSSE	Juliette
DELLHEM	Nathalie
DELMOTTE	Isabelle
DELOGE	Nathalie
DELSARTE	Mélanie
DEMOULIN	Virginie
DENIS	Charlotte
DERENCHY	Aline
DERNONCOURT	Suzanne
DESMIDT	Anaïs
DEVARENNE	Sarah
DEVIEN	Laurent
DHAUSSY	Corinne
DHELLEM	Nathalie
DIVANDARY	Marie-Alexandra
DJOUDI	Samir
DREMAUX	Fanny
DRUESNES	Anne
DUCHANGE	Yves
DU-CREST	Hélène
DUMESNIL	Chloé
DUPONT	Corinne
DUPONT-COPPIN	Marine
DUQUESNOY	Anne
DURIEZ	Clémence
DUROZELLE	Matthieu
DUSSART	Clémence
DUTILLOY	Karine
DUVERGER	Marlène
EL BARTALI	Fatima
ELOY	Clémentine
FABRIS	Marie-Françoise
FAOUZI	Rachid
FAURE	René
FAUVEL	Pauline
FEMCZUK	Mélina
FERNAGUT	Véronique
FILLIERE	Nathalie
FISCHER	Carole
FOURDRAIN	Aurore
FREPPAZ	Laetitia
FRERE	Stéphanie
GAIGNIER	Matthieu



GAILLANDRE	Christine
GAILLARD	Corinne
GALLOIS	Emilie
GEST	Sabine
GONCE	Elodie
GRAMMONT	Dorothee
GRISEL	Stéphanie
GRUART	Anne-Sékolène
GUEMOURI	Mordjiane
GUERRERO	Mylène
GUERVENO	Katell
GUETARNI	Khalil
GUEY	Cécilia
GUIBERT	Pascal
GUILBAUT	Elodie
GUILBERT	Emmanuel
GUILLARD	Dominique
GUYFFROI	Laura
HAEGEBAERT	Sylvie
HANON	Jean-Baptiste
HASNAOUI	Omar
HAUTECOEUR	Nicolas
HAVEZ	Fabrice
HENNAUT	Annie
HEYMAN	Christophe
HOSTYN	Frédéric
HOUDARD	Aline
HOURIEZ	Cindie
HUART	Emmanuelle
HUBEAU	Céline
HUBERT	Fanny
HUMBERT	Claire
IACOB	Liana
JEHANNIN	Pascal
JOLY	Audrey
JOLY	Fabienne
JOENNE	Dorothee
JOURNAUD	Lionel
JULIEN	Martine
JUNKER	Tatiana
KAMANGU	Rémy
KAPUSCINSKI	Sophie
KAPUSCINSKI	Véronique
KSEL	Fabienne
LAINE	Marion
LAINE	Maryse
LALOUX	Antoine
LARVOR	Eloïse

LAUBERT	Martine
LE FRANÇOIS	Nathalie
LE ROUX MONTCLAIR	Virginie
LE TRIBROCHE	Jean
LECERF	Laura
LECLERCQ	Tristan
LECOCQ	Cécile
LECOCQ	Héloïse
LECOMTE	Caroline
LECOUTRE	Agnès
LECOUVEZ	Yann
LEFEBVRE	Jean-François
LELEU	Audrey
LELEU	Aurore
LEMOINE	Magalie
LEPAGE	Chloé
LEVEL DE RIDDER	Géraldine
LEVOYE	Charlotte
LEYENDECKER	Clara
LEYSSENS	Frédéric
LHERMITTE	Marion
LHERMITTE	Sophie
LOENS	Isabelle
LOREILLE	Tiphaine
LOURME	Laurent
LUCEAU	Stéphane
MAERTEN	Catherine
MAGNIER	Karine
MAHYAOUI	Youssef
MANOT	Marie-Laure
MAQUIN	Thierry
MARC	Benoît
MARCELLE	Lysiane
MARECAUX	Anne-Laure
MARQUE	Gwen
MARY-DIT-MARINIER	Léna
MAURICE	Stéphanie
MAURICE	Virginie
MEJEAN	Aurélie
MELCHIORRE	Thomas
MERLIN-DEFOIN	Béatrice
MERVILLE	Joanna
MEZRAG	Sabrina
MICHEL	Alexandra
MILLE	Anne
MILLOIS	Hélène
MONDON	Anne-Claire
MORANVILLE	Sandrine

MOREAU	Sophie
MOREAU	Stéphanie
MOULIN	Maxime
MOUSLI	Sania
NGUYEN	Astrid
NICOLAS	Geoffrey
NOEL	Henriette
NORMAND	Benoît
OHAYON	Alain
OTSMANE	Nacera
OUAHBI	Sadia
PAGNON	Nathalie
PALAUD	Audrey
PALLENCHIER	Alicia
PANNIER	Jérôme
PANNIER	Laurette
PECHIN	Martine
PELLETIER	Marine
PERICARD	Marielle
PEROUTKA	Caroline
PETIT	Claudia
PETRIAT	Clotilde
PIECZYNSKI	Christiane
PIERREZ	Laura
PIOTROWSKI	Sébastien
PISSON	Cyril
PLEE	Nathalie
POLLET	Eric
POMMART	Anne
PONTIES	Valérie
POTENSIER	Marie-Laure
POTTIER	Marine
POULAIN	Damien
POULAIN	Noémie
POYELLE	Sylvie
PRIEUR	Hélène
PROUVOST	Hélène
QUENIART	Marion
QUEVERUE	Aline
RADET	Alban
REBILLY	Elisabeth
REGUII	Aziza
RENAUX	Olivier
RICHEBE	Claire
RIGOUREAU	Julie
RIMBAUD	Cyril
RIMBAULT	Céline
RINGLER	Virginie

RIQUOIR	Sabrina
RIVAS	Laurent
RIVET	Michael
ROGEZ	Pascale
ROSE	François-Xavier
ROUQUET	Ronan
ROUTTIER	Morgane
RUCHON	Marielle
RYCKEWAERT	Danièle
SABLE	Nathalie
SALMON	Aymeric
SAMMIEZ	Armelle
SANZ	Florian
SCANU	Nina
SCHIAULINI	Marie-Aude
SCHLOUCK	Jérôme
SCHNEEBELI	Elvire
SCHRYVE	Magalie
SECQ	Jimmy
SEILLIER	Richard
SENAICI	Abdelmalik
SERRE	Marine
SEURONT-SCHEFFBUCH	Dorine
SI ABDALLAH	Mohamed
SKALECKI	Emma
SOURY-LAVERGNE	Aude
SZYMANSKI	Claudia
TAILLANDIER	Hélène
TANIERE	Aurore
TERNISIEN	Sarah
THIELENS	Laurence
THIERRY	Alexandra
THOPART	Sophie
THUEUX	Karine
TIZAGHTI	Hinde
TOPART	Pascal
TOUPET	Laurène
TRIQUET	Judith
URBANO	Emmanuel
VAN CALSTER	Sébastien
VANBOCKSTAEL	Vincent
VANDENDORPE	Stéphane
VERFAILLIE	Carine
VERITE	Elisabeth
VERLOOP	David
VERNEL	Coralie
VERONES	Karine
VEYRET	Jérôme

VIGUIER-GODART	Catherine
WAELES	Lisa
WILLEMS	Capucine
WOZNIAK	Martine
WYNDELS	Karine
ZAMIARA	Célia
ZIELINSKI	Olivier
ZOONEKYND	Jennifer

**Annexe 2 : Agents habilités en application des articles 2 et 3 de la décision du 8 juin 2020 (SI-DEP)**

BACLET	Catherine
BARBARA	Benoît
BARTZ	Nathalie
BENTEGEAC	Raphaël
BLARY	Hélène
BLEUZE	Véronique
BLONDEL	Pierre
BLONDEL	Sylvie
BOMY	Hélène
BOULANGER	Emmanuelle
BOUSSEMART	Pierre
BRENEK	Sixtine
BRULE	Nicolas
CABRE	Philippe
CACHERA	Isabelle
CADO	Laurence
CAMPOS	Léo
CANLER	Jean-Christophe
CAPRON	Anne
CARUSSI	Charlotte
CERF	Emmanuelle
CHAMPION	Agnès
COLLINEAU	Christine
COQUELET	Fabienne
DANET	Charlotte
DECAUDIN	Daphné
DEFEBVRE	Margot
DEGREDEL	Maxime
DEVIEN	Laurent
DUCHANGE	Yves
DUPONT	Corinne
DUQUESNOY	Anne
DURIEZ	Clémence

DUVERGER	Marjorie
FAURE	René
FERNAGUT	Véronique
FILLIERE	Nathalie
FISCHER	Carole
FOURDRAIN	Aurore
GAILLANDRE	Christine
GUILBAUT	Elodie
HEYMAN	Christophe
HOUDARD	Aline
HUART	Emmanuelle
JEHANNIN	Pascal
JOLY	Audrey
LAUBERT	Martine
LECOQC	Cécile
LECOQC	Héloïse
LEPAGE	Chloé
LEYENDECKER	Clara
LOENS	Isabelle
LOREILLE	Tiphaine
LUCEAU	Stéphane
MAERTEN	Catherine
MAHYAOUI	Youssef
MARQUE	Gwen
MAURICE	Virginie
MERLIN-DEFOIN	Béatrice
MERVILLE	Joanna
MONDON	Anne-Claire
MORANVILLE	Sandrine
MOREAU	Sophie
MOREAU	Stéphanie
NOEL	Henriette
OHAYON	Alain
PISSON	Cyril
POLLET	Eric
PRIEUR	Hélène
QUEVERUE	Aline
REBILLY	Elisabeth
RIQUOIR	Sabrina
RIVET	Michael
ROGEZ	Pascale
ROSE	François-Xavier
ROUQUET	Ronan
SANZ	Florian
SCHIAULINI	Marie-Aude
SENAICI	Abdelmalik
SEURONT-SCHEFFBUCH	Dorine
SI ABDALLAH	Mohamed



SOURY-LAVERGNE	Aude
TAILLANDIER	Hélène
VANBOCKSTAEL	Vincent
VERITE	Elisabeth
VERLOOP	David
WYNDELS	Karine
ZAMIARA	Célia