

S O M M A I R E
du recueil des actes administratifs
de la préfecture de la région CHAMPAGNE-ARDENNE
n° 12 quindecies du 31 décembre 2015

Vous pouvez consulter ce recueil des actes administratifs dans sa version "mise en ligne"
sur le site internet de la préfecture de la région Champagne-Ardenne, préfecture de la Marne
dont l'adresse complète est la suivante :

<http://www.champagne-ardenne.pref.gouv.fr/>

MESURES NOMINATIVES	4
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	4
<i>Décision n° 2015-1382 en date du 03 décembre 2015 modifiant la décision 2015-188 du 10 avril 2015 nommant les psychiatres référents départementaux des cellules d'urgence médico-psychologique</i> -----	4
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	4
<i>Arrêté N°2015-1440 du 10 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Troyes (Aube)</i> -----	4
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	5
<i>Arrêté n°2015-1441 du 10 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance de l'Etablissement public de santé mentale de la Marne (Marne)</i> -----	5
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	6
<i>Arrêté N°2015-1442 du 11 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Dizier (Haute-Marne)</i> -----	6
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	7
<i>Arrêté n°2015-1466 en date du 15 décembre 2015 modifiant la composition de la conférence de territoire Champagne-Ardenne nord</i> -----	7
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	10
<i>Arrêté N°2015-1571 du 29 décembre 2015 modifiant la composition de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) du Centre Hospitalier de Nouzonville</i> -----	10
TEXTES GENERAUX	11
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	11
<i>Arrêté conjoint ARS Nord – Pas-de-Calais, ARS Picardie et ARS Champagne-Ardenne n°2015-854 du 19 août 2015 portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi-sites de l'Etablissement Français du Sang Nord de France</i> -----	11
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	13
<i>Arrêté n° 2015-1278 du 19/11/2015 modifiant l'autorisation accordée à l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux de Champagne-Ardenne par extension non importante à créer 4 places supplémentaires en Service d'accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, portant la capacité totale à 24 places</i> -----	13
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	14

<i>Décision n° 2015 – 1462 du 11/12/2015 portant fixation des frais de siège pour l'année 2015 du GPEAJH</i> -----	14
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	15
<i>Décision n° 2015 – 1500 du 22 décembre 2015 de demande d'autorisation pour les activités de soins suivantes : Activité clinique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Transfert des embryons en vue de leur implantation », Activité biologique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Fécondation in vitro sans et avec micromanipulation », présentée par le centre hospitalier de Charleville-Mézières.</i> -----	15
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	16
<i>Décision n° 2015-1502 du 22 décembre 2015 de demande d'autorisation d'exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie selon la modalité suivante : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle de stimulation multisites et de défibrillation, avec exercice de l'activité sur le site de la polyclinique de Courlancy et exercice provisoire de l'activité sur le site de la polyclinique Saint-André à Reims, présentée par la Polyclinique de Courlancy à Reims.</i> -----	16
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	18
<i>Décision ARS n°2015 - 1505 du 22 décembre 2015 portant retrait définitif de l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont</i> -----	18
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	19
<i>Arrêté ARS n° 2015-1566 du 28 décembre 2015 – Arrêté DGSD n° 2015- modifiant le siège social de la mutualité française CHAMPAGNE-ARDENNE SSAM (gestionnaire de l'EHPAD « PRE DU SART » de CHARLEVILLE-MEZIERES)</i> -----	19
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	20
<i>Arrêté ARS n° 2015-1567 du 28 décembre 2015 – Arrêté DGSD n° 2015- modifiant le siège social de la mutualité française CHAMPAGNE-ARDENNE SSAM (gestionnaire de l'EHPAD « MARCADET » de BOGNY SUR MEUSE)</i> -----	20
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	21
<i>Décision n° 2015-1568 du 28 décembre 2015 portant modification d'agrément pour effectuer des transports sanitaires terrestres</i> -----	21
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	22
<i>Arrêté n °2015 - 1572 du 29 décembre 2015 autorisant le Centre Hospitalier de la Haute Marne à créer, à titre expérimental, sur le champ de l'enfance, une plateforme de diagnostic autisme pour le département de la Haute-Marne</i> -----	22
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	23
<i>Décision n° 2015–1575 du 30 décembre 2015 portant caducité de l'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon la modalité d'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et de dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale sur le site de Vitry-le-François, présentée par l'ARPD de Reims.</i> -----	23
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	23
MENTIONS INSEREES AU RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS DE LA REGION -----	23
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	24
<i>Décision n° 1471 du 17 décembre 2015 portant fixation des frais de siège pour l'année 2015 de l'association d'aide aux infirmes moteurs cérébraux</i> -----	24
AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE	27

Arrêté N°2015-1463 du 15 décembre 2015 portant autorisation du protocole de coopération entre professionnels de santé -----27
« Prise en charge par l’infirmier des diabétiques insulino traités par pompe à insuline externe selon un Plan d’Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin» -----27

MESURES NOMINATIVES

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 2015-1382 en date du 03 décembre 2015 modifiant la décision 2015-188 du 10 avril 2015 nommant les psychiatres référents départementaux des cellules d'urgence médico-psychologique

Le Directeur général par intérim de l'ARS Champagne Ardenne

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.6311-25 à R-6311-30 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu l'arrêté ministériel du 16 janvier 2015 nommant le Docteur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne ;

Vu la décision n°2015-188 en date du 10 avril 2015 nommant les psychiatres référents départementaux des cellules d'urgence médico-psychologique

Considérant la proposition de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de la Haute-Marne.

Considérant la proposition de Monsieur le Directeur de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne

DECIDE

Article 1er

L'article 1^{er} de la décision sus visée du 10 avril 2015 est modifié comme suit :

Dans le département de la Marne, le Dr Fabien Getten, suppléante, Madame le

Dr Thérèse Bichet

Dans le département de la Haute-Marne, le Dr Seddik Bellouz

Le reste de la décision demeure sans changement.

Article 2

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne dans le délai de deux mois à compter de la date de sa publication au recueil des actes administratifs.

Article 3

Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région Champagne-Ardenne.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 03 décembre 2015

Le Directeur général par intérim

de l'ARS Champagne-Ardenne

Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté N°2015-1440 du 10 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Troyes (Aube)

VU

Le code de la santé publique ;

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

L'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne ;

La décision n°2015-880 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

ARRETE

Article 1^{er} :

Le conseil de surveillance du centre hospitalier de Troyes (Aube) est composé des membres ci-après :

1°) En qualité de représentants des collectivités territoriales

Monsieur François BAROIN, Maire de la commune de Troyes ;

Madame Elisabeth PHILIPPON, Ajointe au Maire chargée des « Affaires sociales, Solidarité entre les générations », Représentante de la commune de Troyes ;

Monsieur Olivier GIRARDIN, Représentant la Communauté d'agglomération Troyenne ;

Monsieur Alain BALLAND, Représentant la Communauté d'agglomération Troyenne ;

Mme Pauline STEINER, Représentant le Président du Conseil départemental de l'Aube ;

2°) En qualité de représentants du personnel

Madame Véronique SEBILLE, Représentante de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;

Monsieur le Docteur Philippe TISSERANT et Madame le Docteur Adeline SCHENDEL, Représentants de la Commission Médicale d'Etablissement ;

Monsieur Pascal BARBERY et Madame Martine BOUDIN, Représentants des organisations syndicales ;

3°) En qualité de personnalités qualifiées

Personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'ARS de Champagne-Ardenne

Madame Marie-Christine ARCHAMBAULT, Représentante de l'UDAF de l'Aube ;
Monsieur le Docteur Frédéric BEVIER, Médecin libéral ;

Représentants des usagers désignés par le Préfet du département de l'Aube

Madame Marie-Thérèse MILLARD, Représentante de l'Association JALMALV ;
Madame Sylviane BETTINGER, Représentante de la Ligue Contre le Cancer ;

Personnalité qualifiée désignée par le Préfet du département de l'Aube

Madame ROUVRE, Représentante de l'APEI.

Article 2 :

La durée des fonctions des membres du conseil de surveillance est fixée à 5 ans, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article R.6143-12 du code de la santé publique.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou à l'égard des tiers, dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 4 :

Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Fait à Châlons-en-Champagne,
Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté n°2015-1441 du 10 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance de l'Etablissement public de santé mentale de la Marne (Marne)

VU

Le code de la santé publique ;
La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
L'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne ;
La décision n°2015-880 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

ARRETE

Article 1^{er} :

La composition du conseil de surveillance de l'Etablissement public de Santé Mentale de la Marne est fixée comme suit :

I- Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative

1°) En qualité de représentants des collectivités territoriales

Monsieur Christian BATY, représentant le Maire de la commune de Châlons-en-Champagne ;
Madame Frédérique SCHULTESS représentant de la Communauté de Communes de Châlons-en-Champagne ;
Monsieur ADAM, représentant de la Communauté de Communes de Châlons-en-Champagne ;
Monsieur Jean-Louis DEVAUX, Conseiller départemental, représentant du Président du Conseil départemental de la Marne ;
Monsieur Alphonse SCHWEIN, Conseiller départemental, représentant du Président du Conseil départemental de la Marne ;

2°) En qualité de représentants du personnel

Monsieur Patrick LAHANQUE, Représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
Monsieur le Docteur Bernard ROUSSELOT et Monsieur le Docteur Philippe LOEFFEL, Représentants de la Commission Médicale d'Etablissement ;
Madame Myriam DE CARVALHO et Madame Juliette PELLOUX, Représentantes désignées par les organisations syndicales ;

3°) En qualité de personnalités qualifiées

Personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'ARS de Champagne-Ardenne

Monsieur Jean Paul SCHUESTER, UDAF de la Marne ;
Monsieur le Docteur Daniel JACQUES, Médecin libéral ;

Personnalités qualifiées désignés par le Préfet du département de la Marne

Madame Marie Jeanne SALVATORI, Association ADAPEI Marne ;
Monsieur Michel COLLARD, Association UNAFAM ;

Madame Micheline MAT, Agent de maîtrise principal retraitée ;

II - Sont membres du conseil de surveillance avec voix consultative

Le vice-président du directoire, président de la commission médicale d'établissement ;

Le directeur général de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne ;

Le directeur de la CPAM de la Marne ;

Le représentant des familles de personnes accueillies : en attente de désignation.

Article 2 :

La durée des fonctions des membres du conseil de surveillance est fixée à 5 ans, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article R.6143-12 du code de la santé publique.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou à l'égard des tiers, dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 4 :

Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Fait à Châlons-en-Champagne,

Le directeur général p.i de l'ARS Champagne-Ardenne,

Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté N°2015-1442 du 11 décembre 2015 fixant la composition nominative du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Dizier (Haute-Marne)

VU

Le code de la santé publique ;

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

L'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoit CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne ;

La décision n°2015-880 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

ARRETE

Article 1^{er} :

Le conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Dizier est composé des membres ci-après :

I - Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative

1°) En qualité de représentants des collectivités territoriales

Monsieur François CORNUT-GENTILLE, Maire de la commune de Saint Dizier ;

Madame Pascale KREBS, Représentante de la Communauté de communes de Saint-Dizier, Der et Perthois ;

Madame Elisabeth ROBERT DEHAULT, Représentante du Président du Conseil départemental du département de la Haute Marne ;

2°) En qualité de représentants du personnel

Madame Sonia PETER, Représentant la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;

Monsieur le Docteur FRANCIS, Représentant de la Commission Médicale d'Etablissement ;

Monsieur Philippe HERBACH, Représentant désigné par les organisations syndicales ;

3°) En qualité de personnalités qualifiées

Personnalité qualifiée désignée par le Directeur général de l'ARS de Champagne-Ardenne

Monsieur le Docteur André BALLEREAU, Médecin libéral ;

Représentants des usagers désignés par le Préfet du département de la Haute-Marne

Madame Françoise MAZERON, Ligue contre le Cancer ;

Madame Mireille CECCHINI, UFC Que Choisir ;

II - Sont membres du conseil de surveillance avec voix consultative

Le Vice-Président du Directoire du Centre Hospitalier de Saint Dizier ;

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne ;

Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département de la Haute-Marne ;

Monsieur Benoît MARCHAND, Représentant des familles de personnes accueillies.

Article 2 :

La durée des fonctions des membres du conseil de surveillance est fixée à 5 ans, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article R.6143-12 du code de la santé publique.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou à l'égard des tiers, dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 4 :

Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Fait à Châlons-en-Champagne,
Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté n°2015-1466 en date du 15 décembre 2015 modifiant la composition de la conférence de territoire Champagne-Ardenne nord

Le Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L1434-17 et D1434-1 à D1434-20 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire modifié ;

Vu l'arrêté n°2010-654 du 7 octobre 2010 fixant les territoires, siège des conférences de territoires en Champagne-Ardenne ;

Vu l'arrêté n°2010-1000 du 23 décembre 2010 modifié fixant la composition de la conférence de territoire Champagne-Ardenne nord ;

ARRETE

Article 1^{er}

Sont nommés membres de la conférence Champagne-Ardenne nord, instituée auprès de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne, les personnes dont les noms suivent :

Représentants des établissements de santé

Représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements

Désignés par la Fédération Hospitalière de France :

Monsieur VICENZUTTI Lucien, titulaire,

Monsieur DOUSSEAU Xavier suppléant,

Monsieur GURZ Richard, titulaire,

Suppléant non désigné.

Désignés par la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer :

Monsieur le Professeur MERROUCHE Yacine, titulaire,

Monsieur le professeur NGUYEN Tan Dat, suppléant.

Désignés par la Fédération de l'Hospitalisation Privée :

Monsieur FRENEHARD Jean-Marc, titulaire,

Madame LAHIRE Frédérique, suppléant,

Désignés par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne :

Monsieur VIANA Eric, titulaire,

Suppléant non désigné.

Présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement

Désignés par la Fédération Hospitalière de France :

Monsieur le Professeur RIEU Philippe, titulaire,

Monsieur le Docteur MEROL Jean-Luc, suppléant,

Monsieur le Docteur HACHEM Hikmat, titulaire,

Suppléant non désigné,

Titulaire non désigné,

Monsieur le Docteur DIANI Abdellatif, suppléant.

Désignés par la Fédération de l'Hospitalisation Privée :

Monsieur le docteur SCHMITT Ghislain, titulaire,

Monsieur le docteur VRILLAUD Henri-Georges, suppléant.

Désigné par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne :
Titulaire non désigné,
Monsieur le docteur FRANGI Issam, suppléant.

Représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux

Œuvrant en faveur des personnes âgées

Désignées par la Fédération Hospitalière de France :
Madame GUERIN-JACQUEMIN Delphine, titulaire,
Madame DESIMPEL Françoise, suppléante.

Désignés par l'Union **Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux de Champagne Ardenne** :

Madame IBRAHIM Jacqueline, titulaire,
Madame LECLER-QUEVAL Marceline, suppléante.

Désignée par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne :
Madame CAVELIER Patricia, titulaire,

Désignée par l'UNIFED :
Madame RAIMBEAUX Nadine, suppléante.

Désignés par Syndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées :
Monsieur BARBIER Gérard, titulaire,
Monsieur PIGANIOL Alain, suppléant.

Œuvrant en faveur des personnes handicapées

Désignées par la Fédération Hospitalière de France :
Monsieur MARTIN Jacky, titulaire,
Suppléant non désigné.

Désignés par l'Union régionale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales :
Monsieur RAYMOND Gérard, titulaire,
Monsieur VAN DER SYPT Eric, suppléant.

Désignés par la Fédération nationale pour l'Insertion des personnes Sourdes et des personnes Aveugles en France et la CNAPE :
Monsieur HAFFRAY Loïc, titulaire,
Madame SCHMIERER Céline, suppléante.

Désignés par l'Union **Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux de Champagne Ardenne** :
Monsieur BOUSSAGOL Bertrand, titulaire,
Suppléant non désigné

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

En faveur de la prévention-promotion de la santé :
Madame CHIGIONI Myriam, titulaire,
Madame LEBRUN Delphine, suppléante.

En faveur de la lutte contre la précarité :
Madame GUY Marie-Pierre, titulaire,
Monsieur COLIN Jean-Luc, suppléant.

En faveur de l'environnement :
Titulaire non désigné,
Madame GERARD-MEILLAT Monique, suppléante.

Représentants des professionnels de santé libéraux et des internes en médecine générale

Désignés par l'URPS médecins :
Monsieur le docteur ACCARRINO Mattéo, titulaire,
Monsieur le docteur MENU-GUILLEMIN Stéphan, suppléant,
Monsieur le docteur COLOMB Michel, titulaire,
Monsieur le docteur THOMAS Marc-François, suppléant,

Monsieur le docteur CHIFFRE Patrick, titulaire,
Madame le docteur ROUSSELOT-MARCHE Elisabeth, suppléante.

Au titre des infirmiers libéraux :
Titulaire non désigné,
Suppléant non désigné.

Au titre des masseurs-kinésithérapeutes libéraux:
Monsieur PAY Philippe, titulaire,
Monsieur LAFLEUR Philippe, suppléant.

Au titre des pharmaciens libéraux :
Monsieur GERMAIN Dominique, titulaire,
Monsieur LACOUME Marc, suppléant.

Au titre des représentants des internes en médecine :
Monsieur PINTAULT Alexis, titulaire,
Suppléant non désigné.

Représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé

Monsieur le docteur ROUA Patrick, titulaire,
Madame le docteur PEUGNET Nathalie, suppléante.

Monsieur le professeur MORVILLE Patrice, titulaire,
Monsieur BROUSMICHE Pierre, suppléant.

Représentants des établissements assurant des activités de soins à domicile

Monsieur BERTIN Ivan, titulaire,
Monsieur PHILIPPON Fabrice, suppléant.

Représentant des services de santé au travail

Monsieur RICHET Sylvain, titulaire,
Monsieur DEPERNET Didier, suppléant.

Représentants des usagers

Représentants des associations agréées

Titulaire non désigné,
Monsieur MUNIER Patrick, suppléant, Union régionale des PEP Marne

Madame LAVOLE Brigitte, titulaire,
Suppléant non désigné, Ligue contre le cancer Marne

Monsieur BOUCHER Bruno, titulaire,
Monsieur JOSEPH Christian, suppléant, URAPEI Ardennes
UNAFAM Ardennes

Monsieur BONNEVIALE Roger, titulaire,
Suppléant non désigné, Association des diabétiques ardennais

Madame VARNET Isabelle, titulaire,
Monsieur TREUVELOT Thomas, suppléant, Alliance Maladies Rares
AIDES Marne

Représentants des associations de personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées

Madame JOURNEAU Christiane, titulaire, CODERPA Marne
Monsieur GRUSON Maurice, suppléant, CODERPA Marne
Titulaire non désigné CDCPH Marne
Monsieur MINET Christian, suppléant, CDCPH Ardennes
Monsieur DUCZYNSKI Patrice, titulaire, CODERPA Ardennes
Monsieur BOILEAU Michel, suppléant, CODERPA Ardennes

Représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements

Désignés par le Président du conseil régional :
Madame le docteur LEFLON Michèle, titulaire,
Monsieur MARANDON Nicolas, suppléant.

Désignés par l'Assemblée des Communautés de France :
Monsieur DEKENS Bernard, titulaire,
Suppléant non désigné.

Désigné par l'Assemblée des Communautés de France :
Monsieur DARKAOUI-ALLAOUI Darkaoui, titulaire,,
Suppléant non désigné.

Désignés par l'Association des maires de France :
Monsieur HERBILLON Didier, titulaire,
Monsieur LEVEQUE Dominique, suppléant,
Madame SCHAJER Elisa, titulaire,
Monsieur DEPAIX Régis, suppléant.

Désignés par l'assemblée délibérante du conseil départemental de la Marne :
Monsieur ROZE Jean-Marc, titulaire,
Monsieur BELAREDJ-TUNC Hadhoum, suppléant.

Désignés par l'assemblée délibérante du conseil départemental des Ardennes :
Madame POLETTI Bérangère, titulaire,
Monsieur BOURGEOIS Noël, suppléant.

Représentant de l'ordre des médecins

Monsieur le docteur DARAGON Hervé, titulaire,
Madame le docteur SALMON Laurence, suppléante.

Personnalités qualifiées

Madame FOURQUET Isabelle, administratrice MSA de l'association santé éducation et prévention sur les territoires Marne-Ardennes-Meuse.

Madame le Docteur LELUHANT-MENU Michèle, présidente de la CME de l'UGECAM de Charleville-Mézières, vice-présidente de l'association la Sève et le Rameau.

Monsieur MASSE André, directeur des CMPP/CAMSP des Ardennes

Article 2

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, dans le délai de deux mois à compter de la date de sa publication au recueil des actes administratifs.

Article 3

Le directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Champagne Ardenne.

Le Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté N°2015-1571 du 29 décembre 2015 modifiant la composition de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) du Centre Hospitalier de Nouzonville

VU

Les articles R1112-81 et R1112-83 du code de Santé Publique ;

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

L'arrêté du 16 janvier 2015 portant nomination de M. Benoit CROCHET, en qualité de directeur général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ;

Le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 créant la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;

Vu les propositions de l'établissement ;

ARRETE

Article 1^{er}

La composition de la CRUQPC du Centre Hospitalier de Nouzonville, pour ce qui concerne les représentants des usagers, est la suivante:

- Madame Colette DRAPIER, membre de l'Association SOS hépatites, demeurant 22 rue Cominay – 08700 Gespunsart, titulaire
- Monsieur STIRNEMANN,, membre de l'association JALMALV Ardennes, suppléant

- Madame Mireille BAUDOIN, membre du Comité Ardennais de la Ligue contre le Cancer, demeurant 979 rue de Pasteur – 08150 Rimogne, titulaire,
- Madame Jeannine RAHIER, membre du Comité Ardennais de la Ligue contre le Cancer, demeurant 49 rue des Pépinières, 08000 Charleville Mézières, suppléante.

Article 2

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, dans le délai de deux mois à compter de la dernière date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 3

Le Directeur général p.i. de l'ARS Champagne-Ardenne et le Directeur du Centre Hospitalier de Sainte-Ménéhould, sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêt qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Pour le Directeur général p.i. de l'ARS Champagne-Ardenne, et par délégation,

Le Chef de cabinet,

Signé Marielle TRABANT

TEXTES GENERAUX

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté conjoint ARS Nord – Pas-de-Calais, ARS Picardie et ARS Champagne-Ardenne n°2015-854 du 19 août 2015 portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi-sites de l'Etablissement Français du Sang Nord de France

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE NORD - PAS – DE- CALAIS

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE PICARDIE

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE CHAMPAGNE - ARDENNE

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1223-1 et suivants, R.1223-14 et R.1223-15 et le livre II de la sixième partie ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 69 ;

Vu l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 modifiée relative à la biologie médicale et notamment son article 7 relatif aux dispositions transitoires et finales ;

Vu la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale, notamment son article 5 et ratifiant l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et notamment son article 7 relatif aux dispositions transitoires et finales ;

Vu le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 208 ;

Vu le décret du Président de la République du 05 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie ;

Vu le décret du 12 septembre 2013 portant nomination de Monsieur Jean-Yves GRALL en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nord - Pas-de-Calais ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET en qualité de Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne ;

Vu l'arrêté conjoint du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nord – Pas-de-Calais, du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne - Ardenne en date du 22 octobre 2013 portant autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale de l'Etablissement Français du Sang Nord de France modifié le 19 décembre 2014 ;

Vu la décision du 04 décembre 2014 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie ;

Vu la décision n°2015-163 du 17 mars 2015 portant délégation de signature du Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ;

Vu la demande présentée le 3 mars 2015 par le Dr Jean Jacques HUART, directeur de l'EFS Nord de France, complétée les 30 avril et 6 mai 2015 en vue de la modification du site principal du laboratoire de biologie médicale de l'EFS Nord de France et de la liste des biologistes médicaux en exercice au sein de ce laboratoire ;

Sur proposition du Directeur de l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais, de la Directrice générale adjointe de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et du Directeur de l'Offre de Soins de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne

ARRÊTENT

Article 1^{er} : L'arrêté conjoint du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nord – Pas-de-Calais, du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne - Ardenne en date du 22 octobre 2013 susvisé portant autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi-sites de l'EFS Nord de France est modifié comme suit :

« Le laboratoire de biologie médicale de l'Etablissement Français du Sang Nord de France dont le siège social administratif est situé au 96 rue de Jemmapes à LILLE (59 012), exploité par l'Etablissement Français du Sang sis 20, avenue du Stade de France 93218 LA

PLAINE SAINT DENIS (93 218) et enregistré dans le fichier FINESS EJ sous le N° 930 019 229, est autorisé à fonctionner, sous le numéro 59-261, sur 9 sites selon les modalités suivantes :

- Site principal, autorisé pour la réalisation d'examens d'immuno-hématologie :

Rue Emile Laine
59 037 LILLE
N° FINESS : 59 004 849 2 (code catégorie 132)
Fermé au public

- Site secondaire, autorisé pour la réalisation d'examens de biologie médicale :

10/12 boulevard de Belfort
59 000 LILLE
N° FINESS : 59 004 848 4 (code catégorie 132)
Fermé au public

- Sites secondaires, autorisés pour la réalisation d'examens d'immuno-hématologie :

Avenue Désandrouin
59 322 VALENCIENNES
N° FINESS : 59 079 441 8 (code catégorie 132)
Fermé au public

99 route de La Bassée
62 307 LENS
N° FINESS : 62 000 816 9 (code catégorie 132)
Fermé au public

45 rue Cognac Jay
51 100 REIMS
N° FINESS : 51 000 234 8 (code catégorie 132)
Fermé au public

45 avenue de Manchester
08 011 CHARLEVILLE MEZIERES
N° FINESS : 08 000 355 1 (code catégorie 132)
Fermé au public
1 rue Michel de l'Hospital
02 321 SAINT QUENTIN
N° FINESS : 02 000 419 8 (code catégorie 132)
Fermé au public

Boulevard Laennec
60 109 CREIL
N° FINESS : 60 000 371 9 (code catégorie 132)
Fermé au public

6 rue Emile Lesot
80 084 AMIENS
N° FINESS : 80 001 852 5 (code catégorie 132)
Fermé au public

Le laboratoire de biologie médicale de l'Etablissement Français du Sang Nord de France est dirigé par Madame Odile FONTAINE, biologiste responsable.

Les biologistes médicaux pour tous les sites sont :

- Monsieur Gauthier ALLUIN,
- Madame Colette COSSEMENT,
- Madame Christine DJOBO-JERMIDI,
- Monsieur Hugues FOUANI,
- Madame Annie-Claude MANTEAU,
- Monsieur Philippe RAMAIN,
- Monsieur Michel RITS,
- Madame Catherine REMOND,
- Monsieur Eric TOULMONDE.

Article 2 : Sur chacun des sites, un biologiste du laboratoire doit être en mesure de répondre aux besoins du site et, le cas échéant, d'intervenir dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des patients. Le biologiste assumant la responsabilité du site doit être identifiable à tout moment.

Article 3 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

d'un recours gracieux auprès de M. le Directeur général de l'agence régionale de santé du Nord - Pas-de-Calais sise 556 avenue Willy Brandt 59 777 EURALILLE ou de M. le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire – CS 73706 – 80037 AMIENS ou de M. le Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne sise 2 rue Dom Pérignon 51 000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE ;

d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ;

d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif de Lille sis à LILLE (59 800), 143 rue Jacquemars Gielée ou le Tribunal administratif d'Amiens, sis 14 rue Lemerchier, 80000 AMIENS ou le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne sis 25 rue du Lycée 51 000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE.

En cas de recours gracieux ou hiérarchique, le recours contentieux peut être présenté dans un délai franc de deux mois après la notification d'une décision expresse ou implicite de rejet.

Article 4 : Le Directeur de l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé Nord Pas-de-Calais, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et le Directeur de l'Offre de Soins de l'Agence Régionale de Santé de Champagne - Ardenne sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des régions Nord – Pas-de-Calais, Picardie et Champagne – Ardenne.

Fait à Lille, le 07 septembre 2015

Le Directeur général de
l'Agence Régionale de Santé
Nord – Pas-de-Calais

Le Directeur général de
l'Agence Régionale de Santé
Picardie
La directrice generale adjointe

Pour le Directeur général de
l'Agence Régionale de Santé
Champagne – Ardenne,
Et par délégation,
Le Directeur de l'Offre de Soins,

Signé Dr Jean-Yves GRALL

Signé Françoise VAN RECHEM

Signé Thomas TALEC

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté n° 2015-1278 du 19/11/2015 modifiant l'autorisation accordée à l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux de Champagne-Ardenne par extension non importante à créer 4 places supplémentaires en Service d'accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, portant la capacité totale à 24 places
N° FINSS: 51 001 634 8

Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne,
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MARNE,

VU le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment leur titre I respectif ;

VU spécifiquement les articles D.312-166 à D.312-176 du code de l'action sociale et des familles et relatifs aux Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ;

VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment le titre IV, chapitre III article 124 ;

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

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 portant nomination, par intérim, M. Benoît CROCHET en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne ;

VU la décision 2015-163 en date du 17 mars 2015 portant délégation de signature du Directeur Général par intérim ;

VU le Programme Régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé en date du 13 avril 2012 et notamment, l'arrêté n°2012-362 du 13 avril 2012 fixant le Schéma Régional de l'Organisation Médico-social ;

VU l'arrêté n°2015-887 du 8 septembre 2015 du Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne portant actualisation du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (P.R.I.A.C) 2015-2019 de la région Champagne-Ardenne ;

VU le schéma départemental de la Marne relatif aux actions en faveur des personnes handicapées adopté en mai 2005 ;

VU l'arrêté conjoint en date du 23 septembre 2014 autorisant l'extension de la capacité d'accueil du SAMSAH d'une place;

VU la demande d'autorisation d'extension non importante de 4 places supplémentaires du SAMSAH en date du 26 octobre 2015, par transfert d'une partie des crédits destinés initialement à l'extension de 2 places d'internat de la MAS Marc TOUSSAINT de l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux ;

VU la notification de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) du 13 février 2012 fixant les autorisations d'engagement 2012 de mesures nouvelles par anticipation au titre des années 2013 à 2016 ;

Considérant que le projet répond aux orientations du schéma régional d'organisation médico-social – volet personnes handicapées et du schéma départemental de la Marne en faveur des personnes handicapées ;

Considérant que le projet est compatible avec les orientations du PRIAC ;

Considérant que le projet présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations destinées aux établissements et services pour personnes handicapées et mentionnées à l'article L 314-3 du CASF, étant précisé que l'installation ne pourra pas intervenir avant la date d'octroi des crédits ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur Général par intérim de l'ARS de Champagne-Ardenne et de Monsieur le Directeur Général des Services du Département ;

A R R E T E N T

L'arrêté du 23 septembre 2014 est modifié comme suit :

Article 1er : L'autorisation, visée à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et sollicitée par l'Association d'Aide aux IMC de Champagne-Ardenne, en vue d'étendre la capacité du SAMSAH de 4 places pour personnes handicapées est accordée. Cette autorisation porte la capacité totale du SAMSAH à 24 places.

Article 2 : Le service est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et autorisé à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, à hauteur de 24 places.

Article 3 : Cet établissement est répertorié dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité établissement :	SAMSAH
N° FINESS :	51 001 634 8
Code catégorie :	445 Service d'Accompagnement Médico-social Adultes Handicapés
Code discipline d'équipement :	510 Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
Code type d'activité :	16 Prestation en Milieu Ordinaire
Code type clientèle :	420 Déficience motrice avec troubles associés

Article 4 : L'autorisation est accordée pour l'ouverture de 4 places supplémentaires à compter du 1^{er} octobre 2015.

Article 5 : Le présent arrêté n'emporte aucune incidence sur les dispositions de l'article L 312-1 du CASF en ce qu'il ne modifie pas le délai prévu pour réaliser l'évaluation externe mentionnée à l'article L 313-5 du même Code et nécessaire au renouvellement de l'autorisation du SAMSAH.

Article 6 : Tout recours contre le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons en Champagne, 25 rue du Lycée – 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE dans un délai franc de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne, ou à l'égard des personnes et des organismes auxquels il est notifié, à compter de la date de sa notification.

Article 7 : Monsieur le Directeur Général par intérim de l'ARS de Champagne-Ardenne et Monsieur le Directeur Général des Services du Département sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Champagne-Ardenne et dont une copie sera adressée à Monsieur le Président de l'Association d'Aide aux Infirmités Motrices Cérébrales de Champagne-Ardenne – 65 rue Edmond Rostand - 51100 REIMS.

Châlons en Champagne, le 19 novembre 2015

Pour le Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
La directrice du Secteur Médico-social
Signé Edith CHRISTOPHE

Le Président du Conseil Départemental de la Marne

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 2015 – 1462 du 11/12/2015 portant fixation des frais de siège pour l'année 2015 du GPEAJH

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'ARS CHAMPAGNE-ARDENNE

Vu le code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le code de la Sécurité Sociale ;

Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité Sociale pour 2015 publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2014 ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2003 modifié fixant les modèles de documents prévus aux articles 9, 12, 16, 18, 19, 47, et 83 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L 312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 avril 2015 publié au Journal Officiel du 10 mai 2015 pris en application de l'article L314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles fixant, pour l'année 2015 l'objectif global de dépenses d'assurance maladie et le montant total de dépenses médico-sociales autorisées pour les établissements et services médico-sociaux publics et privés ;

Vu la décision du directeur de la CNSA en date du 11 mai 2015 publiée au Journal Officiel du 19 mai 2015 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles, fixant pour l'année 2015 les dotations régionales prises en compte pour le calcul des tarifs des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L314-3-1 du CASF ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2015 portant nomination de, par intérim, M. Benoît CROCHET en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne ;
Vu la décision 2015-163 du 17 mars 2015 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ;
Vu l'autorisation de siège en date du **15 mai 2010** accordée à compter du 1er janvier 2010 pour une durée de **5 ans** ;
Vu le dossier de demande d'autorisation de siège social déposé en date du 30 octobre 2014,

DECIDE

Article 1 : Le montant des frais de siège pris en charge par les établissements et services est fixé sous la forme d'un pourcentage. Ce pourcentage est unique pour l'ensemble des établissements et services. Pour l'exercice 2015, il se monte à 6.1348680% % des charges brutes des sections d'exploitation de l'année 2013 (tableau ci-joint) des établissements et services de l'Association.

Article 2 : Au titre de l'exercice 2015, le montant des quotes-parts de frais de siège versé par Le GPEAJH est limité à la somme de **237 019.46 euros**.

Article 3 : Une copie du présent arrêté sera notifiée à :

Monsieur le Président du GPEAJH,
Monsieur le Directeur du GPEAJH.
Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Marne.

Article 4 : La présente décision sera publiée sur le site régional de l'Agence Régionale de Santé de la région Champagne-Ardenne.

Article 5 : Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution de la présente décision.

Pour le Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
Par délégation,
La Directrice du secteur médico-social,
Signé Edith CHRISTOPHE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Le Directeur général de l'agence régionale de santé **de Champagne Ardenne**

Décision n° 2015 – 1500 du 22 décembre 2015 de demande d'autorisation pour les activités de soins suivantes : Activité clinique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Transfert des embryons en vue de leur implantation », Activité biologique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Fécondation in vitro sans et avec micromanipulation », présentée par le centre hospitalier de Charleville-Mézières.

VU le code de la santé publique et notamment les articles L 1418-1, L.2141-1 à L 2141-12, L 2142-1 à L 2142-14, L 2151-1, L 6211-1 et suivants, L 6213-7 à L 6213-12, R 2141-1 à R2141-32, R.2142-1 à R.2142-38 ;

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015;

VU la décision n°2015-880 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

VU le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé de la région Champagne-Ardenne arrêté par le Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne le 13 avril 2012 ;

VU l'arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé du 20 décembre 2012, fixant les périodes de dépôt des demandes d'autorisation ou de renouvellement pour les matières relevant de l'agence régionale de santé ;

VU l'arrêté du Directeur de l'agence régionale de santé du 10 septembre 2015 relatif au bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins, préalable à la période de dépôt de demande d'autorisation du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2015 et mentionnant l'expression d'un besoin exceptionnel en ce qui concerne les activités de soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation dans le territoire Nord ;

VU le dossier de demande d'autorisation pour les activités suivantes :
Activité clinique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Transfert des embryons en vue de leur implantation »,
Activité biologique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Fécondation in vitro sans et avec micromanipulation »,
présenté par le centre hospitalier de Charleville-Mézières, déposé dans la période réglementaire du 1^{er} mars 2015 au 30 avril 2015 et réputé complet ;

VU l'avis de la Directrice générale de l'agence de la biomédecine en date du 25 novembre 2015 ;

VU l'avis émis par la commission spécialisée de l'organisation des soins, en sa séance du 11 décembre 2015 ;

CONSIDERANT

que la demande répond au besoin exceptionnel en ce qui concerne les activités de soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation dans le territoire Nord, exprimé dans l'arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé du 10 septembre 2015 relatif au bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins, préalable à la période de dépôt de demande d'autorisation du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2015 ;

que le promoteur s'engage à respecter les conditions d'implantation et de fonctionnement applicables et à ne pas modifier les caractéristiques du projet tel qu'il a été autorisé ;

que le demandeur s'engage à réaliser une évaluation ;
que le demandeur s'engage à respecter un volume d'activité et de dépenses à la charge de l'assurance maladie ;

Décide

Article 1 L'autorisation prévue à l'article L.6122-1 du code de la santé publique est **accordée** au centre hospitalier de Charleville-Mézières, en vue de la création des activités suivantes :

Activité clinique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Transfert des embryons en vue de leur implantation » ;

Activité biologique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité « Fécondation in vitro sans et avec micromanipulation ».

Article 2 Le projet devra faire l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de la notification de la présente décision et sa mise en œuvre devra être achevée dans un délai de quatre ans ; à défaut, l'autorisation sera réputée caduque.

Article 3 Lorsque le bénéficiaire de l'autorisation met en service le nouvel équipement matériel lourd, il en fait sans délai la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé qui a délivré l'autorisation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 4 La durée de validité de l'autorisation est de **5 ans** à compter de la date de réception de cette déclaration.

Article 5 Dans un délai de six mois prévu à l'article L.6122-4 du code de la santé publique, une visite de conformité est programmée et réalisée par accord entre l'agence régionale de santé et le titulaire.

A défaut de visite au terme de ce délai par le fait du titulaire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre l'autorisation dans les conditions prévues au II de l'article L.6122-13.

Article 6 Le renouvellement de l'autorisation sera soumis aux conditions fixées par les articles L.6122-9 et L.6122-10 du code de la santé publique.

Article 7 La présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, Direction générale de l'organisation des soins, bureau R3, 14 avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la présente décision au demandeur. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Article 8 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne, conformément aux dispositions de l'article R.6122-41 du code de la santé publique.

Châlons-en-Champagne le 22/12/2015

Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé,

Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 2015-1502 du 22 décembre 2015 de demande d'autorisation d'exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie selon la modalité suivante : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle de stimulation multisites et de défibrillation, avec exercice de l'activité sur le site de la polyclinique de Courlancy et exercice provisoire de l'activité sur le site de la polyclinique Saint-André à Reims, présentée par la Polyclinique de Courlancy à Reims.

Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé **de Champagne Ardenne**

VU le code de la santé publique et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44, R.6123-128 à R.6123-133 et D.6124-179 à D.6124-185 ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015 ;

VU la décision n°2015-880 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

VU le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé de la région Champagne-Ardenne arrêté par le Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne le 13 avril 2012 ;

VU l'arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé du 26 mai 2010, fixant la période de dépôt des demandes exceptionnelles pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie du 29 mai 2010 au 31 août 2010 ;

VU l'arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé du 26 mai 2010 relatif au bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, préalable à la période de dépôt de demande d'autorisation du 29 mai 2010 au 31 août 2010 ;

VU le dossier de demande d'autorisation d'exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie selon les modalités suivantes :

Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle de stimulation multisites et de défibrillation,

avec exercice de l'activité sur le site de Courlancy et l'exercice provisoire de l'activité sur le site de la polyclinique Saint-André à Reims, présentée par la Polyclinique de Courlancy à Reims, déposé dans la période réglementaire du 29 mai 2010 au 31 août 2010 et déclaré complet ;

VU la décision n°2011-186 14 avril 2011 du Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne refusant, en son article 3, à la Polyclinique de Courlancy la pratique de l'activité de cardiologie interventionnelle sous imagerie médicale par voie

endovasculaire selon la modalité d'actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation ;

VU le jugement du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne en date du 11 février 2014 annulant l'article 3 de la décision 2011-184 du 14 avril 2011 du Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne, jugement impliquant la nécessité pour le Directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne de prendre une nouvelle décision ;

VU l'avis émis par la commission spécialisée de l'organisation des soins, en sa séance du 18 décembre 2015 ;

CONSIDERANT

que la demande répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma régional d'organisation sanitaire et est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ;

que le promoteur indique avoir engagé des discussions avec le CHU de Reims dans la perspective de la construction d'une filière régionale pour ce qui concerne en particulier la chirurgie cardiaque sous circulation extra-corporelle, conformément aux dispositions du schéma précité ;

que le demandeur s'engage à respecter les effectifs et la qualification des personnels et à ne pas modifier les caractéristiques du projet tel qu'il a été autorisé ;

que le demandeur s'engage à réaliser une évaluation ;

que le demandeur s'engage à respecter un volume d'activité et de dépenses à la charge de l'assurance maladie ;

que le demandeur souhaite exercer l'activité sur le site de la polyclinique Courlancy à Reims et provisoirement sur le site de la polyclinique Saint-André à Reims avec un regroupement de toute l'activité interventionnelle en cardiologie sur un site unique à échéance de mise en œuvre d'une nouvelle clinique sise à Bezannes ;

que la présence d'une unité de soins intensifs de cardiologie est une condition d'implantation indispensable aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie conformément à l'article R.6123-129 du code de la santé publique ;

que le groupe Courlancy, pour le site de la clinique Saint-André, ne dispose pas d'une unité de soins intensifs de cardiologie ;

qu'en conséquence l'activité ne saurait être poursuivie à titre définitif sur le site de la clinique Saint-André ;

qu'en raison de l'impact en termes de santé publique qu'engendrerait un arrêt immédiat de l'activité sur le site de la clinique Saint-André, un délai raisonnable doit être donné à l'établissement pour organiser les prises en charge sur un site répondant à l'ensemble des conditions réglementaires applicables à l'activité considérée ;

que la convention, prévue à l'article R.6123-131 du code de la santé publique, permettant la prise en charge des patients chirurgicaux dont l'état le nécessite, a été signée le 25 février 1994 entre la Polyclinique de Courlancy et le CHU de Reims et qu'elle prévoit une révision régulière, « en fonction de l'évolution des techniques », de l'annexe déterminant « dans quelles conditions se dérouleront les relations médicales entre les deux établissements », résultant de la conférence de consensus entre les cardiologues de la Polyclinique de Courlancy et les chefs de service de chirurgie cardiovasculaire et du SAMU du CHU de Reims ;

que cette annexe à la convention entre la Polyclinique de Courlancy et le CHU de Reims date du 9 juillet 1999 et qu'aucune actualisation n'a été réalisée depuis ;

Décide

Article 1 L'autorisation prévue à l'article L.6122-1 du code de la santé publique est **accordée** à la SA Courlancy à Reims, en vue de l'autorisation d'exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie selon la modalité suivante :

- Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle de stimulation multisites et de défibrillation.

L'exercice de cette activité est autorisé à titre définitif pour le seul site de la polyclinique Courlancy.

Article 2 Cette autorisation est assortie, en application de l'article L.6122-7 du code de la santé publique, de la condition, imposée dans l'intérêt de la santé publique, d'avoir actualisé, dans un délai de six mois à compter de la notification de la présente décision, la convention prévue à l'article R.6123-131 du même code.

Article 3 L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans à compter de la réception de la notification.

Article 4 La visite de conformité prévue à l'article L.6122-4 du code de la santé publique sera réalisée dans un délai de six mois à compter de la date de réception de la notification de la présente décision.

A défaut de visite au terme de ce délai par le fait du titulaire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre l'autorisation dans les conditions prévues au II de l'article L.6122-13.

Article 5 Le renouvellement de l'autorisation sera soumis aux conditions fixées par les articles L.6122-9 et L.6122-10 du code de la santé publique.

Article 6 L'autorisation prévue à l'article L.6122-1 du code de la santé publique est **refusée** à la SA Courlancy à Reims, en vue de l'autorisation d'exercer les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie selon la modalité suivante :

- Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle de stimulation multisites et de défibrillation.

à titre provisoire sur le site de la clinique Saint-André.

Toutefois, compte tenu du délai nécessaire à la mise en œuvre d'une organisation sur un site unique, les prises en charge pourront se poursuivre sur le site de la clinique Saint-André pour une durée maximale de six mois à compter de la date de réception de la notification de la présente décision.

Article 7 La présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Châlons en Champagne dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la

présente décision au demandeur. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Article 8 La présente délibération sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne, conformément aux dispositions de l'article R.6122-41 du code de la santé publique.

Châlons-en-Champagne le 22/12/2015
Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé,
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision ARS n°2015 - 1505 du 22 décembre 2015 portant retrait définitif de l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont

Centre Hospitalier de Chaumont
Numéro FINESS : 520780032

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

VU

Le Code de la Santé Publique notamment les articles L.6122-13, R.6123-33 à R.6123-38, D.6124-27 à D.6124-33 ;
L'arrêté ministériel du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins ;
La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
Le schéma régional d'organisation des soins arrêté par le Directeur général de l'ARS en date du 12 avril 2012
Le renouvellement tacite de l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Champagne-Ardenne en date du 30 juin 2011, prenant effet au 26 juin 2012 ;
L'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015 ;
La décision n°2015-163 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;
L'arrêté du Directeur Général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne n°2014-314 du 19 mai 2014 portant suspension totale et immédiate de l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont ;
L'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 7 juillet 2014 ;
L'arrêté du Directeur Général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne n°2014-680 du 9 juillet 2014 portant prorogation de la suspension totale et immédiate de l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont jusqu'au 31 décembre 2015 ;
Le courrier du Directeur du centre hospitalier de Chaumont en date du 18 novembre par lequel il déclare ne pas pouvoir mettre en place de tableau de service et de garde pour le service de réanimation ;
L'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 18 décembre 2015 ;

CONSIDERANT

Que le service de réanimation du centre hospitalier de Chaumont était identifié, dans le schéma régional d'organisation des soins, comme un service présentant un taux d'occupation faible, inférieur à 50% alors qu'il avait une capacité dérogatoire installée de 6 lits en lieu de et place des 8 lits minimums, et disposant de ressources médicales limitées ;
Que le centre hospitalier de Chaumont n'était plus en capacité de produire de tableau de service et de garde conforme à la réglementation, ce qui a conduit à la suspension totale et immédiate de l'autorisation d'activité de soins de réanimation en date du 19 mai 2014 ;
Que cette incapacité à mettre en place une organisation médicale conforme a été de nouveau constatée lors de la commission spécialisée de l'organisation des soins le 7 juillet 2014, entraînant une prorogation de la suspension de l'autorisation d'activité de soins de réanimation jusqu'au 31 décembre 2015 ;
Que le directeur du centre hospitalier de Chaumont a informé l'agence régionale de santé, par courrier le 18 novembre 2015, de l'impossibilité de produire les tableaux de service et de garde pour les mois de janvier et février 2016 et qu'il s'agissait là des injonctions émises lors de la suspension de l'autorisation ;
Que le centre hospitalier de Chaumont devrait recruter l'équivalent de 6 praticiens diplômés et compétents afin de mettre en œuvre une organisation médicale conforme à la réglementation applicable en matière d'autorisation d'activité de soins de réanimation et qu'il n'y a pas de perspectives en ce sens ;
Que l'activité de surveillance continue reconnue au sein du centre hospitalier de Chaumont, mise en œuvre via 3 lits installés, n'a pas connu de saturation à la suite de la suspension d'activité de soins de réanimation, le nombre de suppléments facturés passant de 36% en avril 2014 à 47% en octobre 2015 ;
Qu'il convient donc de retirer l'autorisation d'activité de soins de réanimation détenue par le centre hospitalier de Chaumont ;

ARRETE

ARTICLE 1 – En application de l'article L.6122-13 du code de la santé publique, paragraphe II, l'autorisation d'activité de soins de réanimation du centre hospitalier de Chaumont est définitivement retirée à compter du 1^{er} janvier 2016.

ARTICLE 2 – La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne. Il peut également faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, Direction générale de l'organisation des soins, bureau R3, 14 avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP ou d'un recours contentieux auprès du tribunal

administratif dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la présente décision au demandeur. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

ARTICLE 3 – La présente décision est notifiée au centre hospitalier de Chaumont pour exécution et sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Châlons-en-Champagne, le 22 décembre 2015
Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé,
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté ARS n° 2015-1566 du 28 décembre 2015 – Arrêté DGSD n° 2015- modifiant le siège social de la mutualité française CHAMPAGNE-ARDENNE SSAM (gestionnaire de l'EHPAD « PRE DU SART » de CHARLEVILLE-MEZIERES)
FINESS EJ : 51 002 4581

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ARDENNES

VU le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles et notamment leur titre I respectif ;
VU spécifiquement les articles D312-156 à D312-161 du Code de l'Action Sociale et des Familles et relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
VU le code général des collectivités territoriales ;
VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment, le titre IV, chapitre III, article 124 ;
VU l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 de Madame la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant nomination de Monsieur le docteur Benoît CROCHET directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015 ;
VU la décision de délégation de signature n° 2015-163 du 17 mars 2015 du directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne portant délégation de signature vers Madame la directrice du secteur médico-social de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne ;
VU le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée notamment l'article 3 ;
VU le décret n°2014-565 du 30 mai 2014 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment l'article 2 ;
VU le Programme Régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne en date du 13 avril 2012, notamment, l'arrêté n° 2012-362 fixant le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) ;
VU l'arrêté n° 2015-887 du 8 septembre 2015 du Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé portant actualisation du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (P.R.I.A.C.) de la région Champagne Ardenne pour la période 2015-2019 ;
VU l'arrêté n°84-903 du 30 septembre 1984 de M. le Préfet des Ardennes et de M. le Président du Conseil Général des Ardennes portant autorisation de création d'une résidence pour personnes âgées d'une capacité de 65 lits à Charleville-Mézières ;
VU l'arrêté n° 2013-1355 et DGSD-393 du 28 novembre 2013 de M. le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne et de M. le Président du Conseil Général du Département des Ardennes portant autorisation de transfert de gestion de l'EHPAD « Pré du Sart » à Charleville-Mézières géré par la Mutualité Française Ardennes au profit de la Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM ;
Considérant la lettre du 13 juillet 2013 du Directeur Général de la Mutualité Française de l'Aube précisant que le siège social de la Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM est situé 11, rue des Elus à 51095 REIMS CEDEX ;
SUR proposition de Madame la Directrice du Secteur Médico-Social de l'ARS Champagne-Ardenne ;
SUR proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département des Ardennes ;

ARRETEMENT

Article 1er – L'Article 3 de l'Arrêté n° 2013-1354 du 28 novembre 2013 est modifié comme suit :

Entité juridique : Mutualité Française Champagne-Ardenne
Service de soins et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM)
11, rue des Elus – 51095 REIMS CEDEX
N° FINESS : 51 002 4581
Code statut juridique : 47

Le reste est sans changement.

Article 2 – Tout recours contre le présent arrêté peut faire l'objet, soit d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, 25 rue du Lycée – 51000 Châlons-en-Champagne dans un délai franc de deux mois à compter de sa publication aux recueils des actes administratifs ou, à l'égard des personnes et des organismes auxquels il est notifié, à compter de la date de sa notification.

Article 3 – Monsieur le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne et Monsieur le Président du Conseil Départemental des Ardennes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la région Champagne-Ardenne et du Département des Ardennes et qui sera notifié à la Mutualité Française Champagne Ardenne (SSAM) 11, rue des Elus à 51095 REIMS CEDEX.

Châlons-en-Champagne, le 28 décembre 2015
Pour Le Président du Conseil Départemental des Ardennes
Le Directeur des Solidarités
Signé Paul GEOFFROY

Pour le Directeur Général par intérim
de l'ARS Champagne-Ardenne,
La directrice du secteur médico-social
Signé Edith CHRISTOPHE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté ARS n° 2015-1567 du 28 décembre 2015 – Arrêté DGSD n° 2015- modifiant le siège social de la mutualité française CHAMPAGNE-ARDENNE SSAM (gestionnaire de l'EHPAD « MARCADET » de BOGNY SUR MEUSE)
FINESS EJ : 51 002 4581

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ARDENNES

VU le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles et notamment leur titre I respectif ;

VU spécifiquement les articles D312-156 à D312-161 du Code de l'Action Sociale et des Familles et relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

VU le code général des collectivités territoriales ;

VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment, le titre IV, chapitre III, article 124 ;

VU l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 de Madame la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant nomination de Monsieur le docteur Benoit CROCHET directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015 ;

VU la décision de délégation de signature n° 2015-163 du 17 mars 2015 du directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne portant délégation de signature vers Madame la directrice du secteur médico-social de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne ;

VU le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée notamment l'article 3 ;

VU le décret n°2014-565 du 30 mai 2014 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment l'article 2 ;

Vu le Programme Régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne en date du 13 avril 2012, notamment, l'arrêté n° 2012-362 fixant le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) ;

VU l'arrêté n° 2015-887 du 8 septembre 2015 du Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé portant actualisation du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (P.R.I.A.C.) de la région Champagne Ardenne pour la période 2015-2019 ;

VU l'arrêté n°774 du 31 janvier 1991 de M. le Préfet des Ardennes et M. le Président du Conseil Général des Ardennes portant autorisation de création d'une résidence pour personnes âgées d'une capacité de 65 lits à Bogny / Meuse ;

VU l'arrêté ARS n° 2013-1354 et DGSD-392 du 28 novembre 2013 de M. le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne et de M. le Président du Conseil Général du Département des Ardennes portant autorisation de transfert de gestion de l'EHPAD « Marcadet » à Bogny sur Meuse géré par la Mutualité Française Ardennes au profit de la Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM ;

Considérant la lettre du 13 juillet 2013 du Directeur Général de la Mutualité Française de l'Aube précisant que le siège social de la Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM est situé 11, rue des Elus à 51095 REIMS CEDEX ;

SUR proposition de Madame la Directrice du Secteur Médico-Social de l'ARS Champagne-Ardenne ;

SUR proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département des Ardennes ;

ARRESENT

Article 1er – L'Article 3 de l'Arrêté n° 2013-1354 du 28 novembre 2013 est modifié comme suit :

Entité juridique : Mutualité Française Champagne-Ardenne
Service de soins et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM)
11, rue des Elus – 51095 REIMS CEDEX
N° FINESS : 51 002 4581
Code statut juridique : 47

Le reste est sans changement.

Article 2 – Tout recours contre le présent arrêté peut faire l'objet, soit d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, 25 rue du Lycée – 51000 Châlons-en-Champagne dans un délai franc de deux mois à compter de sa publication aux recueils des actes administratifs ou, à l'égard des personnes et des organismes auxquels il est notifié, à compter de la date de sa notification.

Article 3 – Monsieur le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne et Monsieur le Président du Conseil Départemental des Ardennes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la région Champagne-Ardenne et du Département des Ardennes et qui sera notifié à la Mutualité Française Champagne Ardenne (SSAM) 11, rue des Elus à 51095 REIMS CEDEX.

Châlons-en-Champagne, le 28 décembre 2015
Pour Le Président du Conseil Départemental des Ardennes
Le Directeur des Solidarités
Signé Paul GEOFFROY

Pour le Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
La directrice du secteur médico-social
Signé Edith CHRISTOPHE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 2015-1568 du 28 décembre 2015 portant modification d'agrément pour effectuer des transports sanitaires terrestres

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.6311-1, L.6312-1 à L.6312-43 et R.6312-1 à R.6314-6 ;

Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 modifiée relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 modifié portant création des agences régionales de santé ;

Vu l'arrêté ministériel du 21 décembre 1987 modifié relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires ;

Vu l'arrêté ministériel du 25 juin 2001 modifié relatif aux visites techniques des véhicules effectuant des transports sanitaires ;

Vu l'arrêté ministériel du 10 février 2009 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 84 en date du 28 avril 1995 modifié par l'arrêté préfectoral n° 97 du 22 mai 1995 portant agrément de l'entreprise de transports sanitaires « AMBULANCE THIRIOT » ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 254 du 17 décembre 1996 modifiant l'agrément de l'entreprise de transports sanitaires « AMBULANCE THIRIOT » suite au transfert du siège social ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 94 en date du 9 mai 2003 modifiant l'agrément de l'entreprise de transports sanitaires « AMBULANCE THIRIOT » suite à une modification des statuts en « SAS THIRIOT AMBULANCES » ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant M. Benoît CROCHET, Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne, à compter du 1^{er} mars 2015 ;

CONSIDERANT :

- le courrier reçu le 25 août 2014, nous informant de la démission de ses fonctions de président de Monsieur Christian THIRIOT de la « SAS THIRIOT AMBULANCES » à compter du 1^{er} juillet 2014 et de son remplacement par Mme Maryse THIRIOT ;

- le procès-verbal de la délibération de l'assemblée générale ordinaire du 30 juin 2014 de la « SAS THIRIOT AMBULANCES » ;

- l'extrait « K-Bis » délivré par le Greffe du Tribunal de Commerce de Chaumont le 27 octobre 2014 attestant de la qualité de présidente de la « SAS THIRIOT AMBULANCES » attribuée à Mme Maryse THIRIOT ;

DECIDE

Article 1 : L'entreprise de transports sanitaires « SAS THIRIOT AMBULANCES » sise 101 rue des Clefmonts à Saint-Dizier est gérée par Mme Maryse THIRIOT, à compter du 1^{er} juillet 2014.

Article 2 : La présente décision peut faire l'objet dans le délai de deux mois à compter de sa notification :

soit d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur Général de l'ARS Champagne-Ardenne,

soit d'un recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé,

soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

En cas de recours gracieux et/ou hiérarchique, le recours contentieux peut être présenté dans un délai franc de deux mois après la notification d'une décision expresse ou implicite de rejet.

Article 3 : Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne et le Délégué Territorial Départemental de la Haute-Marne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne Ardenne
Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté n °2015 - 1572 du 29 décembre 2015 autorisant le Centre Hospitalier de la Haute Marne à créer, à titre expérimental, sur le champ de l'enfance, une plateforme de diagnostic autisme pour le département de la Haute-Marne
N° FINESS EJ : 52 078 008 1

Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne

Vu le livre III de la partie législative et de la partie réglementaire du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment leur titre I respectif ;

Vu spécifiquement les articles L 312-1 I 12° du CASF relatif aux établissements ou services à caractère expérimental, les articles L 313-1 à L 313-9, section première relative aux autorisations et agréments, les articles R.313-1 à R 313-7-3, fixant les dispositions générales en matière d'autorisation de création, d'extension ou de transformations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que les articles D 313-11 à D 313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment le titre IV, chapitre III article 24 ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2015 portant nomination de Monsieur Benoît CROCHET en qualité de Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne;

Vu la décision n°2015-163 en date du 17 mars 2015 du Directeur Général par Intérim de l'ARS relative à la délégation de signature en faveur de Madame la Directrice du Secteur Médico-Social de l'ARS Champagne-Ardenne ;

Vu l'appel à candidature publié le 17 mars 2015, pour la création, à titre expérimental, d'une plateforme de diagnostic autisme de proximité, par département, dans la région Champagne- Ardenne ;

Vu la programmation régionale de mise en œuvre des quatre plateformes établie par l'Agence Régionale de Santé à l'issue de la procédure d'appel à candidature ;

Considérant que le dossier présenté par le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) du C.H de la Haute-Marne et le Centre Hospitalier de la Haute-Marne (C.H.H.M), constitue un projet conforme au cahier des charges au regard des critères de sélection de l'appel à candidature;

Sur proposition de Madame la directrice du secteur médico-social de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ;

ARRETE

Article 1 : L'autorisation, prévue à l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, est délivrée au C.H de la Haute-Marne sis Rue Albert Schweitzer, 52100 Saint Dizier, pour la création d'une plateforme de diagnostic autisme sur le champ de l'enfance pour le département de la Haute-Marne ;

Article 2 : Cette autorisation est accordée pour une mise en œuvre prévisionnelle au 1^{er} janvier 2016 ;

Article 3 : Conformément à l'article L.313-7 du CASF, l'autorisation est accordée à titre expérimental pour une durée de 3 ans et son renouvellement sera examiné au vu des résultats positifs d'une évaluation ;

Article 4 : Conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du CASF dont l'application est fixée à l'article D.313-7-2 du même code, la présente autorisation est caduque si elle n'a pas reçu de commencement d'exécution dans un délai de trois ans suivant sa notification ;

Article 5 : La mise en œuvre de la présente autorisation est subordonnée au résultat de la visite de conformité mentionnée à l'article L.313-6 du CASF dont les conditions de mise en œuvre sont prévues par les articles D.313-11 à D.313-14 du même code ;

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 portée à la connaissance du directeur général par intérim de l'ARS conformément à l'article L.313-1 du CASF. L'autorisation ne peut être cédée sans l'autorisation de l'autorité compétente.

Article 7 : La plateforme de diagnostic autisme de la Haute-Marne est répertoriée dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité Juridique (EJ) : Centre Hospitalier de la Haute-Marne (C.H.H.M)

N° FINESS 52 078 008 1

Code statut juridique : 11

Entité Etablissement (ET) : Plateforme de diagnostic autisme de la Haute-Marne

N° FINESS (à créer)

Code catégorie 377 « Etablissement expérimental pour enfant handicapé »

Code discipline établissement 935 « Activité des établissements expérimentaux »

Code type d'activité 16 « Prestation en milieu ordinaire »
Code type clientèle 437 « Autistes »
MFP : 05

Article 8 : Dans un délai franc de deux mois suivant sa notification pour les personnes auxquelles il est notifié et sa publication pour les autres personnes, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant le Directeur Général par Intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne, soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne- 25 rue du Lycée-51000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE.

Article 9 : Monsieur le Directeur Général par Intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Champagne-Ardenne et dont une copie sera adressée à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de la Haute-Marne, Carrefour Henry Rollin – BP 142, 52108 Saint-Dizier.

Pour le Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,
La Directrice du Secteur Médico-social
Signé Edith CHRISTOPHE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 2015-1575 du 30 décembre 2015 portant caducité de l'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon la modalité d'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et de dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale sur le site de Vitry-le-François, présentée par l'ARPD de Reims.

Le directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de la région Champagne-Ardenne

VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU le code de la santé publique et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-15, R.6122-23 à R.6122-44 ;

VU l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST ;

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 16 janvier 2015 nommant Monsieur Benoît CROCHET Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne à compter du 1^{er} mars 2015 ;

VU la décision n°2015-163 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne en date du 31 août 2015 ;

VU le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé de la région Champagne-Ardenne arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne le 13 avril 2012 ;

VU l'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon la modalité d'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et de dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale sur ses sites du département de la Marne, détenue par l'ARPD de Reims ;

VU le courrier de l'ARPD de Reims, en date du 8 décembre 2015, informant le directeur général de l'ARS de Champagne-Ardenne de la fermeture de l'unité d'autodialyse de Vitry-le-François à compter du 2 décembre 2015 au soir ;

CONSIDERANT

- qu'en application de l'article L.6122-11 du code de la santé publique, toute autorisation d'activité de soins est réputée caduque si celle-ci fait l'objet d'une cessation d'exploitation d'une durée supérieure à six mois.

Décide

Article 1

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon la modalité d'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et de dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, détenue par l'ARPD de Reims **sur le site de Vitry le François est caduque** à compter du 2 décembre 2015 au soir.

Article 2

La présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, Direction générale de l'organisation des soins, bureau R3, 14 avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la présente décision au demandeur. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Article 3

La présente délibération sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne, conformément aux dispositions de l'article R.6122-41 du code de la santé publique.

Châlons-en-Champagne le 30 décembre 2015

Le directeur général par intérim de l'agence régionale de santé,

Signé Benoît CROCHET

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

MENTIONS INSEREES AU RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS DE LA REGION

Par application des dispositions de l'article L6122-10 du code de la santé publique, les autorisations suivantes sont renouvelées tacitement en date du 31 décembre 2015 :

autorisation accordée le 26/05/2009, au Groupement Hospitalier Aube Marne, sur le site du centre hospitalier de Romilly sur Seine (Aube), pour l'autorisation d'activités de soins de médecine en hospitalisation à temps partiel de jour.

Le renouvellement de cette autorisation prendra effet à partir du 2 septembre 2016 pour une durée de 5 ans.

Autorisation initiale accordée le 04/05/2001, à l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne à Châlons-en-Champagne (Marne), pour l'autorisation d'activités de soins de psychiatrie générale adulte pour l'appartement thérapeutique situé à Châlons-en-Champagne.

Le renouvellement de cette autorisation prendra effet à partir du 9 décembre 2016 pour une durée de 5 ans.

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Décision n° 1471 du 17 décembre 2015 portant fixation des frais de siège pour l'année 2015 de l'association d'aide aux infirmes moteurs cérébraux

**DECISION N° 2015-1471 du 17 décembre 2015
PORTANT FIXATION DES FRAIS DE SIEGE
POUR L'ANNEE 2015 de l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux**

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'ARS CHAMPAGNE ARDENNE

Vu le code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le code de la Sécurité Sociale ;

Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité Sociale pour 2015 publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2014 ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2003 modifié fixant les modèles de documents prévus aux articles 9, 12, 16, 18, 19, 47, et 83 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L 312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 avril 2015 publié au Journal Officiel du 10 mai 2015 pris en application de l'article L314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles fixant, pour l'année 2015 l'objectif global de dépenses d'assurance maladie et le montant total de dépenses médico-sociales autorisées pour les établissements et services médico-sociaux publics et privés ;

Vu la décision du directeur de la CNSA en date du 11 mai 2015 publiée au Journal Officiel du 19 mai 2015 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles, fixant pour l'année 2015 les dotations régionales prises en compte pour le calcul des tarifs des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L314-3-1 du CASF ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2015 portant nomination de, par intérim, M. Benoît CROCHET en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne ;

Vu la décision 2015-163 du 17 mars 2015 portant délégation de signature du directeur général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ;

Vu l'autorisation du siège en date du **21 décembre 2005** pour une durée de **5 ans** ;

Vu l'autorisation du renouvellement du siège en date du **8 décembre 2010** pour une durée de **5 ans** ;

Vu l'autorisation du renouvellement du siège en considérant la création d'une direction générale, en date du **21 octobre 2014** pour une durée de **5 ans** ;

DECIDE

Article 1 : Le montant des frais de siège pris en charge par les établissements et services est fixé sous la forme d'un pourcentage. Ce pourcentage est unique pour l'ensemble des établissements et services. Pour l'exercice 2015, il se monte à **3.4680767%** des charges brutes des sections d'exploitation de l'année 2013 (tableau ci-joint) des établissements et services de l'Association.

Article 2 : Au titre de l'exercice 2015, le montant des quotes-parts de frais de siège versé par l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux est limité à la somme de **672 291.31 euros**.

Article 3 : Une copie du présent arrêté sera notifiée à :

- Monsieur le Président de l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux,
- Madame la Directrice de la délégation territoriale des Ardennes de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne,
- Monsieur le Directeur de la délégation territoriale de l'Aisne de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,
- Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Marne,
- Monsieur le Président du Conseil Départemental des Ardennes.

Article 4 : La présente décision sera publiée sur le site régional de l'Agence Régionale de Santé de la Région Champagne-Ardenne.

Article 5 : Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution de la présente décision.

Pour le Directeur Général par intérim de l'ARS
Champagne-Ardenne,
Par délégation,
La Directrice du secteur médico-social,



Edith CHRISTOPHE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

Arrêté N°2015-1463 du 15 décembre 2015 portant autorisation du protocole de coopération entre professionnels de santé
« Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin»

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CHAMPAGNE ARDENNE

Vu

- Le code de la santé publique notamment les articles L.4011-1 et suivants, et D.4011-1 et suivants ;
- L'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
- L'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin ;
- L'arrêté n°DOSMS 2013/101 du 4 novembre 2013 autorisant en région Ile de France le protocole de coopération entre professionnels de santé « Prise en charge par l'infirmier(e) des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin»;
- L'avis favorable avec réserves N°2013 0029/AC/SEVAM émis par la Haute Autorité de Santé le 30 janvier 2013, relatif au protocole de coopération entre professionnels de santé N° 037 « Prise en charge par l'infirmier(e) des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin»;

Considérant

- que ce protocole de coopération entre professionnels de santé, annexé au présent arrêté, est de nature à répondre au besoin de santé régional et à l'intérêt des patients notamment en évitant la rupture de suivi à la sortie de l'hôpital, en coordonnant les soins entre l'hôpital, la ville et le domicile, en aidant le patient à une meilleure observance de son traitement et en réduisant les délais d'attente des consultations médicales ;

ARRETE

Article 1^{er} :

Le protocole de coopération intitulé « Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin», annexé au présent arrêté, est autorisé dans la région Champagne Ardenne.

Article 2 :

Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ce protocole de coopération sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS Champagne Ardenne.

Article 3 :

Le Directeur Général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Champagne-Ardenne.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 15 décembre 2015

Le Directeur général par intérim de l'ARS Champagne-Ardenne,

Signé Benoît CROCHET

**Grille protocole de coopération
conforme à l'annexe 1
modèle de protocole mentionné
à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009**

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique

- « Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux :
- des transferts d'activités ;
 - ou d'actes de soins ;
 - ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

Date de création : juillet 2010

Date de révision :

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement ou moins la fiche « professionnelle de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par le HAS et disponible sur le site Internet de la HAS.
+ www.has-sante.fr

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être expliqués.

MODE OPÉRATEUR

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Remplir tous les champs.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac.

DES LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [Entr] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

I. - SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPERATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique

Région :

Date de création :

Le bassin de l'Ile de France Sud, dont nous faisons parti, regroupe près de 3 794 393 habitants avec un taux de variation annuel moyen de 0,8 % pour une France à 0,7 % (Insee, RP1999 et RP2007 exploitations principales).

La population de spécialistes en endocrinologie et métabolisme en Ile de France sud-est de 84 spécialistes soit une densité moyenne de 2,2 pour une France à 2,5. Il existe donc au niveau régional, un manque de médecins spécialisés de telle sorte que les délais d'attente pour une consultation sont extrêmement longs. Le diabète est une maladie chronique où la démotivation et l'abandon partiel du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité, et être source de déséquilibre glycémique.

Si l'on examine la population para médicale de cette région, elle se présente en sous effectif para médical avec 528 infirmiers pour 100 000 habitants comparativement à la moyenne nationale qui est de 763.

Si l'on regarde les personnes inscrites en ALD8 c'est-à-dire diabétiques de type 1 et diabétiques de type 2, le taux standardisé de personnes inscrites pour 100 000 personnes est en moyenne de 3155 en Ile de France sud pour une France à 3067.

La prévalence est de 0,4 %, et en augmentation constante. Un nombre de soignants dans notre région inférieure à la France, un temps médical devenu rare et cher, à préserver pour l'expertise. Un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes et que l'on doit accompagner vers l'autonomie, avec un besoin renforcé de soins de premier recours.

Pour répondre à ces problématiques, ce protocole s'inscrit dans le plan stratégique de l'ARS Ile-de-France, en adaptant le parcours du patient diabétique insulinotraité aux besoins régionaux et nationaux. Il s'intègre dans le parcours de soin du patient.

Il renforce l'offre de premier recours par la mise en place de soins de proximité notamment lors des situations d'urgence. Il permet sans coût supplémentaire de soins un accès pour tous au traitement par pompe à insuline externe. Il respecte la personne et ses droits par un consentement libre et éclairé. Chaque patient est informé. Ce parcours est personnalisé, individualisé, tracé. Il permet une prévention des complications du diabète insulinotraité et développe chez les professionnels de santé un haut niveau

**Besoin de santé régional
auquel répond ce protocole
de coopération**

	<p>d'expertise tout en limitant les ré hospitalisations, les arrêts de travail, les transports pour les patients, et contribue à repousser les complications en améliorant l'équilibre glycémique.</p>
<p>Intitulé du protocole de coopération</p>	<p>Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulinotraités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisée Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin.</p>
<p>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</p>	<p>Ce protocole concerne tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe, choisissant librement ou par accord du représentant légal d'être pris en charge par protocole de coopération, en ambulatoire.</p> <p>66 % de notre population sont des personnes actives devant éviter les arrêts de travail pour venir en consultation à l'hôpital, 94 % ont un diplôme universitaire ou professionnel, 55 % sont des femmes, 12 % vivent seul et/ou en cas d'accident aigu n'ont pas d'environnement familial pour les aider. 8 % d'entre eux sont des enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois ou des adolescents (Annexe 1).</p> <p>Le diabète insulinotraité, aux schémas de traitement complexes, oblige au recours au diabétologue, dans le cas de déséquilibre du diabète, et de survenue de complications. Au cours des six premiers mois, des contacts fréquents (consultations, visites à domicile, appels téléphoniques ou autres moyens) avec l'équipe de diabétologie sont nécessaires pour gérer les besoins changeants du diabète dans sa phase initiale. Par la suite, trois ou quatre consultations par an sont nécessaires, plus souvent si l'équilibre glycémique n'est pas satisfaisant (Guide ALD8 (2007) de prise en charge du DT1). Un soutien motivationnel constant est capital pour éviter des accidents métaboliques aigus ou une détérioration chronique profonde et durable. Une prise en charge permanente, de confiance, adaptée aux besoins individuels du patient, spécialisée et de qualité est donc indispensable par une équipe pluridisciplinaire avec des infirmiers formés aux actes dérogatoires.</p>
<p>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la prescription, la lecture et l'interprétation des examens biologiques de glycémie (HbA1c, cétonémie cétonurie, Fructuosamine et glycémies), - la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adapté aux besoins du patient - Changement de la prescription médicale d'insuline <ul style="list-style-type: none"> o la prescription d'insuline avec l'identification de nouveaux objectifs de traitement et l'adaptation des doses d'insuline aux repas et lors d'activités physiques. o Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe o Traitement des hypoglycémies : re sucrage des patients (soin de premier recours) o Traitement des hyperglycémies : traitement de la cétose : prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la valeur cible (soin de premier recours)

	<ul style="list-style-type: none"> • Le soin de premier recours <ul style="list-style-type: none"> o Le patient a un accès direct aux infirmiers pour traiter ou éviter les accidents et incidents graves et les hospitalisations. • Information et signature du consentement sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur • Information et signature du consentement à la création de son dossier patient partagé accessible pour tous les acteurs.
Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input type="checkbox"/> prévention des complications <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="checkbox"/> adaptation du traitement
Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération	CERITD (Centre d'Etudes et de Recherches pour l'Intensification du Diabète) et CHSF (Centre Hospitalier Sud Francilien)

Protocole de coopération autorisé le : **00/00/0000**, mis en ligne le : **00/00/0000**

II. – INTITULE DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

Prise en charge par infirmiers de diabétiques insulinorésistants par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisée Electronique (PEEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin

Cadre réservé à la HAS

Titre du protocole
 À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national.
 Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

1) Contexte du problème et des ressources (le besoin global et le niveau régional)

Le bassin de l'île de France Sud, dont nous faisons parti, regroupe près de 3 794 393 habitants avec un taux de variation annuel moyen de 0,8 % pour une France à 0,7 % (Insee, RP1999 et RP2007 exploitations principales).

La population de spécialistes en endocrinologie et métabolisme en Ile de France sud-est de 84 spécialistes soit une densité moyenne de 2,2 pour une France à 2,5. Il existe donc au niveau régional, un manque de médecins spécialisés de telle sorte que les délais d'attente pour une consultation sont longs dans une maladie chronique où la démotivation et l'abandon partiels du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité.

Si l'on examine la population para médicale de cette région, elle se présente en sous effectif para médical avec 528 infirmiers pour 100 000 habitants comparativement à la moyenne nationale qui est de 763.

Si l'on regarde les personnes inscrites en ALD8 c'est-à-dire diabétiques de type 1 et diabétiques de type 2, le taux standardisé de personnes inscrites pour 100 000 personnes est en moyenne de 3155 en Ile de France sud pour une France à 3067.

Une maladie où la prévalence est de 0,4 % et en augmentation constante, un nombre de soignants dans notre région inférieur à la France, un temps médical devenu rare et cher, à préserver pour l'expertise, un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes.

La prise en charge de cette complexité n'est pas du ressort du médecin généraliste (Annexe 2) seule une structure spécialisée ambulatoire peut prendre en charge le patient à la sortie de l'hôpital et assurer la coordination des soins entre les prescriptions de l'hôpital, le diabétologue traitant et leur suivi au domicile. Elle accompagne le patient vers l'autonomie en ambulatoire et répond au besoin renforcé de soins de premier recours.

Cette structure s'inscrit dans le parcours du patient diabétique insulinotraité et participe à la résolution des problèmes car :

Elle permet :

- D'optimiser la compliance au traitement par la mise en place par des infirmiers de soins de proximité notamment dans les situations d'urgence.
- Sans coût supplémentaire de soins un accès pour tous au traitement par pompe à insuline externe.
- Un parcours personnalisé, individualisé, (plan d'éducation personnalisé)
- La prévention des complications du diabète de type 1 et type 2 insulinotraités
- De développer chez les professionnels un haut niveau d'expertise tout en limitant les ré hospitalisations, les arrêts de travail, les transports pour les patients.

➤ De renforcer le lien hôpital-ville.

2) Existerait-il une profession médicale qui ne soit pas reconnue par l'Etat ?

De plus en plus de patients, un personnel médical rare et cher qui doit se centrer sur ses actes d'expertise, un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes engendrant un besoin renforcé de soins de premier recours afin de prévenir les accidents/incidents sources de réhospitalisations et de complications.

Lorsque le patient quitte l'hôpital après une formation d'une semaine, il se trouve livré à lui-même, face à son nouveau traitement complexe, il ne peut pas avoir recours de façons répétées à des médecins généralistes et des infirmières libérales peu ou pas formés à ce traitement. Celui-ci demande une prise en charge spécialisée et chronophage pour les soignants.

Le diabète est une pathologie lourde en terme de coût de santé (remboursement moyen annuel 5431 € près de 50 % de cette somme est consacrée aux frais liés à l'hospitalisation : 3411 €, Etude ENTRED), essentiellement dû au coût des hospitalisations, de la multiplication des transports à l'hôpital et des arrêts de travail.

Une rupture de la prise en charge à la sortie de l'hôpital engendre un défaut de compliance au traitement. Elle est source de patients perdus de vue faute de structure adaptée.

Pour la gestion du matériel, la LPPR encadre le suivi (Arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) mais ne résoud pas les problèmes de suivi diabétologique

Ce constat a justifié la création d'une structure ambulatoire (Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 N° DOSMS-2012-139, région Ile de France cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires) composée d'une équipe d'infirmiers dédiés, formés à exercer des actes ne rentrant pas dans le champ de leur expertise propre, mais dans celui du médecin dit actes dérogatoires. Si l'on se réfère à l'article 2 du « décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier », l'infirmier ne fait qu'appliquer les prescriptions médicales (Actes professionnels : Articles R4311-1 à 15 du code de la santé publique), au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, diététiciens). Ils prennent le relai à sa sortie de l'hôpital après la mise en place concertée d'un plan d'éducation adapté par l'équipe pluridisciplinaire (soit en consultations ou ateliers d'éducation), soit lors de sa venue en Hôpital de jour, soit à son domicile au choix du patient. Un seul objectif pour ces infirmiers : prendre en charge le traitement et l'éducation thérapeutique en ambulatoire (annexe 3) en s'adaptant aux exigences de vie du patient pour réduire les arrêts de travail, les transports à l'hôpital, les réhospitalisations.

Chaque patient s'adresse à un infirmier référent qui le suivra tout au long de son parcours.

NB : La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

Zone info

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Courtiers régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinaires ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*

III. - CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL

<input type="checkbox"/> Spécialisation des professionnels de santé <input type="checkbox"/> Médication prescrite par le pharmacien <input type="checkbox"/> ...	
Spécialité	Diabétologies ou généralistes, salariés ou vasculaires du CERRHO ou du CHISF Médecin
Profession du délégué	
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/>
Qualification ordinaire (médecin)	
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	6 médecins diabétologies, endocrinologies, 3 médecins généralistes, 3 médecins diabétologies, endocrinologies vasculaires
Spécialité	Infirmiers salariés du CERRHO
Profession du délégué	<input type="checkbox"/> IDE
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/>
Qualification ordinaire (médecin)	
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	<input type="checkbox"/> IADE

Ⓣ Zone Info

Voir à la fin de ce document la définition de délégué et de délégué.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

Le système d'information partagée entre les professionnels utilisé dans le cadre de ce protocole de coopération est la solution informatique ARCHIPPEL (Application en Réseau pour les Centres Hospitaliers pratiquant l'Insulinothérapie par Pompe En Ligne). ARCHIPPEL permet :

- la centralisation et la traçabilité de l'ensemble des informations relatives au traitement du diabète du patient traité par pompe à insuline externe
- d'assurer une meilleure prise en charge et le suivi du patient dans une démarche éducative. Il repose sur l'intégration du Plan d'Education Personnalisé (PEP) développé par le CERITD (Annexe 4).
- De créer un registre, sous la forme de tableau de bord et de rapports statistiques aussi bien cliniques que socio-économiques.
- D'encadrer les délégués dans leurs actes dérogatoires et dans leur prise en charge éducative.
- Protocoller, tracer et définir le rôle des différents acteurs de la coopération interprofessionnelle (annexe 5)
- de partager les données à caractère personnel concernant le patient dans le but d'une meilleure coordination des soins, et la traçabilité de tous les actes.
- Un recueil et une gestion collaborative des données des patients ainsi qu'une gestion de l'activité médicale et paramédicale.
- Il peut être mis à disposition de toute structure qui le souhaiterait par licence

Les utilisateurs d'Archipel peuvent :

- accéder aux dossiers patients par un applicatif Internet Web accessible depuis leur poste de travail fixe ou mobile. Les délégués peuvent 24 h/24 suivre à distance les actes dérogatoires effectués par les délégués et mettre en place les mesures correctives ou de formation en cas de besoin. Il permet un gain de temps médical pour se centrer sur ses missions d'expertise.
- Respecter les règles de confidentialité en accédant au logiciel par carte CPS

Le Professionnel est assujéti, dans l'utilisation :

- d'Archipel, aux règles de confidentialité définies par le Code de Déontologie et par le Code de Santé Publique, et, plus généralement aux règles du secret Professionnel

Les nouveaux utilisateurs d'Archipel auront à leur disposition le guide utilisateur spécifique à leur activité et il leur sera remis la charte d'utilisation d'Archipel.

Les utilisateurs seront formés à l'utilisation d'Archipel lors de leurs semaines de formation au métier.

L'hébergement des données de santé est sous traité à une société agréé, par décision du ministre en charge de la santé (annexe 6). Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et la qualité des soins, ARCHPEL est DMP compatible. Une demande d'autorisation préalable à la mise en œuvre d'un traitement automatisé de données à caractère personnel comprenant des données de santé a été déposée à la CNIL.

<p>La continuité des soins est-elle organisée ?</p>	<p>OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>La permanence des soins est-elle organisée ?</p> <p>Quels sont les délais moyens d'orientation d'un rendez-vous ou de prise en charge ?</p>	<p>OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>La continuité et la permanence des soins ont été organisées 24 heures/24, 7 jours/7, 365 jours/365 (Annexe 7)</p> <p>Un secrétariat est à disposition des patients de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 17 h du lundi au vendredi</p> <p>Les RDV infirmiers sont sans délai d'attente et adapté aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail.</p> <p>Un numéro vert a été mis en place et un numéro d'urgence</p> <p>Le délai de consultation médecin est immédiat en cas d'urgence</p>

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

E) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

2. Clinique et suite soignée des patients

Les fibrillations de demande de la VLD sont traitées de manière dédoublée en deux équipes de soins en ayant un signifié de coût à long

632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERTD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.

Les infirmiers ont assuré en 2011, 1813 prises en charge paramédicale dont 44 urgences (hospitalisation, consultations, visites à domicile, urgences).

3. Périmètre de prise en charge clinique certifiée – Ne pas généraliser la création d'activités de description du protocole clinique de prise en charge des patients.)

④ Zone Info

Documents / outils /
Instances pouvant être
utilisés ou construits

- * Toutes les études réalisées dans ce domaine.
- * Données du PMSI.
- * Données des organismes d'assurance maladie.
- * Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

- Lors d'une visite conventionnelle le diabétologue (traitant) délégant diagnostique que l'instabilité glycémique avec hypoglycémie ou hyperglycémie est trop fréquente, au-delà des limites préalablement établies et nécessite un changement de traitement et le recours à celui par pompe à insuline externe.
Il l'adresse au centre référent où un diabétologue du service de diabétologie (lui-même s'il y exerce ou est attaché ou un diabétologue du service) qui le prendra en charge pour ce que l'on appelle communément la « visite de mise sous pompe ».
 - Lors de celle-ci le diabétologue du centre référent :
 - informe le patient des détails de sa prise en charge (annexe 8)
 - Il lui fait choisir librement le modèle de pompe le mieux adapté à son profil psychologique et aux exigences de son traitement et la structure (soit prestataire soit structure ambulatoire) qui sera en charge de son matériel.
 - Pour les enfants, lors d'une visite conventionnelle en présence des parents la même proposition de suivi que pour l'adulte leur est faite, s'ils acceptent à la fin de la semaine d'éducation un suivi personnalisé sera négocié afin que parent comme enfant adhèrent au suivi du traitement (Les enfants âgés de 6 à 12 ans seront informés et leur consentement leur sera demandé uniquement oralement, leurs parents ou représentant légal recevra en plus une notice d'information et leur consentement sera recueilli par écrit : annexe 8).
 - Il créeit le patient dans le dossier dit visite initiale dans archipel :civilité, anamnèse de la maladie, antécédents des complications ,type et schéma d'insuline, indications initiales de mise sous pompe, type de pompe et de consommables
- Si le patient choisit d'être suivi par protocole de coopération il l'informe alors des modalités du protocole de coopération. Il lui expliquera :
- Que le délégant (diabétologue traitant) continuera à le voir en consultation conventionnelle pour les problèmes complexes ou liés à une revue générale de sa situation diabétologique à intervalles de temps définis avec lui, et au minimum 1 fois par an, comme recommandé par les textes législatifs (Arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites au chapitre 1er du titre 1er de la liste des produits et prestations remboursables prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale). Le compte-rendu de cette consultation est transmise au médecin généraliste et au diabétologue traitant
 - Qu'en cas d'épisode infectieux il est recommandé au patient lorsqu'il sera atteint d'un épisode infectieux de contacter au plus

- vite son médecin généraliste et de prévenir son médecin diabétologue et/ou son infirmier référent. Le médecin généraliste du patient est informé de l'évolution de son suivi
- Qu'en cas de survenue de complications de son diabète, le traitement de ses complications reste pris en charge dans un suivi conventionnel entre les différents spécialistes concernés
 - Qu'entre ces visites conventionnelles son suivi sera assuré par un infirmier référent (délégué).
 - Que ce délégué aura parfaitement connaissance de son dossier médical, de l'histoire de sa maladie et de son traitement.
 - Qu'il a été choisi et formé par le délégué à poser un diagnostic sur les causes de son déséquilibre (dosage insuffisant ou excessif de l'insuline, évaluation erronée des glucides prandiaux ou gestion inadéquat des efforts physiques pour ne citer que les situations les plus fréquentes).
 - Qu'il rectifiera la prescription d'insuline,
 - Qu'il l'accompagnera dans l'éducation au traitement de son diabète.
 - Que son dossier médical sera informatisé dans un logiciel qui permet à l'équipe pluridisciplinaire d'avoir accès à tous moments à ses données de santé personnelles.
 - Que ce dossier de santé partagé permet au délégué de superviser le délégué et d'intervenir en cas de besoin.
 - Que le délégué sera à sa disposition 24 h/24, 7/7, 365j/365. En cas d'urgence le délégué sera toujours présent pour traiter le problème, selon le niveau de gravité il qu'il fera ou non appel au délégué (un service de garde est assuré, annexe 7)
 - Le diabétologue du centre référent lui remettra un formulaire de consentement (Annexe 8).
 - Qu'un secrétariat sera à sa disposition aux heures de bureau en cas de délégué déjà occupé afin de lui en passer un autre ; Qu'il pourra aussi y prendre ses rendez-vous
 - Qu'une équipe de gestionnaires lui délivrera ses consommables tous les 28 jours et qu'un numéro vert spécifique est mis à sa disposition
 - Que sa prise en charge démarrera par une semaine d'hospitalisation pour être éduqué à son nouveau traitement (Annexe 9).
 - Un rendez-vous d'hospitalisation est pris auprès du secrétariat.
 - Le premier jour d'hospitalisation, le patient sera accueilli par le délégué qui recueillera son consentement.
 - Qu'à sa sortie, en concertation avec le diabétologue du centre, le délégué planifiera selon ses besoins et selon ses disponibilités (afin de lui éviter des déplacements à l'hôpital et des arrêts de travail) des visites de suivi sur le lieu de son choix (consultations, visites à domicile, atelier pédagogique) (Annexe 10).
 - Qu'un compte rendu d'hospitalisation et du plan d'éducation personnalisé sera adressé au référent (diabétologue traitant, délégué) pour l'informer et valider sa prise en charge
- S'il refuse le protocole de coopération :
- Le refus sera assuré et acté dans le dossier patient.

- Le patient sera suivi par le diabétologue selon un schéma conventionnel.

2. Suivi ambulatoire de la pompe à insuline : le protocole de coopération entre l'hôpital et le patient

A la sortie de l'hôpital bien souvent une rupture de suivi s'effectue par un manque de structure ambulatoire avec du personnel qualifié, formé, afin d'éviter les épisodes d'instabilité glycémique, d'hyperglycémie ou hypoglycémie aiguë causes de réhospitalisation.

Les objectifs de cette coopération telle qu'elle est pratiquée sont de compléter la prise en charge hospitalière du patient diabétique insulinotraité en créant un suivi pluridisciplinaire de proximité, de l'hôpital au domicile.

Il a pour objectif d'améliorer l'équilibre glycémique des patients insulinotraités. Il doit permettre désormais de réduire les accidents métaboliques aigus (hypoglycémies sévères ou acidocétose) ainsi que les complications chroniques du diabète à long terme. Ce bon équilibre chronique peut être atteint grâce à des schémas thérapeutiques complexes, impliquant la pompe à insuline, une formation spécifique des patients et un soutien motivationnel constant nécessaire pour éviter les épisodes de démotivation et d'abandon partiel du traitement, principale cause d'échec thérapeutique dans cette maladie chronique. Ces échecs sont à l'origine des complications, des hospitalisations, des arrêts de maladie, des arrêts de travail faisant de cette maladie, ALD, une maladie coûteuse dans sa prise en charge (remboursement moyen annuel 5431 € pour le diabète, près de 50 % de cette somme est consacrée aux frais liés à l'hospitalisation : 3411 €).

Les objectifs sont :

- Eviter la rupture de suivi à la sortie de l'hôpital par une prise en charge ambulatoire des patients insulinotraités par pompe à insuline externe
- Coordonner les soins entre l'hôpital, la ville et le domicile
- Aider le patient à une meilleure observance de son traitement
- réduire les délais entre 2 consultations médicales par un suivi de proximité infirmier qui suit le traitement et l'adapte en fonction des résultats biologiques du patient,
- réduire les délais de rendez-vous en proposant des consultations infirmières qui fera intervenir le médecin à bon escient dans son rôle d'expert.
- éviter les évènements aigus
- limiter le nombre des patients perdus de vue par un soutien constant adapté aux besoins individuels des patients
- assurer un meilleur équilibre glycémique par une éducation thérapeutique renforcée et adaptée à l'ambulatoire (annexe 3)
- augmenter le partage des informations autour du dossier patient, afin de mettre en place des plans d'action personnalisés pour les patients dits en difficulté et ainsi intensifier le traitement pour un meilleur équilibre glycémique.
- répondre à la demande d'urgence (traitement des hyperglycémies et des hypoglycémies) afin d'éviter les hospitalisations

- permettre un gain de temps médical spécialisé devenu rare et cher, et permettre aux médecins spécialistes d'utiliser au mieux, pour les patients qui en ont besoin, leur temps disponible.
- Renforcer l'éducation thérapeutique adaptée à la vraie vie (annexe 3)
- réduire les déplacements pour les patients ainsi que les frais de transport par des consultations dont le lieu est choisi par le patient (domicile, CERITD)
- réduire les hospitalisations
- repousser les périodes de démotivation et d'abandon du traitement
- réduire les arrêts de travail
- réduire les transports à l'hôpital
- réduire le passage aux urgences

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

1) Etats des professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération aux APS

<p>Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.</p>	<p>Référent des délégués : G. Charpentier (pres@ceritd.fr)</p> <p>Identification des délégués :</p> <ul style="list-style-type: none">- Diabétologues endocrinologues du CHSF ou du CERITD : Dr G Charpentier, Dr D Dardari, Dr A Daoudi, Dr A Deburge, Dr S Franc, Dr E Requeda, , Dr JP Riveline, Dr C Stevenin, Dr M Varroud Vial.- Médecins généralistes du CHSF ou du CERITD : Dr G Lepape, Dr A Pochat- Diabétologues endocrinologues vacataires du CHSF ou du CERITD : Dr B Betari, Dr M Biedzinsky, Dr B Boucherie, Dr A Ciofu.Diabétologues endocrinologues correspondants du CERITD et du CHSF : Dr M Aufèvre, Dr C Azoulay-Petit, Dr I Cerf Baron, Dr E Dresco, Dr B Fève, Dr M Legrelle, Dr N Messaoudi, Dr M Spitzmuller <p>Référent des délégués : L. Canipel</p> <p>Identification des délégués : Mme O Boscus, Mr S Mounier, Mme A Brandicourt, Mr V Agnard</p> <p>Personne à contacter pour l'instruction du protocole de coopération : Mme Lydie Canipel, Directrice du CERITD 01.64.96.91.98, mail : dir@ceritd.fr</p>
--	--

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

Le diabète de type 1 résulte de la destruction des cellules B du pancréas, la personne atteinte ne sécrète pas d'insuline. Cette forme de la maladie peut se manifester à tout âge, mais le plus souvent, elle apparaît durant l'enfance ou au début de l'âge adulte. Les individus qui en sont atteints produisent très peu ou pas du tout d'insuline. Depuis la découverte de l'insuline en 1922, le diabétique ne meurt plus du diabète. Mais seul un bon équilibre glycémique peut éviter les complications dues à l'hyperglycémie (rétinopathie, néphropathie, artériosclérose, neuropathie...). Il n'existe aucun traitement pour guérir le diabète. La terminologie d'insulino dépendant décrit parfaitement la vie de contraintes pluriquotidiennes du diabétique de type 1. Dans cette forme de diabète, sa survie dépend de sa capacité à s'injecter régulièrement et précisément de l'insuline à la plus juste dose. Les traitements sont quotidiens, répétés plusieurs fois par jour, le patient doit apprendre à gérer lui-même son insuline. D'où la nécessité absolue d'un suivi rapproché par l'équipe soignante. Un diabétique de type 1 peut mener une vie active, autonome et dynamique à condition de respecter, durant toute son existence, une discipline stricte par :

- Le contrôle de la glycémie capillaire à l'aide d'un lecteur de glycémie, plusieurs fois par jour
- Reconnaître dans son alimentation la quantité de glucose que chaque aliment contient
- Evaluer son activité physique
- Et reporter fastidieusement, chaque jour toutes ces données sur un carnet de suivi glycémique afin de pouvoir calculer ses doses d'insuline indispensables à sa survie.

Nous comprendrons alors que le succès de son traitement est totalement dépendant de sa motivation, de son implication et de l'acceptation de sa maladie.

Le traitement par pompe à insuline externe est le seul traitement adapté après échec du traitement par multiinjections. L'échec se traduit par une irrégularité de la glycémie associée à des incidents de type hypoglycémies ou hyperglycémies sévères sources de détérioration de la qualité de vie et d'hospitalisations en urgence. Le combat se résume à retrouver une régularité glycémique et réduire ces incidents. La perfusion continue d'insuline sous-cutanée (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion - CSII) est un traitement recommandé pour réduire l'hypoglycémie sévère dans le diabète de type 1, et améliorer l'équilibre métabolique chronique comme le souligne les auteurs Pickup JC, et coll. (diabet Med, 2008) et Jeandrier N. et coll. (Diabetes Metab, 2008) Le nombre d'hypoglycémies sévères dans le diabète de type 1 a été nettement moins fréquent avec un traitement par pompe comparativement

au traitement par multi injections. Avec une plus grande réduction chez les patients qui présentaient des hypoglycémies sévères (les plus graves) lorsqu'ils étaient sous multi injections et avec les patients dont l'ancienneté du diabète était plus longue. La plus grande amélioration de l'HbA1c (lors de leur traitement par pompe) a été avec des patients qui présentaient une HbA1c plus élevée lorsqu'ils étaient traités par multi injections.

L'équipe diabétologique du CERITD et du CHSF a contribué à évaluer et à améliorer le traitement par pompe portable à insuline en France. En 1984, en France, on dénombrerait 255 patients traités par pompe. Ce chiffre est passé à 6 500 en 2002 et près de 24 500 aujourd'hui (AFD : Association française des diabétiques).

Ce traitement nécessite :

- une prise en charge de proximité à la fois de la maladie et du matériel par une équipe spécialisée pluridisciplinaire composée de diabétologues, d'infirmiers (formés aux actes dérogatoires, à l'éducation thérapeutique et aux outils technologiques de plus en plus perfectionnés), de diététicien (ne) et de psychologues (en recrutement). Ces infirmiers spécialisés sont formés à ajuster les doses d'insuline, à traiter les hypoglycémies et les hyperglycémies à répondre aux urgences diabétologiques
- une mise en place dans les services hospitaliers. Celle-ci est parfaitement réussie à l'heure d'aujourd'hui, en revanche le suivi ambulatoire, lorsque le patient rejoint son domicile, n'est pas adapté aux exigences de ce traitement faute de structures ambulatoires de soignants pluridisciplinaires, spécialisés, alors que le lien ville-hôpital doit être absolument maintenu.
- L'application de la LPPR (arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes externes fixes la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables dans le cadre des pompes à insuline externes, portables et programmables) qui impose :
 - que la prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable doit être réalisée :
 - dans un centre initiateur adulte ou pédiatrique, composé d'une équipe multiprofessionnelle
 - Avec un prestataire de service pour le matériel
 - que le suivi doit s'opérer 24 h/24 7j/7 365j/365 pour répondre aux urgences et prévenir les rehospitalisations

Les patients suivis dans le cadre de ce protocole sont tous des diabétiques de type 1 et type 2 (enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois, adulte, adulte) traités par insuline en perfusion continue par pompe externe nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale spécialisée.

66 % de notre population sont des personnes actives devant éviter les arrêts de travail pour venir en consultation à l'hôpital, 94 % ont un diplôme universitaire ou professionnel, 55 % sont des femmes, 12 % vivent seul et cas d'accident aigu n'ont pas d'environnement familial pour les aider. 8 % d'entre eux sont des enfants ou adolescents.

Lieu de réalisation de la coopération :

- Cabinet d'exercice libéral de groupe
- Cabinet d'exercice libéral individuel
- Centre de santé
- Etablissement de santé
- HAD
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Réseau de santé

Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste :

CHRD association 1901 d'unité générale/CHSF

Zone Info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Données du PMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes :

<p>Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?</p>	<p>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</p>
<p>Quel est le système d'information informatisé utilisé ?</p>	<p>Le système d'information partagée entre les professionnels utilisé dans le cadre de ce protocole de coopération est la solution informatique ARCHIPPEL (Application en Réseau pour les Centres Hospitaliers pratiquant l'Insulinothérapie par Pompe En Ligne). ARCHIPPEL permet la traçabilité de l'ensemble des informations relatives au traitement du diabète du patient traité par pompe à insuline portable afin d'assurer une meilleure prise en charge et le suivi du patient dans une démarche éducative. Il encadre les actes dérogatoires et la démarche éducative des infirmiers (Annexes 4, 5 et 6)</p>
<p>Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un logiciel Dossier patient partagé, ○ un numéro vert infirmier, ○ un numéro vert consommable, ○ un téléphone portable d'astreinte avec numero d'urgence, ○ équipements des salariés du CERITD en informatique (fixe et portable avec clé 3G) ○ des salles de consultation ○ une voiture d'astreinte ○ Un stock pour les consommables et les pompes à insuline externe ○ Un stock des lecteurs glycémiques et Holter glycémique

<p>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</p>	<p>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</p>
<p>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</p>	<p>Pour pouvoir développer cette activité de soin, nous avons engagé auprès de la CRAMIF les démarches nécessaires à l'obtention de la reconnaissance en qualité de prestataire pour le traitement par pompe à insuline externe afin d'obtenir un remboursement de nos actes de soins.</p> <p>La structure étant exclusivement composée de soignants en lien direct avec un service de diabétologie qui forme l'équipe pluridisciplinaire. Elle a pris la décision de faire évoluer la prise en charge du patient traité par pompe à insuline externe en créant une tout autre approche : une approche parcours de soins renforcé</p> <p>Pour cela nous avons repensé l'utilisation du forfait qui nous était alloué par la CPAM, et d'en optimiser l'utilisation en créant un parcours de soins de référence pour les patients sous pompe à insuline externe. Aujourd'hui dans le cadre du PLFSS la prestation subit une baisse de remboursement, il nous faut chercher d'autres sources de rémunérations adaptées à nos actes de soins (FIR).</p>

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

4) Décrire les tâches de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention impliquant pas d'autre, illicite de recourir au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de collaboration qui en découlent.

Les actes de soins, les soins ou la réorganisation des modes d'intervention, si on le décide, après l'adoption de la présente loi, la prise de décision de collaboration, les professionnels doivent être vigilants sur la faisabilité, la mise en oeuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice de leur profession, les compétences, les règles de compétence, les règles professionnelles ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

9) Description du protocole clinique au niveau du chargeur des patients

La description de la prise en charge des patients (du rôle(s) de chaque professionnel de santé) est à décrire dans la colonne de description du protocole. Elle doit être détaillée et précise, incluant la description de la prise en charge des patients.

Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrivez comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.

(Annexe 10)

1. Le patient suivi par un diabétologue traitant (délégant) et traité par multi injections présentant un déséquilibre glycémique important est adressé à un des médecins référent pompe (si attaché dans le service ou médecin du service la prise en charge est faite par lui-même)
2. Le médecin référent assure la visite dite « de mise sous pompe ». C'est une visite longue qui a été isolée des autres visites conventionnelles au sein du service de diabétologie.
3. Lors d'une visite dite « de mise sous pompe », le référent pompe va :
 - Informer le patient des caractéristiques relatives à son nouveau traitement :
 - choix libre et consenti de son matériel
 - choix libre et consenti de son prestataire
 - information sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur (peut être réalisé par l'infirmier par dérogation)
4. Si le patient choisit d'être suivi par protocole de coopération
5. Le référent pompe :
 - l'informe et lui remet le formulaire de consentement (l'information et le recueil du consentement des enfants de 6 à 12 ans se fera uniquement oralement (Annexe 8))
 - Créait le patient dans le dossier patient partagé (ARCHIPEL) : état civil, histoire de son diabète (anamnèse)
 - Prescrits à la fois le traitement, le matériel, la commande du matériel qui part vers les gestionnaires.
 - Un rendez-vous d'hospitalisation lui est donné par le secrétariat.
6. Le jour de l'hospitalisation :
 - le patient est accueilli par le binôme diabétologue référent/infirmier (Annexe 9)
 - La prise en charge par plan d'éducation personnalisé démarre avec la remise de son matériel (pompe et consommable). La prise en charge globale se fait à 3 niveaux : (Annexe 11)
 - 1) Son diabète
 - 2) Son traitement
 - 3) Son matériel
7. A la fin de la semaine d'hospitalisation, une évaluation de cette première semaine d'éducation est réalisée par le patient et le binôme référent pompe/délégué référent
8. Un compte-rendu est adressé au délégant traitant.
9. Le plan d'éducation personnalisé va se poursuivre en ambulatoire, le patient s'est fixé lui même des objectifs d'amélioration du suivi de son traitement. Des prises de rendez-vous de suivi personnalisés par le délégué sont planifiées. Le lieu de la

consultation est choisi par le patient lui-même, en fonction de son activité professionnelle, des contraintes horaires qui en découlent, afin d'éviter au maximum les arrêts de travail et les déplacements.

10. Le patient rentre chez lui. Le suivi ambulatoire du délégué démarre, soit par des consultations programmées ou émanant du patient lui-même. au cours desquelles les actes dérogatoires seront pratiqués (Annexe 12), tels que :

- la prescription, la lecture et l'interprétation des glycémies (à jeun, préprandiales, post prandiales, soir, coucher
- la prescription, la lecture et l'interprétation de l'HbA1c
- la prescription, la lecture et l'interprétation de la cétonémie et de la cétonurie
- la lecture et l'interprétation de la fructosamine

Ce qui en découle :

- le changement par le délégué de la prescription médicale pour adapter les doses d'insuline en fonction des résultats biologiques et/ou des événements intercurrents (soins de premier recours). Le délégué règle l'équilibre glycémique, traite les hyperglycémies et traite les hypoglycémies (resucrage). Le tout dans une démarche d'éducation thérapeutique (acte non dérogatoire)

- la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adaptée aux besoins du patient

11. Une fois par an, il assistera, s'il le souhaite, à des ateliers de réévaluation de son traitement (programme d'éducation thérapeutique « Prise en charge ambulatoire par l'infirmier des diabétiques insulinotraités selon un programme d'éducation thérapeutique adapté à la vie de tous les jours » autorisé par l'ARS Ile de France le 1er juin 2012 (annexe 3), une diététicienne (annexe 13) participe à ce programme dans le cadre de l'insulinothérapie fonctionnelle).

- Le médecin comme l'auxiliaire de santé ont accès à tout moment au dossier patient.

12. En cas de refus par le patient de ce mode de prise en charge, il sera suivi par son diabétologue de façon conventionnelle. Son refus sera noté dans son dossier

13. En cas d'urgence nécessitant l'hospitalisation d'urgence après avoir averti le délégant le délégué prévenu fera admettre le patient directement dans le service ou il est suivi sans passage par les urgences

Dans le cadre de la délégation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

*Précisez, pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégué pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).
Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :*

<p>- la prescription, la lecture et l'interprétation des examens biologiques de glycémie (HbA1c, cétonémie cétonurie, Fructuosamine et glycémies),</p> <p>- la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adapté aux besoins du patient</p> <p>- Changement de la prescription médicale d'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> o la prescription d'insuline avec l'identification de nouveaux objectifs de traitement et l'adaptation des doses d'insuline aux repas et lors d'activités physiques. o Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe o Traitement des hypoglycémies : re sucrage des patients (soin de premier recours) o Traitement des hyperglycémies : traitement de la cétose : prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la valeur cible (soin de premier recours) <ul style="list-style-type: none"> • Le soin de premier recours <ul style="list-style-type: none"> o Le patient a un accès direct aux infirmiers pour traiter ou éviter les accidents et incidents graves et les hospitalisations. • Information et signature du consentement sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur • Information et signature du consentement à la création de son dossier patient partagé accessible pour tous les acteurs. <p>En cas d'urgence le patient appelle le numéro d'urgence des infirmiers, l'infirmier identifie le niveau de gravité, l'infirmier ne quitte jamais un patient sans que ses résultats ne soient pas revenus à l'objectif fixé par le diabétologue,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour chaque acte dérogatoire, des procédures (adultes et enfants) ont été rédigées (Annexe 12) avec schémas décisionnels, les infirmiers y sont formés et doivent les appliquer : <ul style="list-style-type: none"> o Procédure adaptation des doses o Procédure adaptation des débits de base o Procédure traitement des hypoglycémies o Procédure traitement des hyperglycémies o Procédure en cas de panne de pompe o Procédure signature du consentement ➤ Pour encadrer le travail des infirmiers, le superviser, le former <ul style="list-style-type: none"> o Une fois par semaine : un staff réunit l'équipe pluridisciplinaire délégué/délégant. Les délégués y présentent des dossiers de patients dits en difficulté ayant nécessités des actes dérogatoires concernant la prise en charge des incidents hypo ou hyperglycémiques et des mesures correctives peuvent être apportées o Chaque déléguant supervise 1 fois par 15
--	--

3 modes d'intervention possible en fonction de seuils d'alerte prédéfinis et qui peuvent être ajustés en fonction du-patient et définis par le diabétologue

Chez l'adulte:

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le déléguant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémies entre 0,55 g/l et 0,70 g/l
 - o Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1.80\text{g/l}$)
 - Glycémies postprandiales entre 2,20 g/l et 4 g/l
- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémie $< 0,55\text{ g/l}$, mais gérée par le patient lui-même
 - o Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine $> 3\text{g/l}$ et cétonémie/cétonurie (0 ou traces)
 - o Hyperglycémie postprandiale $> 4\text{ g/l}$
- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise consultation avec le patient, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
 - o Hyperglycémie à jeun $> \text{à } 3\text{g/l}$ avec cétonémie/cétonurie ≥ 1 croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

Chez l'enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois :

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le déléguant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémies entre 0,60 g/l et 0,70 g/l, symptomatiques ou non

jours de façon aléatoire les consultations assurées par le délégué, il identifie les forces et les faiblesses du délégué et met en place en cas de nécessité une formation complémentaire du délégué.

- o Les réunions interprofessionnelles permettent de :
 - o Réunir déléguant/délégué autour du dossier patient
 - o Tous les dossiers patients sont revus au moins une fois par trimestre.
 - o La première a lieu un mois après la sortie de l'hôpital
 - o Elles peuvent avoir lieu en face-face ou de façon téléphonique.
 - o Aux déléguants de superviser les actes accomplis par les délégués de réajuster les objectifs glycémiques en cas de besoin.
 - o D'apporter des mesures correctives si nécessaire.
 - o De former le délégué
 - o Aux délégués d'avoir un retour sur les consultations du déléguant
 - o Chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
 - o Une messagerie appelée agora dans l'outil ARCHIPPEL leur permet de communiquer à tous moments.
- o Une fois par semaine, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1.80\text{g/l}$) ▪ Glycémies post prandiales entre 2,20 g/l et 3,5 g/l - Alerte de gravité haute, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et ses parents si besoin et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypoglycémie $< 0.55\text{ g/l}$ $< 0.60\text{ g/l}$ +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration....) ○ Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine $> 2,80\text{ g/l}$ et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces) ○ Hyperglycémie postprandiale $> 3,5\text{ g/l}$ - Alerte de gravité très haute, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une consultation avec le patient et ses parents si besoin, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypoglycémie sévère avec trouble de conscience ou somnolence, empêchant la prise de sucre par la bouche (<i>et si un contrôle glycémique peut être réalisé, un taux de glycémie $< 60\text{ mg/dl}$ ou « Lo » sur l'écran du lecteur</i>). <p>Hyperglycémie à jeun $> \hat{a}$ 2,80 g/l avec cétonémie/cétonurie ≥ 1croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)</p>	<p>un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lors du suivi en ambulatoire les délégués assurent une astreinte 24 h/24, ○ le délégué est toujours joignable. ○ Le dossier patient partagé est consultable 24 h/24 par le délégué ce qui leur permet à tout moment de superviser le travail du délégué. <p>Lors des actes dérogatoires concernant la prise en charge des incidents hypo ou hyperglycémiques et selon le niveau de gravité (annexe 12), et en cas de symptôme ne faisant pas partie du protocole de prise en charge du diabète, le délégué fait appel au délégué.</p>
--	---

Quels sont les moyens utilisés par le délégué pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui organisent leur mode d'intervention auprès du patient ?

1. Le système d'information partagée entre les professionnels permet le partage des données à caractère personnel concernant le patient dans un but d'une meilleure coordination des soins d'une tracabilité des actes. Dans ce logiciel a été intégrée toute la démarche éducative du plan d'éducation personnalisé qui encadre la démarche infirmier. Le délégué peut ainsi à tous moments contrôler le déroulé des actes infirmiers.
Chaque délégué supervise 1 fois par 15 jours de façon aléatoire les consultations assurées par le délégué, il identifie les forces et les faiblesses du délégué et met en place en cas de nécessité une formation complémentaire du délégué. Les infirmiers sont joignables par une ligne directe lorsqu'ils sont en consultation, sur un numéro de portable d'urgence 24 h/24, 365J/365 lorsqu'ils sont en astreinte et dans le service de diabétologie lorsqu'ils assurent les formations en hospitalisation.
2. Une fois par semaine, un staff réunit l'équipe pluridisciplinaire délégué/déléguant. Les délégués y présentent des dossiers de patients dits en difficulté ayant nécessité des actes de premier recours.
3. Chaque fin de semaine le délégué reçoit la liste des patients qui seront vus par les délégués
4. Les réunions interprofessionnelles permettent de :
 - Réunir déléguant/délégué autour du dossier patient
 - Tous les dossiers patients sont revus au moins une fois par trimestre.
 - La première a lieu un mois après la sortie de l'hôpital
 - Elles peuvent avoir lieu en face-à-face ou de façon téléphonique.
 - Aux délégués de superviser les actes accomplis par les délégués
 - de réajuster les objectifs glycémiques en cas de besoin.
 - D'apporter des mesures correctives si nécessaire.
 - De former le délégué
 - Aux délégués d'avoir un retour sur les consultations du déléguant
 - chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
5. Réunions hebdomadaires référent des délégués/équipe des délégués
travail coopératif d'évaluation quantitative et qualitative de l'activité de ceux-ci.

IV. - PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

Describe ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de soins se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?

Le parcours de soins existant se limitait à :

- une visite de diabétologue en moyenne tous les 6 mois,
- ce diabétologue donnait son numéro de téléphone personnel pour être joint à tous moment,
- une astreinte matérielle en dehors du suivi diabétologique existait, entre 2 visites de diabétologue
- le patient était plus ou moins livré à lui même, son médecin généraliste renouvelait les ordonnances sur conseil du diabétologue.

Le parcours de soins actuel :

- les consultations essentielles déléguant sont limitées à la résolution des problèmes complexes le diabétologue joue pleinement son rôle d'expert.
 - La revue générale du diabète en HDJ une fois/an ou tous les deux ans, se fait en présence du binôme délégué en binomie avec le diabétologue
 - fin de la rupture de la prise en charge de proximité à la sortie de l'hôpital par la naissance de la structure ambulatoire, composée d'une équipe pluridisciplinaire (Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 N° DOSMS-2012-139, région Ile de France cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires). Ce suivi est basé sur la continuité et la permanence des soins. Elle s'insère dans le parcours de soins du patient. Cette structure à des normes strictes en termes d'organisation et de protocollisation Une planification est indispensable et visible par tous celle-ci a été organisée 24 h/24,7 j/7, 365 j/365.
 - Les rendez-vous infirmiers sont sans délai d'attente et adaptés aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail. La prise en charge du patient se déroule de la façon suivante (Annexe 10) :
- 1- Le délégué intervient dès la semaine d'éducation dite de mise sous pompe (hospitalisation dans le service de diabétologie, 4 à

- 5 jours du patient). Elle est construite sur le modèle d'un parcours d'éducation thérapeutique alliant : cours de déléguant, ateliers patients, exercices pratiques par les délégués (Annexe 9).
- 2- A la fin de la semaine, le patient s'auto évalue avec le binôme référent/délégué et un plan de visites de suivi personnalisé lui est proposé, validé par le déléguant. Si le déléguant n'est pas présent, un compte rendu lui est adressé.
- 3- Le patient rentre chez lui et le délégué le prend en charge. Il assure les consultations, les ateliers au sein de la structure ou à domicile. Le lieu de consultation est choisi par le patient afin de l'adapter au maximum à ses contraintes personnelles et lui éviter ainsi des arrêts de travail, des déplacements. Un délégué assure l'astreinte et répond aux urgences (Annexe 7) pour assurer la permanence des soins (un numéro vert ainsi qu'un numéro d'urgence ont été mis en place).
- 4- Des listes d'astreintes (Annexe 7) pour le suivi des patients sous pompe à insuline externe sont éditées et visibles par tous sur lesquelles on trouve à la fois le nom du médecin de garde et de l'infirmier d'astreinte.
- 5- L'intervention du délégué peut se faire à la demande du patient soit à cause d'un problème technique (exemple : cathéter bouché à l'origine d'une hyperglycémie avec acétone) soit à cause d'une sensation de mal-être qui demande un diagnostic et une prescription de nouvelle dose d'insuline soit en cas d'échec par le patient lui-même d'une tentative de traitement par exemple une hypoglycémie persistante, soit en cas d'hyperglycémie qui nécessite une prescription d'insuline par le délégué soit en cas d'événement intercurrent par exemple une interaction médicamenteuse avec l'insuline soit lors d'un épisode infectieux.
- 6- Le délégué identifie le niveau de gravité, 3 modes d'intervention possible décrits dans le paragraphe IV. B) 5) a).
- 7- La Coordination déléguant/délégué est mise en place dès la sortie de l'hôpital

<p><i>Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une reorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégué à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.</i></p>	
<p><i>Temps estimé pour le délégué :</i></p>	<p>Synthèse tous les 6 mois en moyenne 34 minutes Consultations intermédiaires, en hôpital de jour et téléphoniques : en moyenne 12 minutes Urgences visites à domicile : pas de temps moyen évalué (dépendant du niveau d'urgence, et de la distance pour le déplacement) Préparation des consultations : 10 minutes Réunions : 1 heure par réunion (pluridisciplinaires et staffs) et 15 minutes pour la rédaction du compte rendu.</p>
<p><i>Temps passé par le délégué avant le transfert :</i></p>	<p>Consultation de diabétologie 20-30 minutes</p>
<p><i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i></p>	<p><input type="text"/></p>
<p><i>Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?</i></p>	
<p>Service de diabétologie du CHSF / CER / ID / Domicile patient</p>	

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3. Description du processus pluriprofessionnel de soins (SOPS)

Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?

Lors de sa semaine d'hospitalisation, le patient est éduqué à repérer les signes d'alerte.

Le délégué et le délégant sont toujours joignables ainsi que le secrétariat (aux heures de bureau)

L'intervention du délégué pourra aussi se faire à la demande du patient soit à cause d'un problème technique (exemple : cathéter bouché à l'origine d'une hyperglycémie avec acétone) soit à cause d'une sensation de mal-être qui demande un diagnostic et une prescription de nouvelles doses d'insulines soit en cas d'échec par le patient lui-même d'une tentative de traitement par exemple une hyperglycémie persistante, soit en cas d'hyperglycémie qui nécessite une prescription d'insuline par le délégué soit en cas d'événement intercurrent par exemple une interaction médicamenteuse avec l'insuline soit lors d'un épisode infectieux.

Une enquête satisfaction patients est réalisée chaque fin d'année et des mesures correctives sont mises en place

Chez l'adulte :

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le délégant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémies entre 0,55 g/l et 0,70 g/l
 - o Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1,80\text{g/l}$)
 - Glycémies postprandiales entre 2,20 g/l et 4 g/l
- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
 - o Hypoglycémie $< 0,55\text{ g/l}$, mais gérée par le patient lui-même
 - o Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine $> 3\text{g/l}$ et cétonémie/cétonurie (0 ou traces)
 - o Hyperglycémie postprandiale $> 4\text{ g/l}$
- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une

consultation avec le patient, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :

- Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
- Hyperglycémie à jeun $>$ à 3g/l avec cétonémie/cétonurie \geq 1croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

Chez l'enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois :

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le déléguant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :

- Hypoglycémies entre 0,60 g/l et 0,70 g/l, symptomatiques ou non
- Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales (\geq 1,80g/l)
 - Glycémies post prandiales entre 2,20 g/l et 3.5 g/l

- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et ses parents si besoin et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :

- Hypoglycémie $<$ 0,55 g/l $<$ 0,60 g/l +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration....)
- Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine $>$ 2,80 g/l et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces)
- Hyperglycémie postprandiale $>$ 3.5 g/l

- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une consultation avec le patient et ses parents si besoin, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :

- Hypoglycémie sévère avec trouble de conscience ou somnolence, empêchant la prise de sucre par la bouche (*et si un contrôle glycémique peut être réalisé, un taux de glycémie $<$ 60 mg/dl ou « Lo » sur l'écran du lecteur*).

Hyperglycémie à jeun $>$ à 2,80 g/l avec cétonémie/cétonurie \geq 1croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

Le système d'information partagée entre les professionnels ARCHIPEL permet la génération de listes d'alertes aux délégués :

- patients en difficultés (2 HbA1c $>$ 9 % consécutives en dehors de la première) (annexe 12.6),
- patients perdus de vue depuis un an et un jour si le délégué ne parvient pas à joindre le patient au bout de deux appels, il prévient le déléguant et se déplace chez le patient (annexe 12.7)
- patients non vu depuis 6 mois et 1 jour
- Suivi entre deux dates choisis des hypoglycémies, des hyperglycémies

- Suivi de la prescription d'insuline (dose moyenne)

Listez les risques inhérents à ce transfert d'actes de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

Les risques inhérents à ce transfert d'actes de soins et de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé sont :

- Refus d'acceptation du patient
- Erreur de diagnostic lors de l'interprétation des données
- Mauvaise évaluation de l'état du patient
- Erreur de prescription des doses d'insuline
- Traitement des hypoglycémies inadapté
- Traitement des hyperglycémies inadapté
- Délégué qui ne répond pas à l'appel d'urgence d'un patient

Quelles sont les actions préventives mises en œuvre au regard aux risques identifiés ?

Les actions préventives :

1. Une formation du patient et de son entourage à reconnaître les signes avant-coureurs de son instabilité glycémique
2. Une formation du patient et de son entourage à la procédure resucrage
3. Une éducation du patient et de son entourage à la procédure traitement des hyperglycémies
4. Une éducation du patient et de son entourage à la reprise des multiples injections en cas de panne de pompe
5. Une éducation du patient et de son entourage à l'insulinothérapie fonctionnelle (annexe 14)
6. Une formation initiale approfondie de l'infirmier délégué de 5 semaines prolongées de 2 semaines d'immersion dans un service en endo pédiatrie
7. liste automatisée des patients dit en difficulté
8. liste automatisées des patients perdus de vue
9. liste automatisées des patients non vus
10. Une visibilité 24 h/24 des prescriptions du délégué dans ARCHIPPEL
11. Une Supervision continue du délégué à 3 niveaux :
 - o Un staff hebdomadaire au cours duquel le délégué rend compte de ses actes dérogatoires. Les dossiers électroniques des patients en difficulté (2 dernières HbA1c > 9 %) sont consultés 1 fois par semaine par le délégué.
 - o Des réunions pluridisciplinaires permettent la revue de tous les dossiers le délégué consulte les dossiers au moins une fois par 3 mois, avec le délégué, lors d'une réunion face face d'échanges. La 1^{ère} réunion est prévue dans le mois qui suit

- l'initiation d'un patient Chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient.
- Une supervision des consultations infirmiers une fois par 15 j par le biais du dossier électronique de façon aléatoire par le délégué
12. Un délégué accessible 24 h/24 (annexe 7)
 13. Une formation de base et continue forte (voir paragraphe VI.)
 14. Un accès superuser dans archipel permet au responsable des délégués de suivre et analyser grâce à des tableaux de bord toute l'activité qualitative et quantitative des délégués. Ceci lui permet d'avoir des entretiens d'évaluation individuels ou collectifs pour développer l'expertise des délégués et pouvoir à tous moments en cas de dysfonctionnement mettre en place par le responsable des délégués des mesures d'accompagnement.

Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Face à un événement indésirable grave, le délégué prévient immédiatement en temps réel le délégué, une procédure de prise en charge du patient avec les mesures correctives nécessaires est immédiatement faite par le délégué après évaluation de la relation entre l'événement et le suivi par le délégué.
Un correspondant matériovigilance a été nommé : Mme Caroline Peschard. Les déclarations d'événements indésirables graves de pharmacovigilance sont assurées par les délégués (Formulaire Cerfa 10246*04).

Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Nous nous sommes appuyés sur le système d'information partagée entre les professionnels pour gérer la prévention des événements indésirables :

- un onglet permet le suivi des hypoglycémies, des hyperglycémies par patient et permet d'en évaluer le rythme et la durée des apparitions.
- Une liste des patients dits « en difficulté » (patient présentant 2 dernières HbA1c > 9 % en dehors de celle lors de la mise sous pompe).
- Une liste des patients dits « perdus de vue » (patients non vus par un soignant depuis 1 an et 1 jour) ces patients sont très souvent en déni de la maladie, en errance de leur traitement et risques de développer des complications. Une liste des patients dits « non vus » (6 mois et 1 jour).

Si un événement indésirable survient le délégué doit suivre la procédure selon le niveau de gravité et rédiger quelque soit l'événement un compte-rendu dlt PEP de synthèse ou de suivi et remplir le formulaire de gestion de ces événements par les infirmiers visibles par délégués et délégués à tout moment (Annexe 4).

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description de la technique de prise en charge des patients (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

Avenir la coopération, précisez la période (plusieurs réponses possibles)	Modalités d'analyse des pratiques du délégué	Modalités d'analyse des pratiques du délégant	
<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	<input type="checkbox"/>

① Zone Info

Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes. Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

<p><i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i></p>	<input type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	Itéris par semaine
	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	
<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	analyse annuelle des statistiques concernant les principaux indicateurs contenus dans le dossier patient partagé	

Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?

Archipel permet une analyse qualitative et quantitative par le recueil des délégués et des délégués

Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération

<p><i>Pour le patient :</i></p>	<p>Prise en charge efficace et sûre de sa pathologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - équilibre glycémique amélioré - diminution des hypoglycémies - diminution des hyperglycémies - prévention des complications - réduction des réhospitalisations, réduction des déplacements à l'hôpital, réduction des arrêts de travail, - gestion du stress afférent au traitement - réponse immédiate par un interlocuteur reconnu face à une irrégularité glycémique - réponse immédiate par un interlocuteur reconnu face à la gestion de ses hyperglycémies, hypoglycémies
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - bénéficié avec un risque mesuré des derniers outils technologiques -Accompagnement dans les périodes de dénie
<i>Pour le délégué :</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation et responsabilisation professionnelle - Travail en équipe pluridisciplinaire - Niveau d'expertise élevé - Contact de proximité avec le patient <p>Gain de temps médical permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un rôle d'expert renforcé - un suivi renforcé sur les patients en difficulté -une diminution du nombre de ses perdus de vue - Suivi rapproché indirect de son patient
<i>Pour le déléguant :</i>	

V. - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<p>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</p>	<p>Le travail de rédaction de ce protocole de coopération est le fruit d'un travail collaboratif de toute une équipe motivée centrée sur l'amélioration du soin et l'intensification du traitement pour ces patients. L'Association Française des Diabétiques soutient ce projet et a participé à son élaboration. Le protocole sera révisé en fonction de l'actualisation des recommandations et des autres références utilisées</p>
<p>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, citer la référence : NEO-BOLUS</p>
<p>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autres(s) pays ? Si oui, coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, dans quel pays ? <input type="checkbox"/> Coordonnées personne contact : <input type="checkbox"/></p>

VI. – EXPERIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THEORIQUES ET PRACTIQUES SUIVIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

<p><i>Decrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Pour pouvoir exercer les actes dérogatoires, les compétences (Annexe 13) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une capacité à pouvoir poser un diagnostic : il faut connaître et comprendre la maladie diabétique (physiopathologie, régulation du glucose dans le sang, les apports glucidiques, le traitement) - Une capacité à pouvoir prescrire de l'insuline, il faut connaître et comprendre les différents traitements du diabète (qu'est-ce que l'insuline, indications, contre indications, effets indésirables, interactions médicamenteuses, activité physique et insuline) - Savoir identifier les signes d'alerte : savoir reconnaître une hypoglycémie, une hyperglycémie, un événement intercurrent, un épisode infectieux, une interaction médicamenteuse - maîtriser l'insulinothérapie fonctionnelle (calcul des unités portions, validation, compensation, insulinosensibilité) (annexe 14) - savoir écouter son patient - la capacité à travailler en équipe pour respecter le protocole de coopération (respect des autres, accepter la différence, mettre à jour ses connaissances) - maîtriser l'utilisation de la pompe à insuline et de ses accessoires pour le traitement de certaines urgences - être infirmier diplômé d'état avec une expérience conséquente de la prise en charge des pathologies chroniques - être formé à l'éducation thérapeutique - savoir gérer son stress - être disponible <p>Pour acquérir ces compétences :</p> <p>Nos infirmiers sont tous infirmiers diplômés d'état. Ils ont été formés par les délégués et parrainés par un délégué sénior pendant 5 semaines de stage d'accueil</p>
---	---

	<p>et 2 semaines en service d'endopédiatrie. Ils sont évalués chaque fin de semaine sur l'appropriation des connaissances et mise en place de plan de formations supplémentaires selon ses résultats d'une semaine sur l'autre. Ce stage est validé par une évaluation finale par le déléguant et le délégué sénior. Cette formation est adaptable en fonction du cursus de l'infirmier. Un bilan des connaissances est toujours fait au départ pour adapter la formation en temps et en contenu</p> <p>Il comprend (annexe 15) :</p> <p>Une formation aux actes dérogatoires :</p> <p>Semaine 1 : Acquisition des bases du diabète, physiopathologie et traitement;</p> <p>Semaine 2 : Découverte de l'éducation thérapeutique, appropriation de la démarche Plan d'Education Personnalisé et du protocole de coopération</p> <p>Semaine 3 : Formation au matériel ;</p> <p>Semaine 4 : Mise en situation pratique, acquisition de l'autonomie à partir de cas cliniques</p> <p>Semaine 5 : mise en situation d'autonomie, immersion au CERITD avec supervision (astreinte doublée par un délégué sénior)</p> <p>Semaine 6 et 7 : Acquisition de l'approche de la maladie et son traitement chez l'enfant, immersion en service d'endopédiatrie</p>
<p><i>Describez le contenu minimum de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Le déléguant a la responsabilité totale de l'acquisition de ces bases théoriques (105h).</p> <p>La formation aux « connaissances diabète » (Annexe 15) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition, classification, signes du diabète de type 1 et du diabète de type 2 • Régulation du glucose dans le sang : Parcours Physiologique, l'insuline, les deux sources du glucose dans le sang, la régulation de la glycémie et ses différents acteurs • Définition d'une insuline rapide. Leurs différents modes d'administration • Indication et contre-indication de l'insuline rapide • Définition d'un bolus. Indications. • Activité physique et insuline. • Définition d'une insuline basale. Mécanisme d'action. Indication. • Définition du basal bolus. • Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 1 • Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 2

	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et objectifs de l'insulinothérapie fonctionnelle : Calcul des Unités/Portion. Validation des unité/portion, compensation. Calcul de l'insulino-sensibilité. • Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? Les différents actes de l'éducation thérapeutique • Définition de la télémédecine et de ses 4 actes qui définissent la télémédecine. • Définition et objectifs de la coopération interprofessionnelle. Qu'est-ce qu'un acte dérogatoire ? • Définition et objectifs de la démarche éducative d'un Plan d'Education Personnalisé • Définition de la glycémie à jeun, post prandiale : normes, à quoi servent-elles ? Quand les faire ? Comment les maîtriser ? Quels objectifs glycémiques pour quels patients ? • La mesure continue du glucose : définition, objectifs, comment la réaliser. • La glycémie capillaire : définition, objectifs, comment la réaliser. • L'HbA1c : définition, objectifs, comment la réaliser.
<p><i>Décrivez la formation pratique minimale suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>La formation pratique (120h) se fait sous la responsabilité d'un binôme déléguant/délégué senior responsables de la validation finale du stage. Elle se fait de façon progressive vers l'autonomie après l'acquisition des bases théoriques de la physiopathologie et du traitement du diabète. Cette mise en application se fait à partir d'exercices sur des cas cliniques pour aboutir à l'autonomie auprès du patient. Cette autonomie est alors supervisée par le binôme présent en back up. Chaque fin de semaine les connaissances sont évaluées, validées ou pas par le binôme. Il validera au bout de 5 semaines de stage et décidera si le délégué est apte à exercer l'activité dérogatoire.</p> <p>Contenu de la formation pratique (Annexe 15) :</p> <p>A. La formation informatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation Pack office, aux logiciels ARCHPEL, Diabeo et ePEP <p>B. La formation aux pompes à insuline externes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indication du traitement par pompe externe • Les différentes pompes à insuline externe, avantages et inconvénients de chacune

	<ul style="list-style-type: none"> • Les différents lecteurs glycémiques, avantages et inconvénients de chacun • Les différentes insulines rapides • Les différentes insulines basales • Comment le patient diabétique est-il sur que sa dose de basale est correcte ? • Comment adapte-t-on l'insuline basale chez un patient diabétique ? • Comment adapter le débit de base ? • Comment valider un débit de base secondaire en 1° partie de nuit ? • Comment valider un débit de base secondaire en 2° partie de nuit ? • Comment valider un débit de base secondaire dans la matinée ? • Comment valider un débit de base secondaire dans l'après midi ? <p>C. formation à la gestion des hypoglycémies et hyperglycémies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes d'une hypoglycémie • Prévention de l'hypoglycémie • Les signes d'une hyperglycémie • Traitement d'une hyperglycémie • Comment et quand calculer le resucrage ? • Comment valider la compensation ? • Comment valider le resucrage ? 						
<p>Précisez le nombre d'heures minimum de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</p>	<p style="text-align: center;">INFOBULLE</p> <table border="1" data-bbox="576 875 735 2004"> <tr> <td data-bbox="576 875 651 1160">Nombre d'heures de formation théorique</td> <td data-bbox="576 1160 651 1444" style="text-align: center;">105</td> <td data-bbox="576 1444 651 1729">Nombre d'heures de formation pratique</td> <td data-bbox="576 1729 651 2004" style="text-align: center;">140 (annexe 15)</td> </tr> </table>			Nombre d'heures de formation théorique	105	Nombre d'heures de formation pratique	140 (annexe 15)
Nombre d'heures de formation théorique	105	Nombre d'heures de formation pratique	140 (annexe 15)				
<p>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</p>	<p>- Soit ayant exercé en service de diabétologie pendant 2 ans, - Soit ayant 3 ans d'expérience d'IDE dans des services de prise en charge de patients atteints de maladie chronique (annexe 13). Une validation des compétences sera faite à l'embauche et le stage pourra être prolongé et adapté en fonction des besoins identifiés et des acquis.</p>						

**VII. - INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITE, LA SECURITE,
L'UTILITE ET LE COUT DE MISE EN OEUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRECIES**

- Indicateurs d'activité
 - o Taux d'adhésion au protocole des patients (Définition: Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficiaire du protocole/ nombre de patients éligibles informés)
 - o Taux d'adhésion au protocole des professionnels (Définition: Nombre de professionnels participant au protocole/ nombre de professionnels éligibles)
 - o Taux de sortie du protocole des patients

- Indicateurs de qualité et de sécurité
 - o Taux brut d'alertes (Définition: nombre d'alertes du délégué par le délégué / nombre d'actes délégués)
 - o Précision: une alerte est le recours du délégué au délégué au cours de la réalisation de l'acte quelle qu'elle soit (par téléphone, de visu ou auprès du patient, immédiatement ou de manière décalée)
 - o Taux d'alertes pertinentes
 - o Taux de reprises (Définition: nombre d'actes réalisés en totalité ou partiellement par le délégué après intervention du délégué quelqu'en soit le moment)

Cet indicateur peut être comparé entre délégués et/ou entre délégué et délégué

- Analyse des pratiques
 - o Taux d'analyse collective des alertes

Définition: nombre d'alertes analysées en équipe/ nombre d'alertes

Précision : L'équipe est constituée des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, elle comporte au minimum tous les professionnels mentionnés nominativement dans le protocole de coopération.

 - o Taux d'analyse collective des EI (Définition: nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus)
 - o Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émergence sont prises en compte pour cet indicateur.)

Précision : Des réunions de l'équipe concernée par le protocole de coopération sont organisées régulièrement. Elles peuvent prendre des formats divers, adaptés au secteur d'activité (Staff, groupe d'analyse des pratiques,....). Les modalités d'organisation de ces réunions (fréquence, durée, lieu, participants, sélection des dossiers, modalités d'analyse, rédaction de compte rendus, etc ...) sont précisées dans une procédure ou charte ou règlement intérieur.

- Satisfaction des acteurs (professionnels et patients)
 - o Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie
 - o Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis du protocole de coopération
 - o Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la coopération mise en place
- Précision : Ces indicateurs sont construits à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

- Impact organisationnel

Délai de 1er rendez-vous des patients inclus

Définition : délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué

Précision : le délai médian est la médiane du temps en jours (ou en heures), entre la décision de prise en charge dans le cadre de la coopération et la date (ou heure) de rendez-vous avec le délégué

Remarque(s)	
Recommandation	Développer les outils pour améliorer la communication interprofessionnelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Périodicité	Annuelle
Dénominateur	Nombre de professionnels éligibles
Numérateur	Nombre de professionnels participant au protocole
Modalités de recueil des données	ARCHIPPEL
Définition de l'indicateur	Proportion de professionnels participant au protocole
Objectif à atteindre	= 100%
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques de type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Libellé de l'indicateur	Taux d'adhésion au protocole des professionnels (Définition: Nombre de professionnels participant au protocole/ nombre de professionnels éligibles)

Remarque(s)	
Recommandation	Réalisation d'une bonne information patient, le temps passé pour l'information patient doit permettre une information sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Périodicité	Annuelle
Dénominateur	Nombre de patients éligibles informés
Numérateur	Nombre de patients ayant signé le formulaire de consentement
Modalités de recueil des données	ARCHIPPEL et dossier source
Définition de l'indicateur	Pourcentage de patient ayant donné leur accord
Objectif à atteindre	≥ 98%
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Libellé de l'indicateur	Taux d'adhésion au protocole des patients (Définition: Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficier du protocole/ nombre de patients éligibles informés)

Libellé de l'indicateur	Taux brut d'alertes (Définition: nombre d'alertes du déléguant par le délégué / nombre d'actes délégués)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe diminuée ou maintenir l'HbA1c en fonction de la dernière HbA1c à l'entrée dans le protocole
Objectif à atteindre	Réduire le nombre d'incidents hypoglycémiques ou hyperglycémiques
Définition de l'indicateur	Nombre d'alertes du déléguant par le délégué
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL et rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	Nombre d'alertes du déléguant effectuées par le délégué (recours au déléguant)
Dénominateur	
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Augmentation pourcentage de patient dont les 2 dernières HbA1c sont sup à 9% en dehors de la première Augmentation de 1% des patients perdu de vue
Recommandation	Un staff qui réunit l'équipe pluridisciplinaire pour le suivi des patients en difficulté Une fois par semaine, le référent des délégués pour le suivi des patients perdus de vue
Remarque(s)	Précision: une alerte est le recours du délégué au déléguant au cours de la réalisation de l'acte quelle qu'elle soit (par téléphone, de visu ou auprès du patient, immédiatement ou de manière décalée)

Libellé de l'indicateur	Taux de sortie du protocole des patients
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Proportion de patients sortis du protocole pendant la période évaluée / nombre de patients inscrits au début de la même période
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
Numérateur	Nombre de patients sortis du protocole pendant la période évaluée
Dénominateur	Nombre de patients entrés dans le protocole au début de la période évaluée
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	≤ 2%
Recommandation	Développer l'éducation thérapeutique : patient acteur du protocole de coopération
Remarque(s)	Les sorties du protocole concernent : les refus, les perdus de vue... patient... Ils peuvent être également du au déménagement, décès du patient...

Libellé de l'indicateur	Taux de reprises (Définition: nombre d'actes réalisés en totalité ou partiellement par le délégué après intervention du délégué quelqu'en soit le moment)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	> 2%
Définition de l'indicateur	Nombre d'actes dérogatoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégué après intervention du délégué quelqu'en soit le moment /
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
Numérateur	Nombre d'actes dérogatoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégué après intervention du délégué quelqu'en soit le moment
Dénominateur	Nombre d'actes dérogatoires du délégué
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Se tenir à une formation initiale et continue de haut niveau. Une supervision des actes dérogatoire par le délégué. Des réunions pluridisciplinaires et des staffs préparé ou les échanges sont constants.
Remarque(s)	Le taux de reprise est dépendant du niveau de formation du délégué. Cet indicateur peut être comparé entre délégués et/ou entre délégué et déléguant

Libellé de l'indicateur	Taux d'alertes pertinentes
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	Atteindre 100%
Définition de l'indicateur	nombre d'alertes du délégué par le délégué jugées pertinentes (qui respecte les niveaux de gravité) et nécessitant un acte du délégué/ nombre d'alertes du délégué par le délégué
Modalités de recueil des données	Fichier de suivi interne
Numérateur	nombre d'alertes du délégué par le délégué jugées pertinentes
Dénominateur	nombre d'alertes du délégué par le délégué
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	> 5% d'alertes non pertinentes
Recommandation	Se tenir à une formation initiale et continue de haut niveau. Une supervision des actes dérogatoire par le délégué.
Remarque(s)	La pertinence des alertes dépend du niveau de formation du délégué

Libellé de l'indicateur	Taux d'analyse collective des EI (Définition: nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 1 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	100%
Définition de l'indicateur	nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPPEL et rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	nombre d'EI analysés en équipe
Dénominateur	nombre d'EI survenus déclarés
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Une formation spécifique des délégués à identifier et à traiter les EI.
Remarque(s)	

Libellé de l'indicateur	Taux d'analyse collective des alertes de gravité haute (Définition: nombre d'alertes analysées en équipe/ nombre d'alertes)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 1 mois/adultes) par pompe à insuline externe = 100%
Objectif à atteindre	
Définition de l'indicateur	nombre d'alertes de gravité haute analysées en équipe/ nombre d'alertes de gravité hautes
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPPEL et fichier interne de suivi/rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	nombre d'alertes de gravité haute analysées en équipe
Dénominateur	nombre d'alertes de gravité haute générées
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Une formation du délégué à poser un diagnostic à partir du suivi glycémique de ses patients.
Remarque(s)	<i>Precision : L'équipe est constituée des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, elle comporte au minimum tous les professionnels mentionnés nominativement dans le protocole de coopération.</i>

Libellé de l'indicateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émargement sont prises en compte pour cet indicateur.)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERTD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	Tous les dossiers patients doivent être revus au moins une fois par trimestre Une fois par semaine : un staff réunit l'équipe pluridisciplinaire délégué/déléguant pour la mise en place des mesures correctives nécessaires Une fois par semaine, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.
Définition de l'indicateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émargement sont prises en compte pour cet indicateur.)
Modalités de recueil des données	Tableau de suivi interne
Numérateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée
Dénominateur	
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	> 10% de réunions non réalisées pendant la période de suivi
Recommandation	<p>Toutes les semaines le référent des délégués doit faire un suivi des prises de rendez vous entre délégués et déléguants. Le référent de délégués doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire circuler entre tous les acteurs les dates de planification des staffs. • Vérifier la qualité et la quantité des comptes rendu de réunion pluridisciplinaires et des staffs. • Faire des bilans trimestriels de l'assiduité des acteurs à la réalisation des réunions.
Remarque(s)	<p>Précision : Des réunions de l'équipe concernée par le protocole de coopération sont organisées régulièrement. Elles peuvent prendre des formats divers, adaptés au secteur d'activité (staff, groupe d'analyse des pratiques ...). Les modalités d'organisation de ces réunions (fréquence, durée, lieu, participants, sélection des dossiers, modalités d'analyse, rédaction de compte rendus, etc...) sont précisées dans une procédure ou charte ou règlement intérieur.</p>

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERTTD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfait / Nombre de délégués non satisfait
Modalités de recueil des données	Questionnaire de satisfaction Au cours des réunions hebdomadaires des délégués avec le référent des délégués un brainstorming est réalisé pour identifier les besoins
Numérateur	Nombre de délégués satisfait
Dénominateur	Nombre de délégués non satisfait
Périodicité	A chaque session de formation et annuelle
Seuil d'alerte	c
Recommandation	Faire faire la formation par des équipes expérimentées et maîtrisant ce type de protocole de coopération
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis du protocole de coopération
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERTTD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe = 100 %
Objectif à atteindre	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués non satisfaits
Définition de l'indicateur	Questionnaire de satisfaction
Modalités de recueil des données	Au cours des réunions hebdomadaires des délégués avec le référent des délégués un brainstorming est réalisé pour identifier les besoins
Numérateur	Nombre de délégués satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégués non satisfaits
Périodicité	semestriel
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Bilan de leur niveau de satisfaction à mi année pour réajuster et mettre en place des mesures correctives si nécessaires
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la coopération mise en place
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués non satisfaits
Modalités de recueil des données	Questionnaires de satisfaction
Numérateur	Nombre de délégués satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégués non satisfaits
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Le référent des délégués doit former et informer au protocole de coopération ses délégués et les accompagnants.
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Délai de 1 ^{er} rendez-vous donné par la structure ambulatoire des patients inclus (Définition : délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	La date planifiée en fonction du plan d'éducation soit respectée à 100%
Définition de l'indicateur	Délai médian d'obtention de premier rendez-vous avec le délégué à la sortie de l'hospitalisation
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPPEL
Numérateur	Médiane du temps (jours) entre la sortie de l'hospitalisation dans le cadre du protocole et la date de rendez-vous effectif avec le délégué
Dénominateur	Annuelle
Périodicité	Ne pas dépasser un mois
Seuil d'alerte	
Recommandation	La continuité et la permanence des soins ont été organisées 24 heures/24, 7 jours/7, 365 jours/365 Un secrétariat est à disposition des patients de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 17 h du lundi au vendredi Les RDV délégués sont sans délai d'attente et adaptés aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail. Un numéro vert a été mis en place et un numéro d'urgence
Remarque(s)	Le premier rendez-vous avec le patient est donné à la fin de la semaine d'éducation en hospitalisation pour la mise sous pompe à insuline externe du patient. Le délai de cette hospitalisation est soumis aux contraintes du service de soin et des disponibilités du patient pour une hospitalisation d'une semaine. Ce délai totalement indépendant du protocole de coopération nous avons donc choisi d'utiliser comme indicateur le premier rendez-vous en ambulatoire à la sortie de l'hospitalisation. Précision : le délai médian est la médiane du temps en jours (ou en heures), entre la décision de prise en charge dans le cadre de la coopération et la date (ou heure) de rendez-vous avec le délégué

VIII. – COMPETENCES COMPLEMENTAIRES A INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

- A. La formation informatique
- B. La formation aux pompes à insuline externes
- C. Formation à la gestion des hypoglycémies et hyperglycémies

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

Formation à l'éducation thérapeutique (AFDET, Association Française pour le Développement de l'éducation thérapeutique)

ESPACE A DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLEMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPERATION



ANNEXE I - FICHE DESCRIPTIVE DE PRESENTATION D'UN INDICATEUR*

Libelle de l'indicateur	
Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	
Population concernée par le protocole de coopération	
Objectif à atteindre	
Définition de l'indicateur	
Modalités de recueil des données	
Numérateur	
Dénominateur	
Périodicité	
Seuil d'alerte	
Recommandation professionnelle	
Remarque(s)	

* Lien

* Fiche téléchargeable sur www.has-sante.fr

② Zone Info

Des exemples d'indicateurs fournis selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

ANNEXE II - DEFINITIONS*

Délégrant :	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
Délegué :	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégrant.</i>
Assoimé :	<i>Le délégrant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
Supervision :	<i>Le délégrant est informé à des moments clés du processus</i>
Validation :	<i>Le délégrant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.

