

BULLETIN

Officiel

Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère des familles, de l'enfance
et des droits des femmes

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 10 – 15 novembre 2016

Plan de classement

Sommaire chronologique

Sommaire thématique



**DIRECTION
DE L'INFORMATION
LÉGALE
ET ADMINISTRATIVE**

26, rue Desaix
75727 Paris Cedex 15

www.dila.premier-ministre.gouv.fr

Directrice de la publication : Valérie Delahaye-Guillocheau, directrice de la direction des finances, des achats et des services
Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : **D F A S** – Bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01-40-56-45-44

ISSN 2427-9765

Plan de classement

Administration

- Administration générale
- Administration centrale
- Services déconcentrés
- Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Santé

- Professions de santé
- Établissements de santé
 - Organisation
 - Gestion
 - Personnel
- Santé publique
 - Protection sanitaire
 - Santé environnementale
 - Urgences
- Pharmacie
 - Pharmacie humaine
 - Pharmacie vétérinaire

Solidarités

- Professions sociales
- Établissements sociaux et médico-sociaux
- Action sociale
 - Personnes âgées
 - Handicapés
 - Enfance et famille
 - Exclusion
- Droits des femmes
- Population, migrations
 - Insertion

Protection sociale

- Sécurité sociale : organisation, financement
- Assurance maladie, maternité, décès
- Assurance vieillesse
- Accidents du travail
- Prestations familiales
- Mutuelles



Sommaire chronologique

	Pages
4 juillet 2016	
Instruction interministérielle n° SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 relative à la fourniture de cartes à puce « agents extérieurs justice » aux professionnels de santé et personnels administratifs habilités à accéder au système d'information du ministère de la justice.....	32
22 juillet 2016	
Instruction n° DSS/DGOS/CNAMTS/2016/245 du 22 juillet 2016 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP	269
28 juillet 2016	
Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux.....	68
29 juillet 2016	
Arrêté du 29 juillet 2016 portant nomination à la commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques.....	251
30 août 2016	
Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2016/266 du 30 août 2016 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2016 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte-soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et l'expérimentation « Un chez soi d'abord »	149
2 septembre 2016	
Arrêté du 2 septembre 2016 portant nomination du directeur de la recherche de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)	9
Instruction n° DGOS/PF2/2016/276 du 2 septembre 2016 relative à la reconduction de l'enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital menée par l'ATIH, aux modalités de recueil des données de consommation des médicaments et à l'accompagnement des établissements de santé.....	63
5 septembre 2016	
Décision du 5 septembre 2016 du comité de gestion du Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE).....	250
Décision du 5 septembre 2016 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	317

8 septembre 2016

Arrêté du 8 septembre 2016 relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015.....	1
---	---

13 septembre 2016

Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant et complétant l'arrêté du 3 mai 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.....	10
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais-Picardie.....	12
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire.....	13
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	14
Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Normandie.....	15

15 septembre 2016

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Isère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes.....	252
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Aude auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon.....	253
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Creuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin.....	254
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental du Finistère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Bretagne.....	255
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres des conseils départementaux de la Gironde et de Lot-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Aquitaine.....	256
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental d'Indre-et-Loire auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre.....	257
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental des Alpes-Maritimes auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	258
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne.....	259
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental de la Mayenne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Pays de la Loire.....	260

16 septembre 2016

Décision du 16 septembre 2016 désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal	67
--	-----------

19 septembre 2016

Note d'information n° DGS/SP/2016/282 du 19 septembre 2016 relative au conventionnement et à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L.3111-11 et L.3112-3 du code de la santé publique.....	82
--	-----------

20 septembre 2016

Arrêté du 20 septembre 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juillet 2016.....	30
--	-----------

21 septembre 2016

Arrêté du 21 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales	23
Instruction n° DGS/EA1/EA2/EA3/EA4/2016/283 du 21 septembre 2016 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile et de réduction des expositions au plomb	86

23 septembre 2016

Arrêté du 23 septembre 2016 portant titularisation d'un élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale promotion 2014-2016	2
--	----------

28 septembre 2016

Arrêté du 28 septembre 2016 nommant M. Jean Yves Fagon délégué ministériel à l'innovation	3
--	----------

29 septembre 2016

Arrêté du 29 septembre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels.....	107
Instruction n° DGOS/SR2/2016/288 du 29 septembre 2016 relative à l'appel à projet de coopération hospitalière internationale 2017	57

30 septembre 2016

Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 22 juin 2015 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports	5
Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 septembre 2014 portant nomination des membres de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale	110
Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville	78

3 octobre 2016

Arrêté du 3 octobre 2016 portant nomination des membres de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière, prévue aux articles L. 4241-5 et L. 4241-14 du code de la santé publique	24
---	----

4 octobre 2016

Arrêté du 4 octobre 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (<i>JORF</i> n° 0238 du 12 octobre 2016)	113
---	-----

6 octobre 2016

Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des modifications apportées par la loi no 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret no 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées	218
--	-----

7 octobre 2016

Arrêté du 7 octobre 2016 portant composition du jury de titularisation des pharmaciens inspecteurs de santé publique, promotion 2014-2015	4
Convention de délégation de gestion du 7 octobre 2016 entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation interministérielle aux grands événements sportifs relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »	7

10 octobre 2016

Arrêté du 10 octobre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles	111
--	-----

11 octobre 2016

Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des photographes indépendants ...	261
Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes	263

26 octobre 2016

Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'École pratique des hautes études en psychopathologies (EPHEP) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute	27
Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute	28

	Pages
Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.....	29
Non daté	
Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité.....	265
Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité.....	266
Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	267
Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	268
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	16
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	20

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration générale

Arrêté du 8 septembre 2016 relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015.....	1
Arrêté du 23 septembre 2016 portant titularisation d'un élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale promotion 2014-2016.....	2
Arrêté du 28 septembre 2016 nommant M. Jean Yves Fagon délégué ministériel à l'innovation	3
Arrêté du 7 octobre 2016 portant composition du jury de titularisation des pharmaciens inspecteurs de santé publique, promotion 2014-2015	4

Administration centrale

Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 22 juin 2015 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports	5
Convention de délégation de gestion du 7 octobre 2016 entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation interministérielle aux grands événements sportifs relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative»	7

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Arrêté du 2 septembre 2016 portant nomination du directeur de la recherche de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)	9
Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant et complétant l'arrêté du 3 mai 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.....	10
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais-Picardie.....	12
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire.....	13
Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	14
Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Normandie.....	15
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	16
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	20

SANTÉ

Professions de santé

Arrêté du 21 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales	23
Arrêté du 3 octobre 2016 portant nomination des membres de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière, prévue aux articles L.4241-5 et L.4241-14 du code de la santé publique.....	24
Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'École pratique des hautes études en psychopathologies (EPHEP) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.....	27
Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute	28
Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.....	29

Établissements de santé

Arrêté du 20 septembre 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juillet 2016.....	30
Instruction interministérielle n° SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 relative à la fourniture de cartes à puce « agents extérieurs justice » aux professionnels de santé et personnels administratifs habilités à accéder au système d'information du ministère de la justice.....	32
Instruction n° DGOS/SR2/2016/288 du 29 septembre 2016 relative à l'appel à projet de coopération hospitalière internationale 2017	57

Gestion

Instruction n° DGOS/PF2/2016/276 du 2 septembre 2016 relative à la reconduction de l'enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital menée par l'ATIH, aux modalités de recueil des données de consommation des médicaments et à l'accompagnement des établissements de santé.....	63
---	----

Personnel

Décision du 16 septembre 2016 désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal	67
--	----

Santé publique

Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux.....	68
Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville	78

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

Note d'information n° DGS/SP/2016/282 du 19 septembre 2016 relative au conventionnement et à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L.3111-11 et L.3112-3 du code de la santé publique	82
---	-----------

Santé environnementale

Instruction n° DGS/EA1/EA2/EA3/EA4/2016/283 du 21 septembre 2016 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile et de réduction des expositions au plomb	86
---	-----------

SOLIDARITÉS

Professions sociales

Arrêté du 29 septembre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels.....	107
---	------------

Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 septembre 2014 portant nomination des membres de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale	110
---	------------

Arrêté du 10 octobre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles	111
--	------------

Établissements sociaux et médico-sociaux

Arrêté du 4 octobre 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (<i>JORF</i> n° 0238 du 12 octobre 2016)	113
---	------------

Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2016/266 du 30 août 2016 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2016 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques: appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte-soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et l'expérimentation «Un chez soi d'abord»	149
--	------------

Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des modifications apportées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées	218
--	------------

Action sociale

Enfance et famille

Décision du 5 septembre 2016 du comité de gestion du Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE).....	250
--	------------

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financement

Arrêté du 29 juillet 2016 portant nomination à la commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques.....	251
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Isère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes.....	252
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Aude auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon.....	253
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Creuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin.....	254
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental du Finistère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Bretagne.....	255
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres des conseils départementaux de la Gironde et de Lot-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Aquitaine.....	256
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental d'Indre-et-Loire auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre.....	257
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental des Alpes-Maritimes auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	258
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne.....	259
Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental de la Mayenne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Pays de la Loire.....	260
Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des photographes indépendants ...	261
Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes.....	263
Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité.....	265
Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité.....	266
Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	267

	Pages
Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	268
<i>Assurance maladie, maternité, décès</i>	
Instruction n° DSS/DGOS/CNAMTS/2016/245 du 22 juillet 2016 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP	269
<i>Accidents du travail</i>	
Décision du 5 septembre 2016 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	317

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 8 septembre 2016 relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015

NOR : AFSR1630774A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 90-973 du 30 octobre 1990 portant statut particulier du corps des ingénieurs du génie sanitaire, notamment les articles 8 et 9;

Vu l'arrêté du 21 septembre 1992 relatif à la formation des ingénieurs du génie sanitaire, notamment les articles 4 et 5;

Vu l'arrêté du 27 juillet 2016 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire;

Vu la décision du jury en date du 6 septembre 2016,

Arrête :

Article 1^{er}

Les ingénieurs du génie sanitaire stagiaires dont les noms suivent sont déclarés aptes à être titularisés à compter du 1^{er} septembre 2016, sous réserve de remplir les conditions statutaires requises à cette date :

AUSTRUY	Élodie
CUZIN	Ysaline
DASSONVILLE	Fabrice
MONIOT	Stéphanie
REBEILLE	Florence
ZUMBO	Betty

Article 2

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le 8 septembre 2016.

Le chef du bureau de la formation,
A. MYDLARZ

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 23 septembre 2016 portant titularisation d'un élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale promotion 2014-2016

NOR : AFSR1630799A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 95-979 du 25 août 1995 modifié relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique, notamment son article 8;

Vu le décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 modifié portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale;

Vu l'arrêté du 13 octobre 2004 modifié relatif à la formation des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale;

Vu l'arrêté du 22 janvier 2016 modifié portant nomination des membres de jury de fin de scolarité des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2016;

Vu la proposition du jury en date du 23 septembre 2016,

Arrête:

Article 1^{er}

L'élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale dont le nom suit est titularisé à compter du 15 octobre 2016: Mme AISSAT-DIARD Dounia.

Article 2

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le 23 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*La sous-directrice du pilotage des ressources,
du dialogue social et du droit des personnels,*
M.-F. LEMAÎTRE

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 28 septembre 2016 nommant M. Jean Yves Fagon délégué ministériel à l'innovation

NOR : AFSZ1630844A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2013-727 du 12 août 2013 portant création, organisation et attributions d'un secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ;

Vu l'arrêté du 26 septembre 2016 instituant un délégué ministériel à l'innovation auprès du secrétaire général des ministères sociaux,

Arrête :

Article 1^{er}

M. Jean Yves Fagon est nommé délégué ministériel à l'innovation.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 28 septembre 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 7 octobre 2016 portant composition du jury de titularisation des pharmaciens inspecteurs de santé publique, promotion 2014-2015

NOR : AFSR1630807A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le décret n° 92-1432 du 30 décembre 1992 relatif au statut particulier des pharmaciens inspecteurs de santé publique ;
Vu le décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics ;
Vu l'arrêté du 1^{er} octobre 1993 modifié relatif à la formation des pharmaciens inspecteurs de santé publique, notamment son article 8,

Arrête :

Article 1^{er}

La composition du jury de titularisation des pharmaciens inspecteurs de santé publique, promotion 2014-2015, est fixée comme suit :

Mme Huguette MAUSS, représentant le chef de l'inspection générale des affaires sociales, présidente.

Mme Marie-Laure BELLENGIER, représentant le directeur général de la santé.

M. Alain SAULNIER, représentant le directeur des ressources humaines.

M. Rachid FAOUZI, représentant le directeur général de l'agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

M. Jacques MORENAS, représentant le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Mme Odile DEYDIER, pharmacien inspecteur de santé publique à l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.

Article 2

Le secrétariat du jury est assuré par l'École des hautes études en santé publique.

Article 3

Le directeur des ressources humaines et le directeur de l'École des hautes études en santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 7 octobre 2016.

Pour la ministre et par délégation:
Le chef du bureau de la formation,
A. MYDLARZ

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 22 juin 2015 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports

NOR : AFSR1630800A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État;

Vu le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique;

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'État;

Vu l'arrêté du 8 juillet 2014 portant création et composition du comité technique d'administration centrale unique institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 12 mai 2015 portant création du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 20 mai 2015 fixant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 22 juin 2015 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Dans la liste des membres siégeant au titre du syndicat UNSA, mentionnée à l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 juin susvisé, les mots:

« Membres titulaires

Mme Christine COMBE, direction des affaires juridiques.
M. Jean-Paul KRUMBHOLZ, direction des sports.

Membres suppléants

M. Thierry CATELAN, direction des sports.
M. Stéphane JOUSSEAUME, délégation à l'information et à la communication. »

Sont remplacés par les mots :

« Membres titulaires

M. Stéphane JOUSSEAUME, délégation à l'information et à la communication.
M. Jean-Paul KRUMBHOLZ, direction des sports.

Membres suppléants

M. Thierry CATELAN, direction des sports.
M. Pascal LEPRETRE, direction générale de la santé. »

Article 2

Le directeur des ressources humaines du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé et au *Bulletin officiel* de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Fait le 30 septembre 2016.

Pour les ministres et par délégation :
La sous-directrice de la qualité de vie au travail,
D. CHAMPION

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Convention de délégation de gestion du 7 octobre 2016 entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation interministérielle aux grands événements sportifs relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : AFSG1630811X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : la direction des finances, des achats et des services,

Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,

et

Le délégataire : délégation interministérielle aux grands événements sportifs,

Représentée par M. le délégué interministériel aux grands événements sportifs.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet de la convention

Une enveloppe fixée chaque année par le délégant au sein du programme 124 permet de répondre aux besoins du délégataire en matière de fonctionnement courant, notamment les frais de représentation, les frais de déplacement, la documentation, l'achat de papier et de fournitures de bureau, les frais de correspondance.

Dans le cadre de cette enveloppe, le délégataire peut être amené à engager lui-même certaines dépenses.

L'objet de la présente convention est de préciser les circuits de décisions d'engagement de ces dépenses et les modalités de désignation des agents autorisés à les engager.

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

Le délégataire s'assure que la dépense a bien été exécutée conformément aux règles du code des marchés publics.

Il en rend compte sur demande au délégant ou au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

Article 4

Prise en charge des dépenses

Le délégant et le délégataire s'assurent que la dépense entre bien dans l'enveloppe citée à l'article 1^{er}.

Le délégant effectue un suivi des dépenses du délégataire, qu'il lui fournit mensuellement.

Le délégataire établit un certificat administratif précisant la nature et les circonstances de la dépense, la structure ou la personne physique à laquelle est destiné le paiement. Il vérifie que le certificat administratif a bien été signé par un agent habilité pour cela en application de l'article 2.

Ces conditions étant réunies, la dépense est mise en paiement.

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année à compter du 1^{er} janvier 2016, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

La convention de délégation de gestion peut être dénoncée ou modifiée à tout moment, à l'initiative d'un des signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois.

Une notification écrite de la décision de résiliation ainsi que l'information du contrôleur budgétaire et comptable ministériel sont nécessaires.

Un exemplaire de la présente convention est communiqué au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 7 octobre 2016.

*La directrice des finances, des achats
et des services,*

V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU

*Le délégué interministériel
aux grands événements sportifs,*

N. DESFORGES

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 2 septembre 2016 portant nomination du directeur de la recherche de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

NOR : AFSZ1630797A

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu l'article L.756-2 du code de l'éducation;

Vu l'article L.1415-1 du code de la santé publique;

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment ses articles 85 et 86;

Vu le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 relatif à l'École des hautes études en santé publique, notamment ses articles 5 et 9;

Vu l'avis favorable émis le 26 septembre 2014 par le conseil scientifique de l'École des hautes études en santé publique;

Vu l'avis favorable émis le 15 octobre 2014 par le conseil d'administration de l'École des hautes études en santé publique;

Sur la proposition du directeur de l'École des hautes études en santé publique,

Arrêtent:

Article 1^{er}

M. Bernard JEGOU, directeur de recherche de classe exceptionnelle, est nommé directeur de la recherche de l'École des hautes études en santé publique.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé et au *Bulletin officiel* du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Fait le 2 septembre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé
et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*

P. RICORDEAU

Pour la ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation :

*La directrice générale pour l'enseignement supérieur
et l'insertion professionnelle,*

S. BONNAFOUS

Pour la ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation :

*L'adjoint au directeur général
de la recherche et de l'innovation,*

P. VALLA

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant et complétant l'arrêté du 3 mai 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

NOR : AFSZ1630792A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 1432-15 à D. 1432-17;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé;

Vu l'arrêté du 3 mai 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes,

Arrête:

Article 1^{er}

Dans l'article 1^{er} de l'arrêté susvisé, (membres nommés au titre du I [2° a]) de l'article D. 1432-15, membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie), au lieu de: « Mme Brigitte DUCHESNE », lire: « Mme Hélène DUCHESNE ».

Article 2

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes:

1° Au titre du I (2° c) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie: M. Bernard JOLIVET, suppléant, désigné par la Mutualité sociale agricole.

2° Représentants des collectivités territoriales:

Au titre du I (3° b) de l'article D. 1432-15:

M. Jean LACOSTE, titulaire; Mme Anne-Florence BOURAT, suppléante;

M. Jean-Claude BEAULIEU, titulaire; M. Francis COLASSON, suppléant;

Mme Sylvie ACHARD, titulaire; Mme Emmanuelle AJON, suppléante; Mme Sophie BORDERIE, suppléante,

désignés par l'Assemblée des départements de France.

Article 3

Participent au conseil de surveillance avec voix consultative, en qualité de représentants du personnel, élus par leurs pairs au sein du comité d'agence prévu à l'article L. 1432-11 du code de la santé publique:

Mme Anouck BONNEAU, titulaire; Mme Caroline ALBERQUE, suppléante.

Mme Marie-Hélène DESBORDES, titulaire; Mme Martine LEVEQUE, suppléante.

Article 4

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* des ministères chargés des affaires sociales.

Fait le 13 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais-Picardie

NOR : AFSZ1630793A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé ;

Vu l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais-Picardie,

Arrête :

Article 1^{er}

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais-Picardie :

Au titre du I (2° a) de l'article D. 1432-15

En qualité de membre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général désignés par les représentants nationaux des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel : M. Jean-Pierre LECUYER, suppléant, désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* des ministères chargés des affaires sociales.

Fait le 13 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire

NOR : AFSZ1630795A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu le décret n° 2014-658 du 23 juin 2014 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé, notamment son article 1^{er} ;

Vu l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire,

Arrête :

Article 1^{er}

Participent au conseil de surveillance avec voix consultative, en qualité de représentants du personnel, élus par leurs pairs au sein du comité d'agence prévu à l'article L. 1432-11 du code de la santé publique :

Mme Sonia PALVADEAU, titulaire ; Mme Véronique BAUDRY, suppléante.

Mme Pascale JOUSSEAUME, titulaire ; Mme Christine FONTAINE, suppléante.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* des ministères chargés des affaires sociales.

Fait le 13 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 septembre 2016 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

NOR : AFSZ1630794A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D.1432-15 à D.1432-17 ;

Vu le décret n° 2014-658 du 23 juin 2014 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé notamment son article 1^{er} ;

Vu l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Arrête :

Article 1^{er}

Participent au conseil de surveillance, avec voix consultative, en qualité de représentants du personnel, élus par leurs pairs au sein du comité d'agence prévu à l'article L.1432-11 du code de la santé publique :

Mme Isabelle RENVOIZE, titulaire ; M. Olivier PONTAL, suppléant.

Mme Françoise COUSTES, titulaire ; Mme Sandrine ASSAYAH, suppléante.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* des ministères chargés des affaires sociales.

Fait le 13 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Normandie

NOR : AFSZ1630796A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 1432-15 à D. 1432-17;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé;

Vu l'arrêté du 17 mars 2016 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Normandie,

Arrête:

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Normandie:

Au titre du I (2° c) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie: M. Grégoire PETIT, titulaire; M. Luc TRAUFLER, suppléant, désignés par la Mutualité sociale agricole.

Article 2

Participe au conseil de surveillance avec voix consultative, en qualité de représentant du personnel, élu par ses pairs au sein du comité d'agence prévu à l'article L. 1432-11 du code de la santé publique: M. Francis AURELIEN, suppléant, en remplacement de Mme Virginie FOSSEY.

Article 3

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* des ministères chargés des affaires sociales.

Fait le 13 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAMTS

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

NOR : AFSX1630801X

Direction des risques professionnels.

Direction régionale du service médical du Centre-Ouest.

Direction régionale du service médical d'Île-de-France.

Direction régionale du service médical de Normandie.

Direction régionale du service médical des Pays de la Loire.

Le directeur général, M. Nicolas REVEL, délègue et abroge sa signature à des agents de la caisse dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

Direction des risques professionnels (DRP)

Mme Marie-Chantal BLANDIN

Décision du 11 septembre 2016

La délégation de signature accordée à Mme Marie-Chantal BLANDIN par décision du 12 janvier 2015 est abrogée au 11 septembre 2016 au soir.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Mme Anne THIEBEAULD

Décision du 12 septembre 2016

La délégation de signature accordée à Mme Anne THIEBEAULD par décision du 21 septembre 2015 est abrogée.

En cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des risques professionnels, délégation de signature est accordée à Mme Anne THIEBEAULD, adjointe à la directrice des risques professionnels, pour signer:

- la correspondance générale de la direction des risques professionnels, à l'exception des courriers, qui, de par leur nature, doivent être signés par le directeur général de la CNAMTS;
- les circulaires, les lettres-réseau, les enquêtes/questionnaires, relatives aux risques professionnels, à l'exception de celles qui, de par leur nature, doivent être signées par le directeur général de la CNAMTS;
- les attributions de dotations nécessaires aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, et aux caisses de sécurité sociale pour accorder des ristournes sur cotisations;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, bordereaux et pièces justificatives concernant les dépenses prises en charge sur le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, sur le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles, sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et sur le Fonds national de soutien à la pénibilité;
- les conventions nationales d'objectifs (CNO) et leurs avenants, approuvés par les comités techniques nationaux;

- les conventions concernant la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite de 50 000 € et après visa favorable du directeur général pour les conventions financières d'un montant supérieur à 50 000 €;
- les décisions d'agrément des ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité;
- les notifications de subventions à l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et au groupement de l'institution prévention de la sécurité sociale pour l'Europe (EUROGIP);
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la direction des risques professionnels est maître d'ouvrage.

En matière de budget d'intervention concernant les fonds précités, en cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des risques professionnels, délégation est accordée à Mme Anne THIEBEAULD pour signer :

- les notifications de dotations en fonctionnement et en avances en capital aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses de sécurité sociale;
- les virements de crédits, à l'intérieur de tous les comptes de la section de fonctionnement, sans que cela puisse entraîner un dépassement du budget approuvé.

En matière de budget concernant le FNPAT, en cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des risques professionnels, délégation est accordée à Mme Anne THIEBEAULD pour signer :

- les virements de crédits à partir du compte 06920 « crédits à répartir » vers tout compte de classe 6 « dépenses de fonctionnement ».

En matière de marchés publics, en cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des risques professionnels, délégation est accordée à Mme Anne THIEBEAULD pour signer :

- les marchés relatifs aux besoins de la DRP, dont le montant est inférieur ou égal à 200 000 € (TTC), à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Département de la prévention des risques professionnels (DPRP)

M. Hervé LAUBERTIE

Décision du 12 septembre 2016

La délégation de signature accordée à M. Hervé LAUBERTIE par décision du 1^{er} octobre 2015 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Hervé LAUBERTIE, responsable du département de la prévention des risques professionnels, DRP, pour signer :

- la correspondance courante du département;
- la certification du service fait ou la réception des biens, ordonnancées par le département;
- les demandes de remboursement relatives aux frais de déplacement et pertes de salaires des membres de CTN.

En cas d'absence ou d'empêchement simultané de Mme Marine JEANTET, directrice des risques professionnels, de Mme Anne THIEBEAULD, adjointe à la directrice des risques professionnels, et de M. Pascal JACQUETIN, adjoint à la directrice des risques professionnels, délégation de signature est accordée à M. Hervé LAUBERTIE, responsable du département de la prévention des risques professionnels, pour signer :

- les décisions d'agrément des ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Mission du contrôle de gestion et des budgets (MCGB)

Mme Sandrine VILNA BORIE
Décision du 1^{er} juillet 2016

Délégation de signature est accordée à Mme Sandrine VILNA BORIE, responsable de la mission contrôle de gestion et des budgets, DRP, pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, bordereaux et pièces justificatives concernant les dépenses prises en charge sur le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, sur le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles, sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et sur le Fonds national de soutien à la pénibilité, d'un montant n'excédant pas 1 000 € (mille euros) ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Direction régionale du service médical du Centre-Ouest (DRSM)

M. le Docteur Robert LAGET
Décision du 19 septembre 2016

Délégation est donnée à M. le Docteur Robert LAGET, médecin-conseil régional par intérim à la direction régionale du service médical du Centre-Ouest, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Direction régionale du service médical d'Île-de-France (DRSM)

Mme le Docteur Anne-Marie MERCIER
Décision du 23 août 2016

Délégation est donnée à Mme le Docteur Anne-Marie MERCIER, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical d'Île-de-France, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Direction régionale du service médical de Normandie (DRSM)

M. le Docteur Pascal NICOLLE
Décision du 9 septembre 2016

Délégation est donnée à M. le Docteur Pascal NICOLLE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Normandie, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par

les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

Direction régionale du service médical des Pays de la Loire (DRSM)

Mme le Docteur Françoise LEGRAND

Décision du 27 septembre 2016

Délégation est donnée à Mme le Docteur Françoise LEGRAND, médecin-conseil régional par intérim à la direction régionale du service médical des Pays de la Loire, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAMTS
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Secrétariat général

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

NOR : AFSX1630843X

Le directeur général, M. Nicolas REVEL, délègue et abroge sa signature à des agents de la caisse dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

DIRECTION DÉLÉGUÉE À LA GESTION ET À L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS)

DÉPARTEMENT DE LA RÉGLEMENTATION (DREGL)

Mme Raphaëlle VERNIOLLE

Décision du 11 juillet 2016

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Fanny RICHARD, la responsable du département de la réglementation, DDGOS, délégation de signature est accordée à Mme Raphaëlle VERNIOLLE, adjointe à la responsable du département de la réglementation pour signer :

- la correspondance courante émanant du département de la réglementation, à l'exclusion :
 - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
 - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général ou par la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux défraiements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées entrant dans le cadre des marchés relevant du département de la réglementation ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, déagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant :
 - le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour les conventions internationales, allant jusqu'à 5 M€ (cinq millions d'euros) ;
 - le Fonds national de l'assurance maladie, allant jusqu'à 5 M€ (cinq millions d'euros) ;
 - et toute autre opération relevant de ses attributions, allant jusqu'à 5 M€ (cinq millions d'euros).

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le directeur général,
N. REVEL

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS (DOS)

DÉPARTEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ (DPROF)

Mme Laure PRESTAT

Décision du 30 juin 2016

La délégation de signature accordée à Mme Laure PRESTAT par décision du 17 novembre 2014 est abrogée au 30 juin 2016 au soir.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le directeur général,
N. REVEL

Mme Sandrine FRANGEUL

Décision du 1^{er} septembre 2016

En cas d'absence ou d'empêchement de la responsable du département des professions de santé, DDGOS/DOS, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine FRANGEUL, son adjointe, pour signer :

- la correspondance courante émanant du département des professions de santé, à l'exclusion :
 - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
 - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général et par la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagevements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant le fonds des actions conventionnelles, allant jusqu'à 5 M€, à l'exception des dotations allouées aux CPAM et CGSS au titre de l'indemnisation de la formation médicale continue des biologistes, sages-femmes et professions libérales ;
- les ordres de dépenses, allant jusqu'à 5 M€, et les pièces justificatives correspondantes, relatifs au développement professionnel continu financés sur le Fonds national de l'assurance maladie ;
- les états exécutoires pris pour la récupération de créances relevant du fonds des actions conventionnelles, allant jusqu'à 5 M€ ;
- les attributions et notifications des dotations aux CPAM, CARSAT, CRAM d'Île-de-France et CGSS, accordées dans le cadre du fonds des actions conventionnelles ;
- les délibérations des instances paritaires nationales prévues par les conventions en vigueur.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le directeur général,
N. REVEL

DÉPARTEMENT DES ACTES MÉDICAUX (DACT)

M. Jocelyn COURTOIS

Décision du 1^{er} septembre 2016

Délégation de signature est accordée à M. Jocelyn COURTOIS, responsable du département des actes médicaux, DDGOS/DOS, pour signer :

- la correspondance courante émanant du département des actes médicaux, à l'exclusion :
 - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
 - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général, par la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ou par le directeur de l'offre de soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le directeur général,
N. REVEL

SECRETARIAT GENERAL (SG)

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC (DRHEP)

Mme Sandrine BATTUT

Décision du 15 septembre 2016

La délégation de signature accordée à Mme Sandrine BATTUT par décision du 17 novembre 2014 est abrogée au 15 septembre 2016 au soir.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le directeur général,
N. REVEL

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 21 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales

NOR : AFSH1630791A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment l'article D.4381-3 ;
Vu le décret n° 2012-994 du 23 août 2012 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales ;
Vu l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de l'arrêté du 17 novembre 2015 susvisé est modifié comme suit :

1° Au I :

a) Christian PRUD'HOMME, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO, est nommé en qualité de membre titulaire, en remplacement d'Hervé ROCHAIS, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO ;

b) Gilles MANCHON, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO, est nommé en qualité de 1^{er} suppléant, en remplacement de Christian PRUD'HOMME, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO ;

c) Bernard MORENO, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO, est nommé en qualité de 2nd suppléant, en remplacement de Christine VERNEREY, Fédération des personnels des services publics et de santé-FO.

2° Au III, Sylvie LEUWERS, Fédération hospitalière de France (1^{er} suppléant), est nommée en remplacement de Brigitte SCHERB, Fédération hospitalière de France (1^{er} suppléant).

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 21 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*Le chef du bureau RH2 de l'exercice, de la déontologie
et du développement professionnel continu,*
G. BOUDET

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 3 octobre 2016 portant nomination des membres de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière, prévue aux articles L. 4241-5 et L. 4241-14 du code de la santé publique

NOR : AFSH1630804A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4241-5 et D. 4241-22 ;
Vu les propositions des syndicats et associations professionnelles,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés en qualité de membres représentant les pharmaciens de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière pour une durée de trois ans :

1° Représentant la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France :

- a) M. Philippe DENRY, membre titulaire.
- b) Mme Marylène GUINARD, membre suppléant.

2° Représentant l'Union nationale des pharmacies de France :

- a) M. Jean SCHIES, membre titulaire.
- b) M. Jean-Paul PROVOST, membre suppléant.

3° Représentant l'Association de pharmacie rurale :

- a) M. Albin DUMAS, membre titulaire.
- b) Mme Christiane GUIOT-BARRIERE, membre suppléant.

4° Représentant le Syndicat national des pharmaciens praticiens et résidents des établissements français d'hospitalisation publics :

- a) Mme JOUANNET, membre titulaire.
- b) M. Pierre FAURE, membre suppléant.

5° Représentant le Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires :

- a) M. Philippe MEUNIER, membre titulaire.
- b) M. Jean-Luc DURAND, membre suppléant.

6° Représentant le Syndicat national des pharmaciens gérants hospitaliers publics et privés et des pharmaciens des hôpitaux à temps partiel :

- a) M. Patrick DEPREUX, membre titulaire.
- b) M. Frank LAVAL, membre suppléant.

7° Représentant l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine :

- a) M. Béatrice BARRIERE, membre titulaire.
- b) Mme Catherine HOUTIGUET, membre suppléant.

Article 2

Sont nommés en qualité de membres représentant les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière pour une durée de trois ans :

1° Représentant la Fédération nationale des industries chimiques CGT :

a) M. Jean-Marie FONTENEAU, membre titulaire.

b) Mme Marie-Thérèse GUILLON, membre suppléant.

2° Représentant la Fédération nationale de la pharmacie Force ouvrière :

a) M. Olivier CLARHAUT, membre titulaire.

b) Mme Michèle DAYRAS, membre suppléant.

3° Représentant la Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux CFDT :

a) Mme Sophie ROUZAUD, membre titulaire.

b) Mme Gladys LE FEVRE, membre suppléant.

4° Représentant la Fédération nationale CFTC santé-sociaux :

a) M. Denis VANHECKE, membre titulaire.

b) M. Christian CUMIN, membre suppléant.

5° Représentant la Fédération nationale des syndicats du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes CFE-CGC :

a) M. Roger HALEGOUET, membre titulaire.

b) M. Patrick BEGUIN, membre suppléant.

6° Représentant la Fédération nationale Sud santé-sociaux :

a) M. Pascal FALEMPIN, membre titulaire.

b) Mme Estelle ANDRES, membre suppléant.

7° Représentant l'Union nationale des syndicats autonomes santé et sociaux publics et privés :

a) M. Jean CALLOU, membre titulaire.

b) M. Théodore TSOCHANDARIDIS, membre suppléant.

8° Représentant le Syndicat des managers publics et privés :

a) M. Dominique PRELI, membre titulaire.

b) M. Philippe LEGRAND, membre suppléant.

9° Représentant l'Association nationale des préparateurs en pharmacie hospitalière :

a) M. David AUTHIER, membre titulaire.

b) Mme Marie-Hélène GRONGNET, membre suppléant.

Article 3

Sont nommés en qualité de membres de la commission des préparateurs en pharmacie et des préparateurs en pharmacie hospitalière les personnes qualifiées suivantes, pour une durée de trois ans :

1° M. Cyril BOSSENAUER, adjoint au coordonnateur général des écoles en santé du CHR Metz-Thionville et CH-Briey.

2° M. Bernard ROCHETTE, président d'honneur de l'Association des cours professionnels de la pharmacie de Paris.

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 3 octobre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*Le chef du bureau RH2
de l'exercice, de la déontologie
et du développement professionnel continu,*
G. BOUDET

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'École pratique des hautes études en psychopathologies (EPHEP) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute

NOR : AFSH1630871S

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment son article 52;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 modifié relatif à l'usage du titre de psychothérapeute;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute,

Décident:

Article 1^{er}

L'École pratique des hautes études en psychopathologies (EPHEP) est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une nouvelle durée de quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 26 octobre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Pour la ministre de l'éducation nationale,
l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale
de l'enseignement supérieur
et de l'insertion professionnelle :

*Le chef de service
de la stratégie des formations
et de la vie étudiante,*
R.-M. PRADEILLES-DUVAL

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute

NOR : AFSH1630872S

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment son article 52;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 modifié relatif à l'usage du titre de psychothérapeute;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute,

Décident:

Article 1^{er}

L'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une nouvelle durée de quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 26 octobre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Pour la ministre de l'éducation nationale,
l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale
de l'enseignement supérieur
et de l'insertion professionnelle :

*Le chef de service
de la stratégie des formations
et de la vie étudiante,*
R.-M. PRADEILLES-DUVAL

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Décision du 26 octobre 2016 portant renouvellement d'agrément de l'université Paul-Valéry Montpellier 3 pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute

NOR : AFSH1630873S

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment son article 52 ;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 modifié relatif à l'usage du titre de psychothérapeute ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute,

Décident :

Article 1^{er}

L'université Paul-Valéry Montpellier 3 est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une nouvelle durée de quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 26 octobre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Pour la ministre de l'éducation nationale,
l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale
de l'enseignement supérieur
et de l'insertion professionnelle :

*Le chef de service
de la stratégie des formations
et de la vie étudiante,*
R.-M. PRADEILLES-DUVAL

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 septembre 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juillet 2016

NOR : AFSH1630785A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7;
Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33;
Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8;
Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2;
Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées;
Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État;
Vu l'arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique;
Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile;
Vu l'arrêté du 26 février 2016 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse;
Vu l'arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale;
Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois de juillet 2016, le 31 août 2016, par le service de santé des armées,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de juillet 2016, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées, est arrêtée à 22 983 348,45 €, dont 163 409,94 € au titre de l'année 2015, soit:

- 20 955 465,67 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit:
 - 18 015 142,21 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments, dont 163 409,94 € au titre de l'année 2015,
 - 226,33 € au titre des forfaits « interruption volontaires de grossesse » (IVG),
 - 256 896,62 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU),
 - 36 210,07 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE),
 - 2 646 990,44 € au titre des actes et consultations externes (ACE),
- 1 390 221,45 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale,
- 637 661,33 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 34 000,65 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME).

Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 0 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins urgents (SU).

Article 4

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 4 282,31 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus.

Article 5

Le présent arrêté est notifié au ministère de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, pour exécution.

Article 6

La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 20 septembre 2016.

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
*Le sous-directeur du financement
du système de soins,*
T. WANECQ

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
*Le sous-directeur de la régulation
de l'offre de soins,*
S. PRATMARTY

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Délégation à la stratégie des systèmes
d'information de santé (DSSIS)

Secrétariat général du ministère de la justice

Instruction interministérielle n° SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 relative à la fourniture de cartes à puce « agents extérieurs justice » aux professionnels de santé et personnels administratifs habilités à accéder au système d'information du ministère de la justice

NOR : AFSZ1618711J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 22 juillet 2016. – Visa CNP 2016-112.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objectif d'explicitier le rôle des chefs d'établissement pénitentiaire et des directeurs d'établissement de santé dans l'authentification des personnels des unités sanitaires rattachés aux établissements de santé en vue de la remise d'une carte à puce « agent extérieur justice ».

Mots clés : authentification des personnels – carte à puce – unités sanitaires des établissements pénitentiaires.

Références :

Décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires et complétant l'article R. 79 du code de procédure pénale, modifié par les décrets n° 94-965 du 2 novembre 1994 et n° 2007-931 du 15 mai 2007 ;

Décret n° 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE) ;

Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS ;

Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012-373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Annexes :

Convention relative à l'authentification pour l'accès de professionnels de santé et personnels administratifs au système d'information du ministère de la justice signée entre le ministère de la justice et le ministère de la santé.

Avenant n° 1 à la convention.

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de la justice à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux des services pénitentiaires.

1. Contexte et enjeux

Des personnels des unités sanitaires rattachées aux établissements de santé sont appelés à accéder au système d'information du ministère de la justice « GENESIS » qui gère le parcours des personnes détenues en établissement pénitentiaire. Cet accès doit permettre :

- la saisie d'observations à partager entre les secteurs justice et santé ;
- l'accès en consultation au livret du détenu.

Cet accès permettra en outre en 2016 l'extraction de listes pour faciliter, par exemple, la dispensation des médicaments.

Il est rappelé que GENESIS ne porte pas atteinte au secret médical.

Pour répondre aux exigences de la CNIL et du Conseil d'État, une authentification forte permet de sécuriser l'accès aux données sensibles à caractère personnel, traitées par ce système d'information. La procédure dérogatoire de connexion par « login-mot de passe » est remplacée par l'usage d'une carte à puce contenant un certificat d'authentification de chaque personne autorisée.

Cette procédure concerne les personnels « justice » et également les professionnels de santé et personnels administratifs, titulaires ou contractuels, des unités sanitaires, dûment habilités par le directeur de l'établissement de santé de rattachement.

Une « Convention relative à l'authentification pour l'accès de professionnels de santé et personnels administratifs au système d'information du ministère de la justice » a été signée en 2015 par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et le secrétaire général du ministère de la justice. Un avenant à cette convention a été signé en 2016 (voir annexe).

Cette convention prévoit la délivrance de cartes à puce « agents extérieurs justice » embarquant un certificat d'authentification relevant de l'IGC¹ justice aux professionnels de santé et personnels administratifs habilités qui ont besoin d'accéder au système d'information GENESIS.

Ces cartes sont fournies et renouvelées à titre gratuit par le ministère de la justice.

2. Procédure

2.1. Arrivée d'un nouvel agent « extérieur »

Les professionnels de santé et personnels administratifs concernés sont habilités dans un premier temps en application de la circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Elle peut être réalisée par le directeur de l'établissement de santé ou le Centre national de gestion (CNG).

Ces personnels sont habilités dans un second temps en application du décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 modifié relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires et complétant l'article R. 79 du code de procédure pénale. Cette habilitation est réalisée par la direction interrégionale.

Le ministère de la Justice au vu de données numériques vérifiées par l'établissement de santé, prendra en compte ces agents dans son annuaire LDAP sous l'arborescence « agents extérieurs ». Ceux-ci doivent être dotés d'une boîte à lettres électronique (BAL) au format de leur employeur, à qui il appartient de créer ladite boîte. À défaut, une BAL au format « @externes.justice.gouv.fr » sera créée pour ces agents.

Le chef d'établissement pénitentiaire, autorité d'enregistrement, ou son délégué, procèdera à la remise en face à face de la carte Justice à l'agent « extérieur » habilité, sur présentation de sa carte d'identité et selon les formalités décrites dans le référentiel général de sécurité.

Les justificatifs sont classés au dossier d'habilitation de l'agent tenu par le chef de l'établissement pénitentiaire.

Pour authentifier l'agent « extérieur » habilité, le chef de l'établissement pénitentiaire devra être informé par le directeur de l'Établissement de santé de rattachement :

- de l'identité de l'agent concerné ;

¹ Infrastructure de gestion de clefs.

- de sa position administrative ou de son statut;
- de sa profession;
- et de sa fonction.

Le directeur de l'établissement de santé chargé de la prise en charge sanitaire des personnes détenues fournit au chef de l'établissement pénitentiaire :

- la liste des personnes habilitées;
- les informations associées au mouvement (voir ci-dessous le paragraphe 2.2).

Ces informations seront échangées, par voie électronique comportant une note administrative, au niveau local pour permettre au chef d'établissement pénitentiaire de procéder à la révocation des certificats justice détenus par des agents qui n'en ont plus l'utilité, dans les délais prévus par le RGS***.

Le dossier d'habilitation « justice » sera conservé 5 ans après la cessation de fonctions en établissement pénitentiaire de l'agent concerné et la restitution de la « carte agent extérieur justice », afin de répondre aux exigences de traçabilité de la CNIL et du Conseil d'État.

2.2. Anticipation du départ d'un agent « extérieur »

La liste des personnes habilitée est tenue à jour par le directeur de l'établissement de santé qui s'engage à fournir au chef de l'établissement pénitentiaire les mouvements effectifs et prévisionnels de personnels, notamment toute cause mettant fin à la nécessité pour un agent concerné de détenir un certificat justice à compter d'une date précise.

Le directeur de l'établissement de santé fournit au chef de l'établissement pénitentiaire :

- les nom et prénom de l'agent concerné;
- ses position, fonction et profession;
- la date prévisionnelle de son départ effectif ainsi que la cause de ce départ.

Toute question est à adresser aux boîtes fonctionnelles suivantes des ministères concernés et sera traitée en lien avec les bureaux concernés de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de l'administration pénitentiaire :

Ministère des affaires sociales et de la santé :

DSSIS-SECR@sg.social.gouv.fr

Tél. : 01-40-56-40-20 et 01-40-56-43-68

Ministère de la justice :

carte-agent-justice.dap@justice.gouv.fr

Je vous saurais gré de bien vouloir nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*

P. RICORDEAU

*Le secrétaire général
du ministère de la justice,*

É. LUCAS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**CONVENTION RELATIVE A
L'AUTHENTIFICATION POUR L'ACCES DE
PROFESSIONNELS DE SANTE ET
PERSONNELS ADMINISTRATIFS AU
SYSTEME D'INFORMATION DU MINISTERE
DE LA JUSTICE**

ENTRE LE MINISTERE DE LA JUSTICE
ET
LE MINISTERE DE LA SANTE

En date du 15 juin 2015
Référence : ConventionCarteAgent_MJ Santé_VF_15juin2015.doc
État : Final
Version : VF

Entre d'une part,

Le Ministère de la Justice, situé 13 Place Vendôme, Paris 1er,
représenté par Monsieur Eric LUCAS, Secrétaire Général du Ministère de la Justice,

d'autre part,

Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes situé 14, avenue
Duquesne 75350 PARIS 07 SP,

représenté par Monsieur Pierre RICORDEAU, Secrétaire général des ministères chargés des
affaires sociales,

il a été convenu ce qui suit,

PREAMBULE	4
ARTICLE 1- OBJET	5
ARTICLE 2 - PERIMETRE DE LA CONVENTION	5
ARTICLE 3 - LE SYSTEME CIBLE	5
ARTICLE 4 - CONDITIONS ET PROCEDURE D'HABILITATION.....	6
ARTICLE 5 - L'AUTHENTIFICATION DES AGENTS CONCERNES	6
ARTICLE 6 - GESTION DES MOUVEMENTS DE PERSONNELS	7
ARTICLE 7 - RESPECT DES CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE LA CARTE AGENT JUSTICE.....	7
ARTICLE 8- CONDITIONS FINANCIERES	8
ARTICLE 9 - DUREE DE LA CONVENTION - MODALITES DE DENONCIATION.....	8
ANNEXE 1 PRESENTATION DE LA CARTE AGENT JUSTICE ET DES PROCEDURES LIEES.....	9
ANNEXE 2 VOLUMETRIE DES PERSONNELS CONCERNES.....	17
ANNEXE 3 CONDITIONS D'UTILISATION DE LA CARTE AGENT EXTERIEUR JUSTICE.....	18

Préambule

Le ministère de la justice, a engagé un processus de dématérialisation de ses procédures que pilote son secrétariat général.

Les services d'authentification et de signature (l'infrastructure de gestion de clefs et la carte à puce) du Ministère de la Justice ont obtenu la certification *** au sens du RGS le 26 novembre 2012 ainsi que l'inscription sur la Trust-service Status List (TSL), liste européenne qui recense les autorités de certification de confiance.

Le ministère de la Justice devait choisir la certification *** puisque les magistrats émettent des jugements, ordonnances et arrêts, qui sont des actes authentiques dont la signature doit être présumée fiable au sens de l'article 1316-4 du code civil.

Le Ministère de la Justice n'ayant qu'une seule IGC, toutes les cartes « Justice » sont de ce fait soumises aux règles du RGS *.**

Pour rappel, le Référentiel Général de Sécurité (RGS, décret 2010-112 pris pour l'application des articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance n°2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives) impose une vérification de l'identité, qualité et fonctions du porteur de carte ainsi qu'une remise en face à face par une autorité hiérarchique, dite autorité d'enregistrement.

Le ministère de la justice a ainsi conçu sa chaîne de remise de cartes (chaîne de confiance) en s'appuyant sur les services de gestion des ressources humaines qui sont habilités à accéder au dossier administratif des agents.

Dans les établissements pénitentiaires, du personnel d'autres instances que la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), **dont des personnels des unités sanitaires rattachées aux établissements de santé**, sont rapidement appelés à accéder au système d'information « GENESIS » qui gère le détenu en établissement pénitentiaire.

Pour répondre aux exigences de la CNIL et du Conseil d'Etat, une authentification forte est progressivement mise en place pour sécuriser l'accès aux données sensibles à caractère personnel, traitées par le système d'information du Ministère de la Justice.

Il s'agit de remplacer la procédure de connexion par « login-mot de passe » par l'usage d'une carte à puce contenant un certificat d'authentification de l'agent.

Aussi, outre les personnels Justice, il convient que les personnels concernés professionnels de santé et personnels administratifs, titulaires ou contractuels, soient également dotés de cartes à puce.

Par convention ces personnels sont désignés sous le terme générique d'agents.

Il s'agit d'authentifier ces personnels selon les modalités décrites à l'article 5 ci-après par un certificat remis en face à face, de vérifier leur identité et leur appartenance aux professions de santé, et non de définir un profil leur donnant accès à certaines informations du SI Justice.

C'est un projet à multiples dimensions : organisationnelle, stratégique et technique.

Le dispositif objet de la présente convention représente une solution transitoire d'authentification des professionnels de santé dans le SI Justice. L'instruction de la solution

cible est décrite dans l'article 3. Cette solution cible fera l'objet d'une nouvelle convention qui remplacera la présente convention.

Article 1- Objet

L'objet de cette convention est de permettre le respect des délais et contraintes du RGS ***, dans les procédures de suivi du cycle de vie de la carte d'agent « extérieur Justice » émise par l'IGC Justice.

En effet la perte d'une * entrainerait une remise en cause des actes judiciaires signés électroniquement. Ces procédures font l'objet d'audit annuel de contrôle dans le cadre de la certification RGS ***.

Le premier usage du certificat justice d'authentification *** est l'accès au SI « GENESIS » en application du décret 2014-558 du 30 mai 2014.

Le système d'information « GENESIS » est déployé sur l'ensemble du territoire à compter d'octobre 2014.

Article 2 - Périmètre de la convention

Les cartes agents concernent les professionnels de santé et personnels administratifs qui interviennent dans les unités sanitaires et qui sont habilités à accéder au SI Justice.

Le nombre d'intervenants personnels hospitaliers potentiellement concernés est précisé en annexe 2.

Article 3 - Le Système cible

L'authentification des professionnels de santé et personnels administratifs est mise en œuvre par l'ASIP Santé (autorité de certification de l'IGC Santé) qui gère et administre l'infrastructure de gestion de clefs (IGC) de la carte de professionnel de santé (CPS) et des autres produits de certification.

La détermination de la solution cible nécessite la réalisation d'une instruction technique et organisationnelle complète portant sur les modalités selon lesquelles des personnels intervenant dans les unités sanitaires rattachées aux établissements de santé (professionnels de santé et personnels administratifs) peuvent accéder au système d'information Justice dans des conditions respectant le niveau de sécurité du SI Justice et les principes et contraintes d'enrôlement des cartes agent Justice.

Ces travaux d'instruction seront menés conjointement par l'ASIP Santé et les services concernés du ministère de la justice et devront aboutir, dans un délai maximal de 6 mois à compter de la signature de la présente convention, à la définition de la solution cible et de la trajectoire à mettre en œuvre pour y parvenir.

Un comité de pilotage de l'avancement des travaux est mis en place à compter de la signature de la présente convention. La première réunion du comité de pilotage devra se tenir dans les 3 mois suivant la signature de la présente convention.

Article 4 - Conditions et procédure d'habilitation

Les conditions d'habilitation sont définies par le décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 modifié par le décret n° 94-965 du 2 novembre 1994 et le décret 20 07-931 du 15 mai 2007 relatif à l'habilitation des personnes physiques ou morales auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions au sein des Etablissements pénitentiaires et complétant l'article R.79 du code de procédure pénale.

Les dispositions d'habilitation et d'autorisation d'accès des personnels sanitaires sont précisées dans la CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

Article 5 - L'authentification des agents concernés

Durant la période transitoire, le Ministère de la Justice procèdera à l'authentification des agents concernés travaillant en établissement pénitentiaire et leur délivrera des « cartes d'agents Justice extérieurs » embarquant un certificat d'authentification relevant de l'IGC¹ Justice.

A cette fin, des mesures organisationnelles doivent être prises afin de permettre à tout instant de connaître l'identité d'un utilisateur de certificat « Justice » porteur d'une carte d'agent « extérieur ». Ces mesures sont déclinées ci après.

Pour authentifier l'agent « extérieur » habilité, le chef de l'établissement pénitentiaire devra être informé par le directeur de l'établissement de santé de rattachement :

- de l'identité de l'agent concerné,
- de sa position administrative le cas échéant,
- de sa profession,
- et de sa fonction,

selon des modalités précisées par une instruction conjointe des deux ministères concernés.

Le Ministère de la Justice au vu de données numériques vérifiées par l'établissement de santé, créera ces agents dans son annuaire LDAP sous l'arborescence « agents extérieurs ». Ceux-ci doivent être dotés d'une boîte à lettres électronique (BAL) au format de leur employeur, à défaut, au format @externes.justice.gouv.fr

Le chef d'établissement pénitentiaire, autorité d'enregistrement, ou son délégué, procèdera à la remise en face à face de la carte Justice à l'agent habilité, sur présentation de sa carte d'identité et selon les formalités décrites dans le référentiel général de sécurité.

Les justificatifs sont conservés au dossier d'habilitation de l'agent par le chef d'établissement qui le détient.

Le dossier d'habilitation sera conservé 5 ans après la cessation de fonctions en établissement pénitentiaire de l'agent concerné et la restitution de la « carte agent extérieur justice », afin de répondre aux exigences de traçabilité de la CNIL et du Conseil d'Etat.

¹ Infrastructure de gestion de clés

Voir annexe 1 de la présente convention : présentation de la carte agent Justice et des procédures liées.

Article 6 - Gestion des mouvements de personnels

Le directeur de l'établissement de santé chargé de la prise en charge sanitaire des personnes détenues fournit au chef de l'établissement pénitentiaire :

- La liste des personnes habilitées,
- Les informations associées au mouvement.

Cette liste est tenue à jour par le directeur de l'établissement de santé qui s'engage à fournir au chef de l'établissement pénitentiaire les mouvements² effectifs de personnels, notamment toute cause qui met fin à la nécessité pour un agent concerné de détenir un certificat Justice à compter d'une date précise.

Ces informations seront échangées, par voie électronique, au niveau local pour permettre au chef d'établissement pénitentiaire de procéder à la révocation des certificats justice détenus par des agents qui n'en ont plus l'utilité, dans les délais prévus par le RGS ***.

Les modalités seront décrites dans l'instruction précitée à l'article 5 ci-dessus.

Article 7 - Respect des conditions générales d'utilisation de la carte agent Justice

Le Ministère de la Justice a fixé les conditions générales d'utilisation de la carte agent Justice et en particulier prévoit que :

- Le professionnel de santé s'engage à faire un usage professionnel de sa carte uniquement dans le milieu Justice.
- Il s'engage à ne pas prêter sa carte ni communiquer son code PIN.
- En cas de compromission, perte ou vol, il s'engage à en faire la déclaration immédiate sur le site prévu à cet effet : <https://www.asscap.justice.ants.gouv.fr>.
- Le porteur de la carte « Justice » s'engage à ne signer que des documents dans le cadre de son activité Justice, sur des applications Justice, dans des locaux Justice et sur des postes Justice.

Voir annexe 3.

Le Ministère de la Justice informe le porteur de ses obligations.

Toute utilisation frauduleuse de la carte à puce ou des certificats qu'elle porte, engage sa responsabilité civile et pénale.

La responsabilité de l'Etat est engagée selon le droit en vigueur.

Les atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques sont prévues et réprimées par les articles 226-16 à 226-24 du code pénal.

² Mutation, retraite, congé de longue maladie, détachement, mise en disponibilité, etc.

Les atteintes aux systèmes de traitement automatisé de données sont prévues et réprimées par les articles 323-1 à 323-7 du code pénal.

Article 8- Conditions financières

Le Ministère de la Justice adressera une facturation interne semestrielle aux établissements de santé de rattachement des personnels des unités sanitaires selon des modalités décrites dans l'instruction précitée à l'article 5 ci-dessus. Le montant des cartes est celui payé à l'ANTS.³

Article 9 - Durée de la convention - modalités de dénonciation

Cette convention est conclue pour une durée d'un an reconductible tacitement jusqu'à fin de la période transitoire et atteinte de la cible.

Elle peut être révisée et amendée à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, chaque année, 3 mois avant la date anniversaire de sa signature.

Le Secrétaire Général

Signé

Eric LUCAS

Le Secrétaire Général

Signé

Pierre RICORDEAU

³ 30 euros la carte nominative valide 6ans - certificat renouvelable une fois, après 3ans. Délai de livraison des cartes 10 à 15 jours après commande.

Annexe 1 présentation de la carte agent justice et des procédures liées

Le présent document vise

- à présenter les processus techniques et organisationnels liés à la carte agent justice,
- et à démontrer les fonctionnalités inhérentes permettant de garantir la fiabilité et la sécurité des accès.

Partenariat avec l'ANTS

Selon l'article 1 II, 2° de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, est considérée comme **prestataire de services de confiance** : *"toute personne offrant des services tendant à la mise en œuvre de fonctions qui contribuent à la sécurité des informations échangées par voie électronique"*.

Selon l'article 1 du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 relatif à la signature électronique, on entend par prestataire de services de certification électronique : *"toute personne qui délivre des certificats électroniques ou fournit d'autres services en matière de signature électronique."*

L'ANTS est ainsi un prestataire de services de confiance et un prestataire de services de certification électronique au sens des dispositions précitées.

Par ailleurs, l'ANTS assure l'exploitation de l'infrastructure de gestion de clefs (IGC) et gère les certificats électroniques permettant l'authentification des agents du ministère de la justice.

En application de l'article 2 du décret 2007-240 du 22 février 2007 portant création de l'Agence nationale des titres sécurisés, le ministère de la Justice et l'ANTS sont liés par convention.

1- Autorité de Certification et schéma organisationnel de la chaîne de confiance

L'organigramme ci-dessous décrit la chaîne de confiance telle que précisée dans la Politique de Certification « Personnes » disponible sur le site WEB du Ministère de la Justice (<http://www.justice.gouv.fr/igc/ants>).

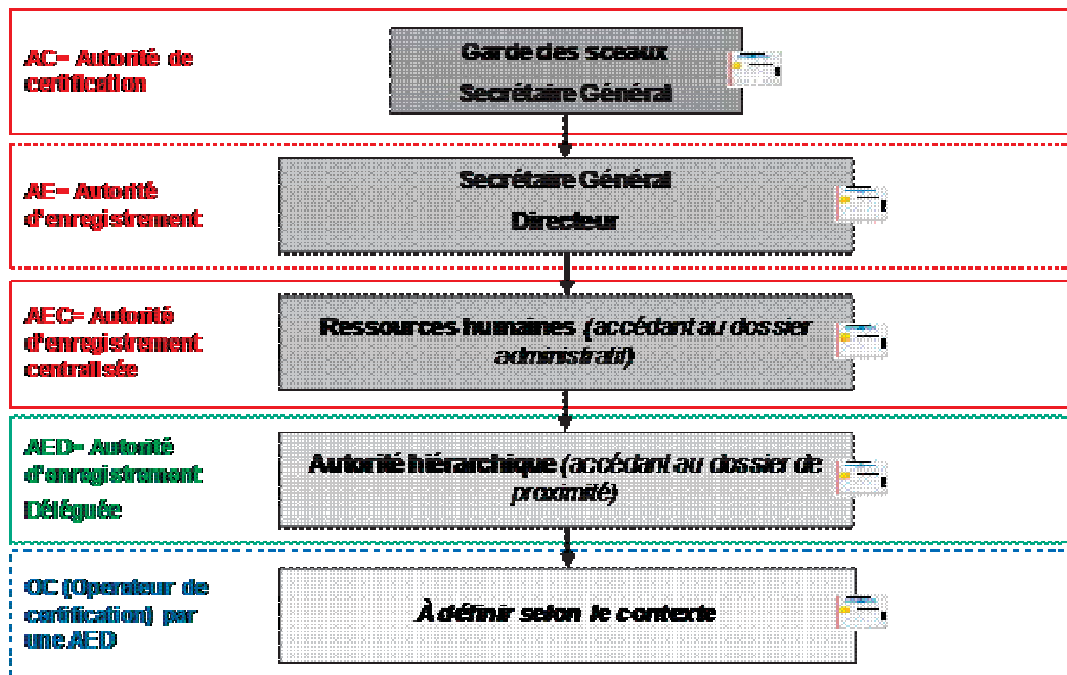


Figure 1 - Schéma de distribution des rôles de confiance

Ainsi, la politique de certification du Ministère de la Justice définit les rôles comme suit :
« L'AC a pour responsabilité de garantir le lien (infalsifiable et univoque) entre l'identifiant d'un porteur et une bi-clé cryptographique pour un usage donné. Cette garantie est apportée par des certificats de clé publique qui sont signés par la clé privée de l'AC. ». En outre,

« L'AE est responsable de la délivrance des supports de clés et des certificats aux porteurs lors d'un face à face. L'AE effectue en outre, les opérations de demandes de certificat à la vue des données fournies par différents systèmes d'information. L'AE peut intervenir pour la révocation d'un certificat octroyé à toute personne située dans la hiérarchie de l'AE (AEC, AED ou OC).

L'Autorité d'Enregistrement du MJ est structurée sur la base d'un système hiérarchique à quatre niveaux.

- Le niveau inférieur est celui des Opérateurs de Certification (OC). Ils ont un contact en face à face avec les porteurs lors de la remise du support cryptographique. Les Opérateurs de Certification (OC) sont désignés par des personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement Déléguée (AED).
- Les personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement Déléguée (AED) sont désignées par des personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement Centralisée (AEC). Les personnes ayant le rôle d'AED assurent la validation des demandes de certificat initiées par les Opérateurs de Certification (OC). Chacune des personnes ayant le rôle d'AED peut

désigner d'autres AED pour l'assister dans son travail. Les responsables RH désignent ainsi comme AED les directeurs de greffe ou d'établissement pénitentiaire ou pour mineurs, de leur ressort et ayant accès au dossier administratif personnel.

- Les personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement Centralisée (AEC) sont désignées par des personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement (AE). L'AEC est chargée de désigner les Responsables RH comme AED et d'assurer le suivi de ces acteurs.
- Les personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement (AE) sont initialement désignées, sur demande du Secrétariat Général du MJ, par l'administrateur technique de l'annuaire du MJ. L'AE « direction des services judiciaires » désigne une AEC au sein de ses services. Toute personne ayant acquis le rôle d'Autorité d'Enregistrement (AE) peut désigner un alter-ego.

Les personnes ayant le rôle d'Autorité d'Enregistrement (AE), d'Autorité d'Enregistrement Centralisée (AEC), d'Autorité d'Enregistrement Déléguée (AED) ou d'Opérateur de Certification (OC) sont dotées de certificats de clé publique et de supports de clés (cartes agent). »

2 - Attributs de la carte agent justice

Présentation générale et fonctionnement pratique

La carte agent justice contient deux certificats distincts permettant de :

- S'authentifier de manière forte aux applications (Concaténation de ce que l'entité connaît, à savoir un code PIN, et de ce que l'entité détient, à savoir une carte à puces),
- Signer électroniquement les documents lorsque la signature fait partie des fonctionnalités de l'application.

Chaque certificat est de surcroît protégé par un code PIN choisi par l'utilisateur lors de l'activation de sa carte. L'attaque par force brute du code PIN n'est pas possible car la carte est bloquée après **3 codes PIN erronés**.

Ces fonctionnalités permettent une connexion unique et sécurisée aux différentes applications du Ministère de la Justice.

- Sont enregistrés dans la puce:
- Le certificat d'authentification (+ code PIN)
 - Le certificat de signature (+ code PIN)



Figure 2 – Exemple de visuel d'une carte à puce "agent justice "

Les données à caractère personnel figurant dans les certificats sont : « nom –prénom »

L'authentification forte

L'authentification forte est une procédure d'identification qui requiert la concaténation d'au moins deux éléments ou « facteurs » d'authentification. On considère que ces éléments peuvent être :

- **Ce que l'entité connaît (un mot de passe, un code PIN, une phrase secrète, etc.)**
- Ce que l'entité détient (**une carte magnétique**, RFID, une clé USB, un PDA, **une carte à puce**, un Smartphone, etc.). Soit un élément physique appelé « authentifieur » ou Token.
- Ce que l'entité est, soit une personne physique (empreinte digitale, empreinte rétinienne, structure de la main, structure osseuse du visage ou tout autre élément biométrique)
- Ce que l'entité sait faire ou fait, soit une personne physique (biométrie comportementale tel que signature manuscrite, reconnaissance de la voix, un type de calcul connu de lui seul, un comportement, etc.

On dénombre actuellement trois familles technologiques pour l'authentification forte :

One Time Password (OTP) / Mot de passe à usage unique, **le certificat numérique** et la biométrie. **La carte agent justice a recours au certificat numérique.**

- La carte fournie par l'ANTS respecte la norme relative aux exigences de sécurité des dispositifs de création de signature électronique de la directive européenne et du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001: CWA 14169 - PP SSCD (Profil de Protection Secure Signature Creation Device)
- La carte a une certification Critères Communs EAL5+ délivrée en novembre 2011 et est référencée par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI). Il s'agit de la carte IDeal Citiz⁴ de la société Morpho.
- L'ANTS fournit des cartes à puces à la norme IAS/ECC (Identification Authentication Signature European Citizen Card) respectant ce profil de protection SSCD.
- Les cartes à contact sont produites par l'imprimerie nationale qui dispose par décret n°2006-1436 du 24 novembre 2006 d'un monopole d'état sur les « Cartes permettant d'identifier les agents publics »

La signature électronique

La signature électronique, comme la signature manuscrite, permet **d'identifier le signataire** d'un document et de créer un lien entre le signataire et le document. Elle a la même utilité que la signature manuscrite, elle **engage la responsabilité de son auteur** de la même manière.

La signature électronique a été mise en place par l'article 1316-4 du code civil et l'article 801-1 du code de procédure pénale.

Elle n'est pas l'image ou la numérisation d'une signature manuscrite : C'est une opération mathématique complexe réalisée par le processeur de la carte à puce, **qui rend impossible :**

- **La capture de la signature pour une réutilisation frauduleuse,**
- **La falsification ou l'altération du document**

La signature électronique * à valeur probante permet le renversement de la charge de la preuve** (prévu par le code civil pour les actes authentiques) et garantit aux actes judiciaires la valeur **d'actes authentiques** comme le fait la signature manuscrite du magistrat.

⁴ [http://www.ssi.gouv.fr/fr/produits-et-prestataires/produits-qualifies/p_47_Carte_a_puce_CC_Ideal_Citiz_versions_1.6.0_et_1.6.1_\(applications_passeport_ICAO_EAC_et_IAS_ECC\).html](http://www.ssi.gouv.fr/fr/produits-et-prestataires/produits-qualifies/p_47_Carte_a_puce_CC_Ideal_Citiz_versions_1.6.0_et_1.6.1_(applications_passeport_ICAO_EAC_et_IAS_ECC).html)

Le MJ est le seul ministère français à avoir obtenu la certification * par l'ANSSI** (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) pour ces certificats d'authentification et signature électronique, son Infrastructure de gestion des clefs (IGC) et le dispositif de signature qu'est la carte à puce.

Le MJ est le seul ministère français à être inscrit sur la « Trust services list » européenne (liste des services de confiance).

Le MJ est **audité chaque année** sur ses processus.

Remise des cartes

Principe

Les cartes « agent justice » distribuées doivent permettre de s'authentifier et garantir la valeur probante des documents signés, puisque ces dernières répondent à des conditions techniques de sécurité.

La réglementation prévoit leur remise en face à face afin de s'assurer de l'identité du futur porteur de la carte. Cette remise en face à face est un des éléments contribuant à la présomption de l'identité de la personne qui l'utilise et de fiabilité de la signature du porteur de la carte, telle que prévue à l'article 1316-4 du Code Civil.

La remise de la carte de signature en face à face constitue donc une garantie pour le signataire en renversant la charge de la preuve en cas de contestation de la signature.

Modalités de remise des cartes agents

Réception des cartes et des codes PIN

1. Le futur porteur de carte reçoit sous pli confidentiel à son attention exclusive, sur son lieu de travail, son code PIN provisoire à personnaliser.
2. Le responsable de la gestion des ressources humaines du SAR ou de la DISP ou de la DIRPJJ reçoit les cartes personnalisées aux noms des personnels de son ressort aux fins de remise en face à face.
3. Le directeur de site (greffe ou établissement pénitentiaire ou établissement pour mineurs) qui a été délégué par le responsable RH en tant qu'AED reçoit les cartes personnalisées pour les personnes de son site.

Remise des cartes aux agents

1. L'Autorité d'Enregistrement Déléguée ou leur Opérateur de Certification remet, en face à face, les cartes aux utilisateurs des applications métier concernées.
2. Chaque nouveau porteur de carte se connecte à l'application à travers l'intranet Justice avec sa carte à puce et s'authentifie avec son code PIN provisoire, il est alors reconnu par le système.
3. Le porteur de carte est invité à changer son code d'authentification et son code de signature dès l'initialisation de sa carte (il peut choisir 2 codes identiques, même si, pour des raisons de sécurité évidentes, cela n'est pas recommandé).
4. Le porteur de carte choisit et déclare 4 secrets (3 de ces 4 secrets sont à choisir dans une liste de 4 questions, le 4^{ème} secret est un mot de passe comportant au moins 8 caractères

- dont un caractère spécial). Ces secrets lui permettront d'être reconnu par le système (application de gestion des cartes) en cas d'oubli de son code, de perte ou vol de sa carte.
5. Le porteur de carte signe électroniquement le PV de remise en face à face de sa carte dont il vient de vérifier le bon fonctionnement. L'application stocke ce PV qui peut être consulté par l'autorité émettrice du certificat ou le porteur de cartes.
 6. L'autorité d'enregistrement déléguée ou leurs Opérateurs de Certification respectifs, qui a procédé à la remise de carte :
 - Se connecte par l'intranet justice à l'application de gestion des cartes,
 - Accède à son parapheur électronique pour contresigner les PV de remise des cartes du jour en tapant une seule fois son code de signature,

Gestion du cycle de vie des cartes

Les cartes distribuées doivent permettre de garantir la valeur probante des documents signés. Pour ce faire, leur remise et leur production doivent obéir à des conditions strictes. Leur gestion quotidienne doit également suivre quelques principes simples.

Elle est confiée aux personnes des services des ressources humaines déléguées par une autorité de certification.

Compte-tenu des pouvoirs de signature associés à ces cartes, il importe que certaines opérations (déclaration de perte ou de vol) puissent être menées rapidement. La dématérialisation offre à cet égard une grande flexibilité.

Demande de carte pour un agent Justice

Le service RH vérifie les informations d'identification dans le dossier administratif de la personne pour laquelle l'autorité demande un certificat. Il crée une demande de certificat, sur l'application dédiée, ASSCAP (Application de Saisie et Suivi des Cartes d' Agents Publics)

L'autorité déléguée se connecte à l'application ASSCAP⁵ à travers l'intranet Justice :

1. Il se rend sur l'onglet « gestion des cartes ».
2. Il clique sur « faire une demande de carte ».
3. Il renseigne les noms et prénoms du futur titulaire de carte.
4. Il signe électroniquement la demande.
5. La carte est produite et expédiée sur le site de l'autorité d'enregistrement pour remise selon les modalités prévues dans la fiche « remise de carte ».

^{5 5} L'ASSCAP a été déclaré à la CNIL sous le N° 1611140 27 août 2012.

⁵L'ANTAI (Agence Nationale de Traitement Automatisé des Infractions) intervient en tant que fournisseur de l'outil de signature WLSigner.

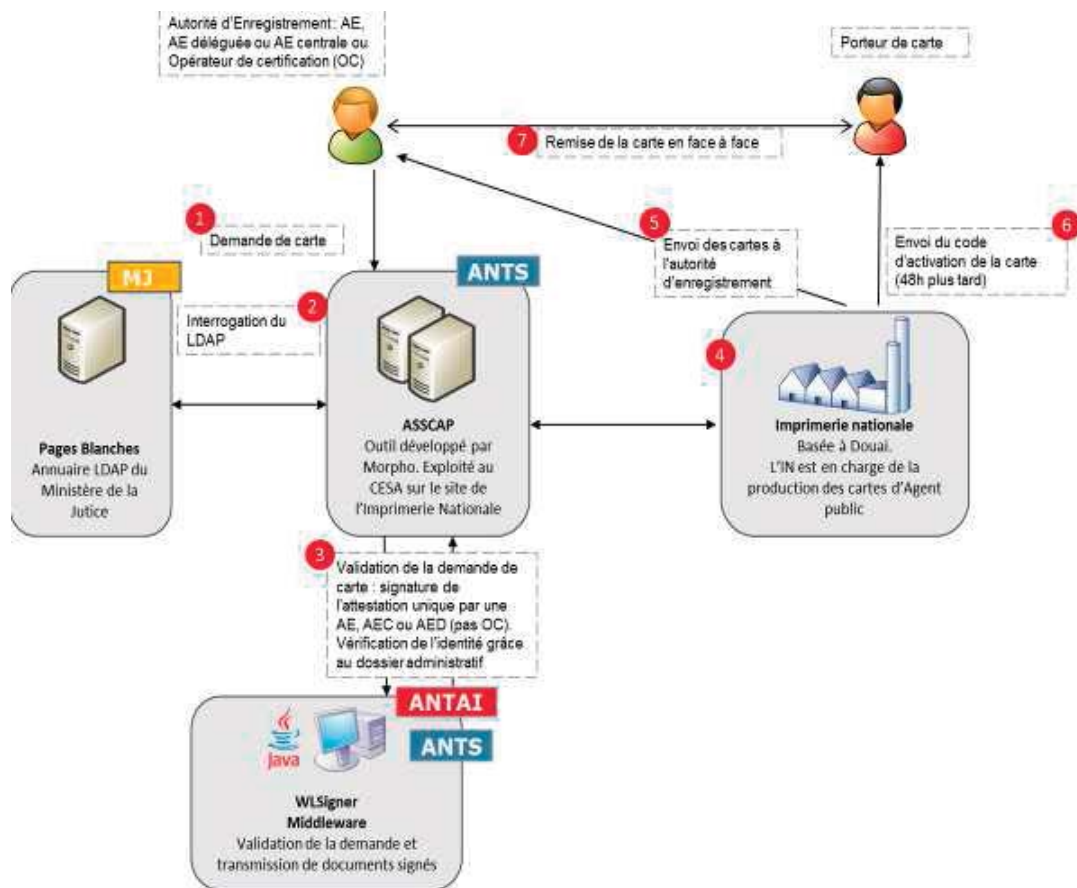


Figure 3 - Schéma macroscopique simplifié de demande d'une carte agent

Demande de révocation d'une carte

Suite à cessation de fonctions, les certificats permettant l'authentification et la signature doivent être révoqués :

1. L'autorité d'enregistrement se connecte à l'application ASSCAP à travers l'intranet justice.
2. Il se rend sur l'onglet « gestion des cartes ».
3. Il clique sur « révoquer une carte ».
4. Il renseigne les nom et prénoms du titulaire de carte.
5. Il signe électroniquement la demande de révocation.
6. Les certificats contenus dans la carte sont révoqués.
- 7.

Déclaration de la perte ou du vol d'une carte

1. Le titulaire de la carte informe l'Autorité d'enregistrement déléguée ou son mandataire de la perte de sa carte.
2. Le titulaire se connecte à l'application Internet accessible 7 jours sur 7 24h/24, Il s'authentifie grâce à ses quatre secrets (3 questions réponses et un mot de passe)
<https://www.asscap.justice.ants.gouv.fr>
3. Il clique sur « déclarer la perte ou le vol d'une carte »
4. Il saisit les informations sur la déclaration de perte ou de vol.
5. Si le titulaire de la carte a oublié ses secrets la demande de révocation peut être faite par l'autorité d'enregistrement déléguée ou son mandataire

6. Les certificats contenus dans la carte perdue ou volée sont révoqués.
7. La commande d'une nouvelle carte est faite par l'autorité d'enregistrement déléguée pour remise selon les modalités prévues dans la fiche « remise de cartes ».

NB : en cas d'oubli ou perte de sa carte par un agent, il appartient à l'application utilisatrice de la carte, de décider en fonction de sa « sensibilité » si :

- de façon **temporaire et exceptionnelle** cet agent repasse en authentification faible (login mot de passe)
- ou bien si l'agent n'a pas d'accès au SI tant qu'il n'est pas en possession de sa carte.

Procéder au renouvellement des certificats

Les certificats contenus dans les cartes ont une durée de vie de trois ans. A cette échéance, il faut procéder à leur renouvellement selon la procédure suivante :

1. Le titulaire de la carte reçoit une alerte lui indiquant que les certificats de sa carte arrivent à expiration.
2. Il se connecte à l'application à travers l'intranet Justice et se rend sur l'onglet « gestion des cartes ».
3. Il clique sur « renouveler des certificats ».
4. Il valide le renouvellement de ses certificats.
5. Le système télécharge les certificats sur la carte.
6. Le titulaire de carte signe une attestation de renouvellement et la stocke dans le parapheur pour contre-signature par l'autorité d'enregistrement déléguée.

La carte a une durée de vie de six ans, le titulaire est informé de la nécessité de la renouveler tous les 3 ans. C'est ensuite l'autorité d'enregistrement déléguée ou son mandataire (OC) qui remet la nouvelle carte au titulaire contre remise de l'ancienne carte qui doit être détruite.

Débloquer une carte suite à la saisie erronée du code PIN ou à l'oubli du code PIN

Afin de contribuer à garantir la confidentialité des échanges et de respecter la réglementation, il n'est plus possible de saisir son code PIN après trois saisies erronées.

Pour débloquer une carte le porteur :

1. Se connecte à l'application de gestion des cartes
2. Sélectionne la fonctionnalité de déblocage du pin.
3. Répond à ses 4 questions secrètes qu'il a renseignées lors du processus de remise.

Si les réponses sont valides, L'application de gestion des cartes déclenche à distance le déblocage du pin. L'opération de déblocage est tracée au niveau de l'application de gestion des cartes.

L'accès à cette fonction ne peut se faire qu'aux heures ouvrées.

Annexe 2 Volumétrie des personnels concernés

La DAP estime la volumétrie à 2000 cartes/an.

Annexe 3 conditions d'utilisation de la carte agent extérieur Justice

ATTESTATION DE REMISE DE CARTE

Je soussigné « Prénom NOM » atteste avoir reçu de « Prénom NOM », autorité d'enregistrement qui signe également la présente attestation, la carte numéro *** dotée d'un certificat d'authentification et d'un certificat de signature.

CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

Je reconnais être informé(e) que cette carte est personnelle et que mes codes d'authentification et de signature sont strictement confidentiels. En conséquence, je m'engage à ne pas les divulguer. Je m'engage également à ne pas prêter ma carte et à la conserver constamment sous ma garde.

Je m'engage à ne m'authentifier au moyen de cette carte que sur les systèmes d'information en relation avec mon activité professionnelle au sein du ministère de la Justice. Je m'engage à ne signer les décisions judiciaires que sur des applications validées et diffusées par le ministère de la Justice, et dans l'enceinte des locaux du ministère. Je m'engage enfin à ne pas signer de décisions judiciaires à l'aide d'un autre module de signature que celui fourni par le ministère de la Justice.

Je m'engage à vérifier que les informations me concernant dans l'annuaire « Pages Blanches » (<http://pagesblanches.intranet.justice.gouv.fr>) du ministère de la Justice sont correctes, notamment au niveau de l'affectation, de l'état civil et de l'adresse physique du site auquel je suis rattaché(e).

En tant que récipiendaire de documents signés, je m'engage à vérifier le statut du certificat ayant permis cette signature (en particulier en m'assurant de sa non-révocation en consultant la liste de révocation de l'Autorité de Certification disponible à l'adresse : <http://www.justice.gouv.fr/igc/ants/>).

En cas d'identification d'une cause possible de révocation de ma carte ou des informations contenues dans ma carte (perte, vol, cessation d'activité, compromission potentielle...), je m'engage à ne plus faire usage de la carte si elle est en ma possession et à déclarer la cause de révocation auprès de mon autorité d'enregistrement ou sur l'un des sites prévu à cet effet (<https://www.asscap.justice.ants.gouv.fr> ou <https://asscap-mjl.interieur.ader.gouv.fr> en cas d'accès sur un poste du ministère de la Justice) dès la découverte de cette dernière. En cas de divulgation avérée ou suspectée d'un code PIN, je m'engage à le modifier le plus rapidement possible sur l'un des sites de l'application de gestion des cartes (<https://www.asscap.justice.ants.gouv.fr> ou <https://asscap-mjl.interieur.ader.gouv.fr>) en cas d'accès sur un poste du ministère de la Justice) prévu à cet effet.

Je reconnais être informé(e) que sont conservées dans l'application de gestion des cartes des données à caractère personnel (nom et prénoms-) nécessaires à la gestion de la carte remise. Les droits d'accès et de rectification de ces informations (prévus aux articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés) s'exercent auprès du service qui a remis la carte.

J'autorise le ministère de la Justice à publier les certificats de ma carte sur l'annuaire ministériel.

Le document de référence concernant l'émission de cette carte et des certificats de clé publique associés est la politique de certification publiée sur le site du ministère à l'adresse www.justice.gouv.fr/igc/ants sous les OID : 1.2.250.1.120.2.2.1.3 et 1.2.250.1.120.2.3.1.3.

LIMITATIONS DE RESPONSABILITE

Le ministère décline toute responsabilité à l'égard de l'usage qui est fait des cartes qu'il a émises dans des conditions et à des fins autres que celles prévues dans la politique de certification disponible sur le site du ministère ainsi que dans tout autre document contractuel applicable associé.

Le ministère décline toute responsabilité quant aux conséquences des retards ou pertes, liés ou non à l'altération ou autres erreurs pouvant se produire dans la transmission de toute télécommunication,

que pourraient subir dans leur transmission tous messages électroniques, lettres et documents. Il ne saurait être tenu responsable, et n'assume aucun engagement, pour tout retard dans l'exécution d'obligations ou pour toute inexécution d'obligations résultant de la présente politique lorsque les circonstances y donnant lieu et qui pourraient résulter de l'interruption totale ou partielle de son activité, ou de sa désorganisation, relèvent de la force majeure au sens de l'Article 1148 du Code civil.

Les tribunaux administratifs sont compétents dans la résolution des conflits.



**Avenant n°1 à la convention relative à l'authentification
pour l'accès de professionnels de santé et personnels
administratifs au système d'information du ministère de la
justice**

Entre d'une part,

Le Ministère de la Justice, situé 13 Place Vendôme, Paris 1^{er}, représenté par Monsieur Eric LUCAS, Secrétaire général du Ministère de la Justice,

Et d'autre part,

Le Ministère des Affaires sociales et de la santé, situé 14 avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP, représenté par Monsieur Pierre RICORDEAU, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Article 1 : Objet de l'avenant

Le présent avenant :

- annule l'article 3
- et modifie le préambule et les articles 5, 8 et 9 de la convention relative à l'authentification pour l'accès de professionnels de santé et personnels administratifs au système d'information du ministère de la justice.

Le préambule et les articles 5, 8 et 9 sont remplacés par les préambule et articles ci-dessous.

Préambule

Le ministère de la justice, a engagé un processus de dématérialisation de ses procédures que pilote son secrétariat général.

Les services d'authentification et de signature (l'infrastructure de gestion de clefs et la carte à puce) du Ministère de la Justice ont obtenu la certification *** au sens du RGS le 26 novembre 2012 ainsi que l'inscription sur la Trust-service Status List (TSL), liste européenne qui recense les autorités de certification de confiance.

Le ministère de la Justice devait choisir la certification *** puisque les magistrats émettent des jugements, ordonnances et arrêts, qui sont des actes authentiques dont la signature doit être présumée fiable au sens de l'article 1316-4 du code civil.

Le Ministère de la Justice n'ayant qu'une seule IGC, toutes les cartes « Justice » sont de ce fait soumises aux règles du RGS *.**

Pour rappel, le Référentiel Général de Sécurité (RGS, décret 2010-112 pris pour l'application des articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance n°2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives) impose une vérification de l'identité, qualité et fonctions du porteur de carte ainsi qu'une remise en face à face par une autorité hiérarchique, dite autorité d'enregistrement.

Le ministère de la justice a ainsi conçu sa chaîne de remise de cartes (chaîne de confiance) en s'appuyant sur les services de gestion des ressources humaines qui sont habilités à accéder au dossier administratif des agents.

Dans les établissements pénitentiaires, du personnel d'autres instances que la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), **dont des personnels des unités sanitaires rattachées aux établissements de santé**, sont rapidement appelés à accéder au système d'information « GENESIS » qui gère le détenu en établissement pénitentiaire.

Pour répondre aux exigences de la CNIL et du Conseil d'Etat, une authentification forte est progressivement mise en place pour sécuriser l'accès aux données sensibles à caractère personnel, traitées par le système d'information du Ministère de la Justice.

Il s'agit de remplacer la procédure de connexion par « login-mot de passe » par l'usage d'une carte à puce contenant un certificat d'authentification de l'agent.

Aussi, outre les personnels Justice, et en l'absence d'un système interministériel de fédération d'identité, il convient que les personnels concernés professionnels de santé et personnels administratifs, titulaires ou contractuels, soient également dotés de cartes à puce.

Par convention ces personnels sont désignés sous le terme générique d'agents.

Il s'agit d'authentifier ces personnels selon les modalités décrites à l'article 5 ci-après par un certificat remis en face à face, de vérifier leur identité et leur appartenance aux professions de santé, et non de définir un profil leur donnant accès à certaines informations du SI Justice.

C'est un projet à multiples dimensions : organisationnelle, stratégique et technique.

Article 3 - Le Système cible

Cet article est supprimé.

Article 5 - L'authentification des agents concernés

Le Ministère de la Justice procédera à l'authentification des agents concernés travaillant en établissement pénitentiaire et leur délivrera des « cartes d'agents Justice extérieurs » embarquant un certificat d'authentification relevant de l'IGC¹ Justice.

A cette fin, des mesures organisationnelles doivent être prises afin de permettre à tout instant de connaître l'identité d'un utilisateur de certificat « Justice » porteur d'une carte d'agent « extérieur ». Ces mesures sont déclinées ci après.

¹ Infrastructure de gestion de clefs

Pour authentifier l'agent « extérieur » habilité, le chef de l'établissement pénitentiaire devra être informé par le directeur de l'établissement de santé de rattachement :

- de l'identité de l'agent concerné,
- de sa position administrative le cas échéant,
- de sa profession,
- et de sa fonction,

selon des modalités précisées par une instruction conjointe des deux ministères concernés.

Le Ministère de la Justice au vu des données numériques vérifiées par l'établissement de santé, identifiera ces agents dans son annuaire LDAP sous l'arborescence « agents extérieurs ». Ceux-ci doivent être dotés d'une boîte à lettres électronique (BAL) au format de leur employeur, à défaut, au format @externes.justice.gouv.fr.

Le chef d'établissement pénitentiaire, autorité d'enregistrement, ou son délégué, procédera à la remise en face à face de la carte Justice à l'agent habilité, sur présentation de sa carte d'identité et selon les formalités décrites dans le référentiel général de sécurité.

Les justificatifs sont conservés au dossier d'habilitation de l'agent par le chef d'établissement qui le détient.

Le dossier d'habilitation sera conservé 5 ans après la cessation de fonctions en établissement pénitentiaire de l'agent concerné et la restitution de la « carte agent extérieur justice », afin de répondre aux exigences de traçabilité de la CNIL et du Conseil d'Etat.

Voir annexe 1 de la convention : présentation de la carte agent Justice et des procédures liées.

Article 8 - Conditions financières

Les cartes sont fournies et renouvelées à titre gratuit par le Ministère de la Justice.

Article 9 - Durée de la convention - modalités de dénonciation

Cette convention est conclue pour une durée d'un an reconductible tacitement.

Elle peut être révisée et amendée à tout moment à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, chaque année, 3 mois avant la date anniversaire de sa signature.

Un comité de suivi de la convention est mis en place à compter de la signature du présent avenant. Il se réunira annuellement.

Fait en deux exemplaires originaux, à Paris le 4 juillet 2016

Pour le ministre et par délégation,

Signé

Eric LUCAS

Secrétaire général du ministère de la justice

Pour la ministre et par délégation,

Signé

Pierre RICORDEAU

Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction
de la stratégie et des ressources

Bureau SR2 :
international, Europe et outre-mer

Instruction n° DGOS/SR2/2016/288 du 29 septembre 2016 relative à l'appel à projet de coopération hospitalière internationale 2017

NOR : AFSH162774J

Validée par le CNP le 23 septembre 2016. – Visa CNP 2016-135.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : un appel à projet de coopération hospitalière internationale est proposé aux établissements de santé afin développer les actions de coopération selon des modalités décrites en annexe.

Mots clés : hôpital – coopération internationale.

Référence : article L. 6134-1 du code de la santé publique.

Annexe : plaquette de l'appel à projet de coopération internationale 2017.

*La ministre des affaires sociales, de la santé
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

L'appel à projet de coopération hospitalière internationale entre dans sa 7^e année.

La MIGAC « action de coopération internationale » existe depuis 2010 et a permis le financement d'actions de coopération dans le monde entier.

Compte tenu du recours croissant des établissements de santé à ce dispositif et du montant global fixé à un million d'euros, cela implique une nécessité de très forte sélectivité par rapport aux projets soumis, dont le contenu doit par conséquent être élaboré avec un maximum de professionnalisme.

Tous les projets relèvent de ce dispositif quels que soient les pays concernés par les projets.

Les projets sont à retourner à la DGOS avant la date limite fixée par les établissements de santé parties prenantes à ceux-ci, sauf pour ceux impliquant des établissements de santé d'Outre-Mer, pour lesquels une pré sélection doit être effectuée par les Agences régionales de santé concernées qui nous les transmettent.

En outre, pour pouvoir prétendre à un éventuel financement, la recevabilité des dossiers présentés sera conditionnée à la communication des données-clefs (identités des établissements étrangers partenaires, thématiques et moyens financiers ou autres mobilisés) relatives aux autres projets de coopération internationale conduits par l'établissement candidat, quelles qu'en soient les sources de financement (cette MIGAC ou autres bailleurs ou auto-financement).

Pour l'exercice 2017, la date limite de transmission des dossiers est fixée au 15 décembre 2016.

Toutes les informations nécessaires à la constitution des dossiers sont explicitées dans l'appel à projet, joint à la présente lettre.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la diffusion de cet appel à projet auprès des établissements de santé.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

COOPÉRATION HOSPITALIÈRE INTERNATIONALE

APPEL À PROJET 2017



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**



L'appel à projet lancé au titre de 2017 dans le cadre de la MIGAC « Coopération Hospitalière Internationale » est sous-tendu par la « Stratégie Nationale de Santé » et par les grandes thématiques de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Cette stratégie nationale de santé, en association étroite notamment avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, celui des Outre-Mer et l'ensemble des acteurs, vise à adapter notre système de santé aux défis majeurs du 21^{ème} siècle : formation, développement de la prévention et de l'éducation à la santé, démographie médicale, vieillissement de la population, nouvelles technologies, recherche et progrès de la médecine, lutte contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques, optimisation de l'offre de soins et des services médico-sociaux, renforcement de la place des usagers dans le système de santé...

Dans ce cadre, la coopération hospitalière internationale a un rôle clef à jouer, car elle est au carrefour des enjeux prioritaires en santé, tels que la surveillance sanitaire internationale, l'accueil en formation d'étudiants, de praticiens et de chercheurs dans le champ des professions de santé, les coopérations entre établissements de santé en vue d'échange de bonnes pratiques et de travaux de recherche, ainsi que la valorisation internationale des références françaises en santé.

Avec près de 3000 établissements de santé français, dont près de 1000 hôpitaux publics et plus d'un million de personnes employées, ce secteur qui représente financièrement 78,6 Md€ en 2016, regroupe un potentiel exceptionnel de ressources humaines, scientifiques

et financières, d'expertise technique et de compétences médicales et médico-techniques de 1^{er} plan, qui a fait l'objet d'une consécration internationale récente par la revue « the Lancet » dans son numéro spécial de mai 2016.

Le ministère chargé de la santé tient à valoriser ce capital exceptionnel, en développant et soutenant la coopération hospitalière internationale en matière de management des établissements de santé et d'activités de soins, indissociable dans les CHU des activités d'enseignement supérieur et de recherche. Cette coopération hospitalière s'appuie aussi sur les échanges de connaissances, facilités par les dispositifs d'accueil en formation d'étudiants et professionnels médicaux et para médicaux, qui ont été améliorés récemment en portant à 3 mois la durée des stages « observateurs » et au travers du dispositif « fellowship » mis en place dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Pour ce faire, la MIGAC qui a été instituée depuis 2010 pour appuyer l'action internationale des établissements de santé français avec des partenaires étrangers, contribue à une meilleure visibilité, synergie et cohérence des activités déployées sur ce plan.



CAHIER DES CHARGES

A qui s'adresse l'appel à projet ?

Cet appel à projet concerne les projets de coopération internationale d'établissements de santé français, de métropole et d'Outre-Mer, en vue de renforcer les partenariats de travail de leurs équipes médicales, administratives ou techniques, avec des homologues étrangers. Pour les établissements de santé d'Outre-Mer, la gestion de la sélection des appels à projets est réalisée par les ARS concernées. Un modèle d'appel à projet leur est adressé, afin de recueillir les candidatures des établissements de santé de leur zone géographique.

Quelles zones territoriales ?

Les pays éligibles sont choisis en cohérence avec les priorités du Ministère des affaires étrangères et du développement international.

Parmi ceux-ci, le ministère entend privilégier les partenariats avec les pays disposant d'un Conseiller aux Affaires Sociales et de Santé au sein de nos ambassades, ainsi qu'avec les pays émergents et ceux de la francophonie.

La coopération avec la Chine, qui s'inscrit dans le cadre de jumelages entre établissements de santé, en application de l'arrangement administratif conclu dans le domaine de la santé entre la Chine et la France le 23 mai 2013 à Paris, est également une des grandes priorités.

Quels projets ?

Les projets concernent un ou plusieurs des thèmes suivants, considérés comme prioritaires et structurants pour la coopération :

- ▶ sécurité sanitaire internationale et déploiement du règlement sanitaire international ;
- ▶ coopération médicale thématique, projet médical, qualité et sécurité des soins ;
- ▶ formation du personnel hospitalier et développement des ressources humaines ;
- ▶ mise en place et ingénierie de matériels et équipements médicaux et bio médicaux performants ;
- ▶ renforcement des droits des patients ;
- ▶ développement du parcours de soins des patients ;
- ▶ mise en place d'une gouvernance et d'un pilotage hospitaliers efficaces ;
- ▶ bonne gestion des ressources financières hospitalières (Comptabilité, achats, facturation...);
- ▶ mise en œuvre de systèmes d'information médicale, de dossiers médicaux personnels de suivi des patients et déploiement de la télémédecine.

Quels critères de sélection ?

- ▶ Les actions doivent démontrer leur adéquation par rapport à une situation et un contexte local particuliers. Elles doivent s'inscrire dans une logique de complémentarité avec les dispositifs locaux ou internationaux éventuellement existants ;
- ▶ le projet décrit précisément ses objectifs, son financement, les résultats attendus et le calendrier; il doit présenter la méthode de conduite du projet et préciser les modalités d'évaluation (indicateurs - résultats attendus) ;
- ▶ le projet précise la composition de l'équipe pluridisciplinaire administrative technique et soignante mobilisée, permettant une approche globale des problématiques abordées.
- ▶ Le projet doit être accompagné de toutes les informations-clefs (établissements partenaires, thématiques et montant des moyens financiers ou autres engagés) concernant les autres coopérations

conduites par l'établissement, qu'elles soient ou non financées par la MIGAC.

Quel soutien apporté par la MIGAC ?

L'aide apportée consiste dans le financement des frais des missions de personnels hospitaliers (voyages et séjours comprenant les frais d'hébergement et de repas). Le montant de ces frais est calculé selon les règles en vigueur pour les déplacements de personnels hospitaliers en France et à l'étranger et l'accueil des partenaires étrangers du projet.

La moyenne du montant des subventions se situe entre 10 000 et 25 000 € selon les projets.

Les dossiers sont sélectionnés par une commission pluridisciplinaire réunissant les différentes composantes de l'expertise de la direction générale de l'offre de soins à l'international.

Un bilan de la mise en œuvre est fourni à l'issue du projet.

Comment répondre ?

www.socaf-sante.gouv.fr/cooperation-hospitaliere-internationale

Il doit être adressé avant le 15 décembre 2016 par courriel et par voie postale :

*À l'attention de Monsieur Eric Trottmann
Adjoint au sous-directeur de la stratégie et des ressources
Chef du bureau International, Europe et Outre-Mer
Direction générale de l'offre de soins - DGOS
Ministère des affaires sociales et de la santé
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP
dgos-socaf@sante.gouv.fr*

Les décisions seront communiquées par messagerie électronique dès la fin de l'instruction et les crédits sont notifiés dans le cadre des circulaires budgétaires de l'année en cours.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité
et sécurité des soins (PF2)

Instruction n° DGOS/PF2/2016/276 du 2 septembre 2016 relative à la reconduction de l'enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital menée par l'ATIH, aux modalités de recueil des données de consommation des médicaments et à l'accompagnement des établissements de santé

NOR : AFSH1625745J

Validée par le CNP le 2 septembre 2016. – Visa CNP 2016-127.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction a pour objet la reconduction de la maîtrise d'ouvrage à l'ATIH de l'enquête achat et consommation de médicaments à l'hôpital, des modalités de recueil des données de consommation des médicaments pour les années 2015 et 2016 et d'accompagnement des établissements. Les établissements de santé transmettront les quantités achetées, délivrées et rétrocédées ainsi que le prix moyen pondéré d'achat et le dernier prix d'achat de chaque médicament par code UCD.

Mots clés : ATIH, enquête, médicament, établissement de santé.

Référence : instruction n° DGOS/PF2/2015/56.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ; Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique.

1. Contexte et objectif

1.1. Contexte

L'instruction n° DGOS/PF2/2015/56 a organisé, à compter de l'année 2015, le transfert de la maîtrise d'ouvrage de l'enquête achat et consommation de médicaments à l'hôpital à l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et fixé les modalités de recueil des données de consommation des médicaments.

L'enquête achat et consommation de médicaments à l'hôpital collecte, par médicament, le code UCD, le prix moyen pondéré d'achat, le dernier prix d'achat, les quantités achetées, délivrées et rétrocédées.

Dans le cadre de cette enquête, des outils sont mis à la disposition des établissements pour constituer le fichier de données et le transmettre *via* une plateforme internet pour constitution d'une base nationale annuelle consolidée.

Depuis 2005, ce recueil administratif non obligatoire des achats de médicaments dans les établissements de santé en Métropole et en Outre-mer ayant une activité de médecine, chirurgie, obsté-

trique, psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et/ou d'hospitalisation à domicile et/ou de dialyse, était organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

1.2. Objectif et exploitation

La poursuite et le développement d'un système efficient de recueil des données de consommation des médicaments à l'hôpital est un véritable enjeu pour une meilleure connaissance de l'utilisation de tous les médicaments quels que soient leur mode de financement et, pour piloter les politiques publiques sur le médicament notamment, celle relative aux médicaments génériques.

La présente instruction a pour objectif de reconduire l'enquête précédemment menée par l'ATIH. Elle expose également les modalités du recueil organisé par l'ATIH, et la nature de l'accompagnement des établissements qui sera mis en œuvre avec l'aide du prestataire retenu par l'ATIH en liaison avec les OMEDIT. Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre de l'enquête pour les données des années 2015 et 2016 recueillies en 2017 est également présenté.

L'accès à ces données répond à une mission d'observation, de suivi et d'analyse des consommations des médicaments tant à l'échelon régional que national.

L'établissement a accès à ses propres données et l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) et les Agences Régionales de Santé (ARS) ont accès aux données des établissements de l'ensemble de leur région.

L'exploitation de ces données permettra, à partir des tableaux de bord réalisés par l'ATIH, de disposer, à l'échelon régional et national, d'une meilleure connaissance des prix d'achat, d'évaluer notamment la pénétration des médicaments inscrits au répertoire des génériques et des biosimilaires ainsi que d'analyser les pratiques de prescription.

2. Champ du recueil

Le recueil demandé en 2017 concerne les données de consommation et d'achat de l'année 2015 et de l'année 2016. Ces données seront fournies sous la forme de deux fichiers distincts : un pour l'année 2015 et un pour l'année 2016.

Ce recueil concerne les établissements de santé en métropole et en Outre-mer ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et/ou d'hospitalisation à domicile et/ou de dialyse, ainsi que les établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) directement rattachés à un établissement de santé¹ disposant ou non d'une pharmacie à usage intérieur PUI.

Pour les établissements disposant d'une PUI, l'extraction des données sera réalisée à partir de leur logiciel de gestion.

Pour les établissements ne disposant pas d'une PUI, le recueil sera réalisé à partir de tous les éléments permettant de remplir l'enquête, notamment les données issues de la facturation.

3. Données de consommation des médicaments dans les établissements de santé à collecter

Pour les données de la période 2015-2016, l'envoi des données sera fait en une ou plusieurs fois sous la forme de deux fichiers distincts, l'un comprenant les données de l'année 2015 et l'autre celles de l'année 2016.

Il est demandé aux établissements de santé de recueillir pour chaque spécialité pharmaceutique les informations suivantes :

- le numéro FINESS : le recueil doit se faire au même niveau que pour le PMSI : FINESS juridique pour les établissements publics et FINESS géographique pour les établissements privés ;
- le code UCD ;
- le libellé du code UCD ;
- les quantités achetées par l'établissement (exprimées en nombre entier d'UCD) ;
- les quantités délivrées aux unités de soins (exprimées en nombre entier d'UCD) ;
- les quantités rétrocédées par l'établissement (exprimées en nombre entier d'UCD) ;
- les quantités délivrées aux Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées (EHPAD) rattachées à l'établissement (exprimées en nombre entier d'UCD) ;
- le prix moyen pondéré d'achat toutes taxes comprises ;

¹ Une dérogation est accordée pour les établissements sanitaires qui intègrent les achats destinés à une EHPAD. En effet, même s'il n'est pas possible d'isoler le volet achat de l'EHPAD, le volet consommation leur correspondant doit être signalé dans une colonne spécifique.

- le dernier prix d'achat toutes taxes comprises.

Pour les établissements de santé sans PUI n'ayant pas la possibilité de déclarer en code UCD, l'information peut être transmise au moyen des codes CIP.

Des informations concernant la présence d'une PUI au sein de l'établissement et de la possibilité de rétrocession seront complétées par l'ATIH à partir des données de la Statistique Annuelle des Établissements de Santé (SAE). Ces éléments seront transmis à chaque région pour relecture par les OMEDIT et les ARS. Les établissements corrigeront le cas échéant ces données et devront les valider.

4. Modalités de recueil

4.1. Rôle de l'ATIH

L'ATIH fournit aux établissements le format du fichier d'export attendu permettant d'alimenter la plateforme internet.

Dans le cadre de cette enquête, l'ATIH livre aux établissements et aux OMEDIT et ARS des outils spécifiques :

- l'application IDEM utilisée par les établissements et permettant la saisie et la transmission des données de l'enquête, disponible en téléchargement sur le site de l'agence ;
- un guide d'utilisation de cette application qui permet notamment de connaître le format des données à déclarer ;
- un guide méthodologique expliquant les données à recueillir et les établissements et activités concernés par l'enquête ;
- le référentiel médicament contenant la liste des codes UCD ou CIP à 7 et 13 caractères attendus dans le cadre de l'enquête ;
- une plateforme e-MED <https://enquete-medicaments.atih.sante.fr/enquete-medicaments/> permettant aux établissements utilisant le logiciel IDEM de télétransmettre les données ;
- des contrôles automatiques de la qualité des données livrées par l'établissement généreront des messages d'erreur si les données sont erronées ou incomplètes. Les contrôles automatiques s'assurent que les codes UCD et CIP existent dans le référentiel et vérifient la cohérence des prix unitaire.

4.2. Rôle des OMEDIT

Les OMEDIT ont un rôle d'accompagnement, de diffusion et de promotion de l'enquête dans les établissements de santé en lien avec les ARS. Cette enquête étant un enjeu prioritaire d'un point de vue national, les OMEDIT devront inscrire cette priorité d'action à leur programme de travail. Ils s'assurent aussi de la mise en œuvre de la correction par l'établissement des rejets de ligne dus notamment aux erreurs de codage UCD et CIP ou des difficultés à y parvenir en cas de rejets massifs des données importées.

4.3. Rôle des ARS

Les ARS ont un rôle de validation à l'échelle régionale des données transmises par les établissements.

5. Calendrier de recueil

L'enquête 2017 se déroulera en trois temps et concernera les données des années 2015 et 2016 :

- à partir du mois de septembre 2016, l'ATIH mettra à disposition des établissements de santé les outils permettant le recueil des données ;
- la plateforme internet permettant le dépôt du fichier des données 2015 sera ouverte aux établissements de santé dès le 1^{er} janvier 2017 et jusqu'au 31 mai 2017 ;
- à partir du 1^{er} avril 2017 et jusqu'au 31 mai 2017, les établissements de santé pourront déposer sur la plateforme internet leur fichier comprenant les données 2016.

6. Modalités d'accompagnement

Pour la période de l'enquête, l'ATIH retient un prestataire en charge de l'accompagnement des établissements de santé participant à ce recueil uniquement sur le traitement des données 2016.

Cet accompagnement consiste :

- d'une part, pour un échantillon d'établissements en la supervision de la production des données. Le périmètre de cet échantillon sera défini en concertation avec l'ATIH, la DGOS

et les OMEDIT. Le prestataire s'assure de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'enquête par chaque établissement et accompagne l'établissement dans l'utilisation des outils informatiques mis à sa disposition par l'ATIH. Les OMEDIT sont tenus informés des échanges relatifs aux établissements de leur région. Cette supervision a pour objectif la production de données de qualité en termes de conformité, cohérence et exhaustivité par les établissements constituant l'échantillon ;

- d'autre part, pour l'ensemble des établissements relevant du périmètre de l'enquête, les questions techniques et fonctionnelles des établissements seront prises en compte *via* la plateforme internet de l'ATIH.

Cet accompagnement inclut également la fourniture de livrables (en particulier un tableau de bord de suivi par établissement inclus dans l'échantillon) rendant compte de l'accompagnement des établissements participants.

Cet accompagnement des établissements sera mis en place dès le 1^{er} avril 2017 et s'achèvera à la clôture de la plateforme informatique au 31 mai 2017.

Nous vous remercions de nous informer de toute difficulté que vous pourriez rencontrer à la mise en œuvre de cette enquête.

Pour la ministre et par délégation :

La secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

La cheffe de service
adjoite à la directrice générale de l'offre de soins,
K. JULIENNE

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision du 16 septembre 2016 désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal

NOR : AFSH1630787S

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6143-3-1 ;

Vu la décision n° 2015-1022 du directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine du 15 septembre 2015 relative au placement sous administration provisoire du centre hospitalier inter-communal Émile-Durkheim d'Épinal ;

Vu la décision n° 2016-1475 du directeur général de l'agence régionale de santé d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine du 15 septembre 2016 portant prorogation du placement sous administration provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal,

Décide :

Article 1^{er}

M. Mathieu ROCHER, directeur d'hôpital, est désigné pour assurer l'administration provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal pour la période du 17 septembre 2016 au 17 septembre 2017 inclus.

Article 2

Pendant la période de l'administration provisoire, les attributions de directeur de l'établissement sont assurées par M. Mathieu ROCHER.

Article 3

La présente décision est notifiée au président du conseil de surveillance, au directeur du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal et au directeur général de l'agence régionale de santé d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine.

Article 4

La présente décision entrera en vigueur le 17 septembre 2016 et sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 16 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*La sous-directrice de la performance
de la direction générale de l'offre de soins,*
M.-A. JACQUET

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Bureau SP1

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau R3

Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux

NOR : AFSH1621602J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 22 juillet 2016. – Visa CNP 2016-121.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : un plan régional IVG doit être élaboré par chaque ARS afin d'organiser une réponse adaptée aux différentes situations, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charge. Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux IVG, il convient d'assurer la coordination des différents acteurs, en veillant à la complémentarité de l'offre en établissements de santé et hors établissements de santé, avec accès aux différentes méthodes.

Mots clés : grossesses non désirées – IVG.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 6323-1 ; D. 6323-1 et D. 6323-2 ;

Circulaire DH/DGS/DREES/SDFE n° 99-628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;

Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n° 2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé et ses annexes ;

Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception ;

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3/2010/377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception ;

Instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional ;

Recommandation pour la pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS) « prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines », mars 2001, partiellement modifiée en décembre 2010.

Annexes :

Annexe 1. – Les actions nationales et régionales pour 2016.

Annexe 2. – Trame de plan régional d'accès à l'IVG.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de centres de santé (pour mise en œuvre).

Cette circulaire vise à présenter les nouvelles mesures pour l'accès à l'IVG mises en œuvre en 2016 au niveau national et à définir les actions à conduire par les ARS, en cohérence avec les actions nationales, dans le cadre des plans régionaux d'accès à l'IVG. Elle propose une trame méthodologique pour l'élaboration des plans régionaux.

Cette circulaire poursuit la dynamique engagée par la circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 qui vous demandait de garantir une permanence d'accès à l'IVG pendant la période de congés estivaux et de soutenir les plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception sur lesquelles s'appuie le numéro national d'information anonyme et gratuit.

Les constats et les orientations stratégiques nationales en matière d'IVG

Près de 230 000 femmes ont recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chaque année en France (100 000 par voie instrumentale et 130 000 par voie médicamenteuse en 2013, dont 34 500 réalisées hors d'un établissement de santé¹).

Depuis 2012, de nombreuses mesures visant à renforcer l'offre d'IVG et faciliter le parcours des femmes souhaitant interrompre leur grossesse ont permis des évolutions favorables. Il s'agit notamment du remboursement à 100 % de l'IVG pour toutes les femmes, de la revalorisation des forfaits d'IVG par méthode instrumentale pour maintenir cette offre sur le territoire, de la suppression de la notion de détresse, du renforcement du délit d'entrave, de la création du site www.ivg.gouv.fr et de la rédaction de la brochure « IVG médicamenteuse à domicile ».

Toutefois, si l'accès à l'IVG est le plus souvent aisé sur le territoire, on note de fortes disparités des taux de recours selon l'âge (principalement la classe des 20/24 ans), les régions (davantage dans les DOM, en Île-de-France et dans le Sud de la France). Des difficultés peuvent survenir, pour certaines femmes, notamment en situation de vulnérabilité ou lors de la mise en tension de l'offre en période estivale. Certaines femmes, insuffisamment informées, peuvent être encore, mal ou tardivement orientées ou ne pas avoir la possibilité de choisir les modalités d'IVG qui leur conviennent le mieux.

C'est pourquoi, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG a été présenté en janvier 2015 par la Ministre chargée de la santé. Il s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'améliorer l'information, de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité de l'IVG sur l'ensemble du territoire au travers, notamment, d'une offre diversifiée. Cette dynamique, enclenchée en 2015, s'est traduite par des avancées substantielles inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé :

- la suppression du délai de réflexion entre l'information et le consentement des femmes souhaitant une IVG ;
- la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses ;
- le recrutement possible de praticiens contractuels dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'IVG ;
- la réalisation, désormais possible, d'IVG instrumentales en centres de santé dans le cadre d'un cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé.

Le déploiement en région de la stratégie nationale

Afin de déployer régionalement cette dynamique, des plans régionaux d'accès à l'IVG sont prévus dans le cadre de cette même loi. L'enjeu pour les régions est de s'attacher à mettre en œuvre les mesures nouvelles et à renforcer les actions déjà entreprises et d'inscrire leur démarche dans une perspective régionale, en concertation avec les parties prenantes, compte tenu des constats observés.

L'objectif est d'améliorer l'information des femmes sur leurs droits, la formation des professionnels, les prises en charge proposées afin que les parcours soient fluides et que les femmes

¹ Sources DREES, « les IVG en 2013 », études et résultats, juillet 2015 n° 294.

puissent accéder aux méthodes et aux lieux de leur choix. Des actions spécifiques sont à mettre en œuvre pour l'accès à l'IVG des populations dites vulnérables (femmes mineures, en situation de précarité,...) et à la garantie de l'anonymat et de la gratuité de l'ensemble de leur parcours IVG. Une attention particulière sera également portée aux femmes dont la grossesse a dépassé la 10^e semaine.

L'enjeu d'accessibilité tant territoriale qu'en termes de diversité de l'offre est essentiel. Dans cette perspective, si l'activité IVG peut être envisagée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, dans une logique de mutualisation des ressources humaines et des plateaux techniques, il conviendra de veiller à ce que les lieux de réalisation ne soient pas limités en nombre et que l'accès à une offre de proximité diversifiée soit garanti.

L'élaboration des plans régionaux implique une démarche fondée sur un diagnostic partagé entre les acteurs locaux (professionnels de santé, associations spécialisées, etc.) permettant d'identifier les leviers à mobiliser et les actions à conduire. La mise en place d'une démarche de suivi et d'évaluation des plans d'actions est à envisager dès la conception de ceux-ci. À cette fin, il conviendra de renforcer le recueil et l'analyse des données notamment d'activité, d'accessibilité afin de mieux mesurer l'impact des actions mises en œuvre.

Vous trouverez en annexes de cette circulaire d'une part la description détaillée des mesures portées au niveau national et attendues dans les régions ainsi qu'une proposition de plan régional type, dont vous pourrez utilement vous inspirer.

Je vous demanderais de bien vouloir procéder à un diagnostic territorial en concertation avec les acteurs d'ici le mois d'octobre 2016. Cela vous permettra d'élaborer le plan régional IVG et de nous l'adresser pour le 30 novembre 2016 au plus tard (contact: DGOS-R3@sante.gouv.fr).

Il vous appartient d'y intégrer les organisations en période estivale. S'agissant des périodes de congés, toutes les dispositions utiles sont à prendre pour garantir la continuité des prises en charge, au niveau des permanences téléphoniques et des structures de prise en charge. Je vous invite à transmettre à mes services l'état des difficultés rencontrées le cas échéant.

Mes services sont à votre disposition pour toute information complémentaire.

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

ANNEXE 1

LES ACTIONS NATIONALES ET RÉGIONALES POUR 2016

I. – LES MESURES NOUVELLES MISES EN ŒUVRE AU NIVEAU NATIONAL EN 2016

1.1. *La suppression du délai de réflexion*

La Loi pour la modernisation de notre système de santé a supprimé le délai de réflexion entre la consultation d'information et celle du recueil de consentement dès sa promulgation le 26 janvier 2016. De ce fait, les deux consultations préalables à l'IVG existent toujours¹, mais c'est la femme qui choisit le temps de réflexion qu'elle souhaite se donner.

Toutefois, un délai de réflexion de 2 jours est maintenu pour les femmes demandant à bénéficier d'une consultation psychosociale². Cette consultation est obligatoire pour les jeunes femmes mineures; elle est facultative pour les femmes majeures.

1.2. *L'amélioration de la prise en charge financière de l'IVG*

Il s'agit d'harmoniser le forfait de prise en charge de l'IVG en ville et celui de l'IVG en établissement de santé afin que les femmes bénéficient, sur l'ensemble du territoire, de la même prise en charge. Des actes demandés aux femmes, actuellement non pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, sont désormais intégralement remboursés, qu'ils soient effectués en milieu hospitalier ou en ville: les examens de biologie médicale, l'échographie de datation pré-IVG, la consultation de recueil du consentement, les examens de biologie de suivi et l'échographie de contrôle.

Cette amélioration de la prise en charge financière permet d'assurer la gratuité complète de l'IVG et des actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.

Cette mesure a fait l'objet d'un arrêté entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.

1.3. *La possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses*

Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG médicamenteuses. Cette mesure permet d'augmenter l'offre sur tout le territoire et ainsi de proposer un réel choix de la méthode aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse.

Cette nouvelle compétence des sages-femmes est possible hors établissement de santé (CPEF, Centres de santé, libéral) depuis la publication du décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination et, dans les établissements de santé dès la publication de l'arrêté modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et dont la publication est imminente.

Le décret susvisé, comme pour les médecins, précise les conditions à remplir pour attester d'une pratique suffisante et régulière de l'IVG médicamenteuse nécessaire pour cette activité hors établissement de santé.

À ce propos, pour les médecins n'ayant pas de qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ou pour les sages-femmes, la pratique suffisante et régulière est attestée par le directeur de l'établissement sur présentation d'un justificatif établi par le responsable médical concerné. Il vous est demandé de rappeler aux directeurs d'établissements l'importance de la mise en œuvre de cette disposition afin de faciliter l'accès à l'IVG. Il vous est également demandé d'informer les directeurs et responsables médicaux qu'ils peuvent prendre en compte les formations spécifiques suivies par ces professionnels dans le cadre de diplôme universitaire ou du développement professionnel continu (DPC) à la condition que ces formations aient comporté une formation théorique et pratique de l'IVG médicamenteuse.

Une convention entre le professionnel de santé et un Établissement de santé devra être signée et sera notamment adressée à l'ARS ce qui vous permettra de connaître et d'actualiser l'offre d'IVG médicamenteuse en ville.

¹ Article L2212-3 et L2212-5 du Code de la santé publique.

² Article L2212-5 du Code de la santé publique.

1.4. *Les mesures relatives aux personnels médicaux des établissements de santé*

Afin de faciliter le recrutement par les établissements publics de santé de praticiens contractuels réalisant des IVG, une modification sera apportée au code de la santé publique autorisant, particulièrement pour cette activité, la conclusion de contrats comportant une quotité de travail inférieure à 4 demi-journées par semaine.

Cette mesure répondra aux attentes des praticiens libéraux dont la participation constitue une ressource essentielle au bon fonctionnement des structures hospitalières réalisant des IVG.

Le décret en Conseil d'État devrait être publié au deuxième semestre 2016.

1.5. *La possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales*

Enjeux

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu que les médecins exerçant en centres de santé puissent réaliser des IVG instrumentales dans des conditions techniques et de sécurité définies dans le « Cahier des charges des conditions nécessaires à la réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé », validé par le collège de la HAS le 16 mars 2016.

L'objectif est de permettre aux femmes qui le souhaitent, de disposer d'un accès à l'IVG instrumentale au sein de structures différentes, non hospitalières, dans un souci de plus grande proximité pour les femmes qui le souhaitent.

La mise en œuvre de l'IVG instrumentale doit permettre d'accroître et de diversifier l'offre pour répondre aux besoins des femmes. Ainsi que le précise la HAS, le développement de l'IVG instrumentale en centres de santé ne vient pas se substituer aux réponses que doivent par ailleurs assurer les établissements de santé. Cette attention est essentielle afin d'offrir aux femmes un véritable choix concernant d'une part les techniques (IVG médicamenteuse, IVG instrumentale par anesthésie locale, locorégionale ou générale), d'autre part les lieux de réalisation (en, ou hors établissement de santé).

Règles prévues dans le cahier des charges de la HAS

Les exigences à respecter et les recommandations de bonne pratique, ainsi que l'indique la HAS dans le cahier des charges, sont les mêmes, quel que soit le lieu de réalisation de l'acte (en, ou hors établissement de santé) en termes de soins précédant l'IVG instrumentale (notamment les consultations préalables), d'antibioprophylaxie, de prémédication, de préparation du col utérin, de dilatation et d'aspiration, de surveillance après l'IVG et d'accompagnement, notamment psychologique et social, conformément à la réglementation.

Il est à noter que si les techniques chirurgicales sont les mêmes qu'en établissement de santé (technique d'aspiration), seules les anesthésies locale et locorégionale sont réalisables en centre de santé, ce qui exclut les pratiques de l'anesthésie générale et la sédation intraveineuse.

Il est souligné que les centres de santé doivent notamment :

- prévoir l'entretien préalable avant l'IVG, qui doit toujours être conduit en garantissant la confidentialité des échanges ;
- délivrer une information complète et adaptée sur les différentes modalités médicales, chirurgicales et anesthésiques (locale, locorégionale et générale) de l'IVG à la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse, pour éclairer sa décision sur le choix de la méthode et du lieu de réalisation.

Sont également précisés dans le cahier des charges :

- les conditions précises de réalisation des IVG en centres de santé (notamment l'éligibilité des femmes) ;
- la technique anesthésique utilisée (anesthésie locale ou locorégionale sans sédation intraveineuse) ;
- les modalités de suivi post-IVG immédiate et de gestion des complications ;
- l'environnement (locaux, matériels, équipements) et les conditions techniques (hygiène, asepsie notamment) ;
- les personnels requis et leur formation.

1.6. *L'amélioration du recueil des données en matière d'IVG pour garantir une meilleure connaissance de l'accès à l'IVG sur le territoire*

Les acteurs doivent être coordonnés pour une meilleure analyse des connaissances. Ces connaissances doivent être partagées entre tous afin de contribuer à établir un état des lieux commun de la pratique de l'IVG en France et du parcours des femmes.

C'est la raison pour laquelle une commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a été créée. Elle réunit les principaux producteurs de données, les professionnels de terrain et les associations spécialisées. Elle a commencé ses travaux au premier trimestre 2015 et produira un rapport mi 2016.

Dans cet esprit d'amélioration du recueil des données et dans le but de rendre plus performant et efficient le suivi de l'activité IVG et évaluer le présent programme d'action, le recueil PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) sera amélioré et des enquêtes *ad hoc* pourront être conduites.

II. – LES PRIORITÉS D'ACTION AU NIVEAU RÉGIONAL EN 2016

L'article 158 de la loi du 26 janvier 2016 (article L.1434-7 du CSP) prévoit l'élaboration d'un plan régional pour l'accès à l'IVG prévu par les agences régionales de santé sur la base des orientations nationales présentées dans cette instruction et après concertation avec les acteurs locaux (professionnels de santé, associations spécialisées, etc.).

Ces plans régionaux pourront s'inspirer utilement de la trame présentée en annexe 2 de la circulaire et s'attacheront à améliorer, d'une part, l'information des femmes sur leurs droits, et, d'autre part, les prises en charge proposées: les femmes doivent pouvoir accéder aux méthodes et aux lieux de leur choix; les parcours doivent être fluides prenant en compte les situations particulières.

Il existe également un enjeu majeur autour du recueil des données, pour garantir une meilleure connaissance de l'accès à l'IVG sur les territoires et prévoir ainsi toutes les mesures d'accompagnement nécessaires.

2.1. *Mieux informer les femmes sur leurs droits*

Le soutien aux plateformes téléphoniques régionales

Le numéro national « Sexualités, contraception, IVG » mis en place en septembre 2015 (0800 08 11 11), porté par le Mouvement français du planning familial (MFPF), permet de mieux informer les femmes sur l'IVG et plus largement sur la contraception et la sexualité, *via* une information neutre et objective, ainsi que, de leur apporter des conseils et de les orienter en tant que de besoin. Il permet de garantir l'homogénéité des messages délivrés et l'égalité de toutes dans l'accès à l'information, en gommant les disparités régionales et, en permettant une plus grande couverture horaires (ouverture 6 jours sur 7, du lundi au samedi de 9h à 20h00 et à 22h00 le lundi).

Ce dispositif national fonctionne en s'appuyant sur les plateformes régionales afin d'apporter des informations de qualité au plus près des besoins des appelant(e)s. Une convention nationale avec le MFPF permet de financer le serveur interactif national et le répondeur relais, la production d'outils d'aide à la réponse, d'annuaires informatisés des ressources, d'outils de recueil de données harmonisées, ainsi que la formation des écoutantes. Cette convention n'ayant pas vocation à financer les plateformes régionales, la circulaire DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 demandait aux ARS de maintenir leur soutien à celles-ci et de soutenir la bonne articulation entre le MFPF et les acteurs locaux.

Le développement des outils d'information

L'information des femmes qui souhaitent interrompre une grossesse, permet de faciliter l'entrée dans le parcours, de garantir le libre choix de la méthode, mais aussi – et surtout – de lutter contre la culpabilisation.

Vous pourriez poursuivre la démarche qui a été engagée au niveau national par la campagne de septembre 2015:

- en consacrant une page dédiée à l'IVG sur votre site internet et contribuer à la promotion de plusieurs supports comme les outils et les sites internet des réseaux de périnatalité;
- en poursuivant les actions d'information et de formation. Un kit de communication est à votre disposition sur le site ivg.gouv.fr rubrique « partenaires et associations » afin de vous permettre de relayer la campagne nationale;
- en accompagnant les initiatives locales d'accueil et d'écoute des associations en lien avec les Délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) ainsi que les initiatives dans les quartiers de la politique de la ville ou zones rurales pour encourager les femmes à s'exprimer;
- en mettant à disposition des outils référençant les lieux de réalisation des IVG et des méthodes disponibles. Les conventions des professionnels réalisant les IVG hors établissement devant

vous être transmises, il est possible d'actualiser les informations diffusées auprès du public et de la plateforme régionale. Toutefois, l'accord du professionnel, pour rendre publique cette information, doit être obtenu et de préférence par écrit.

2.2. Simplifier et améliorer le parcours des femmes

L'accès et la continuité de l'offre y compris en période estivale

Dans le respect du droit de la femme et afin de lui garantir la possibilité de choisir une méthode d'avortement qui lui convienne, l'accès à l'IVG implique que toutes les femmes soient prises en charge, dans le respect de la loi, toute l'année, sur l'ensemble du territoire. Les enquêtes réalisées auprès des ARS en 2012 et 2013, ainsi que les enseignements des programmes d'inspection des établissements de santé, ont montré plusieurs difficultés liées à l'organisation de l'activité. Parallèlement, le nombre d'établissements de santé réalisant des IVG s'est réduit ces dernières années et n'a pas été totalement compensé par l'augmentation de l'offre de ville.

Vous avez d'ores et déjà reçu l'instruction de maintenir l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie obstétrique et d'y veiller plus spécifiquement en période estivale. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements fournissent cette offre de soin complète. Ces mesures permettront d'augmenter l'offre sur tout le territoire et ainsi de proposer un réel choix de la méthode aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse.

Parallèlement aux actions de formation, les réseaux, notamment de santé en périnatalité, ont également vocation à porter des démarches d'amélioration continue de la qualité. Dans ce cadre, des enquêtes et audits peuvent être conduits, portant notamment sur des points faibles identifiés par vos soins dans l'organisation territoriale, ou sur des points critiques relevés dans les parcours des femmes.

L'accompagnement des situations particulières

Les populations vulnérables

Vous devrez vous assurer que les personnes vulnérables notamment les mineures et les personnes en situation de précarité bénéficient du même accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire. Dans ce cadre, l'intervention coordonnée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux peut être essentielle.

Une attention particulière devra être apportée à l'accès à l'IVG pour les personnes n'ayant pas de droits ouverts, notamment les personnes étrangères.

- Il est rappelé que l'IVG ne peut pas être refusée, même si la femme n'a pas de garantie de paiement;
- Il ne peut pas être demandé de paiement intégral de l'acte en cas d'absence de couverture sociale effective;
- L'absence de couverture sociale ne peut pas représenter un motif de refus à la prise en charge de la femme en demande d'IVG.

Pour ces situations, vous pourrez mobiliser les PASS hospitalières et rappeler l'existence du dispositif « soins urgents »³ qui devront être utilisés lorsque la situation l'impose.

Une attention doit être également portée aux demandes d'IVG lorsque le terme est avancé pour permettre une orientation rapide vers le bon professionnel de santé.

Les IVG tardives

Les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse, du fait de la proximité avec le terme du délai légal, doivent être réalisées en urgence. Les femmes concernées connaissent davantage de difficultés pour obtenir un rendez-vous notamment parce que les professionnels opposent plus fréquemment la clause de conscience pour ce type d'IVG ; elles doivent être orientées ou réorientées vers un établissement pouvant les prendre en charge au plus vite.

C'est la raison pour laquelle, une instruction aux réseaux de santé en périnatalité du 3 juillet 2015 a rappelé que, sur la base d'un diagnostic régional, les réseaux de santé en périnatalité sont chargés de définir un protocole appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » pour améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. Nous vous informons que vous serez sollicités pour une évaluation de cette mesure qui sera réalisée dans le courant de l'année 2017.

³ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005; Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008.

2.3. Garantir aux femmes une offre d'IVG diversifiée

L'IVG en établissement de santé

Vous ne manquerez pas de maintenir votre attention sur la réalité de l'offre proposée et sur l'organisation de l'activité. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements autorisés à l'activité d'obstétrique assurent cette offre. Vous devrez vous assurer de la possibilité de recours à l'ensemble des méthodes.

Vous resterez vigilant à ce que la nouvelle possibilité pour les centres de santé de réaliser les IVG instrumentales n'amène pas des établissements de santé à se désengager dans la pratique de cette activité.

Au contraire, le cahier des charges de la HAS pour la réalisation des IVG instrumentales dans les centres de santé, présente une opportunité pour permettre aux établissements de santé d'envisager la réalisation de celles-ci sous anesthésie locale en dehors des blocs opératoires et par voie de conséquence faciliter l'accès à cette pratique. En effet, les conditions définies par la HAS sont également applicables en établissement de santé et seules les IVG instrumentales avec anesthésie générale seront impérativement réalisées en bloc opératoire avec la présence d'un médecin anesthésiste.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés au service de cette politique :

- la contractualisation avec les établissements de santé, mobilisant le cas échéant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre ARS et établissements,
- l'évaluation de l'effectivité de la réalisation de l'activité, à l'occasion de visites d'inspection ou de visites de conformité relatives aux autorisations d'obstétriques pour lesquelles vous avez à instruire le renouvellement le cas échéant,
- le rapprochement avec les réseaux, de façon à ce que des retours d'expérience puissent être partagés entre les professionnels de santé, dans une logique d'amélioration des pratiques et de diffusion des organisations pertinentes.

L'organisation de l'activité d'IVG peut, par ailleurs, être envisagée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, dans une logique de mutualisation des ressources humaines et des plateaux techniques. Dans cette perspective, il conviendra de veiller à ce que les lieux de réalisation ne soient pas limités en nombre et que l'accès à une offre de proximité soit garanti.

L'IVG en ville

Vous pourrez mener des actions de sensibilisation et de formation à l'attention des professionnels de ville autorisés à pratiquer l'IVG. Vous pourrez à cet effet avoir recours aux réseaux de périnatalité, aux associations professionnelles ou aux autres ressources locales (ex : réseau REVHO) et qui constituent un vecteur essentiel de l'information auprès des professionnels de santé, des professionnels de la périnatalité ainsi que des femmes.

Vous veillerez plus particulièrement à accompagner la mise en œuvre de la mesure relative aux centres de santé, sur la base des recommandations précitées de la Haute autorité de santé.

Afin de faciliter la mise en œuvre de cette mesure, nous vous encourageons à prendre contact, d'ores et déjà, avec les centres de santé de votre région afin de connaître leurs éventuels projets d'IVG instrumentale. Cette démarche vous permettra de disposer d'une première cartographie préfiguratrice de cette offre et de pouvoir notamment, en examiner la cohérence avec l'offre existante.

Il conviendrait, par ailleurs, de demander aux centres de santé souhaitant mettre en œuvre l'IVG instrumentale de vous faire parvenir dans les plus brefs délais (avant la mise en œuvre effective de l'activité) leur projet médical et leur projet de règlement intérieur modificatifs⁴ précisant l'organisation envisagée pour répondre aux attendus du cahier des charges de la HAS.

Il conviendra dans l'examen des projets transmis que vous soyez particulièrement vigilants au respect de l'ensemble des conditions décrites dans le cahier des charges, notamment sur :

- les modalités précises prévues pour l'anesthésie ;
- la prise en charge du suivi post-IVG et des complications immédiates (protocoles d'urgence, organisation du transfert, convention de repli avec un établissement partenaire, chariot d'urgence...);
- le personnel (en nombre et qualification) ;

⁴ L'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé prévoit que le projet de santé arrêté par le gestionnaire du centre de santé soit porté à la connaissance du directeur général de l'ARS et qu'en cas de projet de santé modificatif, le nouveau projet précise la nature de la modification ayant conduit à une nouvelle rédaction.

- la mise en place d'un système de gestion des risques et de pilotage de l'activité et d'un protocole de déclaration des événements indésirables liés aux soins avec procédure d'urgence en cas d'événements indésirables graves;
- l'élaboration de parcours de soins adaptés aux situations des femmes (mineures, femmes en situation de précarité) et respectueux de leur choix.

Concernant les thérapeutiques, il faut rappeler que la commande à usage professionnel de médicaments est possible dans le cadre et les conditions prévus à l'article R.5132-4 du CSP.

Compte tenu des exigences de qualité et de sécurité des soins que requiert la mise en œuvre d'IVG instrumentales, il conviendrait de demander aux centres de santé mettant en œuvre cette activité :

- de fournir annuellement des données d'activité et de suivi de la qualité des soins⁵,
- de signaler immédiatement tout événement indésirable grave lié aux soins.

En cas de difficultés de mise en œuvre, de données insuffisantes de suivi ou de la survenue d'une situation ou d'indicateurs témoignant d'une qualité/sécurité des soins insuffisante, il vous apparaîtra d'envisager une inspection et d'appliquer les dispositions en vigueur⁶.

⁵ Exemples d'indicateurs 1) Indicateurs d'activité et d'accessibilité (nombre d'IVG/an, nombre de femmes éligibles et ayant eu une IVG/ nombre de femmes éligibles et demandeuses, délai de RV), 2) satisfaction des patients (questionnaire); 3) indicateurs de qualité et de sécurité: nombre, des événements indésirables liés aux soins par typologie (accidents anesthésiques, accidents liés à la technique chirurgicale, complications post-IVG précoces ou après la sortie, infections nosocomiales, autre), nombre de repli, nombre de transport de transports médicalisé pour transfert, nombre de reprises chirurgicales réalisés suite au transfert; 4) déclaration obligatoire et immédiate en cas de décès d'une patiente ou de transfert en réanimation.

⁶ Art. D.6323-10 du CSP : lorsque le directeur générale de l'ARS constate que les conditions de fonctionnement du centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins, il le notifie par courrier au gestionnaire du centre de santé et lui demande de faire connaître sous 15 jours suivant la date de réception, ses observations ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées. En cas d'absence de réponse ou de réponse insuffisante dans ce délai, il enjoint le gestionnaire du centre de santé de prendre toutes dispositions nécessaires à la cessation des manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.

ANNEXE 2

LA TRAME DE PLAN RÉGIONAL D'ACCÈS À L'IVG

1. Faire un état des lieux régional

Évolution du nombre d'IVG dans la région depuis a *minima* les dernières.

Lieux de réalisations des IVG selon les méthodes (et, leurs accessibilités hebdomadaires).

Faire état des difficultés rencontrées.

2. Mieux informer les femmes

Il s'agit de s'appuyer sur l'ensemble des moyens de communication pour mieux informer les femmes des méthodes d'IVG et de leur permettre d'identifier les professionnels de santé ainsi que les lieux d'exercice.

Pour cela vous pourriez:

- ajouter le numéro vert national sur les plaquettes d'information existantes sur lesquelles on peut trouver le site du ministère et le numéro de la plateforme régionale,
- s'assurer que les permanences téléphoniques disposent des informations actualisées et fiables sur l'offre existante sur les territoires, dans les domaines touchant la sexualité, la contraception et l'IVG,
- consacrer sur votre site internet, une page dédiée à l'IVG et créer, sur la page d'accueil, un encart pour améliorer la lisibilité et l'accès à ces informations,
- lancer une campagne de communication sur l'accès à l'IVG en mettant en exergue les nouvelles mesures de la loi de modernisation de notre système de santé.

3. Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée

Il s'agit, sur la base de l'état des lieux précité, de prévoir et de mettre en œuvre des mesures permettant de garantir une offre coordonnée dans le cadre d'un parcours fluide et adapté aux besoins des femmes. Vous veillerez à promouvoir la diversification des méthodes, des professionnels et des lieux de réalisation des IVG.

À cet effet, il faudrait se rapprocher des acteurs: réseaux de périnatalité, centres de planification ou d'éducation familial (CPEF), conseils départementaux, centre périnataux de proximité et professionnels de santé (médecins et sages femmes), centres de santé et associations locales:

- en communiquant les bonnes informations (numéros, lieux, changements législatifs);
- en s'assurant de la bonne mise en place des procédures par l'ensemble des acteurs afin d'éviter des inégalités d'accès.

Un travail de vérification et de rappel pourra s'opérer au cours des inspections, visites et contrôles pour s'assurer de l'application effective des dispositions législatives et réglementaires.

4. Porter une attention accrue aux situations particulières

Femmes en situation de précarité.

Femmes étrangères.

Femmes en situation de vulnérabilité (dont mineurs).

Femmes au terme avancé.

Périodes estivales.

Le plan régional d'accès à l'IVG doit également prévoir l'évaluation des actions par le recueil d'indicateurs qui permettront de suivre le nombre d'IVG ainsi que les techniques (instrumentale vs médicamenteuses) et les lieux de réalisation (en établissements de santé ou en ville). Des indicateurs de qualité pourront également être mobilisés (délais d'obtention de RV, satisfaction des femmes,...).

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

SECRETARIAT D'ÉTAT
AUPRÈS DU MINISTRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,
CHARGÉ DE LA VILLE

Commissariat général à l'égalité des territoires

Direction générale de la santé

Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

NOR : AFSP1627979J

Validée par le CNP, le 9 septembre 2016. – Visa CNP 2016-133.

Résumé : le comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté du 6 mars 2015 a fixé l'objectif d'assurer un suivi social et de santé renforcé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Sa mise en œuvre passe par la consolidation et la généralisation des conseils locaux de santé mentale. La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), en positionnant les conseils locaux de santé mentale dans la politique de santé mentale, donne un cadre à ce déploiement qui pourra aussi bénéficier à d'autres territoires que ceux de la politique de la ville.

Les conseils locaux de santé mentale sont une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ils définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants. Par ailleurs, ils participent à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale prévus par la LMSS. Ils constituent, lorsqu'ils existent, le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville.

Mots clés : ARS – contrats de ville – conseils locaux de santé mentale – contrats locaux de santé – déterminants sociaux et territoriaux de santé – participation des aidants – des usagers et des habitants – CCOMS – diagnostic territorial partagé – projet territorial de santé mentale contrat territorial de santé mentale – communauté psychiatrique de territoire.

Références :

- Loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine n° 2014-173 du 21 février 2014 ;
- Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, notamment les articles 67 relatif au pacte territoire-santé, 69 relatif au projet territorial de santé mentale et 158 relatif au projet régional de santé ;
- Décision n° 59 « Assurer un suivi social et de santé renforcé dans les quartiers prioritaires » du comité interministériel Egalité et Citoyenneté du 6 mars 2015 ;
- Instruction n° 5729/SG du Premier ministre du 30 juillet 2014 relative aux contrats de ville ;
- Circulaire du 15 octobre 2014 relative aux modalités opérationnelles d'élaboration des contrats de ville ;
- Circulaire SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville ;
- Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires du 19 avril 2013 entre la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la ministre déléguée à la famille, la ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre les exclusions et le ministre délégué à la ville.

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports et la secrétaire d'État auprès du ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, chargée de la ville à Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département, Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Contexte :

Depuis le début des années 2000, les diagnostics de santé locaux se sont développés. Ils ont, dans la majorité des cas, identifié la santé mentale comme l'une des priorités locales relevant du cadre d'action de la politique de la ville.

Véritable plateforme de concertation en santé mentale incluant l'avis des habitants, et les acteurs de la psychiatrie auxquels une mission de secteur est confiée, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont amené les collectivités territoriales à prendre en compte les déterminants sociaux et territoriaux de la santé. Une vingtaine de CLSM ont été créés dans les années 2000. Ils sont aujourd'hui près de 150 et de nombreux autres sont en préparation, ce qui témoigne de leur dynamisme.

Objet de l'instruction :

La présente instruction a pour objet de favoriser la consolidation et la généralisation des CLSM conformément aux objectifs du comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté (CIEC) du 6 mars 2015 et de préciser le rôle des ARS en la matière.

En effet, la mesure 59 du plan d'actions décliné lors du CIEC vise à « assurer un suivi social et de santé renforcé dans les quartiers prioritaires » qui passe par la consolidation et la généralisation des conseils locaux de santé mentale au titre des contrats de ville. Dans le cas où un diagnostic territorial partagé, validé par l'ARS, conduit à la création d'un CLSM au titre du volet santé d'un contrat de ville, ce dernier peut faire l'objet d'un avenant dédié.

Par ailleurs, faisant écho à la volonté de faciliter le parcours de santé mentale, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) dans son article 69 vient donner une base juridique aux CLSM. Les CLSM participent ainsi à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale et à la définition du projet territorial de santé mentale. Ils sont consultés pour avis sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale préalablement à leur validation par le Directeur général de l'ARS. Ils peuvent par ailleurs être associés à l'élaboration de la convention constitutive des communautés psychiatriques de territoire prévues par ce même article 69.

Aussi, leur déploiement, s'il doit être réalisé en priorité dans le cadre des contrats de ville, peut également être envisagé sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer, et ce, dès lors qu'un diagnostic territorial partagé vient étayer ces besoins. Les diagnostics territoriaux partagés et projets territoriaux de santé mentale instaurés par la LMSS, permettront d'identifier les besoins et de cibler les territoires.

Les ARS s'attacheront, en cohérence avec leur projet régional de santé et les projets territoriaux de santé mentale en lien étroit avec les collectivités territoriales, à impulser et favoriser ce déploiement qui devra s'articuler avec celui des contrats locaux de santé.

Cette instruction présente les principales caractéristiques des conseils locaux de santé mentale et les modalités de leur création à la lumière de l'expertise développée par le Centre Collaborateur de l'OMS de Lille (CCOMS)¹. Ce dernier apporte, dans le cadre d'une convention avec la Direction générale de la santé et d'une convention avec le Commissariat général à l'égalité des territoires, un appui méthodologique et un accompagnement à leur élaboration, en tant que de besoin.

Les territoires à couvrir en priorité étant ceux de la politique de la ville, dans cette perspective, vous trouverez le lien conduisant à la liste des contrats de ville signés : <http://www.ville.gouv.fr/?les-contrats-signes#top>

I. – DÉFINITION

Le CLSM est une instance de concertation et de coordination entre :

- les élus locaux d'un territoire,
- tous les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale (dont ceux exerçant les missions de psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social et médico-social, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, ...)
- les habitants,

¹ « Recommandations pour l'élaboration d'un conseil local de santé mentale » téléchargeable depuis <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>. Voir également « Les conseils locaux de santé mentale : état des lieux en juin 2015 » CCOMS téléchargeable depuis <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>.

- les associations d'usagers,
- les usagers eux-mêmes lorsque cela est possible,
- les associations d'aidants,
- l'ARS,
- le préfet de département,

en vue :

- d'appliquer les politiques nationales de santé mentale,
- de définir, mettre en œuvre et suivre, en commun, des politiques locales et des actions pour améliorer la santé mentale,
- de rapprocher l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale afin notamment de clarifier et mieux coordonner les actions de chacun.

Il concourt ainsi à l'amélioration des prises en charge et du parcours de santé mentale des usagers sur un territoire.

II. – LES OBJECTIFS DU CLSM

A partir d'un diagnostic identifiant les besoins et ressources du territoire, le CLSM définit des objectifs qui ont comme lignes directrices la prévention en santé mentale et le développement de l'autonomie des personnes.

Afin de prendre en compte les priorités de santé publique figurant dans la stratégie nationale de santé, les CLSM veilleront, dans le cadre de leur déploiement, à travailler spécifiquement sur la santé mentale des adolescents et des jeunes afin de permettre une prise en charge la plus précoce possible. Une attention particulière sera également portée à la situation des publics identifiés comme prioritaires dans le diagnostic.

Les CLSM doivent également s'attacher à :

- engager des actions d'amélioration de l'accès et du maintien dans le logement (notamment par des conventions bailleurs sociaux/secteur de psychiatrie ou bailleurs sociaux/centres communaux ou intercommunaux d'action sociale), et l'emploi,
- engager des actions destinées à faciliter le recours aux structures et aux professionnels concernés,
- permettre la continuité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, et la coordination soins de ville/soins hospitaliers/accompagnement social et médico-social.

Cela suppose que les CLSM engagent un travail d'information et de sensibilisation sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation sur la maladie mentale. Celui-ci pourra, par exemple, se concrétiser par des initiatives variées comme la formation, la sensibilisation d'agents en contact avec le public, l'intervention de professionnels de la psychiatrie auprès d'adolescents, de publics spécifiques ou de structures de quartier, l'élaboration des supports de communication, ou encore la participation aux semaines d'information en santé mentale...

Des initiatives destinées à la résolution de situations individuelles complexes doivent pouvoir aussi se mettre en œuvre, à partir d'une analyse partagée entre professionnels et dans le respect du secret professionnel. Elles sont à distinguer des dispositifs de gestion des situations individuelles critiques instaurés dans le champ du handicap.

La mise en place d'outils tels que conventions, coordinations *ad hoc*, qu'il convient de systématiser, favorise le décloisonnement des pratiques professionnelles.

III. – ANCRAGE TERRITORIAL DES CLSM

Le CLSM est mis en œuvre dans un territoire de proximité, correspondant aux besoins identifiés dans le diagnostic territorial partagé en santé mentale et reconnu comme pertinent par les acteurs locaux des différents champs concernés (sanitaire, social, médico-social), ceux de la psychiatrie et de la santé mentale.

Par conséquent, ce sont eux qui définissent le territoire adéquat qui peut être un quartier, une commune, ou une intercommunalité. Le CLSM constitue le dispositif privilégié de mise en œuvre du volet santé mentale du volet santé des contrats de ville ou des contrats, locaux ou territoriaux, de santé.

IV. – LES INSTANCES DES CONSEILS LOCAUX EN SANTÉ MENTALE

Deux instances sont indispensables au fonctionnement des CLSM : l'assemblée plénière et le comité de pilotage.

Elles sont toutes deux présidées par un élu. Elles associent les habitants, les associations d'usagers et celles d'aidants ainsi que les professionnels de la psychiatrie et les autres acteurs du champ de la santé mentale, afin de mettre en œuvre des actions de prévention portées par l'ensemble des acteurs.

L'ARS devra y prendre une place active, le CLSM devenant avec la LMSS un outil de l'animation territoriale.

a) L'assemblée plénière : elle réunit tous les partenaires du territoire (élus, ARS, équipe(s) de psychiatrie pluridisciplinaire, représentants des habitants, des aidants et des usagers, professionnels concernés par la santé mentale et la médecine de ville), à qui elle offre un lieu d'information, d'échange et de concertation.

Présidée par le maire, le président du groupement de communes ou le président de l'intercommunalité (ou l'élu les représentant), elle se réunit au minimum une fois par an.

b) Le comité de pilotage : cette instance stratégique et décisionnaire définit les missions et orientations du CLSM ainsi que ses règles éthiques et de confidentialité : il définit ainsi les modes opératoires en vue de la réalisation d'actions spécifiques.

Le comité de pilotage est présidé par le maire ou son représentant (ou le président du groupement de commune ou le président de l'intercommunalité). Il est co-animé par le(s) acteur(s) de la psychiatrie auxquels la mission de secteur est confiée sur la zone considérée. Les représentants des habitants, des usagers et des aidants y participent également, ainsi que le coordonnateur de l'atelier santé-ville, ou l'animateur du contrat local de santé, ou le(s) coordonnateur(s) de(s) maison(s) de santé pluriprofessionnelle(s) le cas échéant.

En fonction des projets, d'autres structures ou partenaires institutionnels peuvent être associés au comité de pilotage (Education nationale, conseils départementaux, Protection judiciaire de la jeunesse, ...).

Une co-animation du comité de pilotage par la collectivité territoriale et l'ARS peut être envisagée.

Un règlement intérieur organisera utilement le fonctionnement de ces instances. Il précisera les règles éthiques et de confidentialité que le comité de pilotage aura préalablement définies.

La désignation d'un coordonnateur pourra être envisagée afin d'impulser une dynamique de travail et faciliter la concertation entre acteurs. A titre d'exemple, vous pourrez vous appuyer sur le référentiel de compétences du métier de coordonnateur de CLSM élaboré par l'ARS d'Île de France.

Je vous invite à participer de manière volontariste à la généralisation des conseils locaux de santé mentale dans le cadre des contrats de ville, et à leur développement dans d'autres territoires, dès lors que les conditions sont réunies. Vous établirez un recensement annuel des conseils locaux de santé mentale créés au titre du volet santé des contrats de ville, en lien avec les préfets.

Il revient aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé d'assurer un suivi attentif des orientations ainsi fixées et de faire part des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de cette instruction, respectivement au commissariat général à l'égalité des territoires et à la direction générale de la santé.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Le directeur général de la santé,
PR B. VALLET

Pour le ministre de la ville, de la jeunesse
et des sports et par délégation :
Le commissaire général délégué à l'égalité des territoires,
directeur de la ville et de la cohésion urbaine,
S. JALLET

Vu par le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques

Note d'information n° DGS/SP/2016/282 du 19 septembre 2016 relative au conventionnement et à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique

NOR : AFSP1626477N

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 9 septembre 2016. – n° 65.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente note d'information a pour objet de permettre que toute structure ayant une activité de vaccination publique et gratuite puisse bénéficier de la prise en charge et/ou de l'achat des vaccins par l'assurance maladie au titre de l'article L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique.

Mots clés : assurance maladie – centre public de vaccination – centre de lutte contre la tuberculose (CLAT) – centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CeGIDD) – collectivités territoriales – conventionnement – habilitation – marché public de vaccins – service communal d'hygiène et de santé – service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) – vaccins – prise en charge des vaccins.

Références :

Articles L. 3111-1, L. 3111-11 et L. 3112-3, modifiés par l'article 49 de la loi n° 2014-1554 du 24 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, D. 3111-22 et suivants du code de la santé publique ;

Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A n° 2005-220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles ;

Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A/DGCL n° 2005-342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements ;

Lettre-réseau de la Caisse nationale d'assurance maladie LR-DDGOS-88/2015 « Convention centres de vaccination et CLAT pour la prise en charge des vaccins ».

La ministre des affaires sociales et de la santé
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

La présente note d'information a pour objet de permettre que toute structure ayant une activité de vaccination publique et gratuite puisse bénéficier de la prise en charge et/ou de l'achat des vaccins par l'assurance maladie au titre des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique.

I. – LE CONTEXTE JURIDIQUE

L'article L.3111-1 du code de la santé publique prévoit la participation de certaines structures à la mise en œuvre de la politique vaccinale, notamment par une offre de vaccination (SUMPPS, centres de santé...). Les agences régionales de santé ont pour mission d'organiser ces activités de prévention au sein de leur territoire contribuant ainsi à améliorer l'accès à la vaccination et la couverture vaccinale.

En 2004, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, article 71-4°, a recentralisé l'activité de vaccination publique, universelle et gratuite des conseils généraux (devenus conseils départementaux : CD). Certains départements (un peu moins de la moitié) ont conservé à ce jour cette compétence dans le cadre d'une convention avec l'État (ARS) (article L.3111-11 du code de la santé publique).

Plus de la moitié des CD a abandonné la compétence de vaccination. Dans ce cas, l'ARS peut habiliter des établissements de santé assurant une ou plusieurs missions de service public ou des centres de santé mentionnés à l'article L.6323-1, lorsqu'ils sont gérés par des organismes à but non lucratif. À l'exception de centres de santé qui relèveraient de collectivités locales, dans la plupart des cas, les ARS ont été amenées à habiliter comme centre de vaccination pour le département un Établissement de santé, ne répondant pas toujours au souhait de proximité, de présence sur le territoire, d'actions hors les murs et de facilité d'accès voulu pour les centres publics de vaccination.

C'est ainsi que l'article L.3111-11 du code de la santé publique a été modifié par la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014. Il dispose que, pour ces vaccinations gratuites :

- les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, l'Assurance maladie intervient pour la prise en charge des vaccins (uniquement pour la part assurance maladie obligatoire-AMO) administrés dans les centres habilités et conventionnés à des assurés sociaux, ayants droits et bénéficiaires de l'aide médicale d'État ;
- les centres de vaccination auront également la possibilité, le cas échéant, de bénéficier de l'achat de vaccins dans le cadre d'un marché public passé par la CNAMTS. Pour ce faire, ils doivent passer avec l'assurance maladie la convention de financement type.

Pour les structures habilitées, cette prise en charge ne doit pas entraîner une diminution du financement accordé par l'ARS. Elle doit en revanche permettre à l'ARS d'être plus exigeante quant aux objectifs fixés à ces structures, notamment en termes d'interventions hors les murs, d'élargissement des amplitudes horaires, d'amélioration de l'offre de vaccination, de partenariats et de soutien à d'autres structures pouvant vacciner.

Pour les départements sous convention avec l'ARS, la DGD (dotation globale de décentralisation) est fixée par la loi et ne peut être minorée même dans le cas d'un refus de conventionnement financier avec la CNAMTS. En revanche, la convention avec l'ARS peut comporter des obligations visant à assurer le service public de vaccination et il convient de contrôler la bonne mise en œuvre de ces obligations. L'Assurance maladie rembourse le centre de vaccination habilité ou la collectivité territoriale sur production des pièces justificatives prévues à la convention de financement entre la CPAM et le centre de vaccination ou la collectivité territoriale, quel que soit le lieu de la vaccination ou la structure partenaire qui a administré le vaccin. La liste des structures partenaires, validée par l'ARS, est jointe à la convention de financement avec l'assurance maladie.

La CNAMTS pourra négocier, pour le compte des collectivités ou organismes exerçant des activités de vaccination gratuite dans le cadre des conventions et habilitations des articles L.3111-11 et L3112-3, les conditions d'acquisition (exemple : marché d'achat) des vaccins destinées à obtenir les meilleures conditions tarifaires au niveau national par mutualisation des achats lorsque cela apparaît pertinent et répond à une demande des structures.

Par ailleurs, l'article L.3111-1 dispose que « dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux ou des communes et les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L.321-3 du code de la sécurité sociale participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale ».

Cette liste est indicative et non limitative, la participation à la politique vaccinale s'entendant notamment par la mise en œuvre du calendrier des vaccinations, c'est-à-dire par la vaccination de la population par l'ensemble de ces professionnels et structures. Elle n'implique pas la prise en charge par l'assurance maladie (ex.: vaccinations dans le cadre de la médecine du travail).

II. – LES LIMITES DES PRATIQUES MISES EN ŒUVRE DEPUIS LA LOI DE 2004

L'interprétation de la loi a conduit à distinguer deux types de situations :

- un système conventionnel applicable aux CD conservant leurs compétences, et la Dotation globale de décentralisation associée ;
- un système d'habilitation par lequel l'ARS finance un ou plusieurs établissements de santé ou centres de santé ne relevant pas d'une collectivité territoriale à partir de la part de la DGD récupérée lors de l'abandon de sa compétence par le CD.

Les deux systèmes ont fonctionné, l'un l'autre, de façon exclusive. Des nuances ont néanmoins été apportées :

- les CD restent libres, selon ce que la convention passée avec l'ARS autorise, d'associer à leur projet d'autres partenaires, notamment d'autres collectivités. Dans ce cadre, il est possible que, sous couvert de partenariat, des collectivités ou leurs services bénéficient, *via* le conseil départemental, des avantages (versement d'une part de Dotation globale de décentralisation du CD, remboursement des vaccins pour les vaccinations gratuites par l'Assurance maladie depuis le 1^{er} janvier 2016, accès au marché public d'achat des vaccins que lancera l'assurance maladie dans le cadre des dispositions de la LFSS pour 2015...) liés à cette convention avec l'État.
- des ARS peuvent habiliter un centre de vaccination, en prévoyant que, sur les ressources qui lui sont attribuées, il nouera des partenariats avec les structures qui peuvent participer utilement à la mise en œuvre de la politique vaccinale alors même qu'elles ne pourraient relever de l'article L. 3111-11. Dès lors que la vaccination est gratuite, les deux structures bénéficient des mêmes prérogatives au niveau de l'Assurance maladie en termes de remboursement.

Néanmoins, ces situations juridiques de partenariats et flux de financement en cascade (ex. : l'ARS finance une structure habilitée, laquelle finance à son tour l'action d'un partenaire...) n'apparaissent pas toujours opportuns.

III. – LA POSSIBILITÉ DE CONVENTIONNER, D'HABILITER LARGEMENT LES STRUCTURES PARTICIPANT À LA POLITIQUE VACCINALE PAR UNE OFFRE DE VACCINATION GRATUITE ET DE FAVORISER DES PARTENARIATS

L'interprétation restrictive des textes jusqu'ici suivie s'explique notamment par le raisonnement consistant à ne pas envisager l'intérêt pour un CD, ayant abandonné la compétence et la DGD liée, d'y recandidater à nouveau sous la forme de la convention. Ni à plus forte raison sous forme d'habilitation, les textes excluant expressément cette possibilité. Par ailleurs, la lecture du dispositif liait habilitation ou conventionnement et financement de l'activité (DGD).

Or il apparaît que :

- des services de collectivités, notamment les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) visés à l'article L 1422-1 du CSP (lorsqu'ils avaient conservé la compétence de vaccination au 1^{er} janvier 1984 et conservé à ce titre une DGD) ont conservé la compétence, mais aussi d'autres services (centres municipaux de santé...);
- des services des universités (SUMPPS) dont tous ne sont pas centres de santé ;
- des services des départements (PMI) exerçant des activités hors les murs ;
- des centres d'examen de santé de l'assurance maladie ;
- des services s'adressant à des populations autour de thématiques spécifiques (CeGIDD, centres de lutte antituberculeuse (article L. 3112-3), centres de planification et d'éducation familiale, permanences d'accès aux soins de santé...),

... Participent ou pourraient participer au service public de vaccination gratuite de la population.

Il appartient à l'ARS d'organiser directement l'offre publique et gratuite de vaccination dans chaque département, que la compétence soit ou non recentralisée.

Le code de la santé publique autorise ainsi les ARS dans tous les départements, que le CD y ait conservé sa compétence ou non :

- à habiliter des structures (centres de santé, établissements de santé...) dans le cadre de l'article D 3111-22, avec ou sans participation financière ;
- à conventionner avec des collectivités territoriales (en plus, le cas échéant du département conventionné ayant conservé la compétence et percevant sa DGD), avec ou sans participation financière ;

- à favoriser les partenariats entre les centres habilités ou la collectivité territoriale et les structures exerçant une activité de vaccination gratuite qui le souhaitent (par exemple les centres de santé de l'assurance maladie), afin d'améliorer l'offre de vaccination gratuite dans chaque département;
- à associer d'une façon générale, par conventionnement ou habilitation selon la nature juridique de la structure concernée, toutes les structures qui peuvent participer à une action de vaccination gratuite, en leur permettant d'accéder aux dispositions de l'article L. 3111-11 relatives à la prise en charge du coût des vaccins par l'Assurance maladie et l'accès au marché public d'achat de vaccins que construit la CNAMTS. Ceci ne concerne que les vaccins figurant dans le calendrier des vaccinations en vigueur et pris en charge par le régime obligatoire de l'assurance maladie. Les vaccins des voyageurs n'entrent pas dans ce champ.

Cette habilitation ou ce conventionnement peuvent être réalisés avec ou sans participation financière (le montant de la subvention accordée par l'État au titre de l'article L. 3111-1 pouvant être nul), à l'exception de la DGD due intégralement aux CD ayant conservé la compétence.

La présente lecture du code de la santé publique doit notamment permettre à des structures exerçant une activité de vaccination gratuite (services communaux d'hygiène et de santé, SUMPPS, centres d'exams de santé...) de bénéficier des dispositions de l'article L.3111-11.

Elle peut le cas échéant également s'appliquer aux services de PMI, exclusivement pour des actes de vaccination gratuits et à condition que l'ARS ait accepté un conventionnement qui ne serait pas prévu par ailleurs (cf. articles L. 2112-7 et R. 2112-3 du code de la santé publique prévoyant les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement des services départementaux de PMI). C'est le cas des actions en milieu scolaire des PMI. Il en est de même pour les SUMPPS qui ne seraient pas centres de santé mais qui pourraient bénéficier de ces dispositions dans le cadre d'un partenariat avec une structure habilitée ou conventionnée.

Sans qu'ils aient besoin d'une habilitation spécifique comme centre de vaccination, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des infections sexuellement transmissibles (article L. 3121-2 du CSP), peuvent bénéficier des conditions d'achat des vaccins (marché public) négociées par l'assurance maladie comme le prévoit le dernier alinéa du L. 3111-11. Les CeGIDD doivent être incités par l'ARS à passer une convention spécifique avec l'assurance maladie pour bénéficier du seul marché d'achat. Il convient de préciser que les CeGIDD ne peuvent prétendre au remboursement des vaccins prévu au L. 3111-11 puisque ces dépenses sont déjà intégralement prises en charge sous forme de dotation forfaitaire annuelle par l'assurance maladie dans le fonds d'intervention régional (FIR) des ARS au titre du IV de l'article L 3121-2.

Il en est de même pour les services de PMI, dont les vaccins sont pris en charge par l'assurance maladie au titre de l'article L. 2112-7, qui doit passer convention spécifique avec l'assurance maladie pour bénéficier du seul marché d'achat sans pour autant devoir être habilités par l'ARS comme centre de vaccination ou par le conventionnement de la collectivité territoriale.

Afin de permettre l'étude et la mise en œuvre de solutions techniques de dématérialisation adaptées pour les remboursements, ainsi que la faisabilité et la pertinence de la construction d'un marché d'achat de vaccins, les structures sont invitées à remonter à l'assurance maladie des tableaux récapitulatifs, joints à la convention financière.

Vous voudrez bien profiter de la présente instruction pour favoriser l'accès de tous à la vaccination et assurer l'égalité des structures proposant gratuitement la vaccination dans chaque département en termes de remboursement des vaccins par l'assurance maladie et d'accès au marché d'achat promu par celle-ci.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute précision.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Pr B. VALLET

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Santé environnementale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention des risques liés
à l'environnement et à l'alimentation

Instruction n° DGS/EA1/EA2/EA3/EA4/2016/283 du 21 septembre 2016 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile et de réduction des expositions au plomb

NOR : AFSP1626569J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP, le 9 septembre 2016. – Visa CNP 2016-134.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente instruction rappelle le dispositif législatif et réglementaire visant à lutter contre le saturnisme. Elle précise également les modalités de mise en œuvre des recommandations de juillet 2014 du Haut Conseil de la santé publique en matière de réduction des expositions au plomb, en particulier s'agissant de la baisse du seuil de plombémie définissant la déclaration obligatoire de saturnisme chez l'enfant.

Mots-clés : cas de saturnisme – plomb – exposition – risque.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 1334-1 à L. 1334-12 et R. 1334-1 à R. 1334-13 ;

Directive 98/83/CE du Conseil du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ;

Directive 2015/1787 de la Commission du 6 octobre 2015 modifiant les annexes II et III de la directive 98/83/CE du Conseil relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ;

Décret du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains ;

Arrêté du 31 décembre 2003 relatif aux conditions d'échantillonnage à mettre en œuvre pour mesurer le plomb, le cuivre et le nickel dans les eaux destinées à la consommation humaine pris en application de l'article R. 1321-20 du code de la santé publique ;

Arrêté du 23 mai 2006 modifiant l'arrêté du 7 novembre 1985 relatif à la limitation des quantités de plomb et de cadmium extractibles des objets en céramique mis ou destinés à être mis au contact des denrées, produits et boissons alimentaires ;

Arrêté du 11 janvier 2007 relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des eaux destinées à la consommation humaine ;

Arrêté du 12 mai 2009 relatif au contrôle des travaux en présence de plomb, réalisés en application de l'article L. 1334-2 du code de la santé publique ;

Arrêté du 19 août 2011 relatif au constat de risque d'exposition au plomb ;

Arrêté du 19 août 2011 relatif au diagnostic du risque d'intoxication par le plomb des peintures ;

Arrêté du 8 juin 2015 modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D.3113-7 du code de la santé publique;

Circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004 relative au contrôle des paramètres plomb, cuivre et nickel dans les eaux destinées à la consommation humaine;

Circulaire DGS/SD7A n° 2004-557 du 25 novembre 2004 relative aux mesures correctives à mettre en œuvre pour réduire la dissolution du plomb dans l'eau destinée à la consommation humaine;

Circulaire n° DGS/SD7A/2004/602 du 15 décembre 2004 relative à la gestion du risque sanitaire en cas de dépassement des limites de qualité des eaux destinées à la consommation humaine pour les paramètres antimoine, arsenic, fluor, plomb et sélénium en application des articles R. 1321-26 à R. 1321-36 du code de la santé publique;

Circulaire interministérielle DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile.

Circulaires modifiées :

Circulaire n° DGS/SD7A/2004/602 du 15 décembre 2004 relative à la gestion du risque sanitaire en cas de dépassement des limites de qualité des eaux destinées à la consommation humaine pour les paramètres antimoine, arsenic, fluor, plomb et sélénium en application des articles R. 1321-26 à R. 1321-36 du code de la santé publique;

Circulaire interministérielle DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile.

Annexes :

Annexe 1. – Rappel du dispositif législatif et réglementaire visant à lutter contre le saturnisme.

Annexe 2. – Mise en œuvre du nouveau seuil déclenchant la déclaration obligatoire des cas de saturnisme.

Annexe 3. – Mise en œuvre du seuil de vigilance fixé à 25 µg/L.

Annexe 4. – Actions à mener en fonction des facteurs de risques environnementaux.

Annexe 5. – Actions globales de réduction des plombémies en population générale ou pour certains publics cibles.

Annexe 6. – Modifications apportées à la circulaire interministérielle DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région; à Mesdames et Messieurs les préfets de département; à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Le constat de cas de saturnisme infantile en France dans les années 1980-1990 a conduit à adopter en 1998 un dispositif de lutte contre le saturnisme infantile, essentiellement dirigé contre le risque lié aux peintures anciennes dégradées dans l'habitat. Ce dispositif s'appuie sur la mise en œuvre d'une procédure de signalement et de déclaration des cas de saturnisme infantile et de mesures d'urgence (obligation de travaux) et sur un dispositif de prévention (*cf.* loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions). Ces mesures ont été consolidées par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'imprégnation des enfants par le plomb a fortement diminué en France depuis une vingtaine d'années. Le nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une teneur en plomb dans le sang supérieure ou égale à 100 µg/L, qui définissait jusqu'en juin 2015 le cas de saturnisme, a été divisé par 20. Cependant le nombre de cas était encore estimé à 4 700 en 2008-2009 dans cette tranche d'âge (Enquête de prévalence en population générale menée en 2008-2009 par l'Institut de veille sanitaire - InVS).

Des travaux scientifiques récents ont démontré les effets nocifs du plomb sur la santé en-deçà de la plombémie de 100 µg/L, en particulier des effets sur le développement fœtal et des effets neurotoxiques chez l'enfant.

Ainsi, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande de réduire les expositions au plomb au plus bas niveau possible, dans son rapport « Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb » publié le 10 juillet 2014. Il préconise également de déclencher une intervention administrative dès l'atteinte d'une plombémie (concentration en plomb dans le sang) de 50 microgrammes par litre (µg/L), qualifiée de « seuil d'intervention rapide ».

Dans ce cadre, l'arrêté du 8 juin 2015 cité en référence abaisse de 100 à 50 µg/L le seuil de plombémie définissant la déclaration obligatoire de saturnisme chez l'enfant.

Le rôle des Agences régionales de santé (ARS) est primordial en matière de prévention et d'information des acteurs concernés par la lutte contre le saturnisme. Les services de la direction générale de la santé peuvent être sollicités en cas de besoin pour la mise en œuvre des actions de communication à l'échelon local.

Le guide de dépistage et de prise en charge de l'enfant et de la femme enceinte en cas d'intoxication au plomb sera actualisé au regard des recommandations du HCSP, saisi à cette fin le 16 juillet 2015. Il est prévu que le HCSP rende publiques ses recommandations début 2017.

La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre de l'arrêté précité et explicite le rôle des services concernés dans la déclinaison opérationnelle des recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

Cette instruction est constituée des 6 annexes suivantes :

Annexe 1: Rappel du dispositif législatif et réglementaire visant à lutter contre le saturnisme ;

Annexe 2 : Mise en œuvre du nouveau seuil déclenchant la déclaration obligatoire des cas de saturnisme ;

Annexe 3: Mise en œuvre du seuil de vigilance fixé à 25 µg/L ;

Annexe 4: Actions à mener en fonction des facteurs de risques environnementaux ;

Annexe 5: Actions globales de réduction des plombémies en population générale ou pour certains publics cibles ;

Annexe 6 : Modifications apportées à la circulaire interministérielle DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile.

Enfin, il convient de souligner que les différentes mesures de réduction des expositions au plomb s'inscrivent dans le Plan national santé environnement 3 (2015-2019) qui prévoit les actions suivantes en lien avec le plomb :

Action n° 22 : lancer un plan d'action sur le plomb visant à abaisser le niveau de plombémie (poursuite des actions de prévention primaire, définition d'actions individuelles, poursuite des actions en matière de dépistage du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte).

Action n° 23: rechercher les métaux tels que mercure, plomb et cadmium dans les denrées alimentaires d'origine animale et végétale et dans les produits destinés à l'alimentation animale.

Action n° 24: évaluer la pertinence et la faisabilité d'actions de dépistage, de surveillance des imprégnations ou de surveillance sanitaire des populations exposées aux métaux tels que mercure, plomb, cadmium sur les sites concernés prioritaires, les mettre en œuvre le cas échéant et diffuser des informations de prévention en fonction des résultats.

Action n° 61 : réaliser la seconde phase de diagnostics dans les crèches, écoles, collèges et lycées en se basant sur le retour d'expérience de la première phase de l'opération « établissements sensibles ».

La mise en place ou la confortation des partenariats ou de comités de pilotages (en particulier dans le cadre des projets régionaux de santé ou plans régionaux santé environnement), facilite la mise en œuvre des actions de prévention, de dépistage et de gestion des situations liées à une exposition au plomb. Les ARS sont ainsi amenées à travailler en collaboration étroite avec :

- Les Directions départementales des territoires (et de la mer) et les Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) ;
- Les directions des services départementaux de l'éducation nationale ;
- Les collectivités locales: conseils départementaux, services de protection maternelle et infantile, services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), services sociaux, de l'urbanisme et du logement, etc. ;
- organismes de sécurité sociale: caisse d'allocations familiales, caisse primaire de l'assurance maladie, notamment ;
- associations d'aide aux plus démunis ;
- organismes et associations œuvrant dans le domaine de l'habitat ;
- professionnels de santé, en particulier les unions régionales de médecins libéraux ;
- etc.

Vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le secrétaire général
PIERRE. RICORDEAU

Le directeur général de la santé
PR. BENOÎT VALLET

ANNEXE 1

RAPPEL DU DISPOSITIF LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE VISANT À LUTTER CONTRE LE SATURNISME

La présente annexe rappelle les principes généraux du dispositif législatif et réglementaire en vigueur visant à lutter contre le saturnisme et actualisent les éléments figurant dans la circulaire interministérielle DGS/EA2/2007/321 du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile. La baisse du seuil de saturnisme fait l'objet de l'annexe 2.

1. Procédure d'urgence

a) En présence d'un cas de saturnisme

Les articles L. 1334-1 à L. 1334-4 du code de la santé publique (CSP) prévoient la procédure d'urgence mise en œuvre lorsqu'un cas de saturnisme est dépisté chez une personne mineure ou en cas de risque d'exposition au plomb chez une personne mineure.

L'article L. 1334-1 décrit en premier lieu, dans le cas où un médecin dépiste un cas de saturnisme chez une personne mineure, les différentes obligations d'information qui s'appliquent, destinées aux parents de la personne mineure (ou personne exerçant l'autorité parentale), au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) désigné par le Directeur général de l'ARS (DGARS), au médecin responsable du service de Protection maternelle et infantile (PMI), au DGARS et au préfet (cf. schéma en annexe 1 *bis*).

L'existence d'un cas déclenche la réalisation d'une enquête environnementale par l'ARS ou le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) le cas échéant. Cette enquête vise à rechercher l'origine de l'intoxication, qu'elle soit liée à l'habitat (domicile et lieux de garde), à d'autres lieux de vie (crèche, écoles) ou à d'autres sources potentielles: eau du robinet, sources industrielles, alimentation, activités professionnelles ou de loisirs de la personne mineure ou des parents, etc.

Le guide d'investigation environnementale des cas de saturnisme de l'enfant, de juin 2006, élaboré par l'Institut de veille sanitaire, reste le document de référence pour réaliser cette enquête environnementale. Il est disponible à l'adresse suivante: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/guide_saturnisme_enfant/guide_investigation_saturnisme.pdf.

Dans le cadre de ces enquêtes, le plomb pourra être recherché même dans des bâtiments construits après 1949, la peinture au minium ayant pu être utilisée notamment sur les surfaces métalliques, telles que les ferronneries, intérieures ou extérieures (cf. Guide d'investigation environnementale des cas de saturnisme de l'enfant de l'InVS – 2006).

Si l'eau du robinet constitue une voie de contamination possible, des prélèvements d'échantillons d'eau peuvent être réalisés à des fins d'analyses dans le cadre de l'enquête environnementale. Il est alors recommandé d'utiliser les méthodes de prélèvements citées à l'annexe 4 (2^e jet et après 30 minutes de stagnation) et de prodiguer aux familles les recommandations correspondantes (cf. annexe 4 également).

Dans le cadre de cette enquête, une visite du domicile est nécessaire et un diagnostic portant sur les revêtements du logement ou d'un lieu de vie de l'enfant (crèche, école, autre lieu de garde) peut être réalisé. Pour être opposable au propriétaire, ce diagnostic doit être réalisé selon les prescriptions de l'arrêté du 19 août 2011 relatif au diagnostic du risque d'intoxication par le plomb des peintures.

La mise en évidence d'une source d'exposition au plomb dans ce contexte nécessite de la part du DGARS d'en informer les professionnels de santé concernés (médecins traitants, médecins de PMI...) et les familles dont les enfants peuvent également être exposés à cette source. Il sera conseillé à celles-ci de consulter un médecin pour une éventuelle mesure de plombémie. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ayant modifié l'article L. 1334-1 du CSP, prévoit que le DGARS est tenu d'informer également les femmes enceintes, susceptibles d'être exposées à cette même source, en raison des risques que présente une exposition au plomb pour le déroulement de leur grossesse et pour le développement de l'enfant.

En outre, le DGARS est tenu d'inviter la personne dont dépend la source d'exposition à prendre les mesures appropriées pour réduire le risque d'intoxication au plomb. Cette démarche n'a pas de portée contraignante et ne permet pas de prendre des mesures complémentaires en cas d'inaction de la part de la personne responsable. Néanmoins, en fonction de la source, il convient de mettre en œuvre les dispositions législatives ou réglementaires qui peuvent s'y appliquer spécifiquement et à cette fin de solliciter les éventuels autres services compétents.

En présence d'une contamination des sols par le plomb, le DGARS se rapprochera du Préfet et de ses services (DREAL, Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement - DEAL en outre-mer ou Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie - DRIEE en Ile-de-France) en vue de la mise en œuvre des mesures prévues par les dispositions législatives et réglementaires correspondantes issues en particulier du code de l'environnement.

Dans le cas où l'enquête et/ou le diagnostic mettent en évidence que l'intoxication est liée à des revêtements dégradés contenant du plomb, les articles L. 1334-2 à L. 1334-4 prévoient une procédure mise en œuvre par le préfet :

- Le préfet adresse au propriétaire une mise en demeure de réaliser les travaux nécessaires pour supprimer le risque d'intoxication au plomb avec, si nécessaire, obligation d'assurer un hébergement ;
- Le délai prescrit pour réaliser les travaux est de 1 mois et, lorsqu'un hébergement est assuré sur demande du préfet, le délai prescrit est de 3 mois maximum ;
- Dans un délai de 10 jours, le propriétaire peut soit contester la nature des travaux, soit s'engager à procéder aux travaux ;
- Si, dans le délai de 10 jours, le propriétaire ne conteste pas les travaux demandés et ne s'engage pas à les faire, le préfet les fait exécuter d'office aux frais du propriétaire ;
- Un contrôle est effectué par un opérateur certifié et à la diligence du préfet pour vérifier que le risque d'exposition est supprimé ;
- L'article L. 1334-4 précise les modalités d'hébergement, de recouvrement des frais liés aux travaux et à l'hébergement d'office, les cas où le tribunal de grande instance (TGI) du lieu d'implantation du bien peut être saisi (refus des occupants ou du propriétaire...), etc.

Il arrive parfois que les occupants refusent l'hébergement qui leur est proposé pendant la durée des travaux, soit par crainte de ne pas pouvoir réintégrer leur logement après les travaux (cas d'occupants sans titre faisant l'objet d'un jugement d'expulsion non exécuté), soit de ne plus être considérés comme prioritaires pour bénéficier d'un relogement (cas d'occupants de bonne foi ayant déposé une demande de logement dans le parc social). Le refus des occupants de quitter les lieux pendant la durée des travaux entrave la réalisation des travaux et par conséquent la suppression du risque d'exposition au plomb.

Comme en matière de refus d'accès aux locaux, en cas de refus par les occupants de l'hébergement proposé par le propriétaire ou par l'administration, le représentant de l'État dans le département peut saisir le président du TGI qui, statuant en la forme des référés, peut ordonner l'évacuation de tout ou partie de l'immeuble, afin d'assurer l'hébergement d'office des occupants pendant la durée des travaux.

En matière de référés introduits par l'administration devant le juge civil, lorsque ce sont les ARS qui instruisent les procédures d'urgence, celles-ci pourront contacter la division des droits des usagers et des affaires juridiques et éthiques (DDUAJE) pour obtenir un appui de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère chargé de la santé (convention d'honoraires d'avocat, frais d'huissier).

L'hébergement est prescrit quand la réalisation des travaux, en présence des occupants et en assurant leur protection, est impossible.

Les travaux pouvant être prescrits sont ceux strictement nécessaires à la suppression de l'accessibilité au plomb et garantissant la pérennité de la protection. Le retrait et le remplacement des matériaux contenant du plomb peuvent être estimés excessifs, en cas de contentieux, si une solution moins onéreuse existe, tel que le recouvrement de ces matériaux. Pour assurer la pérennité de la protection, il peut s'agir de réaliser des travaux d'isolation ou de ventilation, permettant d'éviter que le recouvrement ne soit dégradé par l'humidité. L'article R. 1334-5 du code de la santé publique mentionne en effet la suppression des « causes immédiates de la dégradation des revêtements ». Si des désordres plus importants sont constatés, il sera nécessaire de mettre en œuvre en complément une procédure d'insalubrité en application des articles L. 1331-26 et suivants du code de la santé publique.

S'agissant de l'hébergement des occupants, si celui-ci n'était pas prescrit dans la mise en demeure du préfet et que les travaux n'ont pas été réalisés dans le délai d'un mois, cela n'entraîne pas pour le propriétaire une obligation d'assurer l'hébergement des occupants jusqu'à réalisation effective des travaux. En revanche, il est nécessaire dans ces situations d'engager les travaux d'office.

L'article L. 1334-2 du code de la santé publique prévoit les situations pour lesquelles les travaux sont à exécuter d'office par le préfet, aux frais du propriétaire : « A défaut soit de contestation,

soit d'engagement du propriétaire ou du syndicat des copropriétaires ou de l'exploitant du local d'hébergement dans un délai de dix jours à compter de la notification, le représentant de l'État dans le département fait exécuter les travaux nécessaires à leurs frais.»

b) En l'absence de cas de saturnisme

Cette même procédure d'urgence (diagnostic suivi de prescription de travaux) peut être engagée, même en l'absence de cas de saturnisme, lorsqu'un risque d'exposition au plomb pour un enfant mineur est signalé. Ce risque est défini par la date de construction de l'immeuble fréquenté par le mineur antérieure au 1^{er} janvier 1949 et par la présence de revêtements dégradés (cf. article R. 1334-3 du code de la santé publique).

Le préfet peut également intervenir lorsque des travaux entrepris, non nécessairement liés à la procédure d'urgence prévue à l'article L. 1334-2 du code de la santé publique, sont de nature à faire courir un risque d'exposition au plomb (dissémination de poussières) pour la population générale (cf. article L. 1334-11 du même code). Il peut ainsi prescrire des mesures conservatoires voire l'arrêt du chantier.

Les chantiers concernés ne portent pas nécessairement sur des immeubles destinés à l'habitation. Ils peuvent par exemple porter sur des immeubles classés monuments historiques, quelque soit leur date de construction.

S'agissant du contrôle après travaux (CAT), en application de l'article 5 de l'arrêté du 12 mai 2009 relatif au contrôle des travaux en présence de plomb, réalisés en application de l'article L. 1334-2 du code de la santé publique, le dosage des poussières est à réaliser selon les prescriptions de la norme Afnor NF X 46-032 « Méthodologie de mesure du plomb dans les poussières au sol » dans sa version d'avril 2008. Celle-ci apporte des précisions sur la méthode de prélèvement des poussières, la méthode d'analyse et les informations minimum devant figurer dans le rapport.

L'inspection des lieux après travaux permet la vérification visuelle d'une part, pour chaque unité de diagnostic concernée, de la conformité à la prescription des travaux réalisés, d'autre part, de l'absence de débris et de poussières visibles. Le niveau de contamination résiduel des locaux est apprécié par dosage du plomb dans les poussières recueillies. Le dépassement du seuil fixé à 1 000 µg/m² implique un nouveau nettoyage. Ce nettoyage sera prescrit dans un court délai (de l'ordre de quelques jours) puis le cas échéant engagé d'office.

Articulation saturnisme et insalubrité

Dans le cadre d'une procédure d'insalubrité prise en application des articles L. 1331-26 et suivants du code de la santé publique (CSP), il est possible de prendre en compte le risque d'exposition au plomb. Selon la situation (âge des bâtiments, état estimé par contrôle visuel, fréquentation par de jeunes enfants), il peut être opportun de vérifier la présence de plomb et son accessibilité pour prescrire les travaux nécessaires à sa suppression. Par ailleurs, la recherche de canalisations en plomb fait partie des éléments à vérifier au cours des enquêtes d'insalubrité. En cas de présence de canalisations intérieures en plomb, il convient d'indiquer au propriétaire que le remplacement des canalisations en plomb devrait être envisagé lors d'éventuels travaux de rénovation des logements et copropriétés et de recommander aux occupants de laisser couler l'eau avant de la consommer.

Les dispositions du CSP permettent d'inclure expressément dans un arrêté d'insalubrité les travaux de suppression de l'accessibilité du plomb dans des revêtements, définis par l'article L. 1334-2, lorsque les éléments nécessaires au déclenchement d'une « procédure plomb » (travaux d'urgence de l'article L. 1334-2) ne sont pas réunis, donc même en l'absence de mineur dans le logement. Ces dispositions permettent de prescrire des travaux de suppression du risque d'intoxication par le plomb dans l'arrêté d'insalubrité (article L. 1331-28 II) ou dans le cadre, le cas échéant, de la mise en demeure prévue par l'article L. 1331-26-1.

La procédure de l'article L. 1334-2, quant à elle, ne peut être engagée sans la réunion de plusieurs éléments :

- l'intoxication d'un mineur, ou, dans le cas d'un signalement d'un risque d'exposition d'un mineur, le fait que l'immeuble concerné ait été construit avant le 1^{er} janvier 1949 ;
- une fréquentation effective des lieux par le mineur ;
- la réalisation d'un diagnostic, établissant la présence dans des revêtements dégradés de plomb à une concentration supérieure au seuil fixé par l'arrêté du 19 août 2011.

Dans le cas où la famille quitte le logement après l'engagement de la procédure, l'opportunité de poursuivre cette procédure sera appréciée compte tenu du risque de réoccupation du logement par des mineurs. La prescription des travaux pourra le cas échéant être suspendue, en indiquant au propriétaire que les travaux prescrits devront être achevés avant toute nouvelle réoccupation.

Inversement, l'enquête sur l'environnement d'un mineur atteint de saturnisme doit être l'occasion de vérifier la salubrité du logement fréquenté par le mineur.

Aspects budgétaires

Les crédits permettant de réaliser les diagnostics du risque d'intoxication par le plomb des peintures (DRIPP), les contrôles après travaux ainsi que les travaux ou hébergement d'office, pour les immeubles affectés au moins partiellement à l'habitation, sont ceux du budget opérationnel de programme (BOP) n° 135, «urbanisme, territoires et amélioration de l'habitat», géré par les services des Directions départementales des territoires (et de la mer (DDT[M])).

Cas des bâtiments non affectés à l'habitation :

Les crédits du BOP 135 ne sont pas prévus pour être utilisés lorsqu'un bâtiment non affecté à l'habitation est concerné.

Dans le cas d'établissements recevant du public (écoles, établissements de garde collectifs tels que centre de loisirs, crèches), il sera demandé aux propriétaires de ces établissements (communes ou autres) de prendre en charge les coûts liés aux DRIPP et au contrôle après travaux.

Dans l'éventualité, peu probable compte tenu des enjeux sanitaires et politiques, où le responsable du bâtiment n'exécute pas les travaux prescrits, les travaux à engager d'office ne pouvant être financés par le BOP 135, il conviendra d'étudier localement la possibilité de mobiliser d'autres dispositifs financiers. Le recouvrement des frais est possible quel que soit le type de bâtiment.

Le Préfet pourra utilement rappeler aux DDT(M) que l'inaction face à la découverte d'un cas de saturnisme ou de risque d'exposition au plomb d'une personne mineure (non réalisation d'un DRIPP ou des travaux d'office) engage la responsabilité pénale des agents des services concernés. Aussi, les modalités de réalisation de ces actions doivent être clairement définies en amont et rapidement exécutables. Dans ce cadre, des discussions au niveau régional pourront être engagées pour prévoir si besoin une harmonisation régionale des pratiques, voire un marché public régional d'une durée suffisante.

Enfin, sur le territoire des Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) pour lesquels la commune perçoit une dotation globale de décentralisation (DGD) en application du 3^e alinéa de l'article L. 1422-1 du code de la santé publique, le budget communal et non le BOP 135, permet de financer les DRIPP et les CAT. Les travaux, l'hébergement d'office et l'accompagnement social et juridique des ménages restent quant à eux financés par le BOP 135, y compris sur les territoires des SCHS.

Dans tous les cas, les travaux et l'hébergement d'office sont aux frais des propriétaires et à recouvrer auprès d'eux.

2. Mesure de prévention : constat de risque d'exposition au plomb

Les articles L. 1334-5 à L. 1334-12 du CSP fixent les obligations concernant l'établissement d'un constat de risque d'exposition au plomb (CREP). Il pourra être utile de rappeler leurs obligations aux personnes concernées (via les agences immobilières, les conseils régionaux des notaires ou chambres départementales des notaires par exemple).

Le CREP constitue en premier lieu un document d'information sur la présence de plomb destiné au propriétaire et au locataire. Le propriétaire est par ailleurs tenu de réaliser les travaux si le CREP conclut à la présence de plomb dans des revêtements dégradés, sans que le préfet ou l'ARS n'ait à intervenir.

Le CREP ne se limite cependant pas au risque d'exposition au plomb et permet de repérer également d'éventuels facteurs de dégradation du bâti afin de prévenir ou traiter les situations d'habitat insalubre ou de péril, impliquant l'action respectivement du préfet ou du maire.

Il existe ainsi des obligations de transmission des CREP dits « positifs » par leurs auteurs, vers le DGARS : une copie du CREP est à transmettre immédiatement (dans un délai de 5 jours ouvrables) par le diagnostiqueur au DGARS, qui en informe le préfet, lorsque le CREP conclut à un risque de saturnisme infantile ou à une dégradation du bâti. Cette transmission permet à l'ARS soit de signaler au maire (ou au président de l'Établissement public de coopération intercommunale - EPCI en cas de transfert des polices spéciales du maire) une situation relevant de sa compétence (infraction au Règlement sanitaire départemental [RSD], péril...), soit d'engager une procédure d'insalubrité ou de saturnisme au titre de l'article L. 1334-2 du CSP, si le propriétaire n'a pas spontanément engagé les travaux suite à la connaissance du CREP « positif ».

Pour les CREP établis dans le cadre d'une vente, il peut être difficile d'engager une procédure car l'acquéreur et / ou le devenir du logement n'est pas encore connu. En revanche, l'information sur les précautions à prendre en cas de travaux est essentielle.

Par ailleurs, le diagnostiqueur établissant un CREP « positif », en informe le propriétaire, le syndicat de copropriété ou l'exploitant du local d'hébergement et le précise dans son rapport.

Les diagnostiqueurs (cf. paragraphe 3 suivant), intervenant habituellement dans le cadre de CREP, pourront utilement se voir rappeler leurs obligations en matière d'information.

La Direction générale de la santé a déjà rappelé à l'ensemble des organismes certificateurs ces obligations.

Le ministère chargé du logement met à disposition sur internet un annuaire regroupant la liste des diagnostiqueurs titulaires d'une certification en cours de validité. Cet annuaire permet également de rechercher un diagnostiqueur selon une zone géographique donnée : <http://diagnostiqueurs.application.developpement-durable.gouv.fr/index.action>.

Champ d'application des CREP

Pour les immeubles construits avant le 1^{er} janvier 1949, un CREP est à produire d'une part pour les parties à usage commun des immeubles collectifs, d'autre part lors de la vente d'un logement et de la signature d'un contrat de bail.

La présence de peintures au plomb est plus rare mais possible dans des immeubles postérieurs à 1949 : il s'agit principalement de peintures au « minium » apposées sur des ferronneries intérieures ou extérieures.

Néanmoins, en l'état actuel des connaissances, cette date, à partir de laquelle il y a l'obligation de produire un CREP, reste pertinente.

Les contrats de bail signés avant le 12 août 2008 (4 ans après la date de promulgation de la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique) et tacitement reconduits ainsi que les logements occupés par le même propriétaire depuis la date d'entrée en vigueur du CREP « vente », ne font pas l'objet de cette obligation.

Les bâtiments non destinés à un usage d'habitation tels que les crèches ou les écoles ne sont pas non plus soumis à cette obligation.

L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) mène depuis 2013 une campagne de mesures dans les écoles, incluant la recherche de plomb dans les revêtements. Un rapport global sera diffusé en 2017 et permettra de juger de la nécessité de faire évoluer la réglementation.

Les mesures déjà réalisées qui ont démontré la présence de plomb dans des revêtements dégradés ont été signalées par l'OQAI aux mairies ou diocèses concernés, et par la DGS aux ARS.

Un travail partenarial avec les services de protection maternelle et infantile (PMI), les rectorats d'académie et les services départementaux de l'Éducation nationale pourrait d'ores et déjà être engagé, pour inciter à la réalisation de CREP dans ces bâtiments fréquentés par un grand nombre de jeunes enfants.

L'arrêté du 19 août 2013 fixant le modèle de formulaire en vue de l'agrément des assistants maternels et la composition du dossier de demande d'agrément, prévoit la possibilité de demander la copie du constat des risques d'exposition aux peintures au plomb pour les logements construits avant le 1^{er} janvier 1949.

En outre, le formulaire de demande d'agrément d'assistant(e) familial(e), Cerfa n° 13395*01, prévoit la question suivante : « Logement antérieur à 1949 : oui / non ». En cas de réponse positive, les services instructeurs de ces demandes (PMI) sont ainsi en mesure de réclamer la communication du CREP.

Il convient donc de s'assurer auprès des services de PMI que le risque d'exposition au plomb est bien pris en compte dans le cadre de ces demandes et d'inciter les services à demander le CREP pour les logements concernés.

Il est enfin signalé que la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (loi ALUR) prévoit que le CREP fasse partie des pièces constituant le diagnostic technique, fourni par le bailleur et annexé au contrat de location lors de sa signature ou de son renouvellement. Il ne s'agit pas d'une nouvelle obligation s'agissant du CREP, qui devait déjà être annexé au contrat de location en application de l'article L. 1334-7 du code de la santé publique.

3. Certification des opérateurs

L'article L. 271-6 et les articles R. 271-1 et suivants du Code de la construction et de l'habitation (CCH) définissent les exigences que doivent respecter les personnes réalisant les constats de risque

d'exposition au plomb (CREP), les DRIPP ainsi que d'autres diagnostics immobiliers (amiante, termites, gaz, etc.) et imposent que ces personnes disposent d'une certification (avec mention pour les DRIPP; cf. arrêté du 21 novembre 2006 définissant les critères de certification des compétences des personnes physiques opérateurs des constats de risque d'exposition au plomb ou agréées pour réaliser des diagnostics plomb dans les immeubles d'habitation et les critères d'accréditation des organismes de certification, modifié par l'arrêté du 7 décembre 2011, qui a introduit la notion de certification avec mention pour réaliser des DRIPP ou CAT). L'article R. 1334-11 du CSP confirme que le CREP défini à l'article L. 1334-5 du CSP est établi par des personnes répondant aux conditions de l'article L. 271-6 du CCH.

L'article L. 1334-1-1 du CSP précisant que « Le diagnostic prévu à l'article L. 1334-1 et le contrôle prévu à l'article L. 1334-3 sont réalisés par des opérateurs répondant aux conditions fixées à l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation », il ne laisse pas la possibilité aux agents d'ARS ou de SCHS de réaliser ces diagnostics, sauf si ceux-ci répondent aux conditions fixées à l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation, et donc s'ils sont certifiés.

Il est à noter que la rédaction de l'article L. 1334-2 du CSP « si les revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures aux seuils définis par arrêté (...) sont susceptibles d'être à l'origine de l'intoxication, le représentant de l'État notifie (...) son intention de faire exécuter les travaux nécessaires (...) » permet au préfet d'engager cette procédure sur la base de mesures réalisées par l'ARS ou le SCHS, sans obligatoirement disposer d'un « diagnostic » réalisé par un opérateur certifié. Le terme « DRIPP » est réservé au diagnostic établi par une personne certifiée avec mention.

En outre, le premier alinéa de l'article R. 1334-9 du CSP, relatif à l'agrément des opérateurs réalisant les diagnostics et contrôles, n'a plus de base législative et n'est plus applicable, depuis que l'agrément a été remplacé par la seule obligation de certification avec mention indiquée à l'article L. 271-6 du CCH.

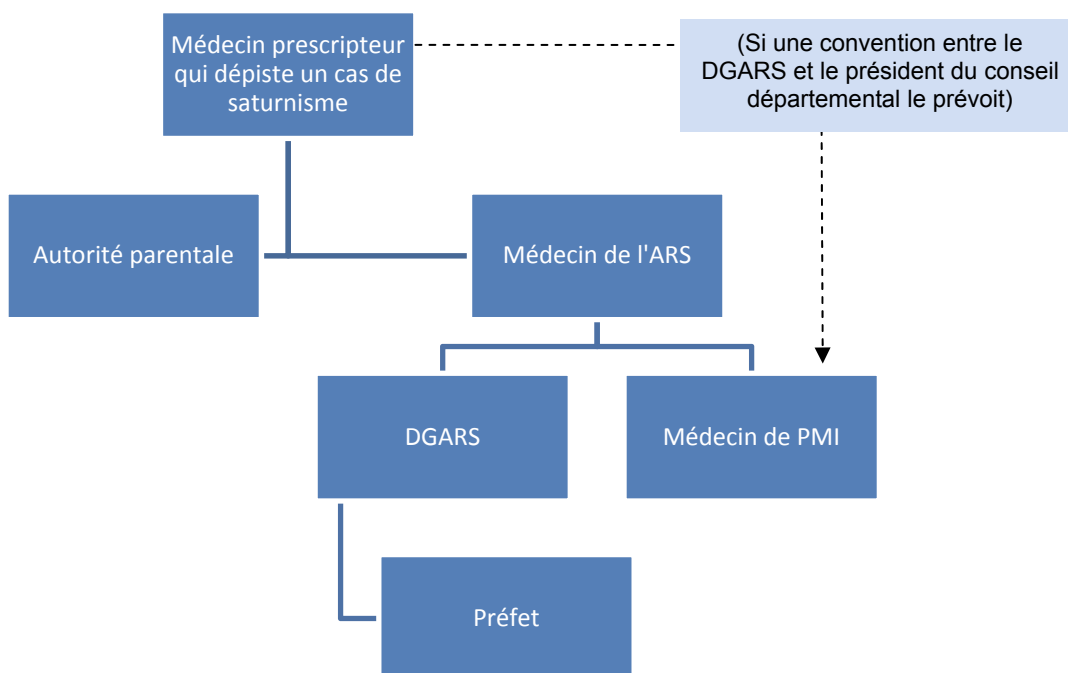
Le recours aux bâtonnets destinés à tester *in situ* la présence de plomb dans les peintures ne s'inscrit pas dans la démarche diagnostique prévue par le code de la santé publique.

4. Gestion informatique des dossiers saturnisme

Les dossiers relatifs aux situations d'exposition au plomb dans des logements ainsi que dans les Établissements recevant du public, liés aux CREP ou à des signalements, ont vocation à être saisis dans le système d'information @riane-Habitat (ou Procédures Habitat indigne - « PHI » en Ile-de-France).

ANNEXE 1 *BIS*

CIRCUIT D'INFORMATION SUITE À UN DÉPISTAGE D'UN CAS DE SATURNISME,
AVANT LA RÉALISATION DE L'ENQUÊTE ENVIRONNEMENTALE



ANNEXE 2

MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU SEUIL DÉCLENCHANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES CAS DE SATURNISME : UNE PLOMBÉMIE DÉPASSANT LA VALEUR

Depuis le 17 juin 2015, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 8 juin 2015, les personnes mineures dont la plombémie dépasse la valeur de 50 µg/L pour la première fois doivent faire l'objet d'une transmission obligatoire des données à l'autorité sanitaire (déclaration obligatoire).

Cet abaissement du seuil va conduire à une augmentation du nombre de cas de saturnisme devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire et d'une enquête environnementale.

La fiche de transmission des données de surveillance des plombémies à renseigner dans ce cadre est disponible à l'adresse suivante : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12378.do.

Le circuit de la déclaration obligatoire est inchangé.

Lors de la prescription de toute plombémie chez un enfant mineur, le prescripteur doit remplir la fiche de surveillance et indiquer les facteurs de risque conduisant au dépistage. Cette saisie est très importante et insuffisamment effectuée (absente pour 46 % des enfants selon les données 2008-2011 de l'InVS). La fiche de surveillance est ensuite remise à la famille avec l'ordonnance prescrivant la plombémie ou directement adressée au laboratoire d'analyse avec le prélèvement sanguin si celui-ci n'est pas effectué dans un laboratoire.

Le laboratoire qui effectue le prélèvement renseigne la date et le mode de prélèvement, et, s'il est différent de celui qui réalise le dosage de la plombémie, il transmet à ce dernier la fiche avec l'échantillon de sang, après avoir renseigné la date de prélèvement et le mode de prélèvement.

Le laboratoire qui réalise le dosage de la plombémie renvoie la fiche de surveillance complétée, avec le résultat du dosage de la plombémie, au médecin prescripteur et en adresse une copie au médecin du Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) compétent pour le lieu de domicile de l'enfant.

Lorsque le médecin prescripteur de la plombémie reçoit les résultats, et seulement dans le cas où ceux-ci font apparaître qu'il s'agit d'un cas de saturnisme à déclaration obligatoire (plombémie supérieure ou égale à 50 µg/L mesurée pour la première fois chez une personne mineure), il transmet la fiche au médecin de l'Agence régionale de santé désigné par le directeur de l'agence, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » après avoir informé la personne exerçant l'autorité parentale. Cette transmission tient lieu à la fois de procédure de signalement et de procédure de notification.

Il est important que les médecins prescripteurs fassent la distinction entre la transmission de la fiche de surveillance au CAP-TV et la déclaration obligatoire à faire auprès de l'ARS.

La déclaration faite auprès du médecin de l'ARS déclenche la réalisation d'une enquête environnementale (cf. annexe 1) par l'ARS, ou à la demande du préfet, par le SCHS. Le médecin de l'ARS transmet également la fiche à l'Agence Nationale de Santé Publique (anciennement Institut de veille sanitaire - InVS) sous forme papier, après l'avoir anonymisée selon la même procédure que pour les autres maladies à déclaration obligatoire et après avoir reporté certaines informations d'intérêt épidémiologique dans la partie centrale de la fiche.

L'ARS informe par la suite le médecin prescripteur des conclusions de l'enquête environnementale conformément aux dispositions de l'article L. 1334-1 du CSP.

Afin que les personnes mineures dont la plombémie était entre 50 et 100 µg/L lors d'un dépistage récent puissent bénéficier de la procédure administrative en vigueur, une information des familles concernées, si elles sont connues, des médecins traitant ou de PMI est à envisager afin de les inciter à un nouveau dépistage.

Les personnes non mineures, tels que les femmes enceintes ou des personnes pratiquant une activité de loisir à risque, ne font pas l'objet de procédures particulières prévues par les textes (sauf dans le cadre de l'application du code du travail), même si leur plombémie dépasse le seuil de 50 µg/L. Néanmoins, le médecin doit être en mesure de les informer sur les risques liés au plomb et, en fonction de l'origine possible de l'intoxication, de leur fournir des conseils pour réduire leur exposition. Le cas échéant, une enquête pourra être réalisée, en lien avec les services concernés (Direction départementale de la cohésion sociale notamment, s'il s'agit d'une pratique sportive) afin que les mesures soient prises pour réduire l'exposition à la source identifiée.

ANNEXE 3

MISE EN ŒUVRE DU SEUIL DE VIGILANCE FIXÉ À 25 µG/L

Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande la mise en œuvre d'un niveau de vigilance pour les plombémies égales ou supérieures à 25 µg/L, mais inférieures à 50 µg/L.

Son dépassement indique l'existence probable d'au moins une source d'exposition au plomb dans l'environnement et justifie une information des familles sur les dangers du plomb et les sources usuelles d'imprégnation, ainsi qu'une surveillance biologique rapprochée, accompagnée de conseils hygiéno-diététiques visant à diminuer l'exposition.

Ainsi, lorsque les résultats d'une plombémie comprise entre 25 et 49 µg/L sont transmis au médecin prescripteur, il revient à ce dernier de fournir à la famille concernée les informations concernant les dangers du plomb, les sources suspectées ou identifiées, les mesures à prendre pour réduire l'exposition et les conseils hygiéno-diététiques appropriés.

Le guide « l'intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte » de 2006 peut être utilisé dans ce cadre, dans l'attente de son actualisation.

En outre, le médecin prescrira dans ces situations, pour les enfants de moins de 7 ans, une plombémie au moins trimestrielle tant que ce seuil est dépassé.

Il vous est demandé de diffuser ces informations auprès des médecins, par exemple auprès de vos relais locaux de médecins libéraux et des services de PMI, en organisant une campagne d'information ou à l'occasion de conférences destinées à ce public.

Des courriers d'information ont déjà été adressés par la DGS aux médecins coordonnateurs de PMI et à certains représentants de professionnels de santé : le Conseil national de l'Ordre des médecins, le Collège national des pédiatres universitaires, l'Association des conseillers médicaux de l'Éducation nationale, le Syndicat national des médecins scolaires et universitaires, le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques, la Société française de pédiatrie, le Collège national des médecins généralistes enseignants.

ANNEXE 4

ACTIONS À MENER EN FONCTION DES FACTEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Des valeurs d'alerte sont proposées par le Haut conseil de la santé publique pour les principales sources de plomb dans l'environnement : sols, poussières de maison, eau du robinet.

Lorsque les concentrations moyennes de ces milieux dépassent les valeurs figurant dans le tableau ci-après, le HCSP estime que 5 % des enfants qui y sont exposés risquent d'avoir une plombémie dépassant respectivement le seuil de vigilance (25 µg/L) ou le seuil d'intervention rapide (50 µg/L).

S'agissant du calcul de cette valeur moyenne, le HCSP précise qu'à défaut de pouvoir calculer cette moyenne en la pondérant par la durée d'exposition, l'utilisation de la moyenne arithmétique revient à attribuer une durée d'exposition équivalente pour chacun des lieux fréquentés par un enfant. A titre d'exemple, cette moyenne pour les sols concerne donc l'ensemble des sols auxquels est exposé un enfant : sol de jardin individuel, sol d'espaces collectifs... Le même raisonnement est à appliquer pour les poussières et l'eau.

Il est à noter que la concomitance de la contamination de plusieurs milieux (eau et sol par exemple) doit inciter à une approche spécifique. La valeur d'alerte pour un milieu spécifique est en effet calculée en fixant les autres valeurs à leur valeur médiane.

	SOLS	POUSSIÈRES DÉPOSÉES dans des logements	EAU DE BOISSON
Dépassement du seuil de vigilance attendu pour 5 % des enfants	100 mg/kg	25 µg/m ²	pas de valeur proposée
Dépassement du seuil d'intervention rapide attendu pour 5 % des enfants	300 mg/kg	70 µg/m ²	20 µg/L

Aussi, le HCSP recommande que la connaissance d'un dépassement des seuils de 300 mg/kg, de 70 µg/m² ou de 20 µg/L (respectivement pour les sols, les poussières, l'eau de boisson) conduise à un dépistage du saturnisme dans la population des enfants de moins de 7 ans et chez les femmes enceintes ou envisageant une grossesse dans les 6 mois.

Le HCSP souligne qu'une analyse approfondie du risque doit être conduite en tout état de cause, en portant une attention particulière aux sols d'espaces collectifs habituellement fréquentés par des enfants. Pour ces espaces collectifs, lorsque les valeurs moyennes de sols sont supérieures à 100 mg/kg, le HCSP recommande de mener une évaluation des risques prenant en compte les conditions locales d'exposition. Cette évaluation des risques suivie d'une analyse technico-économique, consistant à évaluer la faisabilité technique des mesures de gestion envisagées ainsi que leur coût, permet de déterminer les mesures de gestion adéquates. Le HCSP propose des valeurs humaines d'exposition à utiliser pour mener cette évaluation des risques. D'autres valeurs peuvent être utilisées, sous réserve de justifier ces choix dans le cas particulier considéré.

Dans ces situations, il vous est demandé de prendre en compte les propositions figurant dans les paragraphes suivants, spécifiques aux cas des sols, des poussières et de l'eau destinée à la consommation humaine et le cas échéant, d'évaluer en lien avec la CIRE la pertinence de l'organisation d'une campagne de dépistage chez ces populations.

Les modalités de réalisation et de prise en charge des campagnes de dépistage seront à définir localement, en fonction du contexte, de la zone concernée, etc.

Par ailleurs, en cas de dépassement des seuils de 100 mg/kg et de 25 µg/m² (respectivement pour les sols et les poussières), le HCSP recommande de mettre en place « un suivi et des conseils » : il s'agit d'informer les populations exposées de la contamination de ces milieux, de les informer sur les risques liés au plomb, de leur fournir les conseils adéquats permettant de réduire leur exposition et de leur proposer, le cas échéant, un accompagnement social.

Cas des sols

Pour rappel, la méthodologie applicable à la gestion des sites et sols pollués est définie par des circulaires (en cours d'actualisation), notamment la circulaire ministérielle du 8 février 2007 relative aux installations classées, prévention de la pollution des sols et gestion des sols pollués, et la circulaire ministérielle du 8 février 2007 relative aux sites et sols pollués - Modalités de gestion et de réaménagement des sites pollués. Cette méthodologie est également appliquée dans le cadre de la gestion des établissements accueillant des enfants et des adolescents, implantés sur des sites potentiellement pollués par d'anciennes Installations Classées pour la Protection de l'Environnement - ICPE (démarche nationale « Etablissements sensibles » - ETS).

En présence de populations vivant sur ou à proximité d'un site pollué, une étude d'Interprétation de l'Etat des Milieux (IEM) est réalisée par un bureau d'études. Le principe est de contrôler, par des mesures *in situ*, l'état des milieux d'exposition (sol, eau, air intérieur...) et de comparer les résultats à l'état naturel de l'environnement, le cas échéant, à l'environnement local témoin, ainsi qu'aux valeurs nationales de gestion en vigueur. L'objectif est d'analyser la dégradation des milieux au regard des conséquences sanitaires potentielles.

Lorsque la comparaison à l'état naturel de l'environnement ou à l'environnement local témoin montre une dégradation des milieux et que des valeurs de gestion ne sont pas disponibles, il est nécessaire de recourir à une évaluation des risques sanitaires. Cette évaluation permet de déterminer des incompatibilités éventuelles entre les niveaux de pollution observés dans les milieux d'exposition et la présence de ces populations, et prendre, si nécessaire, les mesures de gestion environnementale adaptées (coupure des voies de transfert des polluants, dépollution...) en vue de limiter, voire de supprimer l'exposition des populations concernées.

Les évaluations des risques sanitaires sont menées généralement en se basant sur des valeurs toxicologiques de référence (VTR) exprimées en dose externe. Le HCSP a précisé que la dose d'exposition correspondant à la plombémie critique de 12 µg/L est de 0,5 µg/kg.j (EFSA 2010). Elle a été calculée au moyen du modèle toxico-cinétique IEUBK pour un enfant de 20 kg.

Dans le cadre de la gestion des sites et sols pollués, notamment au plomb, les mesures effectuées dans les sols peuvent ne concerner que certains lieux de vie, tels que la cour d'une école. Ces mesures ne permettent pas à elles seules de déterminer si la situation doit conduire, selon les recommandations du HCSP, à l'organisation d'un dépistage du saturnisme des enfants de moins de 7 ans et des femmes enceintes ou projetant une grossesse, fréquentant le(s) lieu(x) de vie concerné(s).

En effet, le HCSP recommande l'organisation d'un dépistage lorsque la moyenne des mesures dans les sols auxquels sont exposés ces individus dépasse la valeur de 300 mg/kg. Cette moyenne doit être calculée en prenant en compte la valeur dans les sols de tous les lieux fréquentés (école, square, habitation...). Le HCSP précise qu'à défaut de pouvoir pondérer l'exposition par le temps passé, l'utilisation de la moyenne arithmétique revient à attribuer un temps passé équivalent à chacun des lieux fréquentés par un enfant.

L'ARS, qui sollicitera le cas échéant l'appui méthodologique de la CIRE, organisera, en tant que de besoin, la mise en œuvre d'un dépistage.

L'ARS et la CIRE pourront s'appuyer sur les préconisations de deux guides de l'InVS (devenu Agence nationale de la santé publique):

- dépistage du saturnisme infantile autour d'un site industriel. Tome 1: Analyse de la pertinence de la mise en œuvre d'un dépistage: du diagnostic environnemental à l'estimation des expositions (avril 2002);
- guide relatif à la grille de lecture – Échantillonnage et analyse des sols pollués (mars 2008).

Cas des poussières

Il est à noter que les valeurs d'alerte concernant les poussières déposées dans les logements recommandées par le HCSP sont de 70 µg/m² (seuil d'intervention rapide) et 25 µg/m² (seuil de vigilance). Le dépassement de ces valeurs traduit le fait que des poussières, contaminées au plomb, sont susceptibles d'être retrouvées de manière régulière et permanente et présentent donc un risque d'intoxication au plomb pour les enfants exposés.

Lorsqu'un dépassement de ces valeurs est rencontré, il convient d'en informer les occupants du logement concerné, en leur recommandant de nettoyer souvent les sols avec une serpillière mouillée. En fonction de l'origine de ces poussières, si elle a pu être identifiée (sols extérieurs, peinture intérieure dans le logement ou les parties communes, etc.), les mesures de gestion complémentaires pourront être mises en œuvre.

Ces valeurs sont à distinguer de la valeur de 1 000 µg/m² prévue par l'arrêté du 12 mai 2009 relatif au contrôle des travaux en présence de plomb, réalisés en application de l'article L. 1334-2 du code de la santé publique. Cette dernière valeur doit être respectée lors du contrôle réalisé à la fin des travaux d'urgence visant à supprimer le risque d'exposition au plomb. Ce seuil n'a pas la même signification ni le même objectif que le seuil de 70 µg/m². Le seuil de 1000 traduit l'efficacité du nettoyage réalisé à la suite de travaux de suppression de l'accessibilité du plomb. La source d'exposition au plomb dans ces situations a été supprimée et les poussières retrouvées de manière résiduelle sont destinées à terme à disparaître. En revanche, si des poussières sont retrouvées, en dehors de tout contexte de travaux, au dessus du seuil de 70 µg/m², cela signifie qu'il y a un risque d'intoxication au plomb pour les enfants exposés.

Cas des eaux destinées à la consommation humaine

Concernant les eaux destinées à la consommation humaine (EDCH), la concentration en plomb dans l'eau entraînant un risque pour 5 % des enfants qui y sont exposés d'avoir une plombémie dépassant le seuil d'intervention rapide proposée par le HCSP (20 µg de plomb par litre d'eau) est supérieure à la limite de qualité fixée par le code de la santé publique (10 µg/L depuis le 25 décembre 2013).

Dans le cadre du contrôle sanitaire des EDCH mené par l'ARS, les analyses de plomb dans l'eau du robinet sont réalisées conformément aux prescriptions de l'arrêté du 31 décembre 2003 relatif aux conditions d'échantillonnage à mettre en œuvre pour mesurer le plomb, le cuivre et le nickel dans les EDCH, pris en application de l'article R.1321-20 du code de la santé publique, et de la circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004 relative au contrôle des paramètres plomb, cuivre et nickel dans les EDCH. Ces modalités de prélèvements, à utiliser dans le cadre du contrôle sanitaire, sont conformes aux dispositions de la directive 98/83/CE relative à la qualité des EDCH modifiée par la directive (UE) 2015/1787. La circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 susvisée présente également d'autres méthodes de prélèvement (prélèvement après écoulement, prélèvement après stagnation contrôlée...); toutefois, les résultats obtenus par ces méthodes ne peuvent être rigoureusement comparés à la limite de qualité fixée par la réglementation.

Compte tenu des dernières recommandations du HCSP en matière de gestion des expositions au plomb et de la spécificité de la mesure du plomb dans l'eau, une évolution des modalités de gestion des résultats d'analyses réalisées dans le cadre du contrôle sanitaire est proposée. Plusieurs difficultés ont été identifiées pour décliner au niveau opérationnel les recommandations du HCSP relatives au seuil d'intervention rapide.

Aussi il est proposé aux ARS :

a) lorsque la concentration en plomb dans l'eau, mesurée dans le cadre du contrôle sanitaire, est comprise entre 10 et 20 µg/L, d'appliquer les mesures générales indiquées dans les circulaires DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004 et DGS/SD7A n° 2004-557 du 25 novembre 2004 susmentionnées;

b) lorsque la concentration en plomb dans l'eau, mesurée dans le cadre du contrôle sanitaire, est supérieure à 20 µg/L :

- d'appliquer les mesures générales indiquées dans les circulaires DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004 et DGS/SD7A n° 2004-557 du 25 novembre 2004 susmentionnées;
- et/ou de mettre en œuvre, à titre expérimental, le protocole suivant dans quelques situations pouvant être rencontrées dans le cadre du contrôle sanitaire des EDCH. Une évaluation de cette expérimentation sera réalisée à la fin de l'année 2017 afin d'étudier la généralisation de la mise en œuvre de ce protocole.

Par ailleurs, la valeur de 20 µg/L est substituée à la valeur de 25 µg/L dans la partie II.5.B) de la circulaire n°DGS/SD7A/2004/602 du 15 décembre 2004 mentionnée en référence.

*
* *

Protocole expérimental proposé

Lorsqu'une analyse réalisée dans le cadre du contrôle sanitaire indique que la concentration en plomb dans l'EDCH est supérieure à 20 µg/L, ce résultat doit être confirmé par deux nouveaux prélèvements au même point d'usage :

- un prélèvement après écoulement correspondant à l'exposition minimale du consommateur (appelé « 2^e jet » par la suite);
- un prélèvement après 30 minutes de stagnation (appelé « 30MS » par la suite), correspondant à une consommation « normale » de l'eau du robinet (on considère habituellement qu'une période de 30 minutes correspond au temps moyen de stagnation de l'eau entre deux utilisations).

Selon les résultats de ces deux nouveaux prélèvements, les mesures suivantes peuvent être adoptées (cf. diagramme ci-après) :

Situation A. - Les concentrations en plomb dans l'eau des deux prélèvements sont inférieures à 20 µg/L :

- pas de dépistage de la plombémie;
- recommandation de laisser couler l'eau avant de la consommer pour les usages alimentaires lorsque l'eau a stagné dans les canalisations (cf. circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 suscitée).

Situation B. - La concentration dans le prélèvement « 30MS » est supérieure à 20 µg/L et la concentration dans le prélèvement « 2^e jet » est inférieure à 10 µg/L :

- uniquement dans le cas où les prélèvements ont été réalisés dans un logement: recommandation de l'ARS à l'attention des enfants de moins de 7 ans et des femmes enceintes occupant ce logement, si leurs habitudes de consommation de cette eau le justifient, de faire réaliser une mesure de la plombémie;
- recommandation de laisser couler l'eau avant de la consommer pour les usages alimentaires lorsque l'eau a stagné dans les canalisations (cf. circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 suscitée).

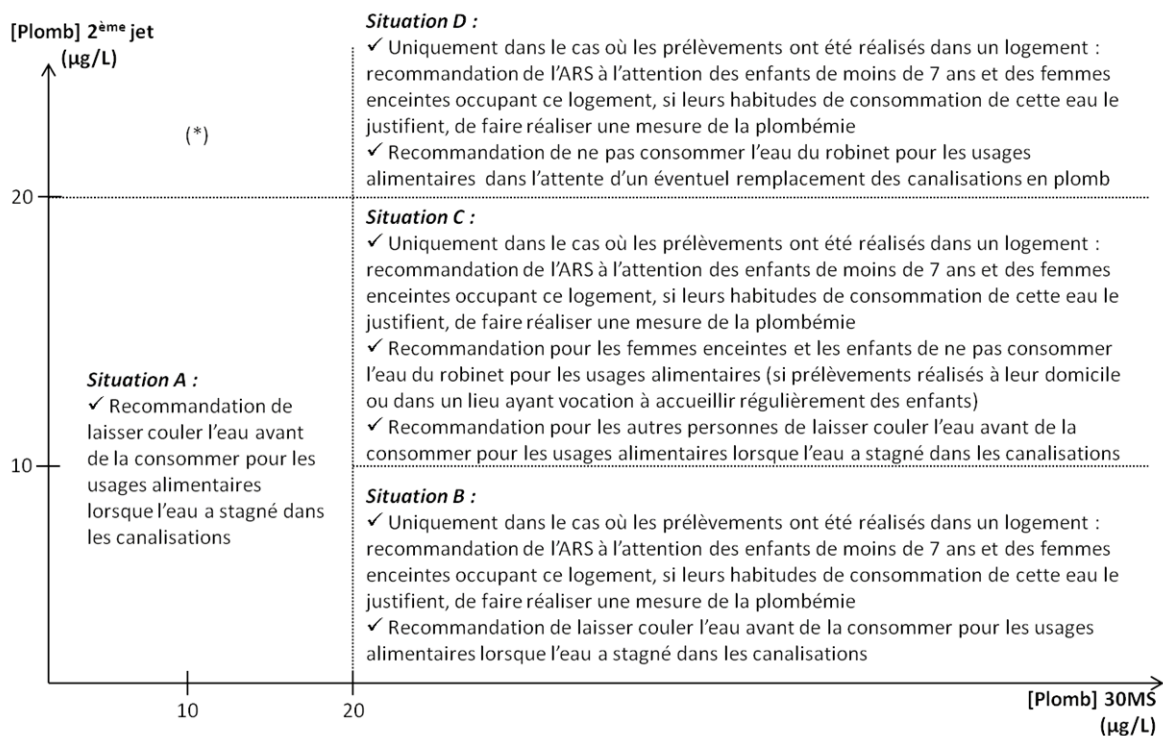
Situation C. – La concentration dans le prélèvement « 30MS » est supérieure à 20 µg/L et la concentration dans le prélèvement « 2^e jet » est comprise entre 10 et 20 µg/L :

- uniquement dans le cas où les prélèvements ont été réalisés dans un logement: recommandation de l'ARS à l'attention des enfants de moins de 7 ans et des femmes enceintes occupant ce logement, si leurs habitudes de consommation de cette eau le justifient, de faire réaliser une mesure de la plombémie;
- recommandation de ne pas consommer l'eau du robinet pour les usages alimentaires, pour les enfants et les femmes enceintes (la probabilité d'avoir une concentration en plomb supérieure à 20 µg/L dans l'eau au robinet est non négligeable), si les prélèvements ont été réalisés à leur domicile ou dans un lieu ayant vocation à accueillir régulièrement des enfants (crèches, garderies, écoles, centres aérés...);
- recommandation, pour les autres personnes, de laisser couler l'eau avant de la consommer pour les usages alimentaires lorsque l'eau a stagné dans les canalisations.

Situation D. – Les concentrations en plomb dans l'eau des deux prélèvements sont supérieures à 20 µg/L :

- uniquement dans le cas où les prélèvements ont été réalisés dans un logement: recommandation de l'ARS à l'attention des enfants de moins de 7 ans et des femmes enceintes occupant ce logement, si leurs habitudes de consommation de cette eau le justifient, de faire réaliser une mesure de la plombémie;
- recommandation de ne pas consommer l'eau du robinet pour les usages alimentaires dans l'attente d'un éventuel remplacement des canalisations en plomb.

Il est rappelé que la solution la plus efficace pour limiter les apports en plomb dans l'eau du robinet consiste en la suppression des canalisations et des branchements en plomb du réseau public d'alimentation en eau et des canalisations en plomb dans les bâtiments (cf. annexe 5).



(*) Dans cette situation (concentration dans le prélèvement « 30MS » inférieure à 20 µg/L et concentration dans le prélèvement « 2^e jet » supérieure à 20 µg/L), plusieurs explications peuvent être avancées: la durée d'écoulement préalable du 2^e jet n'a pas été suffisante (longueur de canalisations en plomb importante), du plomb particulaire a été entraîné lors de la purge, la stagnation a été perturbée par des puisages « parasites » non maîtrisés. De nouveaux prélèvements sont alors à envisager.

En cas de mise en œuvre de ce protocole :

- les modalités de gestion précitées se substituent alors à la partie II.5 de la circulaire n°DGS/SD7A/2004/602 du 15 décembre 2004 relative à la gestion du risque sanitaire en cas de dépassement des limites de qualité des eaux destinées à la consommation humaine pour les paramètres antimoine, arsenic, fluor, plomb et sélénium en application des articles R. 1321-26 à R. 1321-36 du code de la santé publique ;
- les résultats peuvent être colligés dans la base de données SISE-Eaux sous réserve que le motif de prélèvement soit « E – Etudes ». Il est rappelé qu'il existe une codification spécifique des conditions de prélèvement.

Concernant la prise en charge financière des prélèvements d'échantillons d'eau et des analyses, il est recommandé de demander au responsable du réseau public la nature du branchement public. Si le branchement public est en plomb, cette prise en charge lui incombe. Dans le cas contraire, elle incombe au(x) propriétaire(s) au titre de l'article L. 1321-4 et de l'article R. 1321-18 du code de la santé publique : il est alors fortement recommandé de l'informer, par courrier et au préalable, que des prélèvements et analyses complémentaires sont envisagés.

*
* *

Il est rappelé qu'en cas de saturnisme infantile, l'EDCH constitue une voie de contamination possible. Des prélèvements d'échantillons d'eau peuvent être réalisés à des fins d'analyses dans le cadre de l'enquête environnementale. Il convient alors d'utiliser les méthodes de prélèvements précitées (2^e jet et après 30 minutes de stagnation) et de prodiguer aux familles les recommandations mentionnées ci-avant dans le cadre du protocole.

Conséquences des résultats du dépistage

Individuellement :

Pour les personnes dont la plombémie est supérieure à 50 µg/L, il est nécessaire de prendre des mesures personnalisées qui les soustraient de manière pérenne à cette exposition. Si les plombémies sont entre 25 et 50 µg/L, il convient de donner aux personnes concernées ou à leur famille des conseils hygiéno-diététiques et de leur préconiser des mesures simples de limitation du contact avec les sources d'exposition.

Collectivement :

Si aucun cas n'est trouvé, cela ne signifie pas que la situation est satisfaisante. Les résultats obtenus sont dépendants de la taille de la population concernée, de l'intensité du contact qui peut être plus faible que dans les modélisations, etc. Les mesures de gestion du risque sont ainsi à définir après une analyse approfondie des conditions d'exposition et en prenant en compte le potentiel d'exposition futur.

En particulier, pour le cas des sols contaminés, l'exposition et les plombémies en résultant varient en fonction de nombreux facteurs (facteurs géochimiques : biodisponibilité ; comportementaux : usage des sols). Les mesures de gestion doivent tenir compte de ces paramètres, en portant une attention particulière aux sols d'espace collectifs habituellement fréquentés par des enfants (cour d'école, aire de jeux...).

Le HCSP a utilisé la valeur par défaut de bioaccessibilité (absolue) de 30 % du modèle IEUBK pour estimer les concentrations environnementales de plomb devant conduire à un dépistage. Si des valeurs locales de bioaccessibilité sont disponibles, il est alors possible d'en tenir compte pour ajuster la concentration en plomb devant conduire à un dépistage. Pour cela, il convient de remplacer la valeur par défaut d'IEUBK par la valeur locale, tous les autres paramètres étant égaux par ailleurs. Si la valeur locale est inférieure à 30 %, la concentration de plomb devant conduire à un dépistage sera plus élevée. Elle sera moins élevée si la valeur locale de bioaccessibilité est supérieure à 30 %.

ANNEXE 5

ACTIONS GLOBALES DE RÉDUCTION DES PLOMBÉMIES EN POPULATION GÉNÉRALE OU POUR CERTAINS PUBLICS CIBLES

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que les objectifs suivants soient atteints pour 2017 :

- Plombémie moyenne (géométrique) pour les enfants de moins de 7 ans: 12 µg/L ;
- Percentile 98 attendu de la distribution des plombémies pour les enfants de moins de 7 ans: 40 µg/L.

Afin d'atteindre ces objectifs visant à diminuer le niveau d'imprégnation de la population générale des enfants, des actions globales de réduction des expositions sont à mettre en œuvre.

Le signalement d'un cas de saturnisme ou de risque d'exposition au plomb lié à un logement d'un immeuble collectif, que ce soit *via* les revêtements ou *via* l'eau du robinet, pourra conduire à mettre en œuvre des mesures de gestion à l'échelle de l'immeuble. Il s'agira notamment de diffuser aux occupants de l'immeuble les recommandations permettant de réduire leur exposition au plomb et de rappeler, le cas échéant, l'obligation de production d'un CREP.

Dans le cadre d'actions de sensibilisation des professionnels de santé (ex: les médecins de protection maternelle et infantile, les médecins scolaires, les médecins généralistes, les pédiatres libéraux et hospitaliers, les gynécologues obstétriciens libéraux et hospitaliers, les pédopsychiatres libéraux, etc.), il convient de rappeler que le risque de saturnisme doit être évalué au cours des examens des 9^e et 24^e mois de la vie (*cf.* carnet de santé) mais également à toute autre occasion.

Il sera pertinent de sensibiliser tout particulièrement les médecins exerçant dans des quartiers Anciens Dégradés (QAD) ou à proximité d'anciens sites industriels potentiellement contaminés au plomb.

Actions spécifiques relatives à l'eau destinée à la consommation humaine (EDCH) :

1. Programme d'analyses de l'EDCH au titre du contrôle sanitaire des ARS

Conformément à l'arrêté du 31 décembre 2003 susmentionné, les lieux de prélèvements d'échantillons d'eau pour le contrôle sanitaire du plomb dans les EDCH sont choisis de manière aléatoire. Néanmoins, pour quelques analyses réalisées dans le cadre du contrôle sanitaire ou pour des campagnes d'analyses réalisées en sus du contrôle sanitaire, les ARS peuvent cibler de manière préférentielle les établissements recevant du public et plus particulièrement ceux recevant des enfants (crèches, écoles, garderies, centres aérés...), construits avant 1955, le plomb ayant été largement utilisé en France pour la fabrication de canalisations d'eau potable de petit diamètre jusque dans les années 1950.

Pour la gestion des résultats d'analyses, il convient de se référer à l'annexe 4 de la présente instruction.

2. Traitements de l'EDCH et remplacement des canalisations en plomb

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les eaux ne doivent pas être agressives. Le respect de cette référence de qualité, fixée par l'arrêté du 11 janvier 2007 relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des EDCH, implique de distribuer les eaux à l'équilibre calco-carbonique, voire légèrement incrustantes. Les ARS doivent inciter les collectivités à mettre à l'équilibre calco-carbonique les eaux distribuées afin de réduire la dissolution du plomb dans les EDCH. La circulaire DGS/SD7A n° 2004-557 du 25 novembre 2004 précise les mesures correctives à mettre en œuvre. En ce qui concerne le traitement de l'eau par les orthophosphates, la DGS a saisi l'Anses, en avril 2015, sur l'intérêt à maintenir ce traitement et, le cas échéant, sur les conditions de sa mise en œuvre. Les conclusions de cette expertise sont attendues pour fin 2016. Par ailleurs, le remplacement des branchements publics en plomb doit se poursuivre et s'amplifier s'il n'est pas encore achevé. Les ARS mobiliseront les collectivités qui se trouvent encore dans cette situation. La note de synthèse annuelle sur la qualité des eaux distribuées qui est publiée au recueil des actes administratifs dans les communes de plus de 3 500 habitants (article D. 1321-104 du code de la santé publique) peut utilement rappeler à la personne responsable de la production ou de la distribution d'eau (PRPDE) de remplacer l'ensemble des branchements publics en plomb.

La directive 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des EDCH n'oblige pas au remplacement des canalisations en plomb ; néanmoins, le changement des canalisations intérieures en

plomb reste souhaitable dans la durée, en commençant par les bâtiments fournissant de l'eau au public présentant le plus d'enjeux (crèches, écoles...). Le remplacement des canalisations intérieures en plomb devrait être envisagé lors de travaux de rénovation des logements et copropriétés. En cas de remplacement des canalisations d'amenée en plomb présentes dans les parties communes, il est recommandé de traiter également les parties privatives afin d'éviter une augmentation de la dissolution du plomb en aval des nouvelles canalisations. Ces recommandations, de même que les recommandations d'usage habituelles, pourront utilement être indiquées dans la synthèse annuelle sur la qualité de l'eau diffusée avec la facture d'eau ainsi que dans la fiche d'information accompagnant la diffusion des résultats d'analyses (cf. circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004).

3. Informations à réaliser par les ARS

D'une manière générale, il est recommandé au consommateur de laisser couler l'eau avant de la consommer lorsque l'eau a stagné dans les canalisations, de quelques secondes à une ou deux minutes (en cas de stagnation prolongé, le matin au réveil, au retour d'une journée de travail ou après plusieurs jours d'absence, par exemple) et d'utiliser l'eau froide pour la boisson, la préparation et la cuisson des aliments, dans la mesure où une température élevée favorise la migration des métaux dans l'eau. L'annexe 1 de la circulaire DGS/SD7A n° 2004-45 du 5 février 2004 susvisée précise ces règles de bons usages de l'eau du robinet qui doivent être appliquées en cas de présence de canalisations en plomb.

Ces règles de bons usages devront être rappelées par les ARS aux professionnels de santé et aux services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) afin que ces derniers les rappellent, en particulier, aux familles concernées par un cas de saturnisme infantile ou d'imprégnation par le plomb.

Les Agences de l'eau peuvent également être sollicitées afin que de nouvelles actions de remplacement des canalisations en plomb des réseaux publics soient programmées.

Actions spécifiques relatives aux aliments

Lors des campagnes d'information destinées au public ou aux professionnels de santé, prévues sur vos territoires par l'ARS ou un autre acteur, vous veillerez à ce que les risques d'exposition au plomb liés à l'utilisation de matériaux, contenant du plomb et en contact avec les aliments, ou liés à la consommation de produits alimentaires contaminés par l'environnement (jardin potager sur un sol pollué par exemple) soient intégrés si le contexte le justifie.

Des précisions sont apportées ci-dessous, d'une part s'agissant des matériaux en contact avec les aliments, d'autre part sur l'exposition au plomb par la voie alimentaire.

Contamination *via* les matériaux en contact avec les aliments :

Un aliment peut être amené à entrer en contact avec des contenants (pots, emballages, réservoirs), des outils, des ustensiles ou des surfaces servant lors de la préparation et du stockage des denrées alimentaires. Afin de s'assurer que ces matériaux et leurs constituants n'induisent pas de risque pour la santé, la composition de ces matériaux et les traitements auxquels ils sont soumis au cours de leur vie sont strictement encadrés.

Les produits en céramiques peuvent libérer des produits toxiques, notamment du plomb, aux aliments avec lesquels ils sont en contact. Lors de leur mise sur le marché, ces objets en céramique doivent être accompagnés d'une déclaration de conformité du fabricant assurant que ceux-ci respectent les limites maximales de cession du plomb, prévues par la réglementation (cf. arrêté du 23 mai 2006 modifiant l'arrêté du 7 novembre 1985 relatif à la limitation des quantités de plomb et de cadmium extractibles des objets en céramique mis ou destinés à être mis au contact des denrées, produits et boissons alimentaires).

Les plats en céramique d'origine artisanale, non destinés au contact avec des aliments, ne font pas l'objet de ce contrôle. Ils peuvent ainsi être source de contamination par le plomb s'ils sont utilisés pour préparer, chauffer ou recueillir des aliments.

Aussi, il convient de ne pas utiliser, pour la cuisine ou le stockage des aliments, des céramiques d'origine artisanale, souvent émaillées avec des sels de plomb (certains plats à tajine par exemple) ou des étains décoratifs (théières) contenant du plomb. Des récipients en cristal, en contact avec des aliments ou boissons acides, peuvent aussi libérer du plomb.

Exposition au plomb par la voie alimentaire

Les résultats de la deuxième étude nationale de surveillance des expositions alimentaires aux substances chimiques réalisée par l'Anses (étude de l'Alimentation Totale 2 - 2006-2010 ; EAT 2),

démontrent en France métropolitaine une diminution de l'exposition au plomb par la voie alimentaire en comparaison avec les résultats de la première étude de l'alimentation totale - EAT 1 (2000-2004).

Cependant, cette étude met également en évidence, pour certains groupes de populations, des risques de dépassement des seuils toxicologiques pour certaines substances telles que le plomb, souvent associés à des situations de forte consommation d'un aliment ou groupe d'aliments donné. L'Anses rappelle l'importance d'une alimentation diversifiée et équilibrée en variant les aliments et la quantité consommée.

Par ailleurs, une surveillance et des contrôles de la présence de contaminants dans les aliments sont mis en œuvre par les industriels et par les autorités sanitaires.

Les plans de surveillance et plans de contrôles (PSPC) menés chaque année par la direction générale de l'alimentation (DGAL) du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et les tâches nationales (TN) menées par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) du ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique sont des contrôles officiels qui font partie du dispositif général d'évaluation et de maîtrise de la sécurité sanitaire des aliments.

Le plan de surveillance relatif aux éléments traces métalliques en 2011 a permis de noter l'absence de non-conformités pour toutes les matrices réglementées.

Enfin, les limites réglementaires pour les métaux lourds dans les denrées animales sont définies dans le règlement (CE) n° 1881/2006 de la Commission du 19 décembre 2006 portant fixation de teneurs maximales pour certains contaminants dans les denrées alimentaires. Les teneurs maximales varient en fonction des denrées (lait, légumes, céréales, etc.) entre 0,02 et 1,5 mg/kg de poids à l'état frais.

Dans les départements d'outre-mer, en particulier en Guyane, l'exposition au plomb par la voie alimentaire pourrait être bien plus élevée (ingestion de produits locaux et/ou non soumis au règlement européen). Des études sont en cours à ce sujet.

Actions spécifiques relatives aux cosmétiques artisanaux (khol, surma...) et d'autres objets contenant du plomb

Les cosmétiques artisanaux (khol, surma, kajal, tiro) utilisés par les populations originaires du Moyen orient, d'Inde, d'Asie de Sud-est, de certaines régions d'Afrique ainsi que certains remèdes traditionnels venus d'Inde, de Pakistan, d'Asie de Sud-est, de certains pays de l'Amérique latine, peuvent contenir du plomb, parfois en grande quantité.

Leur utilisation par des personnes de l'entourage proche de l'enfant ou par l'enfant lui-même, peut exposer ce dernier au plomb.

Les actions spécifiques à mettre en place concernent la recherche de ce type de facteur de risque d'exposition au plomb pendant l'enquête, la sensibilisation des professionnels de santé à cette problématique, les campagnes de communication en direction de la population générale ou des populations identifiées à risque sur ce type de facteur de risque d'exposition.

Une autre possibilité de contamination des enfants est l'utilisation des jouets (non marqués CE) ou d'autres objets contenant du plomb, par le portage à la bouche de ces objets par les enfants.

Dans ce cas, aussi, des campagnes de sensibilisation/information peuvent être mises en place par l'ARS ou par d'autres acteurs présents sur le terrain (associations, etc.) avec le soutien de l'ARS.

ANNEXE 6

MODIFICATIONS APPORTÉES À LA CIRCULAIRE DU 13 AOÛT 2007

La circulaire du 13 août 2007 citée en référence reste en grande partie applicable, excepté pour :

- le seuil de plombémie définissant les cas de saturnisme;
- les services de l'État mentionnés tels que les DDASS (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) et les DDE (directions départementales de l'équipement);
- ainsi que pour les points listés ci-dessous :
 - Au 1.3: la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a supprimé l'obligation d'agréer les opérateurs réalisant ces diagnostics par le DG-ARS et introduit une obligation de certification pour réaliser des DRIPP ou CAT;
 - Au 2.2: Expertise de l'INSERM: Pour mieux comprendre les raisons du décalage entre l'estimation du nombre d'enfants intoxiqués par le plomb (84 000 d'après l'enquête INSERM/RNSP de 1996) et le nombre effectivement dépistés (environ 500 par an), la DGS, en 2006, a saisi l'INSERM et l'InVS pour faire le point sur les stratégies de dépistage mises en œuvre au niveau local. Le rapport de l'expertise opérationnelle InVS / INSERM Saturnisme - Quelle stratégie de dépistage chez l'enfant ? a été présenté le 17 juillet 2008. Il est disponible sur le site du ministère chargé de la santé : <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/batiments/article/effets-du-plomb-sur-la-sante>;
 - Au 2.4.1: l'agrément des opérateurs a été remplacé par le système de certification (avec mention le cas échéant);
 - Au 2.4.4: le système d'information « saturnins » n'est plus opérationnel et les données concernant les signalements et les CREP ont été reprises dans @riane-Habitat début 2013.

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 29 septembre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels

NOR : AFSA1630798A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu l'article D.312-116 du code de l'action sociale et des familles;

Vu l'arrêté du 15 décembre 1976 modifié relatif au certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels, et notamment son article 8;

Vu l'arrêté du 18 novembre 2011 fixant la rémunération des agents publics des administrations en charge de la santé, de la jeunesse et de la vie associative, des solidarités et de la cohésion sociale, de la ville et des sports participant à titre d'activité accessoire à des activités de formation et de recrutement;

Vu l'arrêté du 11 juillet 2016 portant ouverture au titre de l'année 2017 d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels,

Arrête:

Article 1^{er}

Le jury de l'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels est composé ainsi qu'il suit:

I. – ÉPREUVES DE LA PREMIÈRE PARTIE

Président

M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées, représentant le directeur général de la cohésion sociale, Paris (75).

Membres titulaires

M. Fabien MARMONIER, inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, Nantes (44).

Mme Françoise MAGNA, inspectrice pédagogique et technique des établissements pour déficients visuels relevant du ministère chargé des personnes handicapées, Paris (75).

Docteur Marie-Françoise CLOGENSON, ophtalmologiste, SIAM 75, Paris (75).

Mme Elisabeth BINCAZ, directrice du Centre national de formation des enseignants pour déficients sensoriels (CNFEDS), Chambéry (73).

M. Stéphane HAGUES, enseignant, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

M. Julien BERTHIER, enseignant, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

Mme Sonia LE MAUFF, enseignante, institut des jeunes aveugles, Lille (59).

Mme Anne LHORO, enseignante, institut des jeunes aveugles, Toulouse (31).

Personnes qualifiées

M. Pascal AYMARD, enseignant, institut Les Hauts Thébaudières, Vertou (44).

M. Laurent BOURRIEN, enseignant, Initiatives pour l'inclusion des déficients visuels, Quimper (29).

Mme Marie-Laure CACHENAUT, enseignante, établissement Jean Lagarde, Ramonville-Saint-Agne (31).

Mme Anne CHOTIN, enseignante, Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés, Suresnes (92).

Mme Agnès GUIBORA, chef de service, centre d'éducation pour déficients visuels, Nancy (54).

Mme Roselyne GUILLEMET, chef de service, institut des jeunes aveugles, Toulouse (31).

Mme Frédérique GUMERY, chef de service, CRDV, Clermont-Ferrand (63).

M. Eric KUENZI, chef de service SAFEP-SAAAS, CREESDEV, Besançon (25).

M. Laurent LINGE, enseignant, centre Louis Braille, Strasbourg (67).

M. Eric OBYN, enseignant, centre FORJA, Paris (75).

Mme Catherine PLANK, enseignante, conseillère départementale pour les troubles des fonctions visuelles, DSDEN, Bobigny (93).

Mme Marie VIRAC, enseignante, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

Mme Nathalie ZELMEUR, enseignante, centre Louis Braille, Strasbourg (67).

Membres suppléants

M. Patrick COLIN, psychologue, Institut Michel Fandre, Reims (51).

M. Yves FELIX, enseignant, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

Mme Solène JUVIN, enseignante, institut Les Hauts Thébaudières, Vertou (44).

Docteur Béatrice LE BAIL, ophtalmologiste, IME Jean-Paul, Évry (91).

II. – ÉPREUVES DE LA SECONDE PARTIE

Président

M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées, représentant le directeur général de la cohésion sociale, Paris (75).

Membres titulaires

M. Fabien MARMONIER, inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, Nantes (44).

Mme Françoise MAGNA, inspectrice pédagogique et technique des établissements pour déficients visuels relevant du ministère chargé des personnes handicapées, Paris (75).

Docteur Marie-Françoise CLOGENSON, ophtalmologiste, SIAM 75, Paris (75).

Mme Elisabeth BINCAZ, directrice du Centre national de formation des enseignants pour déficients sensoriels (CNFEDS), Chambéry (73).

M. Julien BERTHIER, enseignant, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

M. Yves FELIX, enseignant, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).

Mme Solène JUVIN, enseignante, institut Les Hauts Thébaudières, Vertou (44).

M. Éric OBYN, enseignant, centre FORJA, Paris (75).

Personnes qualifiées

M. Maximin ASTOURNE, inspecteur de l'éducation nationale, La Réunion (974).

M. Pascal AYMARD, enseignant, institut Les Hauts Thébaudières, Vertou (44).

M. Laurent BOURRIEN, enseignant, institut pour l'insertion des déficients visuels en Finistère, Quimper (29).

Mme Marie-Laure CACHENAUT, enseignante, établissement Jean Lagarde, Ramonville-Saint-Agne (31).

Mme Anne CHOTIN, enseignante, Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés, Suresnes (92).

M. Jean-Yves FAURE, enseignant honoraire, Vanves (92).

Mme Agnès GUIBORA, chef de service, centre d'éducation pour déficients visuels, Nancy (54).

Mme Roselyne GUILLEMET, chef de service, institut des jeunes aveugles, Toulouse (31).

Mme Frédérique GUMERY, chef de service, CRDV, Clermont-Ferrand (63).
M. Eric KUENZI, chef de service SAFEP-SAAAS, CREESDEV, Besançon (25).
M. Laurent LINGE, enseignant, centre Louis Braille, Strasbourg (67).
Mme Marie VIRAC, enseignante, Institut national des jeunes aveugles, Paris (75).
Mme Nathalie ZELMEUR, enseignante, centre Louis Braille, Strasbourg (67).

Membres suppléants

M. Patrick COLIN, psychologue, institut Michel Fandre, Reims (51).
Docteur Béatrice LE BAIL, ophtalmologiste, IME Jean-Paul, Évry (91).
Mme Sonia LE MAUFF, enseignante, institut des jeunes aveugles, Lille (59).
Mme Catherine PLANK, enseignante, conseillère départementale pour les troubles des fonctions visuelles, DSDEN, Bobigny (93).

Article 2

Cet examen est classé dans le groupe 2.

Article 3

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté dont une mention sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*La sous-directrice
de l'autonomie, des personnes handicapées
et des personnes âgées,*
N. CUVILLIER

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 30 septembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 septembre 2014 portant nomination des membres de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale

NOR : AFSA1630808A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 451-1 et R. 451-1;

Vu le code de l'éducation, et notamment son article L. 335-6;

Vu le décret du 24 décembre 2015 renouvelant les commissions professionnelles consultatives relevant du ministère des affaires sociales et de la santé, du ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social et du ministère de la culture et de la communication;

Vu l'arrêté du 8 septembre 2014 modifié portant nomination des membres de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale,

Arrête :

Article 1^{er}

L'arrêté du 8 septembre 2014 portant nomination des membres de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale est modifié comme suit :

Dans le paragraphe « Au titre de la représentation des pouvoirs publics », les termes : « M. RONZEL (André) » sont remplacés par les termes : « Mme LEURIDAN (Nathalie) ».

Article 2

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 30 septembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général de la cohésion sociale :
*La cheffe de service, adjointe au directeur général
de la cohésion sociale,*
C. MICHEL

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 octobre 2016 portant nomination des membres du jury de l'examen organisé en 2017 pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles

NOR : AFSA1630809A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu les articles D.312-111 à D.312-122 du code de l'action sociale et des familles;

Vu l'arrêté du 19 novembre 1997 modifié créant un certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles, et notamment son article 6;

Vu l'arrêté du 11 juillet 2016 portant ouverture en 2017 d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles,

Arrête:

Article 1^{er}

Le jury de l'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion (CAERL) auprès des personnes déficientes visuelles est composé ainsi qu'il suit:

Président

M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau de l'insertion et de la citoyenneté, représentant le directeur général de la cohésion sociale (75 Paris).

Membres titulaires

Mme Françoise MAGNA, inspectrice pédagogique et technique des établissements pour déficients visuels relevant du ministère chargé des personnes handicapées (75 Paris).

Mme le docteur Béatrice LE BAIL, chef de service, ophtalmologiste de l'IME Jean-Paul (91 Évry).

Mme Alexia BAILLY, formatrice, instructrice de locomotion à la FAF access-formation (75 Paris).

Mme Sophie MILLET, formatrice, instructrice de locomotion à la FAF access-formation (75 Paris).

Mme Anne-Valérie SEBRIÉ, membre de l'Association des instructeurs de locomotion pour déficients visuels (AILDV), instructrice de locomotion à l'Institut national des jeunes aveugles (75 Paris), établissement public.

Mme Fanny LEVESQUE, membre de l'Association des instructeurs de locomotion pour déficients visuels (AILDV), instructrice de locomotion au SIAM APAJH 92 (92 Suresnes), établissement privé.

Membres suppléants

Mme le docteur Marie-Françoise CLOGENSON, ophtalmologiste au SIAM 75 (75 Paris).

M. Grégoire GUILLOT, formateur, instructeur de locomotion à la FAF access-formation (75 Paris).

Mme Cristelle REY, formatrice, instructrice de locomotion à la FAF access-formation (75 Paris).

Mme Laetitia OUARY, membre de l'Association des instructeurs de locomotion pour déficients visuels (AILDV), instructrice de locomotion à l'IHV Les Hauts-Thébaudières (44 Vertou), établissement public.

Mme Carole SIRVEIN, membre de l'Association des instructeurs de locomotion pour déficients visuels (AILDV), instructrice de locomotion à l'IMPro Valentin Haüy (91 Chilly-Mazarin), établissement privé.

Article 2

Cet examen est classé dans le groupe 2.

Article 3

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, dont une mention sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 octobre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
*La sous-directrice de l'autonomie,
des personnes handicapées et des personnes âgées,*
N. CUVILLIER

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 octobre 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (JORF n° 0238 du 12 octobre 2016)

NOR : AFSA1628343A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200;
Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 22 septembre 2016;
Vu les notifications en date du 26 septembre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants :

A. – Accords de branche et conventions collectives nationales

I. – Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (UDES)

Avenant du 27 novembre 2015 relatif à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

II. – Convention collective du 15 mars 1966

Avenant n° 338 du 3 juin 2016 relatif au régime de complémentaire santé.

III. – Accords collectifs CHRS du SYNEAS

Avenant n° 1 du 26 avril 2016 au protocole n° 158 du 30 novembre 2015 relatif à la modification du régime collectif de prévoyance.

IV. – Convention collective du 26 août 1965 (UNISSS)

1. Avenant n° 04-2016 du 3 juin 2016 relatif à la mise à jour de la nomenclature des emplois non cadres (groupe B de la filière sociale, éducative et enseignement).

2. Avenant n° 05-2016 du 3 juin 2016 relatif à la revalorisation de la valeur du point.

B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales relatifs à la complémentaire santé

Association EVA (38244 Meylan), accord d'entreprise du 27 mai 2015.

APEI de l'arrondissement de Saint-Omer (62501 Saint-Omer), accord d'entreprise du 19 novembre 2015 et avenant du 6 juillet 2016.

C. – Autres accords d'entreprise et décisions unilatérales

I. – ADAPA de l'Ain (01004 Bourg-en-Bresse)

Accord d'entreprise du 5 avril 2016 relatif au droit d'expression des salariés.

II. – *La Sauvegarde 13*
(13009 Marseille)

PV de NAO 2015 du 18 février 2016 relatif aux négociations annuelles obligatoires 2015.

III. – *Fondation hospitalière de La Miséricorde (14008 Caen)*

Accord d'entreprise du 29 mars 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

IV. – *ACODEGE*
(21014 Dijon)

1. Accord du 18 décembre 2015 relatif à la GPEC.
2. Accord du 18 décembre 2015 relatif au contrat de génération.

V. – *AGEP*
(33000 Bordeaux)

1. Accord d'entreprise du 4 mai 2016 relatif au contrat de génération.
2. Accord du 4 mai 2016 relatif au droit d'expression des salariés.
3. Accord du 4 mai 2016 relatif à la communication d'informations sur le site Intranet par les IRP.

VI. – *Association*
EVA (38244 Meylan)

Accord d'entreprise du 6 juillet 2015 relatif à la mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire.

VII. – *ADAPEI*
(49018 Angers)

Accord d'entreprise du 10 mai 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

VIII. – *Centre Hélène Borel (59283 Raimbeaucourt)*

Accord d'entreprise du 17 juin 2016 relatif à l'indemnité kilométrique vélo.

IX. – *ALEFPA*
(59003 Lille)

Accord d'entreprise du 27 avril 2016 relatif au don de jours de congés au salarié ayant un enfant gravement malade.

X. – *ALTERIS*
(63000 Clermont-Ferrand)

Accord d'entreprise du 30 juin 2016 relatif à la révision du régime de prévoyance.

XI. – *Association Marie PIRE*
(68131 Altkirch)

Accord d'entreprise du 9 mai 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

XII. – *APAJH des Yvelines*
(78280 Guyancourt)

Décision unilatérale du 18 novembre 2015 relative à l'aménagement du temps de travail.

XIII. – *Association ADAFMI*
(83170 Brignoles)

Accord d'entreprise du 22 mars 2016 relatif à la mise en œuvre du télétravail.

XIV. – *Association ORGHANDI*
(85110 Saint-Germain-de-Prinçay)

Accord d'entreprise du 2 mai 2016 relatif à la mise en place d'une convention de forfait annuel en jours.

XV. – *Association Œuvre d'Avenir*
(92340 Bourg-la-Reine)

Accord d'entreprise du 22 mars 2016 relatif à l'organisation du temps de travail.

XVI. – *ADEF Résidences*
(94207 Ivry-sur-Seine)

1. Avenant n° 2 du 12 avril 2016 à l'accord de participation du 6 mai 2010 relatif à la mise en conformité de la participation des salariés avec la loi n° 2015-990 du 6 août 2015.

2. Avenant n° 2 du 12 avril 2016 à l'accord plan d'épargne entreprise du 6 mai 2010 relatif à la mise en conformité du plan d'épargne entreprise des salariés avec la loi n° 2015-990 du 6 août 2015.

3. Avenant n° 22 du 10 mai 2016 à l'accord d'entreprise du 23 novembre 2004 relatif à la création d'une grille indiciaire spécifique pour les fonctions du siège social.

Art. 2. – Ne sont pas agréés les accords collectifs de travail et décisions unilatérales suivants :

A. – Accords de branche et conventions collectives nationales

Convention collective du 26 août 1965 (UNISSS).

1. Avenant n° 02-2016 du 3 juin 2016 relatif à la modification de la nomenclature des emplois cadres (création d'un groupe E: Médecins et pharmaciens).

2. Avenant n° 03-2016 du 3 juin 2016 relatif au congé de formation économique, sociale et syndicale.

B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales

I. – *CISAD (Comité intercommunal de soins et d'aide à domicile)*
(22560 Pleumeur-Bodou)

Décision unilatérale du 27 janvier 2016 relative au passage de la CC51 à la CCU BAD.

II. – *Les PEP 69*
(69613 Villeurbanne)

Protocole d'accord du 1^{er} juillet 2016 relatif aux salaires des salariés en fin de grille.

III. – *Association ORGHANDI*
(85110 Saint-Germain-de-Prinçay)

Accord d'entreprise du 2 mai 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

Art. 3. – Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 octobre 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

Nota. – Le texte des accords cités à l'article 1^{er} A (I, II, III et IV) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel Santé protection sociale – solidarités* n° 16/10, disponible sur le site internet du ministère en charge de la santé et des affaires sociales.



ACCORD DU 27 NOVEMBRE 2015 SUR L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE FEMMES-HOMMES DANS L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

PRÉAMBULE

Éléments d'état des lieux

L'économie sociale et solidaire (ESS), de par la socio-démographie de son salariat et les spécificités de ses activités, présente des caractéristiques propres qui nécessitent des réponses appropriées à la problématique d'égalité professionnelle et de mixité. L'ESS est marquée par¹ :

- une forte féminisation des métiers, globalement, très variable toutefois selon les secteurs d'activité : 67 % des salariés de l'ESS sont des femmes, proportion à mettre en regard avec les 48 % de femmes dans le salariat français. Cette féminisation est particulièrement marquée dans certaines branches professionnelles, qu'on qualifiera de non mixtes en ce que la proportion d'un des deux sexes atteint au moins 60 % des effectifs salariés. Parmi les onze branches et secteurs professionnels de l'ESS qui peuvent être qualifiés de non mixtes, sept sont à prédominance féminine. Seules quatre branches professionnelles de l'ESS sont mixtes, mais en leur sein, certains métiers restent toutefois marqués par une distribution fortement sexuée² ;
- des écarts de rémunérations entre femmes et hommes à poste et conditions d'emploi équivalents de l'ordre de 8 % contre 13 % dans le reste du secteur privé³. Ces chiffres ne traduisent toutefois pas les écarts de rémunérations plus importants entre femmes et hommes liés à la structure de l'emploi (nature du poste occupé, CSP...) et à la durée du travail⁴ ;
- un recours au temps partiel plus important que dans le reste de l'économie⁵, notamment dans l'associatif, où il a toutefois connu un recul sensible ces dernières années⁶. Globalement, les temps partiels concernent 42 % des salariés du secteur associatif et 37 % dans l'ESS au global, avec de fortes variations par secteurs. Dans l'ESS, l'emploi à temps partiel concerne 43 % des femmes et 27 % des hommes. Huit branches professionnelles de l'ESS ont négocié un accord dérogatoire à la durée de temps partiel minimale⁷ ;
- une proportion de femmes cadres – 52,8 % des cadres – plus importante que dans le privé hors ESS⁸, celle-ci n'étant toutefois pas en proportion égale à la part globale des femmes dans l'effectif salarié, *a fortiori* pour les postes de direction : l'ESS ne fait pas exception à l'existence d'un plafond de verre ;
- une mobilisation des partenaires sociaux sur le sujet de l'égalité femmes-hommes : cinq branches professionnelles de l'économie sociale et solidaire ont conclu un accord en la matière⁹.

Éléments de définition

Les partenaires sociaux rappellent l'importance de se doter d'un vocabulaire propre au champ de l'égalité professionnelle et la nécessité d'en partager les notions. C'est la raison pour laquelle ils renvoient, en annexe¹⁰, à la définition des termes suivants : égalité professionnelle, égalité salariale, mixité professionnelle, parité, travail de valeur égale, plafond de verre, cloison de verre, agissement sexiste et discrimination directe ou indirecte.

¹ Les données chiffrées figurant dans ce préambule sont issues du « Panorama de l'ESS » édition 2012, et de l'« Atlas commenté de l'ESS » – éditions 2012 et 2014 – édités par l'Observatoire de l'ESS. Ces données prennent en compte des agrégats qui ne recouvrent pas toujours strictement le champ conventionnel multiprofessionnel couvert par l'UDES.

² Voir annexe 2.

³ CNCRES, « Panorama de l'économie sociale et solidaire en France et dans les régions », 2012, p. 3.

⁴ Selon la DARES, pour l'ensemble des salariés du secteur concurrentiel (hors agriculture et emploi public), la rémunération annuelle brute des femmes est en retrait, en moyenne, de 27 % par rapport à celle des hommes : DARES Analyses, mars 2012, n° 016, p. 2. Le champ de l'économie sociale et solidaire ne dispose pas, à ce jour, de données de même nature.

⁵ Dans le privé hors ESS, le taux de temps partiel s'établit à 19 %.

⁶ Moins 4 points entre 2008 et 2010.

⁷ Voir annexe 4.

⁸ Contre 32 % de femmes cadres dans le privé hors ESS.

⁹ Voir annexe 3.

¹⁰ Voir annexe 1.

Objectifs de l'accord

L'égalité professionnelle est une préoccupation partagée des représentants salariés et employeurs de l'économie sociale et solidaire. Dans le cadre de sa responsabilité sociale, et en tant qu'actrice dans la société, l'entreprise doit faire évoluer les représentations et les comportements et doit contribuer de manière déterminante à faire évoluer la question de l'égalité professionnelle. Les bénéfices que peut tirer une entreprise qui s'engage résolument dans une politique en faveur de l'égalité professionnelle sont conséquents et doivent être valorisés par les branches professionnelles dans une visée pédagogique.

Face aux constats dressés et pour répondre aux attentes légitimes des salariés en matière de parcours professionnels, d'accès aux responsabilités et d'égalité des rémunérations, les partenaires sociaux de l'économie sociale et solidaire ont adopté, fin 2014, un texte de concertation sur l'égalité professionnelle femmes-hommes dans l'ESS, qui a permis d'identifier huit thèmes clés de progression : l'attractivité et la mixité des métiers, le recrutement, l'évolution professionnelle, l'égalité salariale, les conditions de travail des salariés et de la femme enceinte, la parentalité, l'articulation des temps de vie et le recueil et le suivi des données chiffrées.

À travers cet accord, les partenaires sociaux s'engagent résolument en faveur de l'égalité professionnelle et visent les objectifs suivants :

- parvenir à l'égalité professionnelle effective entre femmes et hommes dans l'ESS ;
- outiller les branches professionnelles dans leurs dynamiques de négociation et favoriser la mise en place d'un cadre commun, propre à l'économie sociale et solidaire ;
- soutenir la négociation en entreprise sur l'égalité professionnelle.

Principes de l'accord

Les accords négociés sur le champ multiprofessionnel de l'économie sociale et solidaire donnent des cadres d'actions aux branches professionnelles couvertes, dans un objectif de convergence des pratiques. Le présent accord répond aux principes de valeur ajoutée et de subsidiarité vis-à-vis des branches professionnelles de l'ESS.

De façon générale, les partenaires sociaux signataires de cet accord demandent aux branches professionnelles de se l'approprier, pour le décliner à leur tour, en le précisant et en le complétant, et d'en faire le support d'une dynamique vers l'égalité professionnelle réelle entre les femmes et les hommes.

Ils demandent aux branches professionnelles d'ouvrir des négociations sur la thématique de l'égalité professionnelle dans un délai de deux ans à compter de l'extension du présent accord. Les branches professionnelles déjà couvertes par un accord sur ce thème devront adopter les dispositions visant à le mettre en conformité avec le présent accord.

Les négociations de branche seront menées conformément à la méthode proposée à l'article 13 du présent accord. En vertu du principe de subsidiarité, les branches professionnelles définiront leurs propres objectifs de progression, en lien avec les thématiques du présent accord et en adéquation avec leurs spécificités.

À l'expiration du délai de deux ans suivant l'extension du présent accord, et en l'absence d'ouverture de négociations dans les branches professionnelles couvertes, les partenaires sociaux du groupe de dialogue social, mentionné à l'article 16.1. du présent accord, décideront des mesures appropriées pour en assurer l'application.

Considérant :

- l'accord du 23 mai 2011 sur l'égalité et la prévention des discriminations dans l'économie sociale et solidaire ;
- l'ANI du 1^{er} mars 2004 relatif à la mixité et à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes ;
- l'ANI du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail ;
- l'ANI du 19 juin 2013 « vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle » ;
- la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Les parties signataires conviennent des dispositions suivantes :

Article 1^{er}

Champ d'application de l'accord

L'annexe 6 du présent accord donne la liste des branches et secteurs professionnels couverts par les syndicats, les entreprises et les organismes adhérents de l'UDES et entrant dans le champ d'application de l'accord.

Le champ d'application du présent accord comprend le territoire métropolitain, les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer.

Article 2

Attractivité des métiers et des secteurs d'activité

Au sein de l'économie sociale et solidaire, le manque de mixité peut être indirectement dû à un déficit d'attractivité lié aux conditions d'emploi (temps partiel, CDD, etc.), aux conditions de travail (horaires atypiques, travail de nuit, déplacements, gestion du public, etc.) et/ou de rémunération dans certaines branches professionnelles, rendant nécessaires une réflexion et des actions des partenaires sociaux en la matière.

Article 2.1

Promotion de la mixité et lutte contre les stéréotypes

Au-delà des facteurs précédemment cités et considérant que les actions en matière de mixité et de lutte contre les stéréotypes participent d'une stratégie plus large et indispensable de renforcement de l'attractivité des secteurs de l'ESS, les partenaires sociaux s'accordent sur la nécessité de mettre en place les actions suivantes :

Une promotion des métiers intégrant l'impératif de mixité et de lutte contre les stéréotypes.

Les outils réalisés à cet effet par les branches professionnelles et les entreprises devront être le reflet de cet impératif :

- à titre d'exemple, les outils de communication interne et externe, dont le contenu visuel et/ou écrit vise la promotion des métiers de l'ESS (fiches métiers, spots vidéos...) doivent écarter toute terminologie ou présentation génératrice de stéréotypes sexués et favoriser une représentation équilibrée des deux sexes ;
- les branches professionnelles mettront en œuvre cette approche dans le cadre des partenariats conclus avec l'éducation nationale, les acteurs du service public de l'orientation et de l'emploi ou les prescripteurs de l'emploi ou encore avec les organismes en charge de dispenser le conseil en évolution professionnelle (CEP).

Une attention portée à la représentation équilibrée des hommes et des femmes dans le cadre de témoignages de dirigeants et salariés de l'ESS dans les établissements scolaires, à l'occasion de forums et salons, etc.

Un travail sur les stéréotypes qui affectent femmes et hommes en milieu professionnel. À cette fin, des actions à visée pédagogique doivent être engagées, en partenariat avec le ministère des droits des femmes et le Conseil supérieur à l'égalité professionnelle.

Article 2.2

L'action en faveur de la mixité dans le cadre du dialogue social

Les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles comptant des métiers non mixtes d'évaluer les obstacles à l'attractivité et à la mixité, notamment en matière de pénibilité, de conditions de travail, d'emploi ou de rémunération, et d'adopter des mesures permettant d'accompagner une évolution vers davantage de mixité.

Les partenaires sociaux invitent, au sein des entreprises, à rechercher l'échange avec les instances représentatives du personnel (IRP), lorsqu'elles existent, sur les obstacles à l'attractivité et à la mixité et une réflexion sur les moyens de les lever.

Article 3

Recrutement

Les partenaires sociaux rappellent que le recrutement doit se faire selon des pratiques non discriminantes. Pour ce faire, les mesures suivantes doivent être prises :

- vérification de la neutralité dans la rédaction des offres d'emploi (rédaction ne devant notamment contenir aucun stéréotype discriminant ou appellation de nature à dissuader l'un ou l'autre sexe de postuler);
- diffusion systématique des offres d'emploi en interne;
- nécessité pour l'offre de contenir les éléments relatifs au descriptif du poste, à la qualification demandée (dont certification) ainsi qu'aux conditions d'emploi (temps plein/partiel, CDI/CDD, fourchette de rémunération, etc.);
- diversification des canaux de recrutement et dépôt des offres, notamment auprès des opérateurs du service public de l'emploi;
- mise en place d'équipes de recrutement mixtes, lorsque cela s'avère possible.

Les branches professionnelles mettront à disposition des prescripteurs de l'emploi et des opérateurs du conseil en évolution professionnelle (CEP) leurs travaux sur les besoins en main-d'œuvre et qualifications de manière à améliorer la connaissance de leurs secteurs d'activité et les processus d'orientation professionnelle des candidats à l'emploi – femmes et hommes – dans l'ESS.

Pour enclencher des dynamiques prospectives en matière d'emploi et de qualification, les partenaires sociaux rappellent aux branches professionnelles qu'elles doivent notamment s'appuyer sur l'obligation de négociation triennale en matière de conditions de travail et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mentionnée à l'article L.2241-4 du code du travail.

Pour écarter certains biais de sélection et mettre en lumière des compétences parfois peu visibles, il est recommandé de promouvoir l'utilisation de certains types de CV :

Aussi, les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles d'encourager les entreprises, lorsque cela s'avère pertinent, à recourir au CV normalisé (type Europass...) qui permet de se concentrer sur le fond d'une candidature plutôt que sur sa forme.

Par ailleurs, dans le cadre de recrutements externes ou de promotions internes, les partenaires sociaux recommandent de veiller à ce que le ratio de femmes et d'hommes reçus en entretien corresponde à celui des candidatures déposées. Les critères de recrutement doivent toujours reposer sur les compétences, l'expérience et la qualification.

Les partenaires sociaux invitent donc les branches professionnelles à promouvoir, auprès des entreprises, la bonne pratique consistant à tenir un état, selon le sexe, des candidatures reçues, des entretiens proposés et des recrutements effectués. Cet outil doit permettre d'identifier d'éventuels biais discriminants lors des recrutements et de mettre en place des actions correctives. Il pourra également servir de base à une réflexion sur les représentations et améliorations éventuelles pour favoriser la mixité professionnelle. Le cas échéant, cet outil pourra être tenu à disposition, lorsqu'ils existent au sein de la structure, des délégués du personnel, du comité d'entreprise ou des délégués syndicaux.

En outre, il sera demandé à Pôle emploi ou à tout autre intermédiaire de recrutement chargé de la sélection des candidatures pour le compte d'une entreprise de l'ESS de veiller à une sélection équilibrée des candidatures au regard de la proportion de candidatures femmes-hommes reçues.

Les partenaires sociaux proposent aux branches professionnelles de promouvoir auprès des entreprises qu'elles couvrent la diffusion – par voie électronique ou papier – aux candidats reçus en entretien d'embauche d'un document faisant état des droits et obligations respectives des parties (employeur et salarié) en matière de recrutement tels qu'énoncés aux articles L. 1221-6 à L. 1221-9 du code du travail.

Enfin, les partenaires sociaux invitent les recruteurs, dans le cadre de leur pratique, à utiliser des outils existants, tel le guide du recrutement conçu par l'UDES dans l'optique de promouvoir des processus dénués de toute discrimination.

Article 4

Évolution professionnelle

Il convient de rendre effectives les conditions d'une évolution professionnelle dénuée de toute discrimination fondée sur le sexe, la situation de famille ou l'état de grossesse. De même, une

attention particulière doit être portée aux perspectives d'évolution professionnelle des salariés à temps partiel. Pour ce faire, les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles d'adopter un cadre permettant de :

- promouvoir la formation :
 - former l'encadrement et les professionnels des ressources humaines ou en charge du recrutement ainsi que les dirigeants salariés ou les dirigeants bénévoles à la mise en place de mesures propices à l'égalité professionnelle (en matière de recrutement, de management, etc.). Ces formations devront notamment répondre aux orientations que le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle (CSEP) formulerait en la matière. S'agissant des formations destinées au public salarié, elles pourront notamment être financées dans le cadre du plan de formation de l'entreprise. En outre, les partenaires sociaux signataires de cet accord demandent aux représentants de leurs organisations respectives au sein des OPCA désignés par les branches professionnelles de l'ESS de demander la prise en charge de ces formations sur les fonds mutualisés. La formation des dirigeants bénévoles pourra notamment s'effectuer sur la base des dispositions de l'accord du 8 avril 2011¹¹ ;
 - veiller à ce que les offres de formation proposées, et notamment les possibilités d'accès à la certification, s'adressent aussi bien aux métiers féminisés que masculinisés. Une vigilance particulière s'exercera quant à l'accès équilibré des deux sexes aux formations certifiantes, de manière à garantir des perspectives d'évolution à l'ensemble des salariés, au vu de leurs besoins et de ceux de l'entreprise dans une optique de renforcement de la mixité ;
 - organiser la formation (lieu et horaire) de manière à permettre la participation de tous et notamment des salariés justifiant de contraintes familiales particulières.
- Les partenaires sociaux rappellent que les formations suivies hors du temps de travail répondent à un régime particulier¹² ;
- favoriser la promotion professionnelle et/ou l'accès aux responsabilités en :
 - s'assurant notamment que les femmes et les hommes peuvent bénéficier de propositions de mobilité interne sur des offres d'emploi de niveau plus élevé ainsi que sur des offres d'emploi dans l'intégralité des filières métiers présentes dans l'entreprise. Il s'agit de lutter contre les effets « plafond de verre » et « cloison de verre » tout en favorisant la mixité professionnelle. Pour permettre ces mobilités, il sera possible de recourir autant que de besoin à la formation professionnelle ;
 - tenant compte des formations suivies et/ou des certifications acquises à l'issue d'un parcours de formation ou dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience (VAE), aussi bien à l'initiative du salarié que de l'employeur ;
 - mettant à profit l'entretien professionnel institué par la loi du 5 mars 2014 pour identifier des solutions en matière de progression de carrière et encourager à la prise de responsabilité ;
 - faisant connaître la bourse d'emplois du Portail de l'emploi dans l'économie sociale et solidaire.

Article 5

Égalité salariale et classifications

Article 5.1

Égalité salariale

Les partenaires sociaux rappellent qu'à travail de valeur égale, les inégalités salariales entre les femmes et les hommes sont interdites¹³. Ce principe légal doit faire l'objet d'une application effective.

Les branches professionnelles s'engagent à mettre en place les mesures visant à supprimer les écarts injustifiés de rémunération directe ou indirecte entre femmes et hommes dans un délai raisonnable fixé par accord de branche et sous réserve d'un agrément pour les branches concernées. Pour

¹¹ Accord du 8 avril 2011 relatif à la formation des dirigeants bénévoles dans l'économie sociale.

¹² Cf. code du travail, art. L.6321-6, art. L.6321-10, art. D.6321-5 (limitation de la durée annuelle de formation, versement d'une allocation de formation), art. L.3131-1 et art. L.3131-2 (durée minimale de repos quotidien).

¹³ Article L.3221-2 du code du travail : « Tout employeur assure, pour un même travail ou pour un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes. »

aboutir à cet objectif, les branches professionnelles s'appuieront particulièrement sur la négociation triennale relative aux mesures tendant à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et sur les mesures de rattrapage tendant à remédier aux inégalités constatées.

Les branches professionnelles rappellent en outre aux entreprises que des mesures correctives doivent être mises en place au retour de congé de maternité et de congé d'adoption, comme le précisent les articles L. 1225-26¹⁴ et L. 1225-44¹⁵ du code du travail.

Article 5.2

Révision des classifications et égalité salariale

En outre, en amont de l'obligation quinquennale posée par l'article L. 2241-7 du code du travail relatif à l'examen des classifications en vue de leur révision¹⁶, les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles, afin de répondre à l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, de :

- fournir aux négociateurs un état des lieux chiffré détaillé permettant d'apprécier les différences éventuelles entre femmes et hommes sur différents items dans la branche professionnelle. Cet état des lieux s'appuiera notamment sur la liste des indicateurs figurant à l'article 14;
- utiliser les outils mis à disposition par les pouvoirs publics et les agences spécialisées sur le sujet, de manière à disposer d'une expertise, de références et de méthodes communes¹⁷.

Les partenaires sociaux rappellent qu'à l'occasion de l'examen des classifications en vue de leur révision, « les critères d'évaluation retenus dans la définition des différents postes de travail sont analysés afin d'identifier et de corriger ceux d'entre eux susceptibles d'induire des discriminations entre les femmes et les hommes et afin de garantir la prise en compte de l'ensemble des compétences des salariés¹⁸ ».

Enfin, les partenaires sociaux signataires du présent accord s'accordent sur l'importance de la formation aux enjeux de l'égalité professionnelle avant toute négociation sur les classifications. Aussi, ils expriment auprès des pouvoirs publics leur volonté commune que ces derniers mettent en place, avec l'appui du Conseil supérieur à l'égalité professionnelle, une formation spécifique en la matière, destinée aux négociateurs de branche et d'entreprise. De même, les négociateurs pourront s'appuyer sur le guide méthodologique issu du groupe de travail paritaire mis en place dans le cadre de l'article 19 de l'ANI du 19 juin 2013.

Article 6

Conditions de travail

Les partenaires sociaux du présent accord demeurent attentifs à la question des accidents du travail, des maladies professionnelles ou des autres atteintes à la santé des salariés. En effet, pour l'ensemble du secteur privé entre 2001 et 2012, les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles des femmes ont augmenté¹⁹. Pour les hommes, si l'on constate une augmentation des maladies professionnelles, le nombre des accidents du travail et de trajet a diminué²⁰. En termes de sinistralité, les accidents du travail concernent deux fois plus d'hommes que de femmes, les accidents de trajet concernent un peu plus les femmes et les maladies profes-

¹⁴ Code du travail, art. L. 1225-26: « En l'absence d'accord collectif de branche ou d'entreprise déterminant des garanties d'évolution de la rémunération des salariées pendant le congé de maternité et à la suite de ce congé au moins aussi favorables que celles mentionnées dans le présent article, cette rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, est majorée, à la suite de ce congé, des augmentations générales ainsi que de la moyenne des augmentations individuelles perçues pendant la durée de ce congé par les salariés relevant de la même catégorie professionnelle ou, à défaut, de la moyenne des augmentations individuelles dans l'entreprise.

Cette règle n'est pas applicable aux accords collectifs de branche ou d'entreprise conclus antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. »

¹⁵ Code du travail, art. L. 1225-44: « En l'absence d'accord collectif de branche ou d'entreprise déterminant des garanties d'évolution de la rémunération des salariés, pendant le congé d'adoption et à la suite de ce congé, au moins aussi favorables que celles mentionnées dans le présent article, cette rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, est majorée, à la suite de ce congé, des augmentations générales ainsi que de la moyenne des augmentations individuelles perçues pendant la durée de ce congé par les salariés relevant de la même catégorie professionnelle ou, à défaut, de la moyenne des augmentations individuelles dans l'entreprise.

Cette règle n'est pas applicable aux accords collectifs de branche ou d'entreprise conclus antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. »

¹⁶ Cet article précise que: « À l'occasion de l'examen mentionné au premier alinéa, les critères d'évaluation retenus dans la définition des différents postes de travail sont analysés afin d'identifier et de corriger ceux d'entre eux susceptibles d'induire des discriminations entre les femmes et les hommes et afin de garantir la prise en compte de l'ensemble des compétences des salariés. »

¹⁷ Une liste des outils disponibles est proposée en annexe 5.

¹⁸ Code du travail, art. L. 2241-7, al. 4.

¹⁹ + 20,3 % pour les accidents du travail; + 15 % pour les accidents de trajet; + 169,8 % pour les maladies professionnelles.

²⁰ + 91,2 % pour les maladies professionnelles; - 23,3 % pour les accidents du travail; - 9 % pour les accidents de trajet.

sionnelles concernent quasiment autant les deux sexes²¹. Pour lutter contre ces risques professionnels, il convient de porter une attention particulière à l'amélioration des conditions de travail au bénéfice de l'ensemble des salariés tout en prenant en compte d'éventuelles différences d'exposition selon le sexe notamment concernant les salariées enceintes.

Article 6.1

Dispositions visant les conditions de travail de l'ensemble des salariés

Pour l'ensemble des salarié(e)s, les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles de prévoir en direction des entreprises des cadres de réflexion relatifs aux conditions matérielles et à l'organisation du travail, dont par exemple :

- des actions sur l'ergonomie des postes de travail ou du matériel utilisé de manière à les rendre accessibles au plus grand nombre ;
- l'aménagement d'horaires.

Ces cadres de réflexion participent conjointement à l'amélioration de la mixité professionnelle et à la réduction des risques professionnels.

Article 6.2

Dispositions visant les conditions de travail de la salariée enceinte

Les partenaires sociaux rappellent qu'aucune personne ne peut, en raison de sa grossesse, être écartée d'une procédure de recrutement, de l'accès à un stage ou d'une période de formation en entreprise et aucune personne ne peut être sanctionnée, licenciée ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire conformément aux dispositions de l'article L. 1132-1 du code du travail.

En vue d'améliorer les conditions de travail de la salariée enceinte, les partenaires sociaux rappellent le nécessaire respect des dispositions légales et réglementaires relatives à la protection de la grossesse et de la maternité aux changements temporaires d'affectation, à certaines interdictions, aux autorisations d'absence et au congé de maternité (articles L. 1225-1 à 34 et L. 4152-1 et L. 4152-2 du code du travail).

À l'instar de ce que pratiquent onze branches professionnelles couvertes par le présent accord, les partenaires sociaux signataires encouragent l'ensemble des branches professionnelles de l'ESS à prévoir toutes dispositions conventionnelles visant l'aménagement des conditions de travail de la salariée enceinte.

Article 6.3

Dispositions visant le travail à temps partiel

Comparée au reste de l'économie privée, l'ESS est caractérisée par une forte féminisation et par un recours plus fréquent au temps partiel²². Dans l'ESS, l'emploi à temps partiel concerne 43 % des femmes et 27 % des hommes. Dès lors, il apparaît que la question du temps partiel, dans ce secteur, s'inscrit dans les enjeux liés à l'égalité professionnelle femmes-hommes.

Les partenaires sociaux rappellent qu'est considéré comme un salarié à temps partiel tout salarié dont la durée de travail est inférieure à la durée légale ou à la durée conventionnelle si celle-ci est inférieure à la durée légale du travail à temps plein.

Les partenaires sociaux font le constat d'un recours important au travail à temps partiel au sein des différentes branches professionnelles et secteurs de l'économie sociale et solidaire.

La mise en place des conditions d'un accroissement de la durée de travail des salariés à temps partiel est de nature à améliorer l'attractivité des secteurs et la mixité dans l'emploi.

Aussi, les partenaires sociaux signataires invitent les branches professionnelles à aborder les points suivants dans le cadre de la négociation temps partiel prévue à l'article L. 2241-13 du code du travail :

- une attention particulière portée au nombre de salariés dont le temps de travail est inférieur à 150 heures par trimestre ;

²¹ ANACT, photographie statistique des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2012, septembre 2014.

²² Cf. CNCRES, Panorama de l'ESS en France, édition 2015, p. 8.

- les solutions en matière de mutualisation de l'emploi mobilisables par les employeurs: recours à des groupements d'employeurs et à des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ), notamment;
- l'accès des salariés à temps partiel à des formations de nature à conforter leur expérience ou à permettre une polyactivité: il s'agit de permettre le maintien et le développement des compétences des salariés sur leur cœur de métier, d'une part, ou l'acquisition de nouvelles compétences sur d'autres métiers que le leur, d'autre part, pour améliorer leur accès à l'emploi et renforcer la sécurisation des parcours professionnels;
- le bénéfice, pour les salariés à temps partiel, des primes conventionnelles comme tous les autres salariés de l'entreprise.

Concernant les salariés à temps partiel, la négociation d'entreprise sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail peut porter sur les conditions dans lesquelles l'employeur peut prendre en charge tout ou partie du supplément de cotisations d'assurance vieillesse de ces salariés à hauteur de la rémunération correspondant à l'activité exercée à temps plein²³.

Article 7

Parentalité et solidarités familiales

Les partenaires sociaux souhaitent que soient prises, au sein de l'entreprise, des mesures visant à prendre en compte la parentalité et le partage des responsabilités familiales. À ce titre, ils demandent aux branches professionnelles de négocier un cadre de référence en la matière qui pourra aborder les thématiques suivantes :

Informations et promotion des dispositifs relatifs aux congés familiaux

Les partenaires sociaux rappellent l'existence de dispositifs légaux et/ou conventionnels permettant la prise en compte de différents événements familiaux ou personnels pouvant affecter le salarié. Ces dispositifs permettent, sous conditions, de s'absenter de l'entreprise pour une durée déterminée en pouvant continuer, le cas échéant, à être rémunéré (congés de présence parentale, congés familiaux liés au décès d'un proche, congés de solidarité familiale, jours enfants-malades...).

Les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles de promouvoir, auprès des hommes, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et les modalités de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) perçue à l'occasion d'un congé parental d'éducation²⁴.

Carrière et acquisition des droits à l'ancienneté

Les partenaires sociaux rappellent que les absences liées au congé d'adoption et au congé de maternité sont assimilées à du travail effectif au regard de l'acquisition des droits à l'ancienneté. Ces derniers sont sans incidence sur le déroulement de carrière et la rémunération²⁵. En outre, les branches professionnelles sont invitées à examiner les conditions d'amélioration de la prise en compte, au titre de l'ancienneté, de la durée du congé parental d'éducation.

Les partenaires sociaux invitent les branches professionnelles à mettre en place des dispositions à destination des salariés aidants familiaux²⁶ en matière, par exemple, d'aménagement du temps de travail ou de rattrapage de carrière.

Maintien des échanges avec l'entreprise

Les partenaires sociaux précisent qu'il est possible, pour les seuls salariés qui le souhaitent, de maintenir des échanges strictement informatifs concernant la vie de l'entreprise et la politique de ressources humaines durant les congés parental d'éducation, de maternité, d'adoption, de soutien familial, de présence parentale ou de solidarité familiale. Cette volonté du salarié doit faire l'objet d'une demande écrite à l'employeur.

Entretien professionnel de retour

Les partenaires sociaux rappellent que chaque salarié de retour de congé de maternité, de congé parental d'éducation, de congé d'adoption, de congé de soutien familial ou qui a demandé la réduction

²³ Cf. code du travail, art. L. 2242-8; code de la sécurité sociale, art. L. 241-3-1 et R. 241-0-3.

²⁴ La loi du 4 août 2014 augmente la durée du versement de la prestation à la condition que les deux parents en demandent le bénéfice, ce qui doit inciter davantage les pères à recourir au congé parental d'éducation.

²⁵ Code du travail, art. L. 1225-26 et L. 1225-44.

²⁶ Cf. code de l'action sociale et des familles, art. 245-7.

tion de son temps de travail suite à un congé de maternité ou d'adoption doit se voir proposer un entretien professionnel par son employeur²⁷. À la demande du salarié en congé parental d'éducation, l'entretien pourra avoir lieu avant la fin de ce congé²⁸. Pour garantir aux salariés l'exercice de ce droit, l'employeur les informera par tout moyen approprié. Cet entretien visera à étudier les perspectives d'évolution professionnelle notamment en termes de qualifications et d'emploi, les questions de formation seront abordées²⁹.

Accompagnement professionnel

Il concernera les salariés de retour dans leur travail après un congé de plus d'un mois lié à un événement familial. Les modalités de cet accompagnement pourront notamment prévoir le renforcement des liens avec le responsable hiérarchique, la reprise du travail en binôme, la mise en œuvre temporaire d'un temps partiel, d'horaires aménagés ou d'un travail à distance...

Conciliation vie professionnelle/vie parentale

Les partenaires sociaux appellent à favoriser, dans la mesure du possible, l'aménagement des conditions de travail des salariés-parents et à veiller à ce que la parentalité ne soit pas une entrave à l'évolution professionnelle. Dans ce but:

- ils proposent aux branches professionnelles d'étudier la possibilité d'aménager l'emploi du temps des salariés ayant des responsabilités parentales particulières;
- ils demandent que les branches professionnelles incitent les entreprises à la mise en place de dispositifs de participation aux frais de garde d'enfants (via CESU, participation au financement d'une crèche interentreprises...);
- ils invitent les branches professionnelles à examiner les conditions d'une amélioration du régime du congé pour enfants malades, tel que défini par l'article L. 1225-61 du code du travail.

Article 8

Articulation et conciliation des temps de vie

Les partenaires sociaux estiment nécessaire de prendre certaines mesures visant à garantir une organisation du travail respectueuse tant des engagements et aspirations personnels des salariés que de leur vie familiale. Ils rappellent la responsabilité de l'employeur en matière de décompte du temps de travail et des périodes minimales de repos.

Afin de mieux articuler les temps de vie professionnel et personnel, les branches professionnelles prendront en considération, pour les entreprises de leur champ, les éléments suivants:

- mettre en place des horaires de réunions adaptés ou encore planifier des déplacements à l'avance, dans la mesure du possible. Dans certains cas, le travail associant bénévoles et salariés peut conduire ces derniers à une présence à des horaires différents de ceux habituellement pratiqués. Ce travail doit faire l'objet d'une planification. Les situations particulières ne doivent pas aboutir à priver le salarié d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives³⁰, sauf dérogations³¹;
- organiser le travail en respectant les délais de prévenance pour la gestion et la modification des plannings, conformément aux dispositions légales et conventionnelles;
- améliorer les conditions de travail et favoriser l'articulation entre l'activité nocturne et l'exercice de responsabilités familiales des salariés travaillant de nuit, au moyen des compensations et mesures légalement prévues³²;
- prendre en compte l'impact des TIC dans la gestion du temps de travail afin de veiller à leur utilisation dans le respect de la vie personnelle et des temps de repos des salariés.

²⁷ Code du travail, art. L.6315-1, al. 2.

²⁸ Code du travail, art. L.1225-57.

²⁹ Code du travail, art. L.6315-1.

³⁰ Code du travail, art. L.3131-1.

³¹ Code du travail, art. L.3131-2 et art. D.3131-1 à D.3131-7.

³² Cf. code du travail, art. L.3122-32 et s.

Article 9

Prévention du harcèlement et des violences sexistes et sexuelles au travail

Les partenaires sociaux rappellent que l'employeur, au titre de son obligation de sécurité de résultat, doit prévenir les agissements de harcèlement moral et de harcèlement sexuel, diligenter une enquête s'il vient à être informé de tels actes, puis, le cas échéant, y mettre un terme et les sanctionner³³. Ces actes peuvent être le fait des salariés entre eux, y compris le personnel d'encadrement, ou résulter de toute tierce personne à l'entreprise présente sur le lieu de travail (usager, client, intervenant extérieur...).

Les branches professionnelles doivent :

- rappeler que nul de doit subir d'agissement sexiste³⁴ dans l'entreprise et que les auteurs de harcèlement ou de violence seront soumis à sanctions. En outre, aucun salarié ne devra notamment subir de propos ou de comportements à connotation sexuelle créateurs d'une situation intimidante, hostile ou offensante³⁵. Ces messages visant à prévenir ces situations pourront être portés par la direction, les cadres intermédiaires ou agents de maîtrise en réunions de service ;
- rappeler aux entreprises qu'il convient de procéder à l'affichage des textes relatifs à la lutte contre le harcèlement moral³⁶ et sexuel³⁷ ;
- encourager les employeurs à intégrer dans le règlement intérieur, le cas échéant et en matière disciplinaire, une disposition relative aux comportements discriminatoires. Cette disposition pourra notamment se baser sur la recommandation du CSEP en la matière³⁸ ;
- encourager les entreprises à prévenir les actes de harcèlement et de violence sexiste et sexuelle avec l'appui, notamment, du réseau ANACT, de l'INRS ou des CARSAT ;
- adopter, sans préjudice des procédures déjà existantes en entreprise, une « Charte de référence » préconisant les procédures à suivre en cas de harcèlement, de violence ou d'agissement sexiste en lien avec le travail, que cet acte se réalise dans ou hors de l'entreprise.

Article 10

Les obligations et outils au service des politiques d'égalité professionnelle en entreprise

Les partenaires sociaux signataires de l'accord demandent aux branches professionnelles de favoriser l'appropriation par les entreprises des différentes obligations et outils au service de l'égalité professionnelle. Dans cet objectif, les partenaires sociaux rappellent que :

- la base de données économiques et sociales, obligatoire pour les entreprises dont l'effectif est au moins égal à 50 salariés, doit contenir des informations relatives à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Ces informations sont mises à jour régulièrement et mises à disposition du comité d'entreprise et, à défaut, des délégués du personnel ainsi que du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail³⁹. Elles pourront être rassemblées dans un document spécifique qui sera remis aux acteurs prenant part à la négociation d'entreprise sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail. Ces informations comportent : un diagnostic et une analyse de la situation respective des femmes et des hommes pour chacune des catégories professionnelles de l'entreprise en matière d'embauche, de formation, de promotion professionnelle, de qualification, de classification, de conditions de travail, de sécurité et de santé au travail, de rémunération effective et d'articulation entre l'activité professionnelle et la vie personnelle ; une analyse des écarts de salaires

³³ Cf. note. Code du travail, art. L. 1152-4 et L. 1153-5.

³⁴ Code du travail, art. L. 1142-2-1.

³⁵ Code du travail, art. L. 1153-1, 1^o.

³⁶ Code du travail, art. L. 1152-4.

³⁷ Code du travail, art. L. 1153-5.

³⁸ « L'ensemble de l'encadrement et du personnel doit observer un comportement respectueux à l'égard des femmes et des hommes de l'entreprise/établissement. Est passible d'une sanction disciplinaire quiconque aura eu un comportement discriminatoire à l'encontre d'un-e salarié-e, notamment en raison de son sexe ou de son origine, telle que prévue par le code du travail et le code pénal. Il en sera de même pour les propos sexistes, homophobes, xénophobes ou racistes » (Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Le sexisme dans le monde du travail entre déni et réalité. Rapport n° 2015-01 du 6 mars 2015, *spéc.*, p. 85, recommandation n° 20.)

³⁹ Code du travail, art. L. 2323-8.

et de déroulement de carrière en fonction de l'âge, de la qualification et de l'ancienneté; des données sur l'évolution des taux de promotion respectifs des femmes et des hommes par métiers dans l'entreprise⁴⁰;

- la négociation sur l'égalité professionnelle est un levier majeur pour faire de l'égalité une réalité. Au sein des entreprises concernées, la négociation sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail porte notamment sur: l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle, les objectifs et les mesures permettant d'atteindre l'égalité professionnelle ou les conditions de prise en charge par l'employeur de tout ou partie d'un supplément de cotisation à l'assurance vieillesse⁴¹. À défaut d'accord sur les objectifs et mesures permettant d'atteindre l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, les entreprises d'au moins 50 salariés se doivent de réaliser un plan d'action en matière d'égalité professionnelle. À ce titre, les partenaires sociaux expriment leur préférence quant à la signature d'un accord plutôt qu'à l'établissement d'un plan d'action. Dans les entreprises d'au moins 300 salariés, le CE peut recourir à un expert technique de vue préparer la négociation sur l'égalité professionnelle⁴²;
- la consultation annuelle sur la politique sociale de l'entreprise, les conditions de travail et l'emploi porte notamment sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes⁴³. En vue de cette consultation, l'employeur met à la disposition du CE les informations de la base de données économiques et sociales relatives à l'égalité professionnelle ainsi que les accords, ou à défaut le plan d'action, établis pour assurer l'égalité professionnelle⁴⁴;
- l'évaluation des risques professionnels pour la santé et la sécurité des salariés doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe⁴⁵.

Concernant les entreprises de moins de 50 salariés, les partenaires sociaux signataires précisent que:

- les branches professionnelles inciteront les entreprises de moins de 50 salariés à formaliser, autant que faire se peut, des outils relatifs au recueil et à l'observation de données chiffrées sexuées de nature à alimenter une dynamique en faveur de l'égalité professionnelle;
- pour ce faire, les partenaires sociaux recommandent l'utilisation d'un outil proposé par la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) permettant, sur la base des données contenues dans la déclaration automatisée des données sociales unifiée (DADS-U), d'établir une situation synthétique des salariés par sexe en matière d'emploi et de conditions de travail. Ce diagnostic permettra notamment pour les entreprises de moins de 50 salariés⁴⁶ de bénéficier d'un appui potentiel dans la mise en place de politiques visant l'égalité professionnelle.

Enfin, et sans condition liée à l'effectif de l'entreprise, le recours aux appuis techniques sur l'égalité professionnelle devra être encouragé (aides de l'État, réseau des ARACT, réseau des référents égalité femmes/hommes en région, etc.).

Article 11

Gouvernance et dialogue social

La prise de responsabilités dans la gouvernance des structures de l'ESS concerne aussi bien les femmes et les hommes et doit être le reflet de notre société.

Aussi, salariés et employeurs doivent être sensibilisés à une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans le cadre des renouvellements de mandat.

Les membres de l'UDES se fixeront un objectif de progression chiffré visant, à terme, une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein de leurs organes de gouvernance. Ils inviteront leurs adhérents à faire de même. Des indicateurs devront permettre de mesurer cette progression.

De même, la composition des IRP devrait pouvoir refléter cet équilibre. Selon un principe de mixité proportionnelle, la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi prévoit, en son

⁴⁰ Code du travail, art. L.2323-8, 1^o bis.

⁴¹ Code du travail, art. L.2242-8.

⁴² Code du travail, art. L.2325-38.

⁴³ Code du travail, art. L.2323-15.

⁴⁴ Code du travail, art. L.2323-17, 2^o.

⁴⁵ Code du travail, art. L.4121-3.

⁴⁶ Les entreprises de 20 à 49 salariés sont spécifiquement visées par la mesure.

article 7, des dispositions permettant d'assurer une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein des listes électorales pour les élections des délégués du personnel et des représentants des salariés au comité d'entreprise.

Article 12

Communication

La communication sur les politiques en faveur de l'égalité professionnelle femmes-hommes est un facteur clé d'appropriation collective de ces démarches, de leur mise en œuvre effective et de progression des mentalités.

Aussi, les partenaires sociaux demandent aux branches professionnelles de communiquer sur les accords qu'elles signent en la matière et sur les actions qu'elles mettent en œuvre en application de ces mêmes accords. Elles rappelleront également aux entreprises qu'elles aussi se doivent d'organiser une communication efficace autour de leur politique d'égalité professionnelle.

Enfin, il devra être rappelé que l'affichage des textes relatifs à l'égalité professionnelle constitue une obligation⁴⁷ en entreprise.

Article 13

Rôle des branches professionnelles

Les dispositions du présent accord doivent permettre d'engager des négociations collectives de branche sur le thème de l'égalité professionnelle. Les mesures du présent accord seront dès lors mises en œuvre par les branches professionnelles, qui devront le décliner en le précisant et en le complétant.

Il est ainsi recommandé aux branches professionnelles de respecter les étapes suivantes :

- procéder à un état des lieux préalable de leur situation en matière d'égalité professionnelle femmes-hommes qui s'appuiera sur les indicateurs visés à l'article 14 du présent accord ;
- négocier la mise en œuvre d'actions destinées à corriger les éventuelles situations d'inégalité, de non-mixité ou de discrimination directe ou indirecte au sein de la branche professionnelle. Les négociateurs de branche s'appuieront sur les outils et mesures recommandés dans cet accord afin :
 - d'agir en faveur de l'attractivité et de la mixité des métiers en se basant sur les dispositions de l'accord (article 2 du présent accord) ;
 - d'adapter les procédures de recrutement aux mesures préconisées par l'accord (article 3 du présent accord) ;
 - de promouvoir la formation professionnelle et de favoriser la promotion professionnelle et/ou l'accès aux responsabilités (article 4 du présent accord) ;
 - de respecter l'égalité salariale au vu notamment des dispositions de l'accord (article 5 du présent accord) ;
 - d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des salariés et notamment des salariées enceintes (article 6 du présent accord) ;
 - d'améliorer la prise en compte de la parentalité et des solidarités familiales (article 7 du présent accord) ;
 - de favoriser une meilleure articulation et conciliation des temps de vie professionnelle et personnelle (article 8 du présent accord) ;
 - d'agir en faveur de la prévention du harcèlement et des violences sexistes ou sexuelles au travail (article 9 du présent accord) ;
 - de favoriser la bonne appréhension des obligations et outils RH résultant notamment des évolutions apportées par la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi (article 10 du présent accord) ;
 - de favoriser la mixité dans la gouvernance et le dialogue social de l'entreprise (article 11 du présent accord) ;

⁴⁷ Cf. code du travail, art. R.3221-2: « Dans les établissements où travaillent des femmes, le texte des articles L.3221-1 à L.3221-7 sont affichés à une place convenable aisément accessible dans les lieux de travail ainsi que dans les locaux ou à la porte des locaux où se fait l'embauche. »

- de communiquer sur leurs accords et politiques relatifs à l'égalité professionnelle et de veiller à l'affichage obligatoire, sur les lieux de travail, des textes relatifs au harcèlement (article 12 du présent accord);
- de collecter des informations chiffrées en matière d'égalité professionnelle qui s'appuieront notamment sur les indicateurs visés à l'article 14 du présent accord;
- se doter d'objectifs de progression chiffrés et/ou de nature qualitative sur les thématiques de leur choix abordées au sein du présent accord;
- effectuer un suivi de l'accord qui s'appuiera sur l'évolution des indicateurs des branches prévus à l'article 14 du présent accord.

Il est rappelé que le présent accord doit conduire les branches professionnelles à négocier un accord sur l'égalité professionnelle dans un délai de deux ans à compter de l'extension du présent accord là où un tel accord serait absent. Dans le cas où une branche professionnelle serait déjà couverte par un accord relatif à l'égalité professionnelle, ce dernier devra, le cas échéant, être mis en conformité avec les dispositions contenues dans le présent accord. Par ailleurs, les branches professionnelles sont appelées à s'appuyer sur le présent accord lors des négociations périodiques pouvant concerner le sujet de l'égalité professionnelle⁴⁸.

Article 14

Recueil des données chiffrées par sexe

Afin de renforcer le recueil de données chiffrées permettant d'apprécier les différences éventuelles entre femmes et hommes, et en se basant notamment sur les données des DADS des entreprises de la branche, des OPCA ou d'enquêtes spécifiques, les partenaires sociaux signataires demandent aux branches professionnelles d'établir, de façon régulière, un document comprenant notamment les informations ci-après définies.

Ainsi, les branches professionnelles collecteront des données sexuées relatives à :

- la répartition des effectifs salariés et leur rémunération brute annuelle moyenne en fonction des métiers, des emplois repères ou des catégories socio-professionnelles;
- la répartition des effectifs salariés selon la nature du contrat de travail (CDI, CDD) et selon le temps de travail (temps complet ou temps partiel);
- la répartition des effectifs salariés par tranche d'âge;
- la répartition des effectifs salariés en termes d'accès à la formation professionnelle (nombre d'heures de formation, nature de la formation suivie et nature du contrat de travail du bénéficiaire).

Si besoin est, les partenaires sociaux parties à l'accord pourront faire évoluer la liste de ces informations dans le cadre du groupe de dialogue social transversal de l'économie sociale et solidaire (GDS).

Les indicateurs chiffrés précédemment cités pourront être intégrés dans le rapport présentant la situation comparée des femmes et des hommes mentionné à l'article D.2241-7 du code du travail et qui sert d'appui à la négociation triennale de branche sur l'égalité professionnelle.

Article 15

Indicateurs de suivi de l'accord

Le présent accord fera l'objet d'un suivi sur la base, notamment, des indicateurs suivants :

- nombre et contenu des accords de branche signés ou amendés suite à la signature du présent accord;
- évolution de la proportion F/H au sein des rapports de branche, par rapport à celle indiquée à l'annexe 2;
- nombre de rapports de branche diffusés contenant les indicateurs listés à l'article 14 du présent accord.

⁴⁸ Il en sera ainsi, notamment, de la négociation annuelle de branche relative à l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (code du travail, art. L.2241-1), de la négociation triennale sur les mesures tendant à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (code du travail, art. L.2241-3), de la négociation triennale sur la formation professionnelle (code du travail L.2241-6) ou de la négociation quinquennale de branche sur l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les classifications (code du travail, art. L.2241-7).

Article 16

Dispositions diverses

Article 16.1

Suivi des dispositions prévues dans le présent accord

Les parties conviennent de mettre, dès la première année, après l'arrêté d'extension du présent accord, à l'ordre du jour du groupe de dialogue social transversal de l'économie sociale, le suivi du présent accord et les conditions de sa mise en œuvre, sur la base des indicateurs listés à l'article 15, afin d'en dresser une évaluation.

Article 16.2

Entrée en vigueur

L'ensemble des dispositions que contient le présent accord entrera en vigueur au premier jour du mois qui suit la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Pour la branche professionnelle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, il est expressément convenu que l'entrée en vigueur du présent accord est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles. Les parties signataires considèrent, par souci de cohérence et d'unicité, que cette condition suspensive s'appliquera à toutes les entreprises et établissements du champ de l'accord.

La validité de l'accord est subordonnée aux dispositions législatives et réglementaires indispensables à son application.

Durée de l'accord: le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 16.3

Adhésion à l'accord

Conformément à l'article L. 2261-3 du code du travail, peut adhérer au présent accord toute organisation syndicale représentative de salariés dans le champ de l'accord.

Peut adhérer au présent accord tout syndicat ou organisation d'employeurs qui relève du champ de l'économie sociale et solidaire tel que défini par l'arrêté d'extension du 1^{er} août 2010.

L'adhésion est notifiée aux signataires de l'accord et fait l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Conformément à l'article L. 2261-5 du code du travail, l'adhésion prendra la forme d'un accord collectif entre, d'une part, les parties intéressées par l'adhésion et, d'autre part, les organisations syndicales d'employeurs du champ de l'économie sociale et solidaire et les organisations syndicales de salariés représentatives signataires du présent accord.

Article 16.4

Révision et dénonciation de l'accord

Conformément aux dispositions légales, chaque signataire peut demander la révision de tout ou partie de l'accord. La demande de révision, transmise par écrit à chacun des signataires, expose les lignes directrices et les points sur lesquels la révision est souhaitée.

L'accord peut également faire l'objet d'une dénonciation à l'initiative d'un ou de plusieurs signataires.

La dénonciation du présent accord peut intervenir conformément aux articles L. 2222-6, L. 2261-9-10-11-13-14 du code du travail. Cette dénonciation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'ensemble des parties signataires. Elle est précédée d'un préavis de 3 mois.

Article 16.5

Dépôt légal et demande d'extension

Le présent accord fera l'objet des procédures de dépôt légal, auprès des services centraux du ministre chargé du travail, à la direction générale du travail, telles que prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord dans les conditions fixées par les articles L.2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 27 novembre 2015.

Pour les organisations d'employeurs :

L'UDES
Signé

Pour les organisations syndicales de salariés :

La CFDT
Signé

La CFE-CGC
Signé

La CFTC
Signé

La CGT
Signé

La CGT-FO
Signé

ANNEXE 1

DÉFINITIONS

Ces définitions sont en partie tirées du site internet ega-pro.femmes.gouv.fr et du glossaire de la charte de la diversité

Agissement sexiste : tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

Cloison de verre : phénomène selon lequel certaines personnes (femmes, personnes issues de minorités visibles...) n'ont pas accès à certaines filières métiers, filières métiers en général stratégiques puisqu'elles conduisent aux postes à responsabilité (finance, management opérationnel, etc.).

Discrimination directe : constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, sa religion, ses convictions, son âge, son handicap, son orientation ou identité sexuelle, son sexe ou son lieu de résidence, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable⁴⁹.

Discrimination indirecte : constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés⁵⁰.

Égalité professionnelle : c'est l'égalité des droits et des chances entre les femmes et les hommes notamment en ce qui concerne l'accès à l'emploi, les conditions de travail, la formation, la qualification, la mobilité, la promotion, l'articulation des temps de vie et la rémunération (égalité salariale).

Égalité salariale : c'est d'abord la traduction du principe « à travail de valeur égale, salaire égal ». Mais au-delà de cette acception qui touche aux discriminations, c'est la traduction concrète de l'égalité professionnelle à laquelle on doit tendre.

Mixité professionnelle : c'est la présence de femmes et d'hommes dans un même emploi, une même catégorie professionnelle ou un métier, sans être forcément paritaire (exemple : 30 % d'hommes et 70 % de femmes).

Parité : c'est avoir le même nombre de femmes et d'hommes dans une entreprise ou une instance de consultation ou de décision. La parité n'implique pas la mixité. (Exemple : une entreprise avec le même nombre de femmes et d'hommes mais avec 100 % des hommes cadres et 100 % des femmes assistantes est paritaire sur le plan numérique au niveau de l'entreprise mais elle n'a pas une mixité des emplois).

Plafond de verre : phénomène selon lequel la progression de certaines personnes (femmes, personnes issues de minorités visibles...) s'arrête à un certain niveau, au-dessus duquel se situent les postes à responsabilité.

Travail de valeur égale : l'article L. 3221-4 du code du travail dispose : « *Sont considérés comme ayant une valeur égale, les travaux qui exigent des salariés un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse.* »

⁴⁹ Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, art. 1^{er}, al.1.

⁵⁰ Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, art. 1^{er}, al.2.

ANNEXE 2

BRANCHES PROFESSIONNELLES MIXTES ET NON MIXTES DE L'ESS

Une branche professionnelle non mixte est une branche professionnelle dans laquelle la proportion d'un des deux sexes atteint au moins 60 % des effectifs salariés.

Les branches professionnelles dites non mixtes dans l'ESS

Acteurs du lien social et familial: 83 % de femmes/17 % d'hommes. (Source: CEP – juillet 2013.)

Action sociale et sanitaire: 75 % de femmes/25 % d'hommes. (Source: Enquête emploi 2012.)

Aide, accompagnement, soins et services à domicile: 95 % de femmes/5 % d'hommes. (Source: CEP de janvier 2013.)

Animation: 65 % de femmes/35 % d'hommes. (Source: enquête emploi-formation CPNEF 2013.)

Ateliers et chantiers d'insertion: parmi les salariés polyvalents: 68 % d'hommes/32 % de femmes. (Source: étude Les salariés des SIAE – DARES – mai 2014.)

Foyers, résidences sociales et services pour jeunes travailleurs: 64 % de femmes/36 % d'hommes. (Source: SNEFOS, rapport de branche 2013.)

Mutualité de santé: 79 % de femmes/21 % d'hommes. (Source: bilan social 2013 – OEMM.)

Missions locales: 77 % de femmes/23 % d'hommes. (Source: rapport de branche Observatoire des missions locales et PAIO 2011.)

Personnels des PACT-ARIM: 69 % de femmes/31 % d'hommes. (Source: rapport de l'Observatoire du mouvement PACT – juin 2011.)

Sport: 63 % d'hommes/37 % de femmes. (Source: fiches DGT – DADS 2011.)

Secteur de la coopération - Scop adhérentes de la CGSCOP: 70 % d'hommes/30 % de femmes. (Source: magazine *Participer* avril-mai-juin 2012.)

Les branches professionnelles dites mixtes

Radiodiffusion associative: 59 % d'hommes/41 % de femmes. (Source: rapport de branche 2012.)

Régies de quartier: 58 % d'hommes/42 % de femmes. (Source: étude sur l'égalité hommes/femmes, Observatoire des métiers et des qualifications des régies de quartier 2010.)

Tourisme social et familial: 54 % de femmes et 46 % d'hommes. (Source: fiches DGT – DADS 2011.)

ANNEXE 3

ACCORDS DE BRANCHE SUR L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE DANS L'ESS

Animation : accord du 17 décembre 2012 relatif au principe d'égalité professionnelle et de non-discrimination.

Ateliers et chantiers d'insertion : accord du 9 juillet 2014 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Logement social PACT : avenant n°7 du 4 octobre 2011 sur l'égalité de traitement entre les salariés hommes et femmes.

Mutualité : accord du 24 septembre 2010 relatif à l'égalité professionnelle.

Tourisme social et familial : accord du 15 novembre 2012 relatif au principe d'égalité professionnelle femmes-hommes.

ANNEXE 4

BRANCHES PROFESSIONNELLES ET TEMPS PARTIEL

Indications, en l'état des données disponibles, sur la proportion de salariés femmes et hommes à temps partiel

Acteurs du lien social et familial: 66 % des femmes; 64 % des hommes.

CHRS: 23 % des femmes; 10 % des hommes.

Centres de lutte contre le cancer: 24 % des femmes; 13 % des hommes.

CCN 66: 17 % des femmes; 14 % des hommes.

Missions locales et PAIO: 30,9 % des femmes; 10,2 % des hommes.

Mutualité: 19 % des femmes; 5 % des hommes.

Organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs: 36 % des femmes; 27 % des hommes.

Personnels des PACT et ARIM: 28 % des femmes; 12 % des hommes.

Régies de quartier: 86 % des femmes; 62 % des hommes.

Branches professionnelles signataires d'accords temps partiel

Acteurs du lien social et familial: avenant n°01-15 du 15 juin 2015 relatif à la durée de travail des salariés à temps partiel.

Action sanitaire et sociale: accord relatif au travail à temps partiel du 22 novembre 2013.

Animation: avenant n° 150 du 25 juillet 2014 relatif au travail à temps partiel; avenant n° 148 du 23 juin 2014 relatif au temps partiel (animateurs techniciens et professeurs).

Foyers, résidences et services pour jeunes travailleurs: avenant n° 12 du 9 janvier 2014 relatif à la sécurisation de l'emploi et au temps partiel.

Mutualité de santé: accord du 11 février 2015 relatif au travail à temps partiel.

Personnel des PACT: avenant n°9 du 30 septembre 2014 relatif au travail à temps partiel.

Radiodiffusion: accord du 6 novembre 2014 relatif à la durée de travail des personnels à temps partiel.

Sport: avenants n° 87 et n° 89 du 15 mai 2014 relatifs au contrat de travail à temps partiel.

ANNEXE 5

LISTE DES OUTILS MOBILISABLES PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX À L'OCCASION
DE NÉGOCIATIONS DE BRANCHE SUR LA RÉVISION DES CLASSIFICATIONS

Site ega-pro.femmes.gouv.fr

Guide du défenseur des droits pour une évaluation non discriminante des emplois à prédominance féminine.

Méthodologie du groupe de travail paritaire mis en œuvre dans le cadre de l'ANI du 19 juin 2013 et visant à permettre aux négociateurs de branche d'intégrer la démarche d'égalité femmes-hommes dans les négociations de classification. Commission européenne, 1994, « Mémoire sur l'égalité des rémunérations pour un travail de valeur égale », COM(94) 6 final, Bruxelles, 23 juin 1994.

Commission européenne, 1996, « Code de conduite pour la mise en œuvre de l'égalité des rémunérations entre femmes et hommes », COM(96) 336 final, Bruxelles, 17 juillet 1996.

BIT, « Promouvoir l'équité salariale au moyen de l'évaluation non sexiste des emplois: guide de mise en œuvre », Genève, 2008.

ANNEXE 6

CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

SECTEURS d'activité	NOMBRE d'entreprises	NOMBRE de salariés	ORGANISATIONS membres de l'UDES	CONVENTIONS collectives	ACTIVITÉS GÉRÉES
Aide, accompagnement, soins et services à domicile	5 000	220 000	UNADMIR	CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 étendue par arrêté du 23 décembre 2011 (brochure n° 3381)	85.3J Aide à domicile 85.3K Autres formes d'action sociale 85.1G Activités des auxiliaires médicaux Soins à domicile
			ADESSADomicile UNA FNAAFP-CSF		
Animation	13 000	150 000	CNEA	CCN Animation du 28 juin 1988, étendue le 10 janvier 1989 (brochure n° 3246)	55.2A Auberges de jeunesse et refuges 55.2E Autres hébergements touristiques 80.4D Autres enseignements 85.3G Crèches et garderie d'enfants 85.3K Autres formes d'activités sociales 91.3E Organisations associatives (n.c.a.) 92.3D Gestion de salle de spectacles 92.3K Activités d'intérêt social dans le domaine culturel 92.5A Gestion des bibliothèques 92.5C Gestion du patrimoine culturel 92.5E Gestion du patrimoine naturel 92.6A Gestion d'installations sportives 92.6C Autres activités sportives 92.7C Autres activités récréatives
Ateliers et chantiers d'insertion (ACI)	890	26 000	SYNESI	CCN des ateliers et chantiers d'insertion du 31 mars 2011, étendue le 30 octobre 2012	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

SECTEURS d'activité	NOMBRE d'entreprises	NOMBRE de salariés	ORGANISATIONS membres de l'UDES	CONVENTIONS collectives	ACTIVITÉS GÉRÉES
Acteurs du lien social et familial	4 350	60 000	SNAECSO	CCN des acteurs du lien social et familial (ALISFA) du 4 juin 1983, étendue le 22 juin 1987 (brochure n° 3218)	79.90Z Autres services de réservation et activités connexes 88.99A Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents 88.99B Action sociale sans hébergement (n.c.a.) ⁵¹ 88.91A Accueil de jeunes enfants 90.04Z Gestion de salles de spectacles 94.99Z Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire 93.29Z Autres activités récréatives et de loisirs 94.12Z Activités des organisations professionnelles
Foyers, résidences sociales et services	330	8 000	SNEFOS	CCN Organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003, étendue le 9 février 2004 (brochure n° 3014)	55.90Z Autres hébergements
Logement social	145	2 200	Fédération SOLIHA	CCN Personnels PACT et ARIM du 21 octobre 1983, étendue le 13 décembre 1998 (brochure n° 3221)	88.99A Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents 88.99B Action sociale sans hébergement (n.c.a.) 94.99Z Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire
Missions locales PAIO	500	11 000	UNML	CCN Missions locales et PAIO du 21 février 2001, étendue le 27 décembre 2001 (brochure n° 3304)	84.13Z Administration publique (tutelle) des activités économiques 88.99A Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents 94.99Z Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire
Mutualité	800	57 673	UGEM	CCN Mutualité du 31 janvier 2000, étendue le 17 août 2001 (brochure n° 3300)	65.12Z Autres assurances 86.21Z Activité des médecins généralistes 86.23Z Pratique dentaire 87.10A Hébergement médicalisé pour personnes âgées 87.10B Hébergement médicalisé pour enfants handicapés 87.10C Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé
Personnels familles rurales	2 300	12 000	Familles rurales	CCN des personnels familles rurales du 12 décembre 2012	49.32Z Transport de voyageurs par taxi

SECTEURS d'activité	NOMBRE d'entreprises	NOMBRE de salariés	ORGANISATIONS membres de l'UDES	CONVENTIONS collectives	ACTIVITÉS GÉRÉES
Radiodiffusion à caractère associatif	610	2 850	SNRL	CCN de la radiodiffusion du 11 avril 1996, étendue le 22 octobre 1996 (brochure n° 3285)	92.ZA Activités de radio
Régies de quartier et de territoire	140	6 000	SERQ	CCN des régies de quartier et de territoire du 2 avril 2012	88.99B Action sociale sans hébergement
Sociétés coopératives et participatives adhérentes de la CG-SCOP	2 165	43 860	CG-SCOP		
Sport	18 000	100 000	COSMOS CNEA	CCN du 7 juillet 2005, étendue le 25 novembre 2006	93.11Z Gestion d'installations sportives) 93.12Z Activités de clubs de sports) 93.13Z Activités des centres de culture physique) 93.19Z Autres activités liées au sport) 93.29Z Autres activités récréatives et de loisirs (n.c.a.) 85.51Z Enseignement de disciplines sportives et d'activités de loisirs
Tourisme social et familial	650	40 000	SATPS CNEA GSO TF	CCN Tourisme social et familial du 28 juin 1979, étendue le 2 juillet 1980 (brochure n° 3151)	55.2C Exploitations de terrains de camping 55.2E Autres hébergements touristiques 63.3Z Agences de voyages 74.1J Administration d'entreprises 91.3E Organisations associatives (n.c.a.) ¹

¹ n.c.a. : non classés ailleurs.

ANNEXE 7

COMPOSITION DE L'UDES AU 1^{ER} DÉCEMBRE 2015, DONNÉE À TITRE D'INFORMATION :
SYNDICATS ET GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS ADHÉRENTS DE L'UDES

**Employeurs associatifs intervenant dans les champs des services sanitaires,
sociaux et médico-sociaux à domicile et des services à la personne**

ADESSADOMICILE	Le réseau des associations d'aide à domicile
FNAAFP/CSF	Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire – membre de la confédération syndicale des familles
SNALESS	Syndicat national des associations laïques employeurs du secteur sanitaire, social, médico-éducatif et médico-social
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNADMR.....	Union nationale des associations du service à domicile
UNIOPSS.....	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

**Employeurs à but non lucratif intervenant dans le champ des établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Croix-Rouge	Croix-Rouge française
FEGAPEI	Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handi- capées mentales
SYNEAS	Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale
UNICANCER.....	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

**Employeurs intervenant dans les champs de l'animation,
de l'enseignement, du sport, de la culture et du tourisme social et familial**

CNEA	Conseil national des employeurs d'avenir
COSMOS	Conseil social du mouvement sportif
Familles rurales	Fédération nationale des familles rurales
GSOTF.....	Groupement syndical des organismes de tourisme familial
SATPS	Syndicat d'associations de tourisme, de promotion sociale, de vacances et de loisirs
SNRL.....	Syndicat national des radios libres

**Employeurs intervenant dans les champs de l'insertion, de la formation, des actions de prévention
et d'accompagnement à caractère social, du logement social et de la petite enfance**

Fédération SOLIHA	Solidaires pour l'habitat
SNAECSO.....	Syndicat national d'associations employeurs de personnels au service des centres sociaux et socio-culturels
SNEFOS.....	Syndicat national employeur des foyers, résidences sociales et services
SERO	Syndicat des employeurs des régies de quartier
SYNESI.....	Syndicat national des employeurs spécifiques d'insertion
SYNOFDES.....	Syndicat national des organismes de formation de l'économie sociale
UNML	Union nationale des missions locales PAIO, et organismes d'inser- tion sociale et professionnelle

Employeurs intervenant sous forme coopérative

Le CC Le crédit coopératif
CGSCOP Confédération générale des SCOP

**Employeurs intervenant dans le champ des activités exercées
par les mutuelles régies par le code de la mutualité**

UGEM Union des groupements d'employeurs mutualistes

AVENANT N° 338 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 5 MARS 1966
RELATIF AU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU 3 JUIN 2016

**Convention collective nationale de travail des établissements
et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**

Entre:

Association de préfiguration de la fusion de la FEGAPEI et du SYNEAS (FEGAPEI-SYNEAS), 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris,

D'une part,

Et,

Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

Fédération nationale des syndicats santé et sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris;

Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT), Case 538, 93515 Montreuil Cedex;

Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris;

Fédération nationale SUD santé sociaux (SUD), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part,

PRÉAMBULE

Par l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014, modifié par l'avenant n° 334 du 29 avril 2015, les partenaires sociaux ont créé le régime conventionnel de complémentaire santé de la convention collective du 15 mars 1966. Ce régime, conformément à l'article R.242-1-2 du code de la sécurité sociale, prévoit une condition d'ancienneté de 3 mois consécutifs dans l'entreprise pour bénéficier du régime conventionnel.

Compte tenu de la généralisation de la complémentaire santé introduite par la loi du 14 juin 2013 dite « loi de sécurisation de l'emploi » et de l'obligation de couverture de tous les salariés pour ce type de risque au 1^{er} janvier 2016, les signataires du présent avenant n° 338 conviennent de supprimer la condition d'ancienneté du régime conventionnel de complémentaire santé.

La loi n° 2015-1702 du 22 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2016 prévoit un nouveau dispositif pour les salariés dont la durée de couverture obligatoire ou la durée du contrat est courte et les temps très partiels (article L.911-7, III, alinéa 2, et article L.911-7-1 du code de la sécurité sociale). Ce dispositif dit « versement santé » a fait l'objet de précisions par décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 (articles D.911-5 à -8 du code de la sécurité sociale).

Par ailleurs, ce décret n° 2015-1883 est venu introduire des « cas de dispense de droit » à l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale. Ces cas de dispense de droit n'ont plus à figurer dans le texte conventionnel pour s'appliquer. Il s'agit notamment des salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS de l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale) ou de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale) ou encore les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective et obligatoire respectant les conditions de l'article L.242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale qui étaient prévus par l'article 3 de l'avenant n° 334 du 29 avril 2016.

Pour sécuriser les entreprises, les salariés et le régime social attaché aux cotisations du régime, les parties signataires ont décidé des modifications suivantes :

Article 1^{er}

Modification du régime conventionnel de complémentaire santé

Les dispositions de l'article 43.3.1 en son 1 « Définition des bénéficiaires » et son 3 « Caractère obligatoire de l'adhésion » de la convention collective du 15 mars 1966 sont rédigées comme suit :

Article 43.3.1

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage dès le premier jour de l'embauche.

2. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés, dont la situation correspond aux cas définis ci-après, auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime de complémentaire santé, sous réserve de solliciter par écrit ces dispenses d'affiliation et de produire les justificatifs requis :

a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée strictement supérieure à 3 mois à condition de justifier par écrit et en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

La demande de dispense devra être formulée au moment de l'embauche ou au moment où ils réunissent les conditions pour en bénéficier. Pour les salariés en contrat à durée déterminée dont la relation contractuelle se poursuit au-delà de trois mois, le justificatif d'une couverture par ailleurs sera à fournir à cette date pour continuer de bénéficier du cas de dispense.

b) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2 à l'article 43.3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit à la date d'embauche, soit au moment de l'évolution de leur situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). Dans ce dernier cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel le salarié formule la demande de dispense.

Conformément aux dispositions de l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale

c) Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire (CMU-C) en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L.863-1 du même code. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Le salarié déjà affilié au présent régime peut faire valoir ce cas de dispense en cas d'évolution de sa situation le conduisant à bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS conformément à l'article D.911-5 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel il formule la demande de dispense et fournit les justificatifs requis.

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. A l'échéance du contrat, ce dernier sera affilié de manière obligatoire au présent régime.

e) Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

- d'une couverture collective et obligatoire de remboursement de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'un dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- d'un contrat d'assurance de groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin) relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale ;

- du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

À défaut d'écrit et de justificatif, ou du renouvellement de ce dernier le cas échéant, adressé à l'employeur dans les conditions évoquées ci-dessus, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

Ces dispenses d'affiliation s'appliquent sans préjudice de l'application des cas de dispense prévus à l'article 3 du présent avenant (article 43.3.1-4 Versement santé).

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

Les dispositions de l'article 43.3.1-2 relatives aux cas de suspension du contrat de travail sont inchangées.

Article 2

Versement santé

Il est inséré après l'article 43.3.1-3 modifié ci-dessus un article 43.3.1-4 intitulé « Versement santé » rédigé comme suit :

4. Versement santé

Dans le respect des dispositions et des conditions imposées par les articles L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et des articles D.911-4 à -8 du même code, peuvent bénéficier du versement santé les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine conformément à l'article D.911-7 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation sous réserve de justifier d'une couverture en matière de frais de santé « responsable », respectant les conditions légales et réglementaires de ce type de contrat, notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés bénéficient du versement santé dont les conditions et montants sont définis aux articles D.911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Ce versement santé payé par l'employeur, si le salarié justifie des éléments cités ci-dessus, bénéficie du régime social et fiscal attaché à la contribution de l'employeur respectant les conditions de l'article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale.

Article 3

Effet, durée

Le présent avenant est applicable à compter du premier jour du mois suivant la parution de son arrêté d'agrément au *Journal officiel* conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Les salariés, dont les contrats en cours n'ont pas dépassé la durée de 3 mois (condition d'ancienneté de l'avenant n° 328) à la date d'application définie ci-dessus, seront affiliés de manière obligatoire à compter de cette date d'application sauf s'ils font valoir un des cas de dispense ci-dessus.

Les salariés n'ayant pas encore atteint la condition d'ancienneté au moment de la date d'application du présent avenant et dont la durée de couverture collective et obligatoire restant à courir serait inférieure à 3 mois pourront prétendre au versement santé dans les conditions de l'article 2 du présent avenant.

Fait à Paris, le 3 juin 2016.

Organisations syndicales de salariés :

La Fédération nationale des services
santé et services sociaux (CFDT)

Signé

La Fédération nationale des syndicats
chrétiens des services santé et services sociaux

(CFTC)

Signé

La Fédération de la santé
et de l'action sociale (CGT)

Non signataire

La Fédération nationale de l'action sociale
(CGT-FO)

Non signataire

La Fédération française de la santé, de la
médecine et de l'action sociale (CFE-CGC)

Signé

La Fédération nationale SUD santé sociaux
(SUD)

Non signataire

Organisation syndicale d'employeurs :

L'Association de préfiguration de la fusion
de la FEGAPEI et du SYNEAS
(FEGAPEI-SYNEAS)

Signé

« ACCORDS COLLECTIFS DE TRAVAIL APPLICABLES DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE ET DANS LES SERVICES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'INSERTION POUR ADULTES »

**Avenant n° 1 du 26 avril 2016 au protocole n° 158 du 30 novembre 2015
relatif au régime collectif de prévoyance**

Entre :

L'Association de préfiguration de la fusion de la FEGAPEI et du SYNEAS (FEGAPEI-SYNEAS) 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris,

D'une part,

Et,

La Fédération nationale des services de santé et des services sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

La Fédération des syndicats santé et sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris;

La Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

La Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière (FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris;

La Fédération nationale SUD santé sociaux (SUD), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part,

PRÉAMBULE

Le protocole n° 158 en date du 30 novembre 2015 a été agréé par arrêté paru au *Journal officiel* du 7 avril. Ce protocole n° 158 prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Certaines dispositions sont difficilement compatibles avec une forme de rétroactivité. Il en est ainsi des modifications de la cotisation au régime de prévoyance, de la baisse de la garantie décès et de l'entrée en vigueur de la subrogation.

Article 1^{er}

Modification de l'entrée en vigueur de certaines dispositions du protocole n° 158

Les entrées en vigueur des dispositions suivantes sont modifiées :

a) L'article 7.1.6. – Taux de cotisation

Les nouveaux taux de cotisation des salariés cadres et non cadres (au sens de l'article 1^{er} du protocole 158) entrent en vigueur au 1^{er} avril 2016.

b) L'article 7.1.4. – Les garanties

1. Garantie capital décès

La modification de la garantie capital décès entre en vigueur pour tous les décès intervenus à compter du lendemain de la parution de l'arrêté d'agrément au *Journal officiel*, soit le 8 avril 2016. Pour tout fait générateur intervenant postérieurement à cette date, les garanties du protocole 158 s'appliqueront. Avant cette date, les anciennes garanties s'appliquent.

c) L'article 7.1.4. – Les garanties

3. Garantie incapacité temporaire

Mise en place de la subrogation

La mise en place de la subrogation entre en vigueur le 1^{er} mai 2016. Pour tous les arrêts de travail intervenant à compter de cette date (1^{er} mai compris) ou faisant l'objet d'un renouvellement, la subrogation sera mise en place pour la durée définie à l'article 7.1.4.3.

Article 2

Effet et formalités

Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Les dispositions entrent en vigueur selon les dates renseignées à l'article 1^{er} du présent avenant. Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 26 avril 2016.

Organisations syndicales de salariés :

La Fédération nationale des services de santé
et des services sociaux (CFDT)

Signé

La Fédération des syndicats santé et sociaux
(CFTC)

Signé

La Fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC)

Signé

La Fédération nationale de l'action sociale
Force ouvrière (FO)

Non signataire

La Fédération nationale Solidaires SUD santé-
sociaux (Solidaires)

Non signataire

Organisation syndicale d'employeurs :

L'Association de préfiguration de la fusion
de la FEGAPEI et du SYNEAS
(FEGAPEI-SYNEAS)

Signé

AVENANT N° 04-2016 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TRAVAIL

Secteurs sanitaire, social et médico-social du 26 août 1965

Il est convenu et décidé entre les parties signataires le changement suivant :

Nomenclature des emplois non cadres, groupe B, filière sociale, éducative et enseignement :

Ajouter : accompagnant éducatif et social (+ 5 points).

Cet avenant est applicable à partir du 1^{er} juin 2016.

Fait à Charenton-le-Pont, le 3 juin 2016.

Pour la CFE-CGC

Signé

Pour la CFDT

Signé

Pour la FNAS-FO

Signé

Pour la CFTC

Signé

Pour la CGT

Signé

Pour SUD santé sociaux

Non signataire

Pour UNISSS

Signé

Pour SISMES

Signé

Pour SNAMIS

Signé

AVENANT N° 05-2016 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TRAVAIL

Secteurs sanitaire, social et médico-social du 26 août 1965

Il est convenu et décidé entre les parties signataires de porter la valeur du point de 5,231 € à 5,246 € au 1^{er} janvier 2016.

Fait à Charenton-le-Pont, le 3 juin 2016.

Pour la CFE-CGC
Signé

Pour la CFDT
Signé

Pour la FNAS/FO
Non signataire

Pour la CFTC
Signé

Pour la CGT
Non signataire

Pour SUD santé sociaux
Non signataire

Pour UNISSS
Signé

Pour SISMES
Signé

Pour SNAMIS
Signé

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Direction générale de la cohésion sociale

Direction générale de la santé

Direction de la sécurité sociale

Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2016/266 du 30 août 2016 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2016 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques: appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte-soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et l'expérimentation « Un chez soi d'abord »

NOR : AFSA1624453C

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 26 août 2016. – Visa CNP 2016-123.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente instruction notifie les dotations régionales de dépenses médico-sociales pour les ESMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques pour 2016. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.

Mots clés : ONDAM – établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques – mesures nouvelles – ACT – CAARUD – CSAPA – LHSS – LAM – expérimentation « Un chez soi d'abord ».

Références :

Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

Arrêté du 19 août 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 19 août 2016 fixant les dotations régionales de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

- Annexe 1. – Notifications régionales pour 2016.
- Annexe 2. – Questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA.
- Annexe 3. – Activité de dépistage par TROD – bilan annuel de l'activité réalisée.
- Annexe 4. – Programmation pluriannuelle du nombre de place d'ACT.
- Annexe 5. – Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région.
- Annexe 6. – Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2016 des LHSS et des LAM.
- Annexe 7. – Calendrier et modalités de retour des rapports d'activité relatifs aux structures addictologie.
- Annexe 8. – Rapport d'activité des CSAPA – structures ambulatoires.
- Annexe 9. – Rapport d'activité des CSAPA – structures avec hébergement.

Annexe 10. – Rapport d'activité des CAARUD.

Annexe 11. – Enquête relative à la campagne de tarification 2016 et au recensement des besoins 2017 et 2018.

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agences régionales de santé.

L'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent chaque année l'objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (ONDAM) des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3 du même code, soit les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (CAARUD), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les « lits halte soins santé » (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM). Cet objectif comprend aussi le financement de l'expérimentation « Un chez soi d'abord ». Les ministres arrêtent également le montant total annuel des dépenses du secteur et sa répartition entre les dotations régionales limitatives notifiées aux agences régionales de santé.

En 2015, afin de disposer d'un suivi des dépenses de ces établissements, il vous a été demandé de répondre à une enquête tarifaire. Cette enquête tarifaire est reconduite en 2016.

Le montant définitivement arrêté de l'enveloppe de crédits dédiés aux ESMS spécifiques au titre de l'année 2016 s'élève à 551,16 M€, soit un taux de progression de + 4 % par rapport à 2015. Le montant de mesures nouvelles disponibles en 2016 est de 6,92 M€.

La présente instruction a pour objectif de détailler les hypothèses de construction des dotations régionales limitatives et de vous indiquer les évolutions et les priorités d'emploi des crédits pour chacune des catégories de structures. À compter de la notification de votre dotation régionale limitative, vous disposez d'un délai de soixante jours pour procéder à la tarification des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-2 du CASF.

1. Les mesures de reconduction et extensions en année pleine en 2016

a) Concernant les crédits reconduction : les ESMS concernés par la présente instruction bénéficient en 2016 d'un taux de reconduction global de 0,62 % (0,76 % pour la masse salariale et 0,2 % pour l'effet prix) ce qui représente 3,35 M€ de crédits.

b) Concernant les crédits dédiés aux extensions en année pleine : le montant des enveloppes consacrées à l'extension en année pleine des mesures nouvelles de 2015 s'élèvent à 10,92 M€ et correspond à :

- la création de places en appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour 8 mois de fonctionnement soit 1,906 M€;
- la mise à disposition des traitements de substitution nicotiques (TSN) dans les CSAPA pour 6 mois soit 0,6 M€;
- la création d'antennes et consultations avancées de CSAPA, dispositifs mobiles de CAARUD pour 8 mois soit 1,622 M€;
- le renforcement des CSAPA référents pour 8 mois soit 0,8 M€;
- la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH en CAARUD et en CSAPA pour 8 mois soit 0,233 M€;
- la création de 50 places de LHSS pour 9 mois, soit 1,53 M€;
- la création de 75 places de LAM pour 9,4 mois soit 4,231 M€.

2. Les mesures nouvelles : création de places en 2016

2.1. Structures d'addictologie

Le montant des mesures nouvelles 2016 pour les structures d'addictologie est fixé à 2.40 M€.

2.1.1. Traitements de substitution nicotiques (TSN) dans les CSAPA : 0.25M€ sur 4 mois

Cette mesure s'inscrit dans la continuité des financements 2014 et 2015. Ces crédits sont destinés à mettre à disposition des usagers de CSAPA, une amorce (un mois) de traitement par TSN, en

lien avec la mesure annoncée dans le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT). Un forfait d'aide au sevrage tabagique de 50 euros annuel et par personne, existe. Celui-ci est triplé pour les femmes enceintes et les 20-30 ans, ainsi que les bénéficiaires de la CMU-C et les patients en ALD cancer. Actuellement, cela implique une avance de frais par le patient. Les CSAPA, entre autres, doivent pouvoir dispenser une amorce de traitement à leurs patients fumeurs souhaitant s'arrêter, ce qui leur permettra de constater l'efficacité de ces traitements. La prise en charge par le CSAPA doit inclure l'accompagnement du fumeur souhaitant s'arrêter.

En 2016, une action de grande ampleur est mise en place au niveau national : Moi(s) sans tabac, avec pour objectif de promouvoir et d'inciter les fumeurs à réaliser un sevrage au cours du mois de novembre. Les CSAPA seront sollicités pour soutenir cette action et mettre gratuitement à disposition une amorce de traitement.

Les recommandations de la HAS sur l'arrêt de la consommation de tabac de 2014¹ doivent servir de référence à ce sujet.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

Il vous est demandé de transmettre aux structures auxquelles vous déléguez ces crédits le questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA (annexe 2) afin qu'elles le complètent pour l'activité 2016. Les documents complétés doivent parvenir pour le 31 janvier 2017 au plus tard à la DGS / bureau SP3 dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr.

2.1.2. Renforcement de l'offre médico-sociale: 0.784 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont délégués dans le cadre de la mesure 31 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils sont destinés au renforcement de l'offre médico-sociale et à l'adaptation de la répartition territoriale des établissements médico-sociaux pour répondre aux besoins de la population (créations de CSAPA, de CAARUD, d'antennes de CSAPA, de consultations avancées, d'équipe mobile de CAARUD, renforcement des équipes existantes...).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.3. Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC en CAARUD et VIH en CSAPA: 0.127 M€ sur 4 mois

Cette mesure s'inscrit dans la continuité des financements 2014 et 2015. Il s'agit de poursuivre le déploiement des TROD VIH en CSAPA et de mettre à disposition les TROD VHC dans les CAARUD, dans le cadre de la mesure 34 du plan d'actions 2013-2015 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les CAARUD et les CSAPA ont la possibilité de réaliser des TROD VIH et VHC après autorisation de l'ARS, selon les modalités précisées dans l'arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médicosocial ou associatif.

La structure doit respecter le cahier des charges figurant en annexe de cet arrêté. Les personnels pratiquant le dépistage par TROD doivent avoir suivi une formation à l'utilisation de ces tests. La direction de l'établissement doit pouvoir fournir les attestations de formation.

Les crédits sont destinés à couvrir le coût lié au développement de cette activité, incluant la formation du personnel, l'achat des TROD et les frais liés à leur utilisation, ainsi que le traitement des déchets liés à cette activité.

L'enveloppe 2016 se répartit entre les CAARUD (pour les 8/10 de l'enveloppe) et les CSAPA (pour les 2/10 de l'enveloppe) en fonction des files actives.

Les crédits délégués en 2016 complètent ceux délégués en 2014 et 2015. Ainsi tous les CAARUD doivent être en mesure de proposer des TROD VIH et VHC à leurs usagers et tous les CSAPA doivent être en mesure de proposer des TROD VIH à leurs usagers.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours

Il vous est demandé de transmettre aux structures auxquelles vous déléguez ces crédits le questionnaire relatif au bilan annuel de l'activité de dépistage par TROD (annexe 3) afin qu'elles le complètent. Ce document rendant compte de l'activité 2016 doit parvenir complété pour le 31 janvier 2017 au plus tard à la DGS/bureau SP3 dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr

2.1.4. Programme de réduction des risques et des dommages à distance: 0.083 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont délégués dans le cadre de la mesure 50 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils sont destinés à améliorer l'accessibilité du matériel de réduction des risques et des dommages (RDRD) par la création d'un service d'envoi postal de matériel, en s'appuyant sur les CAARUD.

Un programme de RDRD à distance est valorisé à 50 000€ par an.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.5. Renforcement de l'offre de matériel de réduction des risques et des dommages: 0.255 M€ sur 3 mois

Ces crédits sont destinés à permettre aux CAARUD d'accroître à la fois qualitativement et quantitativement, l'offre de matériel de réduction des risques et des dommages, afin de diminuer les complications sanitaires rencontrées par les usagers de drogues.

Ces crédits doivent également permettre de répondre aux besoins de formations des professionnels des CAARUD au regard des nouveaux produits et des nouveaux profils des usagers drogues.

Les crédits sont répartis en fonction des files actives des CAARUD.

2.1.6. Renforcement des consultations jeunes consommateurs (CJC): 0.75 M€ sur 4 mois

Ces crédits sont destinés à renforcer les moyens des CJC, afin d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs. Ces crédits doivent notamment, permettre d'augmenter les heures d'ouvertures, de créer des consultations avancées et de développer l'intervention précoce et les activités d'« aller vers » (partenariat avec les acteurs non spécialisés notamment).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.7. Mise à disposition de la naloxone: 0.155 M€ sur 3 mois

Ces crédits sont délégués dans le cadre de la mesure 50 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les crédits sont destinés à l'achat de la naloxone spray sous autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc) par les CSAPA à gestion hospitalière ou membre de groupement de coopération sanitaire, afin qu'ils puissent dispenser gratuitement ce traitement aux usagers identifiés à risque de surdose aux opiacés parmi la file active des usagers qu'ils accueillent.

Ces crédits doivent également permettre de former les professionnels des CSAPA et des CAARUD à l'utilisation de la naloxone.

Les crédits sont notifiés en annexe 1. Ces crédits sont délégués uniquement pour la durée de l'ATUc.

2.2. *Appartements de coordination thérapeutique (ACT): 2,19 M€ sur 4 mois*

Les ARS ont fait état de besoins supplémentaires en ACT au travers de l'enquête réalisée par la DGS en 2012².

Au regard des besoins exprimés, une enveloppe de 2,19 M€ a été réservée à la création/extension de 200 places d'ACT en 2016 sur quatre mois.

Cette enveloppe correspond à une valorisation des 200 places sur 4 mois, soit à compter du 1^{er} septembre 2016, sur la base d'un coût annuel à la place de 32 231 € en métropole et de 38 550 en outre-mer.

La répartition des crédits correspondant à ces 200 places est détaillée en annexe 1.

² Enquête réalisée par la DGS auprès des ARS (circulaire du 7 juin 2012).

Cette répartition tient compte du taux d'équipement en ACT des régions, des indicateurs de précarité³, du nombre de personnes recensées en affection longue durée VIH, hépatites et diabète⁴ dans ces régions.

Ces créations/extensions pourront s'appuyer sur les préconisations développées par la nouvelle stratégie nationale de santé⁵, sur les recommandations issues des divers plans, rapports et enquêtes⁶ relatifs à l'hébergement, l'accompagnement ou encore la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Ces principales mesures consistent à :

- développer auprès des services d'orientation: l'information, les missions des ACT ainsi que les critères d'admission de ces établissements ;
- favoriser l'accueil et l'intégration en ACT des patients sortants de prison ;
- aider aux conditions permettant un parcours vers l'autonomie des patients ;
- développer les compétences internes des équipes d'ACT (pratiques addictives, troubles neuro-cognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison) et encourager les partenariats avec les réseaux et structures spécialisées du territoire ;
- permettre l'accueil des accompagnants, notamment par la mobilisation du droit commun.

Enfin, dans son discours d'ouverture du dernier « Colloque Hépatites » qui s'est tenu le 25 mai 2016; la ministre a annoncé l'accès universel aux traitements de l'hépatite C et a réaffirmé l'importance des structures ACT dans la prise en charge de ces patients.

Les ARS devront transmettre la à direction générale de la santé pour le 1^{er} mars 2017 (à DGS-SP2@sante.gouv.fr) le tableau de prévisions des besoins en place d'ACT pour les trois prochaines années (annexe 4).

2.3. Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM)

Les LAM et les LHSS sont des dispositifs pérennisés à l'issue d'expérimentations et qui répondent à un véritable besoin pour la prise en charge des personnes sans abris souffrant de pathologies diverses.

Pour mieux articuler les «lits halte soins santé» (LHSS) et les «lits d'accueil médicalisés» (LAM), le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 détaille les conditions techniques de fonctionnement des deux dispositifs. Si les premiers accueillent des sans-abri dont l'état est incompatible avec la vie à la rue, les seconds prennent en charge des personnes atteintes de lourdes pathologies.

Leur déploiement sur l'ensemble du territoire national n'est toutefois pas encore achevé.

Le Premier ministre a annoncé le 13 avril 2016 dans le cadre des perspectives 2016-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale la création de 300 LAM et 200 LHSS à partir de 2017.

Dès 2016, 50 nouvelles places de LHSS et 100 places de LAM sont créées sur 3 mois. La ventilation de ces places a tenu compte de plusieurs critères :

- la création effective des places financées dans l'ONDAM 2015 ;
- les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;
- la population et le taux de pauvreté des régions ;
- la densité des places de CHRS dans les régions ;
- la faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;
- le déploiement des LAM dans toutes les régions.

Afin de préparer le déploiement de nouvelles places en 2017, j'attire votre attention sur la nécessité de compléter les annexes 5 et 11 avec tout le soin nécessaire afin que le déploiement de nouvelles places soit le plus pertinent possible. Il est par ailleurs vivement recommandé de procéder à l'analyse des besoins puis des appels à projets avec les services compétents des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

³ Nombre de bénéficiaires des *minima* sociaux en 2014 – SOURCE DREES.

⁴ ALD 6 « maladies chroniques actives du foie et cirrhoses », ALD 7 « déficit immunitaire primitif, infection par le VIH », ALD 8 « diabète de types 1 et 2 », données CNAMTS 2013.

⁵ Stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013.

⁶ Plan Cancer 3, Étude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH. Plein sens (commande DGS) – octobre 2010, Rapport Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Rapport Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.

Les «lits halte soins santé» (LHSS)

En 2016, il sera créé 50 nouveaux lits sur 3 mois (91 jours), soit une enveloppe de 511 284 € au total.

Le prix de journée d'un lit LHSS s'élève à 112,37 €/jour/lit.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM)

En 2016, il est créé 100 nouveaux lits financés sur 3 mois (91 jours), soit une enveloppe de 1 812 811 € au total.

Le prix de journée d'un lit LAM s'élève à 199,21€/jour/lit.

L'annexe 5 recense par région le nombre de lits antérieurement financés et les mesures nouvelles 2016. Afin de consolider la visibilité de l'existant et les projections 2017, 2018 et 2019 au regard de vos besoins locaux en LAM et LHSS, il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

L'annexe 6 présente la méthodologie de l'affectation des places nouvelles par région en 2016 et rappelle les contraintes techniques pour la création des LAM et LHSS.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 5 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 2017 au plus tard à l'adresse suivante : DGCS-lamlhss@social.gouv.fr

2.4. L'expérimentation « Un chez soi d'abord »

Par arrêté du 25 août 2015, l'agrément accordé aux quatre structures existantes au titre de l'expérimentation d'action médico-sociale dénommée « Un chez soi d'abord » a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2016. Seuls les crédits relatifs à la reconduction des moyens des structures existantes font l'objet de la présente notification. Au total, les crédits dédiés à l'expérimentation représentent un peu plus de 2,8 M€.

3. Les rapports d'activité relatifs aux structures « addictologie »

La présente instruction a également pour objectif de vous transmettre les formulaires des rapports d'activité des CSAPA et des CAARUD, portant sur l'année 2016, que vous voudrez bien adresser aux structures afin qu'elles les complètent (annexes 8, 9 et 10). L'annexe 7 rappelle le calendrier et les modalités de retour des données recueillies. Ces remontées sont importantes pour pouvoir dresser un état des lieux ; des analyses régionales pourront être réalisées en vue de l'élaboration des projets régionaux de santé.

4. L'enquête relative à la campagne de tarification pour 2016 et au recensement des besoins en mesures nouvelles

Votre attention est attirée sur la nécessité de procéder à un suivi rigoureux des dépenses engagées par vos décisions de tarification et de vos besoins pour les années à venir. L'enquête tarifaire 2015 est reconduite, sous un nouveau format pour l'année 2016, l'objectif étant de faciliter la saisie des données de tarification par vos services et de compléter cette enquête tarifaire par un recensement des besoins en mesures nouvelles pour les prochaines années. L'enquête se présente désormais sous la forme de trois onglets : LAM/LHSS, CSAPA/CAARUD, ACT.

Il vous est demandé de renseigner impérativement cette enquête jointe à l'annexe 11, qui concerne l'ensemble des ESMS financés sur la dotation régionale limitative.

Vous voudrez bien retourner le fichier excel complété de façon exhaustive pour le 31 janvier 2017 au plus tard aux trois adresses suivants : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr ; DGCS-lamlhss@social.gouv.fr ; DGS-SP2@sante.gouv.fr ; dgs-sp3@sante.gouv.fr.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET
Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

NOTIFICATIONS RÉGIONALES 2016

	Enveloppe addic- tologie et ACT reconduite notifiée en 2015 en €	Transferts au 01/01/2016 en €	Base addic- tologie et ACT pour 2015 en €	Actualisation de la base 2015 (+0,62%) en €	EAP ACT 2016	EAP Addic- tologie 2016	Socle 2016 pour structures addic- tologie et ACT hors LHSS et LAM en €	Mesures nouvelles						Total Notifications Addic- tologie 2016		
								Création de 200 places ACT sur 4 mois	Mise à disposition de TSN dans les CSAPA sur 4 mois	Renforcement de l'offre mé- dicale so- ciale sur 4 mois	Mise à disposition de TRD dans le CSAPA et les CAARUD sur 4 mois	Programmes de RORD à distance sur 4 mois	Renforcement de l'offre de matériel de RORD sur 3 mois		Renforcement des CJC sur 4 mois	Mise à disposition de la naloxone dans les CSAPA sur 3 mois
ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE	35 403 960	0	35 403 960	219 505	191 995	306 582	36 122 021	247 105	24 608	60 620	10 834	16 667	20 585	49 742	13 305	36 565 488
AUTITAINE LIMOUSIN POU-CHARENTES	37 410 418	0	37 410 418	231 945	191 995	369 738	38 204 096	128 924	24 228	73 324	14 279	0	29 782	69 247	12 919	38 566 399
AUVERGNE RHONE-ALPES	40 338 108	0	40 338 108	250 096	213 327	246 029	41 047 561	139 668	22 057	67 407	9 626	16 667	19 532	94 848	15 748	41 432 113
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	16 893 013	0	16 893 013	104 737	127 996	227 321	17 353 066	96 693	13 208	32 027	4 159	0	7 975	37 423	3 788	17 548 339
BRETAGNE	14 101 326	0	14 101 326	87 428	63 998	93 389	14 346 141	42 975	14 720	26 814	2 715	0	3 747	45 497	9 953	14 492 561
CENTRE VAL DE LOIRE	13 395 475	0	13 395 475	83 052	149 329	157 792	13 785 648	139 668	8 376	22 184	3 478	16 667	7 449	28 594	2 504	14 014 569
CORSE	2 957 576	0	2 957 576	18 337	0	80 000	3 065 913	0	1 903	9 267	551	0	1 065	2 580	1 035	3 072 313
ILE-DE-FRANCE	109 404 540	0	109 404 540	678 308	213 327	322 319	110 618 495	429 747	44 868	137 331	33 070	0	66 412	118 133	32 776	111 480 851
LANGUEDOC-ROUSSILLON MIDI-PYRENEES	44 839 098	0	44 839 098	278 002	265 993	305 898	45 678 992	171 898	17 639	82 982	12 855	0	28 328	77 569	12 128	46 082 400
HAUTS-DE-FRANCE	47 619 015	0	47 619 015	295 238	106 664	315 994	48 336 911	311 566	27 770	97 734	13 123	16 667	27 311	58 088	18 044	48 907 214
NORMANDIE	19 447 480	0	19 447 480	120 574	127 996	198 778	19 894 829	96 693	13 074	29 932	3 491	16 667	5 821	36 335	12 333	20 109 174
PACA	41 925 416	0	41 925 416	259 938	213 327	221 203	42 819 884	75 206	20 884	64 756	10 287	0	19 510	58 997	13 016	42 882 541
PAYS DE LA LOIRE	17 920 439	0	17 920 439	111 107	63 998	81 140	18 176 684	59 718	11 409	26 535	2 632	0	5 500	51 149	2 504	18 330 130
GUADELOUPE	4 264 100	0	4 264 100	26 437	0	72 648	4 363 185	25 700	1 722	12 377	621	0	1 420	2 731	1 072	4 408 828
MARTINIQUE	5 024 953	0	5 024 953	31 155	0	24 350	5 080 458	25 700	1 855	11 736	203	0	457	3 383	2 719	5 126 510
GUIYANE	8 236 929	0	8 236 929	51 069	0	179 970	8 467 974	77 100	723	14 913	2 794	0	6 628	6 262	1 271	8 577 664
REUNION - MAYOTTE	5 760 462	0	5 760 462	35 715	0	72 916	5 869 093	128 500	949	13 727	1 949	0	4 478	9 403	286	6 026 435

	Rappel base LHSS pour 2015 en €	Actualisation de la base LHSS 2015 (+0,62%) en €, soit un tarif de 112,37€/jour de 2016 de 112,37€/jour	Total Notifications LHSS 2016	Rappel base LAM pour 2015 en €	Actualisation de la base LAM 2015 (+0,62%) en €, soit un tarif 2016 de 199,21€/jour sur 3 mois, soit 91 jours	EAP LAM 2016 (tarif 2016 de 199,21€/jour sur 3 mois, soit 91 jours)	Mesures nouvelles Création de 100 places de LAM (=199,21 €/jour) sur 3 mois, soit 91 jours	Total Notifications LAM 2016	Base "Un chez soi d'abord" pour 2015 en €	Actualisation de 2015 (+0,62%) en €	Total Notifications "Un chez soi d'abord" 2016	Total 2016 en €
	2 766 771	17 154	4 193 736	2 766 771	851 623	3 635 547	0	3 635 547	0	0	0	44 394 771
	0	2 953 143	2 953 143	0	0	0	326 306	326 306	0	0	0	41 835 848
	1 445 254	4 798 861	4 798 861	1 445 254	8 961	1 454 254	0	1 454 254	0	0	0	47 685 188
	285 091	1 476 574	1 476 574	285 091	1 768	1 021 947	0	1 308 806	0	0	0	20 333 718
	237 576	1 558 605	1 558 605	237 576	1 473	851 623	0	1 090 672	0	0	0	17 141 837
	0	1 527 702	1 527 702	0	0	0	271 922	271 922	0	0	0	15 814 192
	0	82 032	82 032	0	0	0	0	0	0	0	0	3 154 345
	2 155 012	16 354 672	16 354 672	2 155 012	13 361	1 249 047	344 434	3 761 854	646 189	4 006	850 196	132 247 572
	1 445 254	3 814 480	3 814 480	1 445 254	8 961	0	0	1 454 215	747 815	4 636	752 451	52 103 546
	1 445 254	4 572 877	4 572 877	1 445 254	8 961	0	326 306	1 780 521	651 736	4 041	655 776	55 916 387
	0	2 912 128	2 912 128	0	0	0	271 922	271 922	0	0	0	23 293 224
	1 163 133	5 250 039	5 250 039	1 163 133	7 211	283 874	0	1 454 218	737 021	4 570	741 590	50 328 388
	0	2 009 772	2 009 772	0	0	0	271 922	271 922	0	0	0	20 611 824
	0	399 707	399 707	0	0	0	0	0	0	0	0	4 808 535
	0	286 998	286 998	0	0	0	0	0	0	0	0	5 413 508
	0	246 096	246 096	0	0	0	0	0	0	0	0	8 823 760
	0	1 230 478	1 230 478	0	0	0	0	0	0	0	0	7 256 913

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE RELATIF AU SEVRAGE TABAGIQUE EN CSAPA

2016

Année :

Nom du CSAPA :

Adresse:

Mél :

Tél. :

File active du CSAPA (toutes addictions) :

Nombre de fumeurs quotidiens dans la file active du Caspa (toutes addictions):

#DIV/O!

Nombre de personnes prises en charge pour un sevrage tabagique au Csapa (toutes addictions)

Nombre d'amorces de traitement d'un mois distribué gratuitement en 2016

Commentaires et observations relatifs au sevrage tabagique en CSAPA :

ANNEXE 3

« ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE PAR TROD » RAPPORT ANNUEL DE L'ACTIVITÉ RÉALISÉE

N° Département : _____ Région : _____ Année (= N-1) : 20__

<p>Nom et adresse de la structure :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Nom du responsable :</p>	<p>Personne ayant rempli le questionnaire</p> <p>Nom :</p> <p>Fonction</p> <p>Téléphone :</p> <p>Email :</p>
---	--

Consignes :

- Le rapport demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1).
- Ne laisser aucune plage vide.
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle.
- Indiquer « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible ou si la donnée n'existe pas.
- Pour le calcul des équivalent temps plein (ETP) des personnels : ne sont pris en compte que les personnels (salariés ou bénévoles) réalisant des dépistages par TROD, en comptabilisant l'ensemble des activités liés au dépistage (accueil, counselling pré et post-test, acte de dépistage, accompagnement, ...).
- Un ETP correspond à 10 demi-journées de travail par semaine, 0,1 ETP à une demi-journée de travail par semaine ; une demi-journée équivaut à au moins 3 heures et demi de travail. Pour les temps de travail inférieurs à une demi-journée (ou moins de 3 heures et demi) les ETP sont calculés sur la base suivante : 0,025 ETP équivaut à environ 1h de travail par semaine.
- S'assurer que, pour chacune des maladies dépistées, le total (A) (nombre total de TROD réalisés) est bien égal à la somme du total (B) (TROD réalisés dans les structures) et du total (C) (TROD réalisés dans les lieux de vie) : pour le VIH $A1 = B1 + C1$; pour le VHC $A2 = B2 + C2$.
- Pour l'item « *Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD* », il faut considérer un antécédent de dépistage par TROD quelque soit le lieu ou l'année de réalisation de ce dernier (établissements ou services de santé, association, lieu mobile, ...) avant celui réalisé le jour de la venue de la personne dans l'établissement et comptabilisé dans ce rapport d'activités.
- L'item « *Nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques* » correspond aux TROD confirmés par un examen de biologie médicale réalisé par un laboratoire.

PERSONNEL	
<p>Personnel dédié à l'ensemble de l'activité de dépistage en ETP</p>	<p>Nbre ETP</p>
<p>➤ dont professionnels de santé.....</p>	<p>[] []</p>
<p>➤ dont non professionnels de santé.....</p>	<p>[] []</p>

ACTIVITE DE DEPISTAGE		
	VIH	VHC
Nombre total de TROD réalisés (A1 pour le VIH et A2 pour le VHC)	A1 =[]	[]= A2
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Hommes.....	[]	[]
➤ dont nombre de TROD réalisés chez des Femmes.....	[]	[]

ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTEES		
	VIH	VHC
• Nombre de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH ou du VHC au cours de leur vie	[]	[]
• Nombre de personnes dont le dernier dépistage date de plus d'1 an	[]	[]
• Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois	[]	[]
• Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD	[]	[]

REPARTITION ET LIEUX DE REALISATION DES TROD			
	Nombre de TROD réalisés dans le local de la structure	➤ dont nombre de TROD positifs	Nombre de TROD réalisés au cours d'actions menées dans les lieux de vie ou locaux de partenaires (hors les murs)
- chez des Hommes :	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>
- chez des Femmes :	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre total des TROD réalisés	B1 = <input type="text"/> <input type="text"/> = B2	<input type="text"/> <input type="text"/>	C1 = <input type="text"/> <input type="text"/> = C2

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATION DES PERSONNES	
Nombre de TROD positifs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ dont nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques en laboratoire ➤ dont nombre de faux positifs ➤ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité ➤ dont nombre de personnes pour lesquelles on ne connaît pas le résultat de la confirmation 	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de l'infection à VIIH ou à VHC dans les 3 mois suivant la date du TROD positif	VIIH VHC <input type="text"/> <input type="text"/>

COMMENTAIRES

ANNEXE 4

PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DU NOMBRE DE PLACE D'ACT

ARS:
 Nom et coordonnées de la personne à contacter

Tableau à renvoyer avant le 1 mars 2017 à la DGS: DGS-SP2@sante.gouv.fr

Régions	2016		2017		2018	2019	Commentaires
	Nombre total des places d'ACT installées au 01/01/16	Création de places d'ACT en 2016	Nombre total des places d'ACT installées au 01/01/17	Besoins en places d'ACT	Besoins en places d'ACT	Besoins en places d'ACT	
ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE							
AQUITAINE LIMOUSIN POITOU-CHARENTES							
AUVERGNE RHONE-ALPES							
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE							
BRETAGNE							
CENTRE VAL DE LOIRE							
CORSE							
ILE-DE-FRANCE							
LANGUEDOC-ROUSSILLON MIDI-PYRENEES							
HAUTS-DE-FRANCE							
NORMANDIE							
PACA							
PAYS DE LA LOIRE							
GUADELOUPE							
MARTINIQUE							
GUYANE							

ANNEXE 6

**MÉTHODOLOGIE DE VENTILATION POUR LES MESURES NOUVELLES 2016
DES LHSS ET DES LAM**

La DGCS a travaillé sur plusieurs critères de priorisation afin de proposer une ventilation du nombre de places (50 LHSS et 100 LAM en 2016) afin de répondre au plus juste aux besoins territoriaux et à une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire national.

Les critères de priorisation pour la ventilation 2016 sont les suivants :

- la remontée des besoins des ARS ;
- la faisabilité et la temporalité des projets (nature des projets présentés, extension ou création de places...);
- la compatibilité avec les contraintes techniques de seuil et de plafond pour créer des LHSS et des LAM (voir ci-après);
- une répartition équilibrée sur tout le territoire national au regard du nombre d'habitants et du taux de pauvreté de la région.

SEUILS	STRUCTURES	SOURCES	EXTRAITS DE TEXTES
Nombre de lits par structure	LHSS	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-2. I	« Le nombre de lits d'une structure «lits halte soins santé» ne peut excéder 30 lits. Toutefois, sur décision de l'agence régionale de santé, le nombre de lits peut être porté à un maximum de 50. »
	LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-4. I	« Une structure «lits d'accueil médicalisés» dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits. Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure «lits halte soins santé». »
Procédures : extensions non importantes d'établissements ou appel à projets	LHSS ET LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.313-2 (Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016)	« Le seuil mentionné au I de l'article L.313-1-1, à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection, correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève. »

ANNEXE 7

CALENDRIER ET MODALITÉS DE RETOUR DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ RELATIFS AUX STRUCTURES « ADDICTOLOGIE »

1. Formulaires relatifs à l'activité des CSAPA

Vous trouverez en annexes n°8 et 9 les formulaires (l'un pour l'ambulatoire, l'autre pour l'hébergement) du rapport concernant les CSAPA pour l'année 2016 (annexe de l'arrêté du 2 avril 2010 fixant les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Ces formulaires n'ont pas été modifiés par rapport à ceux diffusés pour l'activité 2015.

2. Formulaire relatif à l'activité des CAARUD (ASA-CAARUD)

Vous trouverez également en annexe n°10, le formulaire du rapport concernant les CAARUD (annexe à l'arrêté du 29 janvier 2010 fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue) qui devra être utilisé par les structures pour rendre compte de leur activité.

Ce formulaire n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2015.

3. Retour des données: Modalités – calendrier

Conformément aux articles R.314-49 et R.314-50 du CASF, les structures doivent vous transmettre les rapports dûment complétés et accompagnés de leur compte administratif au plus tard le 30 avril qui suit l'année de l'exercice (soit 30 avril 2017 pour le rapport sur l'activité de l'année 2016).

Il vous appartient alors de vérifier que :

- la totalité des items est renseignée notamment la dotation de l'assurance maladie, le nombre d'ETP et leur structuration. Vous veillerez particulièrement à l'exhaustivité des rapports des CSAPA avec hébergement ;
- les questions 14 du rapport CAARUD relatif au dépistage des hépatites B&C et à la vaccination hépatite B sont renseignées ;
- les données recueillies sont cohérentes.

Compte tenu de l'informatisation complète des rapports qui permet d'éviter la phase de saisie des données et de procéder ainsi plus rapidement à leur analyse, il vous est demandé de retourner ces documents à la DGS/bureau SP3, exclusivement sous format Excel aux adresses suivantes: malisa.rattanatray@sante.gouv.fr et dgs-sp3@sante.gouv.fr, pour le 31 mai 2017.

Il est rappelé la nécessité de respecter ce délai pour que les rapports puissent être analysés dans un délai raisonnable et que leur synthèse ne prenne pas de retard.

Ces remontées sont importantes pour pouvoir dresser un état des lieux; des analyses régionales pourront être réalisées en vue de l'élaboration des projets régionaux de santé

Enfin, il est rappelé que les données de ces rapports d'activité pourront également être utilisées pour la répartition des mesures nouvelles; leur absence est donc susceptible d'affecter l'enveloppe régionale attribuée chaque année.

ANNEXE 8

RAPPORT D'ACTIVITÉ CSAPA AMBULATOIRE 2016

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
SOUS-DIRECTION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS ET DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPÉCIALISÉ DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITÉ DES STRUCTURES AMBULATOIRES

ANNÉE 2016

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).

Ce rapport concerne l'activité ambulatoire et les patients concernés des structures telles que définies par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA). Un rapport devra être complété pour chaque structure autorisée.

[Cliquer Ici](#)

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

3. Type de structure (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

- Avec appartements thérapeut. Relais ¹
- Avec Centre thérapeutique résidentiel ¹
- Avec familles d'accueil ¹
- Avec hébergement d'urgence et de transition ¹
- Avec nuits d'hôtel ¹

Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel) ²	Nombre de personnes hébergées

¹ Il est demandé aux CSST ambulatoire gérant des hébergements de remplir un rapport « hébergement » pour cette partie de leur activité. Un rapport hébergement devra être rempli pour chaque type d'hébergement dont le nombre de personnes accueillies durant l'année est supérieur à 10 usagers.

² Pour les nuits d'hotel, il est demandé d'indiquer la capacité d'accueil ou à défaut le nombre de nuits d'hotel réalisées.

4. Forme juridique du CSAPA (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

5. Statut du personnel (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Autres statuts (préciser)

6. Partenariat

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?

Si oui combien y a-t-il de conventions signées?

Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)

Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice

7. Activités facultatives du CSAPA

La structure intervient elle en milieu carcéral?

La structure prend elle en charge les addictions sans substances ?

La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) de proximité visant à assurer le repérage des usages nocifs?

La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) jeunes consommateurs?

La structure participe t'elle à des actions de prévention (en tant qu'intervenant)?

La structure participe t'elle à des actions de formation (en tant qu'intervenant)?

La structure participe t'elle à des actions de recherche?

II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE AMBULATOIRE PENDANT L'ANNEE
(y compris ceux vus dans le cadre des consultations pour jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

8. Nombre de personnes reçues dans le CSAPA

	Patient ^{3 4}	Personnes de l'entourage ^{3 5}
Nombre de personnes vues au moins une fois	200	
dont nombre de patients vus une seule fois		
dont nombre de nouveaux patients ⁵		

³ Il s'agit de tout contact en face à face dans le cadre d'une consultation. Les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire, etc...)

⁴ Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives (ou addictions sans substances) qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

⁵ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

⁶ Les nouveaux patients correspondent aux patients qui n'ont jamais été vus par la structure. Ainsi un patient dont le suivi a été interrompu ne doit pas être considéré comme un nouveau patient.

-----**Parmi les patients vus au moins une fois au cours de l'année**-----

Pour les patients suivis sans interruption, prendre en compte la dernière situation connue⁷ ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi⁸, prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact⁹

Toutes les données suivantes de la partie II reposent sur des réponses exclusives ; un patient ne peut donc être pris en compte que pour une seule modalité de réponse (à l'exception toutefois de la question 10, une même personne pouvant être recensée comme moins de 20 ans et comme moins de 18 ans).

⁷ les centres veilleront à ce que les informations sur les patients soient actualisées au moins une fois par an.

⁸ le suivi est considéré comme interrompu en cas d'absence de contact pendant six mois consécutifs, sauf situation particulière (par ex. rendez vous programmé dans plus de six mois)

⁹ ces choix, toujours un peu arbitraires, de date de situation à prendre en compte sont liés au souhait de compatibilité avec RECAP et les standards européens (situation au moment du contact pour les nouveaux patients) et de prise en compte de la situation la plus récente pour les patients déjà suivis.

9. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

10. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

%

moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		0,0
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

11. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département		0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)		0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	0,0

12. Logement

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

%

Durable ¹⁰		0,0
Provisoire (ou précaire)		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

¹⁰ Le logement sera considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

13. Origine principale des ressources

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

%

Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

14. Origine de la demande de consultation

%

Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

15. Répartition des patients suivant les produits consommés¹¹ ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	200	100,0

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

¹¹ Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge ¹²

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits à l'origine de la prise en charge	0	0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	200	100,0

¹² Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 renseigné à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
en abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	<input type="text"/>	0,0
en usage simple	<input type="text"/>	0,0
en usage à risque ou en usage nocif ¹³	<input type="text"/>	0,0
en dépendance ¹³	<input type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
ne sait pas ¹⁴	<input type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

¹³ en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

¹⁴ les patients dont l'usage date de plus de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse¹⁵

Nombre de patients ayant :

		%
utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	<input type="text"/>	0,0
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	<input type="text"/>	0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse	<input type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

¹⁵ quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

20. Vaccinations et dépistage¹⁶

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

¹⁶ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients
sous traitement quel que soit le prescripteur
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre
pour lesquels le traitement a été initié par le centre
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients (quel que soit le prescripteur):
pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre
pour lesquels la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du

(nom du traitement)

(nbre patients)

(nom du traitement)

(nbre patients)

III. L'ACTIVITE

(y compris celle réalisée dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

22. Nombre de consultations avec les patients ¹⁷

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance de TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

Nombre d'actes/ de visites	Nombre de patients

Parmi les consultations, nombre de visites à domicile

Nombre d'actes d'accompagnements de patients pour démarche extérieure

¹⁷ un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations ¹⁸ **avec les personnes de l'entourage**

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage ¹⁹
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹⁸ un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

¹⁹ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

24. Activités de groupe thérapeutique ²⁰

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées ²¹
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

²⁰ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

²¹ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Sevrages ²²

Sevrages initiés lors de l'année
(dans le centre ou avec accompagnement du centre)
dont sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre
dont sevrages initiés assurés par l'hôpital et suivi par le centre

Nombre de sevrages	Nombre de patients

²² On entend par sevrage toute tentative d'arrêt protocolisé de tout produit (substances psychoactives et traitements de substitution compris)

26. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)	
Nombre de seringues à l'unité de 1 cc	
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	
Nombre de seringues usagées récupérées ²³	
Nombre de jetons	
Nombre de brochures sur l'alcool	
sur le tabac	
sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs	
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerström...)	

²³ 1 litre= 56 seringues

27. Les activités de prévention et de formation collective ²⁴

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

²⁴ Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions en face à face (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport (y compris celles réalisées dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)

28. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

*se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport
(y compris celle des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)*

29. Les membres de l'équipe

			Salariés ²⁵ (en nombre d'ETP) ²⁷	Mis à disposition ²⁶ (en nombre d'ETP) ²⁷	Total (en nombre d'ETP) ²⁷
Médecin					0
Psychiatre					0
Autre médecin spécialiste	précisez:				0
Psychologue					0
Infirmier					0
Aide-soignant					0
Autre paramédical					0
Assistant de service social					0
Educateur spécialisé					0
Animateur / Moniteur					0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction					0
Secrétaire / comptable/ agent administratif					0
Documentaliste					0
Agent d'entretien					0
Autres, précisez:					0
Autres, précisez:					0
Autres, précisez:					0
TOTAL GENERAL			0	0	0
Bénévoles et volontaires					
Emplois aidés					
Stagiaires					

²⁵ salariés de la structure

²⁶ salariés mis à disposition par d'autres structures

²⁷ un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

30. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

VI. COORDONNEES DES LIEUX

où la structure accueille des patients en dehors du centre (consultations de proximité, consultations jeunes consommateurs, antennes, consultations avancées, en milieu carcéral...)

Utilisez SVP une seule ligne par lieu

Nom du lieu	Type de lieu	Adresse	Téléphone	Nombre d'heures d'ouverture par semaine (nombre)	File active par lieu (nombre)
Total des heures d'ouverture par semaine					0

Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs ¹

Cette annexe décrit l'activité de la consultation jeunes consommateurs défini par le cahier des charges joint en annexe n°4 de la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA et aux schémas régionaux d'addictologie

¹ La consultation jeunes consommateurs est une consultation pour les jeunes qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire. A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

LA FILE ACTIVE

1. Nombre de personnes reçues dans la consultation ²
(au moins un contact en face à face)

dont nombre reçus seuls (entourage seul ou consommateurs seuls)

Entourage Consommateurs

--	--

--	--

² personnes vues dans les locaux de la consultation

2. Critère d'inclusion dans la file active des jeunes consommateurs

liste à choix

--

âge inférieur à :

Si le critère est 1_Age limite, indiquez cet âge

	ans
--	-----

Si le critère est 2_Autre critère, précisez svp :

--

LES ACTES

3. Nombre total d'entretiens individuels avec le consommateur
(avec ou sans présence de membre(s) de l'entourage)

--

4. Nombre total d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage
en l'absence du consommateur

--

5. Nombre total de séances de groupe ⁴ organisées pour des consommateurs

--

⁴ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet

6. Nombre total de séances de groupe ⁵ organisées pour l'entourage
(sans consommateurs)

--

⁵ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

LES PRODUITS

7. Répartition des patients suivant les produits consommés/addictions les plus dommageables

	Produit N°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 0 0,0

	Produit N°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 2	0	0,0
Pas de produit n°2		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 0 0,0

L'ÉQUIPE

8. Membres de l'équipe de la consultation jeunes consommateurs

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

HEURES D'OUVERTURE

9. Nombre d'heures hebdomadaires d'ouverture de la consultation

ORIENTATIONS

10. Nombre de consommateurs orientés vers :

%

CSAPA	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
CMP/CMPP	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Médecin de ville psychiatre	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Médecin de ville généraliste	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Psychologue ⁶	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Point écoute	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Service social	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Libellé Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sans orientation ⁷	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Total (hors ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre et % de patients sans réponse

⁶ hors CSAPA/CMP/CMPP

⁷ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Annexe : rapport d'activité spécifique sur l'intervention en milieu carcéral

Cette annexe doit être remplie pour toute l'activité carcérale du CSAPA que le centre intervient dans un ou plusieurs établissements pénitentiaire(s) ¹

¹ Pour les CSAPA en milieu pénitentiaire, seuls les items 3, 15 et 16 de cette annexe devront être remplis en plus du rapport global

1. Etablissement(s) pénitentiaire(s) où intervient le CSAPA

Nombre d'établissements pénitentiaires où intervient le CSAPA
Indiquer la ville de chaque établissement pénitentiaire concerné

2. Nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire

--

3. Nombre de personnes pour lesquelles la consultation du CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie en addictologie

--

4. Sexe des patients

%

Nombre d'hommes	0	0,0
Nombre de femmes	0	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

5. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans	0	0,0
dont moins de 18 ans	0	0,0
entre 20 et 24 ans	0	0,0
entre 25 et 29 ans	0	0,0
entre 30 et 39 ans	0	0,0
entre 40 et 49 ans	0	0,0
entre 50 et 59 ans	0	0,0
60 ans et plus	0	0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

6. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
UCSA		0,0
SMPR		0,0
SPIP		0,0
Surveillants		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

7. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge ²

		%
	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits à l'origine de la prise en charge	0	0,0
Non renseigné		
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	

² Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

8. Voie Intraveineuse³

		%
Nombre de patients ayant :		
utilisé la voie intraveineuse		0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		
Nombre et % de patients sans réponse	0	

³ quel que soit le produit injecté

9. Vaccinations et dépistage ⁴

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

--

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

--

⁴ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le CSAPA ou à l'extérieur

10. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Indiquez le nombre de patients

pour lesquels le traitement a été initié en détention

pour lesquels le traitement a été poursuivi en détention

Méthadone	BHD

11. Nombre de consultations avec les patients ⁵

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

⁵ un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

12. Activités de groupe thérapeutique ⁶

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées ⁷
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé,			
Ateliers d'activité artistique et d'expression			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

⁶ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un

⁷ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

13. Membres de l'équipe intervenant en prison

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

14. Nombre d'heures mensuelles d'intervention en prison

15. Nombre de sortants de prison dans l'année parmi les personnes vues en établissement pénitentiaire

16. Orientation à la sortie

Parmi les sortants, nombre de patients orientés vers:

%

CSAPA intervenant en prison	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
autre CSAPA ambulatoire	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
CSA avec hébergement	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Etablissement sanitaire (hospitalisation, SSR)	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Médecin de ville	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Libellé Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sans orientation ⁸	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Total (hors ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre et % de patients sans réponse

N'indiquer qu'une seule orientation par patient

⁸ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Commentaires sur l'ensemble du rapport

(Continuation commentaire)

ANNEXE 9

RAPPORT D'ACTIVITÉ CSAPA HÉBERGEMENT 2016

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
SOUS-DIRECTION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS ET DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPÉCIALISÉ DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITÉ DES STRUCTURES AVEC HÉBERGEMENT

ANNEE 2016

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).

Ce rapport concerne l'activité hébergement des CSAPA définie par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA)

Un rapport devra être complété pour chaque type d'activité hébergement (voir liste question n°3), dès lors qu'un minimum de 10 patients ont été accueillis dans un type d'hébergement. Pour moins de 10 patients, a minima les items 1 à 12, 26 puis de 28 à 31 devront être remplis.

[Cliquer Ici](#)

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

3. Type de structure (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)

1 communauté thérapeutique autorisée à titre expérimental dans le cadre de la circulaire du 24/10/06

4. Forme juridique du CSAPA (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

5. Statut du personnel (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Autres statuts (préciser)

6. Partenariat

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?

Si oui combien y a-t-il de conventions signées?

Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)

Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice

II. PATIENTS VUS ET HEBERGES PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE

7. Nombre de personnes vues par l'équipe²

² il peut s'agir des personnes hébergées, de personnes sollicitant un hébergement, de l'entourage... Elles peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, étab. pénitent...). Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

8. Nombre de patients hébergés³

³ est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

-----**Parmi les patients hébergés**-----

(situation au moment de l'admission)

9. Sexe des patients

%

Nombre d'hommes	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Nombre de femmes	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

10. Age des patients

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
dont moins de 18 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
entre 20 et 24 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
entre 25 et 29 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
entre 30 et 39 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
entre 40 et 49 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
entre 50 et 59 ans	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
60 ans et plus	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

11. Origine géographique

Renseigner par rapport au domicile ou à la domiciliation

Nombre de patients originaires du département	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

12. Logement

Dernière situation avant l'entrée dans la structure

		%
Durable ⁴		0,0
Provisoire (ou précaire) ⁵		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

⁴ Le logement sera considéré comme durable si la personne pouvait raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution était prévu.

⁵ Les personnes sortantes de prison doivent être renseignées à logement provisoire ou précaire.

13. Origine principale des ressources

Ressource principale avant l'entrée dans la structure

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

14. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

15. Répartition des patients suivant les produits consommés⁶ ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 0 0,0

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

⁶ Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge⁷

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée)	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres (dont autres produits)	0,0
	Total produits et addictions	0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse		0
		0,0

⁷ Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
	En abstinence, au moins les 30 derniers jours	0,0
	En usage	0,0
	En usage à risque ou en usage nocif ⁸	0,0
	En dépendance ⁸	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas ⁹	0,0
Nombre et % de patients sans réponse		0
		0,0

⁸ en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

⁹ les patients dont l'usage date de moins de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse¹⁰

Nombre de patients ayant :

		%
	Utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	0,0
	Utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	0,0
	Jamais utilisé la voie intraveineuse	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas (ou non renseigné)	0,0
Nombre et % de patients sans réponse		0
		0,0

¹⁰ quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

20. Vaccinations et dépistage¹¹

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
--	--

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
---	--

⁹ doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients, au cours de l'année,
sous traitement quel que soit le prescripteur
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre
pour lesquels le traitement a été initié par le centre
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients:
pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre
pour lesquels la dispensation a lieu en pharmacie de ville
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du traitement et

(nom du traitement)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	(nbre patients)	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
(nom du traitement)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	(nbre patients)	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>

III. L'ACTIVITE

22. Nombre de consultations avec les patients ¹²

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance des TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹² un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage ¹³

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage ¹⁴
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

¹³ un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

¹⁴ Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

24. Activités de groupe thérapeutique ¹⁵

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de patients concernés ¹⁶
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

¹⁵ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

¹⁶ Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)	
Nombre de seringues à l'unité de 1cc	
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	
Nombre de seringues usagées récupérées ¹⁷	
Nombre de jetons	
Nombre de brochures sur l'alcool	
sur le tabac	
sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs	
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerstöm...)	

¹⁷ 1 litre= 56 seringues

26. Durée de séjour

Nombre total des journées d'hébergement réalisées (ou de nuits pour les nuits d'hotel) (N)	
Durée moyenne d'hébergement en jours (si différent du chiffre calculé automatiquement) (N / nombre de personnes hébergées dans l'année)	

27. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	
---	--

28. Nombre de résidents sortis entre le 1er janvier et le 31 décembre	
--	--

29. Répartition de la durée d'hébergement des sortants dans l'année		%
Au plus un mois		
De 1 à moins de 3 mois		
De 3 à moins de 6 mois		
De 6 mois à un an		
Plus de un an		
Total	0	
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0

30. Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées et ont abouti afin de trouver:

	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées ¹⁸	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont abouti ¹⁹
un autre hébergement		
un emploi		
une formation professionnelle		
maintien et accès aux droits		

¹⁸ constitue une démarche engagée, un rendez-vous avec un employeur avec un bailleur...

¹⁹ constitue une démarche aboutie un logement obtenu, l'accès à un emploi, à une formation...

31 Motifs de sortie du résident :	%
Contrat thérapeutique mené à terme	<input type="text"/>
Réorientation vers une struct. médico-sociale plus adaptée, précisez:	<input type="text"/>
Exclusion par le centre de soins	<input type="text"/>
Hospitalisation durable	<input type="text"/>
Rupture à l'initiative du résident	<input type="text"/>
Décès	<input type="text"/>
Autres, précisez:	<input type="text"/>
Total	<input type="text" value="0"/>
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	<input type="text" value="0"/> 0,0

32. Descriptif qualitatif de l'activité du centre

Modalités de prise en charge et activités thérapeutiques ou spécifiques proposées par le centre aux résidents.

33. Les activités de prévention et de formation collective²⁰

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

²⁰ Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

34. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

35. Les membres de l'équipe

	Salariés ²¹ (en nombre d'ETP) ²²	Mis à disposition ²³ (en nombre d'ETP) ²²	Total (en nombre d'ETP) ²²
Médecin			0
Psychiatre			0
Autre médecin spécialiste (précisez)			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Aide-soignant			0
Autre paramédical			0
Assistant de service social			0
Educateur spécialisé			0
Animateur / Moniteur			0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction			0
Secrétaire / comptable/ agent administratif			0
Documentaliste			0
Agent d'entretien			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
TOTAL GENERAL	0	0	0
Bénévoles et volontaires			
Emplois aidés			
Stagiaires			

²¹ salariés de la structure

²² un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

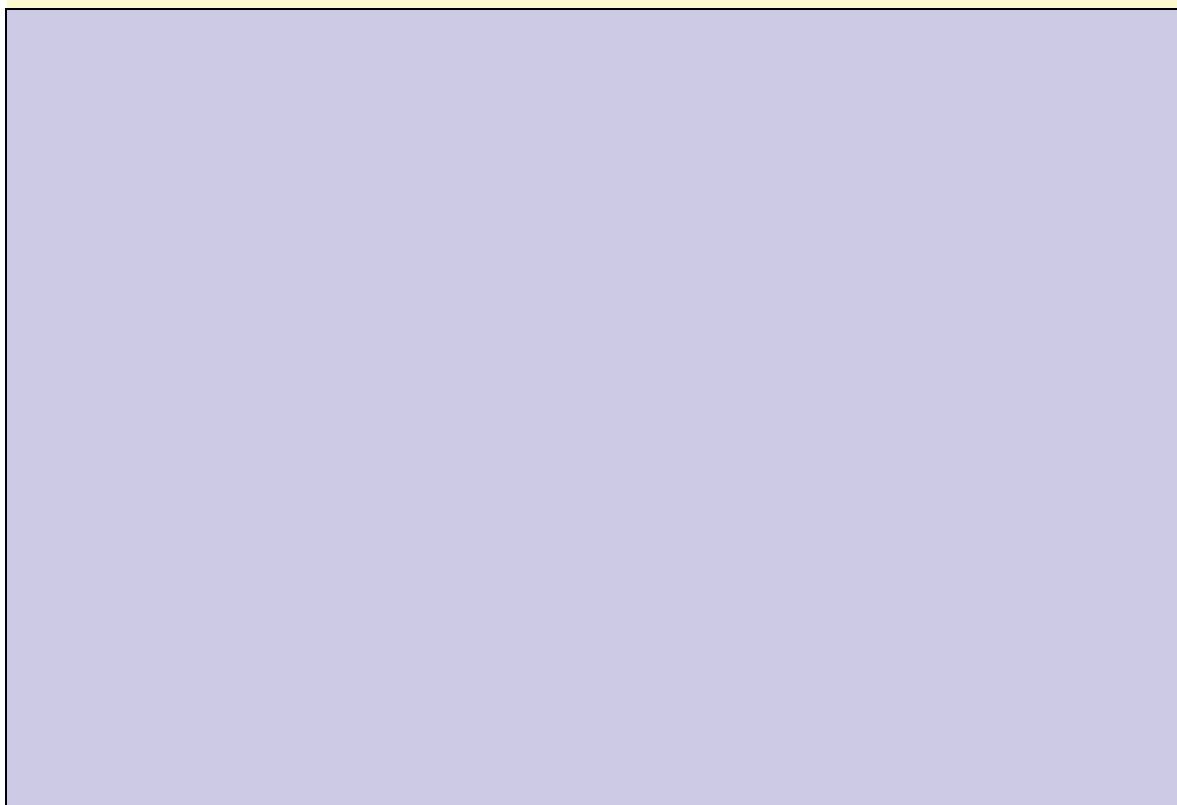
²³ salariés mis à disposition par d'autres structures

36. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

Commentaires sur l'ensemble du rapport



ANNEXE 10

RAPPORT D'ACTIVITÉ CAARUD 2016



Ministère des affaires sociales et de la santé
Direction générale de la santé
Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la prévention des addictions

ASA-CAARUD Rapport d'Activité Standardisé Annuel

ANNEE 2016

Décret n°1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD

Décret n°347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues

1. LA STRUCTURE

1. Coordonnées de la structure

Nom du CAARUD :

Date d'autorisation :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Fax

Adresse électronique

Site internet

Notes : Si le CAARUD a été autorisé dans l'année qui fait l'objet du présent rapport, celui-ci doit être renseigné à compter de la date d'autorisation.

2. BUDGET (à partir du compte administratif)

(format ex: 100 000€)

	Recettes	Charges
Budget du CAARUD		
Dotation ONDAM		

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

3. MEMBRES DE L'EQUIPE

Notes : Les volumes horaires sont exprimés en Equivalent Temps Plein (ETP), pour tous les emplois qu'ils soient salariés (liés par un contrat de travail avec le CAARUD) ou bénévoles pour l'année civile complète. Si un emploi prévu au budget n'est pas pourvu, il ne doit pas figurer dans les effectifs. Indiquez uniquement les personnes en poste pendant la période couverte par ce rapport).

- Personnel salarié : toute personne touchant une rémunération (salaire ou vacation) quelle qu'en soit la durée.
- Equivalent temps plein : Le calcul doit se faire sur la base du nombre de mois travaillés. Ainsi un salarié à temps plein ayant travaillé les 12 mois de l'année = 1 ETP ; un salarié à temps plein ayant travaillé 6 mois = 0,5 ETP et celui qui n'a travaillé qu'un seul mois = 0,08 ETP (1/12).
- Pour les salariés à mi-temps, ils comptent pour 0,5 ETP s'ils ont travaillé 12 mois, et 0,25 ETP pour 6 mois...
- Bénévoles/volontaires : toute personne ne touchant ni salaire ni vacations

Personnel salarié (Nombre ETP format ex : 0,5)			Bénévoles/volontaires (Nombre ETP format ex :0,5)
	Directeur/coordonateur/chef de service		
	Secrétariat et personnel administratif		
	Personnel logistique (entretien...)		
	Médecin		
	Infirmier		
	Psychologue		
	Educateur		
	Animateur		
	Assistant social		
	Personne relai issue de la communauté UD		
	Stagiaire		
	Autre personnel 1 (précisez) :		
	Autre personnel 2 (précisez) :		
	Autre personnel 3 (précisez) :		
0,0	Totaux		0,0

4. MODALITES ET LIEUX D'INTERVENTION

Notes : Un CAARUD peut pratiquer une ou plusieurs des 3 modalités d'intervention suivantes :

* **Lieux d'accueil** : les activités s'exercent dans un **local** principal et/ou antenne(s) ou dans une **unité mobile** (camion, bus, minibus qui se déplace ou non d'un lieu à un autre dans la même journée/soirée ou la même semaine.

* **Activités extérieures** : **Intervention de rue** (équipe/travail de rue où les activités s'exercent « à pied ») ; intervention sur des lieux de **squat** ; **permanences** (accueil "décentralisé" au sein d'une autre institution) ; visites/ateliers sur des **lieux de détention** ; travail collaboratif avec des **pharmacies** (échanges de seringues et/ou automates).

* **Activités en milieu festif** : les activités s'exercent sur les lieux de déroulement des événements festifs.

« Lieux d'accueil » du CAARUD

Local principal et antennes

Unité mobile (bus, camion...)

Interventions extérieures

Interventions de rue Intervention en prison

Interventions en squat PES en pharmacie

Permanences (universités, CHRS...)

Activités en milieu festif

Interventions régulières (boîte, discothèques...) Événements ponctuels (technivals, festivals, concerts...)

5. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, SERVICES PROPOSES

Espace d'accueil et de repos	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Espace laverie	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Mise à disposition de boissons/nourriture	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Espace sanitaire (douches...)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Mise à disposition téléphone/internet	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	Casiers, consignes pour effets personnels	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Autre 1 :	<input style="width: 160%; height: 20px;" type="text"/>	Autre 2 :	<input style="width: 160%; height: 20px;" type="text"/>

6. PERIODES DE FONCTIONNEMENT

Accueil des usagers ou présence sur les lieux d'intervention (jours, soirs et week-end)

Notes : Du lundi au vendredi il s'agit de comptabiliser le nombre de jours et de soirées/nuits d'ouverture aux usagers de la structure par **semaine** et pour le WE du nombre de jours ou de soirées/nuits **annuels** de fonctionnement. *Exemple* : Si un CAARUD dispose de plusieurs modalités d'intervention (local, unité mobile, équipes intervenant à l'extérieures) additionnez les journées : exemple : un CAARUD dispose de 2 locaux ouverts toute la journée 5 jours par semaine + une unité mobile intervenant 3 soirées par semaine et chaque samedi + une équipe de rue intervenant 3 après midi par semaine :

- Lieu fixe-local : 5+5=10 journées par semaine
- Lieu fixe-unité mobile = 3 soirées/nuits par semaine + 52 samedis et/ou dimanches par an.
- Activité extérieures = 3 x 0,5= 1,5 jours par semaine

	Lundi au vendredi		Samedi et/ou dimanche	
	Nombre de jours hebdomadaires d'ouverture (de 8h à 20h)	Nb de soirée et/ou nuits hebdomadaires d'ouverture (après 20h00)	Nb de jours annuels d'ouverture	Nb de soirées et/ou nuits annuelles d'ouverture (après 20h00)
Lieu d'accueil, local principal et antennes	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Lieu d'accueil - unité mobile	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Interventions extérieures (rue, squat, prison, permanences...)	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
			Nb de sorties annuelles	
Activités en milieu festif : Indiquez le nb de "sorties" annuelles (un événement = une sortie)			<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	

7. ESTIMATION ANNUELLE DES FILES ACTIVES ET PASSAGES/CONTACTS

Les trois grandes modalités d'intervention ont été distinguées afin de refléter au mieux les spécificités d'interventions et les publics. Pour chaque type d'intervention il est demandé de distinguer :

* **la file active annuelle** : ensemble des usagers vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe ; un usager ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans une année. Cet indicateur renseigne sur la taille de la population suivie. Il peut y avoir des doubles compte entre les files actives des différentes modalités d'intervention (ex : intervention squat et équipe de rue), mais cela devrait être minoritaire.

* **Le nombre de contacts annuels** : cet indicateur renseigne sur la fréquence des rencontres. Il s'agit d'estimer le nombre de contacts et non la file active Exemple 1 : monsieur X est vu au cours de l'année 10 fois au sein du local et 10 fois lors des interventions de rue (= 20 contacts ET 1 file active). Exemple 2: Dans le cadre d'une intervention d'une équipe de rue, la rencontre avec un groupe de 10 personnes, doit donner lieu à la comptabilisation de 10 contacts, même si le dialogue et/ou la remise de matériel de RDR n'ont pas eu lieu avec chacun des membres du groupe.

Concernant les activités en milieu festif, distinguez :

* **Les passages** : estimation du nombre de personnes qui sont passées au stand, chill-out... pendant l'événement festif

* **Les interventions/entretiens** : estimation du nombre de personnes avec lesquelles les intervenants ont initié ou développé une intervention individuelle ou pour un groupe (conseil, discussion, accompagnement...)

« Lieux d'accueil » du CAARUD		
Local principal et antennes	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Dont nouvelles personnes <input style="width: 100%;" type="text"/>
	↓	
	dont femmes : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Unité mobile (bus, camion...)	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Dont nouvelles personnes <input style="width: 100%;" type="text"/>
	↓	
	dont femmes : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Interventions extérieures		
Interventions de rue	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre de contacts <input style="width: 100%;" type="text"/>
Interventions en squat	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre de contacts <input style="width: 100%;" type="text"/>
Interventions en prison	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre de contacts <input style="width: 100%;" type="text"/>
Permanences	File active <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre de contacts <input style="width: 100%;" type="text"/>
Activités en milieu festif		
Nombre de passages	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre d'interventions/entretiens <input style="width: 100%;" type="text"/>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

8. PRODUITS (%)

Notes: Indiquez le **pourcentage** au sein de la file active (local principal et antennes, unité mobile, interventions extérieures et milieu festif) des produits consommés par les personnes rencontrées.

Les personnes accueillies dans les CAARUD sont nombreuses à consommer plusieurs produits au cours d'une même année (polyusagers). Il vous est demandé ici d'évaluer pour chaque personne de vos files actives le produit (ou les deux produits) dominant ; c'est-à-dire le produit qui occupe une place prépondérante dans la vie de la personne. Ce produit constituant dans la plupart des cas "celui qui pose le plus de problèmes à l'usager". La typologie ci-dessous reprend les termes de l'enquête OFDT Ena-CARRUD (réalisée tous les deux ans) ; cette enquête permet quant à elle, de renseigner tous les produits consommés récemment (au cours du dernier mois) ainsi que leurs modalités d'usage.

Pour le milieu festif, il est demandé de tenir compte seulement des consommations des personnes vues en entretiens.

Héroïne	Buprénorphine, subutex	Méthadone	Moscantin-Sknénan	Cocaïne ou free base	Crack	Amphétamines	MDMA, ecstasy

Kétamine	Plantes hallucinogènes(1)	LSD, acides	Benzo (2)	Cannabis	Alcool	Autre 1 lequel	Autre 2 lequel

(1) Champignons, Datura, Salvia divinorum, DMT/ayahuasca

(2) Rivotril, Rohypnol, Vallium, Tranxene, Temesta, etc

9. MODALITES DE REALISATIONS DES ACTES

Note : Il s'agit des différentes modalités et méthodes d'intervention menées par les membres de l'équipe du CAARUD quel que soit leur statut (salarié ou bénévole/volontaire) et quelle que soit la fréquence d'utilisation de cette méthodologie d'intervention. En revanche ne pas répondre par oui lorsque que cette modalité d'intervention est tout à fait exceptionnelle dans l'activité traditionnelle du CAARUD et quelle ne sera jamais répétée.

Entretiens individuels	<input type="text"/>	Visites (domicile, hôpital...)	<input type="text"/>
Ateliers/sessions d'échanges collectives	<input type="text"/>	Orientation de la personne	<input type="text"/>
Groupes d'entraide/auto support/communautaire	<input type="text"/>	Accompagnement physique	<input type="text"/>
Autre 1 - Précisez :	<input type="text"/>	Autre 2 - Précisez :	<input type="text"/>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

10. ACTES REALISES

Notes : Il s'agit de décrire la nature des interventions menées par le CAARUD. Ces interventions sont caractérisées en actes. On entend par « acte » toute action accomplie par un membre de l'équipe, dans le cadre de ses activités, sur place ou sur les lieux d'intervention de l'équipe, pour soutenir, orienter ou accompagner un usager de drogues ayant un contact avec le CAARUD. Un même acte (exemple recherche d'un logement de moyen séjour) peut varier considérablement d'une personne à l'autre en termes de temps consacré et de difficulté. De plus, certains des actes énumérés ci-dessous, peuvent en fonction des situations, avoir ou non une « issue positive ». Quelques exemple d'actes pouvant être comptabilisés comme un acte : un entretien, un remplissage de dossier, un accompagnement au CDAG, un appel téléphonique...

Méthode suggérée pour comptabiliser les actes : Pour faciliter la comptabilisation des actes réalisés, il est conseillé d'utiliser des fiches (journalières, hebdomadaires ou mensuelles) adaptées à ce rapport d'activité et à vos pratiques professionnelles. Ensuite, chaque fois qu'un membre de l'équipe réalise un acte, il coche la case correspondante. Les fiches peuvent être individuelles (c'est-à-dire avoir une fiche par salarié dont on fait le total à la fin de la semaine ou du mois) ou collective. Il s'agit alors d'un exemplaire déposé dans un lieu central permettant aux membres de l'équipe de noter les actes réalisés.

Typologie des actes		Nombre d'actes annuel
Accueil/refuge/lien social		
Réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité (modes de consommation, récupération de matériel, risques infectieux et sanitaires...)		
Hygiène (nutrition, douches, machine à laver...)		
Soins	Infirmiers	
	Médecine générale (hors substitution)	
	Accès à la substitution aux opiacés	
	Suivi psychologique/psychiatrique	
	Traitement hépatite B	
	Traitement hépatite C	
	Traitement sida	
	Dentaire	
Autre, Précisez la discipline :		
Dépistage et vaccination (VIH, IST, hépatites...)		
Démarches d'accès aux droits (sociaux, santé, administratif, justice...) ou de maintien		
Logement	Court séjour inférieur à 3 mois (urgence ou transition - collectif (foyers) ou individuel (hôtel))	
	Moyen séjour et long séjour (appartements thérapeutiques, CTR, communauté thérapeutique, familles d'accueil...)	
	Logement personnel, logement autonome de droit commun	
	Actions/activités/interventions de maintien dans le logement	
Formation et emploi	Accès et recherche de formation	
	Accès et recherche d'emploi	
	Actions/activités/interventions de maintien dans l'emploi et la formation	

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES**

11. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

Notes : Le calcul du nombre des matériels de prévention, (Seringues ; Kit injection, Préservatifs hommes, Préservatifs femmes, Brochures et matériels d'information, Container de récupération de seringues et Jetons...), mis à disposition des usagers peut se faire à travers une gestion des stocks de ces matériels (il n'est ainsi pas nécessaire de comptabiliser les nombres de matériels délivrés à chaque usager. Suggestion :

Total du nombre d'unités acquises (achetées ou obtenues) – le nombre des unités restant non distribuées au 31 décembre = nombre des unités distribuées

Récupération des seringues usagées :

Pour calculer le nombre de seringues utilisées récupérées, la méthode suivante peut être utilisée :

Etape 1 : Remplir au fur et à mesure des containers de 1 litre (ce container contient approximativement 55 seringues) ;

Etape 2 : multiplier, à la fin de l'année, le nombre de containers utilisés au cours de l'année par 55.

Pour le cas des containers ayant des dimensions différentes, il faut faire des estimations sur la base équivalent 1 litre (container 0,50 litre = 27 seringues ; 2 litre = 110 seringues etc...

	Matériel	Nombre		Matériel	Nombre
Trousse d'injection délivrées par automates	Kits +		Filtres stériles	Stérifilt®	
	Steribox®			Autre	
	KAP			Cupules stériles de chauffe et de dilution	Stéricup®
Trousse d'injections délivrées par les équipes du CAARUD	Kits +		Eau PPI (fiolle plastique de 5 ml)	Autre	
	Steribox®			Tampons alcoolisés	
	KAP				
Jetons distribués			Matériel de sniff	"Roule ta paille"	
Seringues distribuées à l'unité par les équipes (hors kits)	1 cc			Sérum physiologique	
	2 cc			Autre	
	autre contenance précisez:		Matériel pour fumer le crack	Doseur	
Préservatifs et gels	Masculins			Embouts	
	Féminins			Autre, précisez:	
	Gels lubrifiants		Autre matériel, précisez:		
Ethylo-tests			Brochures et matériels d'information		

PES en pharmacie

	Nombre		Nombre
Pharmacies partenaires		Jetons	
Kits livrés aux pharmaciens	Kits +	Flyers	
	Steribox®	Autre, précisez:	

Récupération de matériels usagés

Nombre de seringues usagées récupérées (1 litre = 55 seringues approximativement)		Récupérateurs de seringues mis à disposition (équivalent 1 litre)	
---	--	---	--

12. MEDIATION SOCIALE

Indiquez si vous avez assuré des actions de médiations en vue d'assurer une bonne intégration dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues

Avec : Autorités locales (communes, services sanitaires et sociaux)

Avec réseaux de soin (médecins, pharmaciens...)

Avec la police

Avec les riverains

Autre 1 - Précisez :

Autre 2 - Précisez :

13. Indiquez le cas échéant des activités menées par votre structure financées dans le cadre du CAARUD et non décrites dans ce rapport

--

14. QUESTIONNAIRE RELATIF AU SUIVI DE LA MESURE DU PLAN NATIONAL CONTRE LES HÉPATITES B ET C 2009-2012 VISANT À INCITER LES USAGERS DE DROGUE AU DÉPISTAGE ET À LA VACCINATION

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B dans l'année :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié d'un seul dépistage gratuit de l'hépatite C dans l'année :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié de dépistages répétés gratuits de l'hépatite C (plus de 1 dans l'année) :

Nombre d'**usagers** ayant débuté une vaccination anti-VHB :

Nombre d'**usagers** ayant bénéficié du schéma vaccinal complet anti-VHB :

15. PARTICIPATION AU DISPOSITIF DE VEILLE A LA RECHERCHE, A LA PREVENTION ET A LA FORMATION SUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES DES USAGERS.

Conformément à l'article R.3121-33-2 les CAARUD participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Par votre contact direct avec les usagers de drogues, vous constituez des observateurs privilégiés des changements intervenant en matière de drogues. À ce titre, le décret CAARUD vous investit d'une mission de veille. Croisée avec d'autres sources d'information, cette veille doit contribuer à orienter et à concevoir les réponses des pouvoirs publics à l'échelle locale, régionale et nationale, en matière de prise en charge, d'offre de soin et de prévention destinées à cette population.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté, parmi les personnes fréquentant votre structure, des phénomènes marquants ou des évolutions notables (expliquer pourquoi et comment ces changements sont intervenus). En l'absence d'éléments explicatifs, vous pouvez faire des hypothèses :

1. **Les produits** : décrire la forme (poudre, liquide, comprimés spray, etc.), la couleur, le conditionnement (paquet en papier, boulette, paquet en plastique, etc.); citer les différentes appellations et le contenu supposé ; la disponibilité (présence globale du produit dans un espace géographique donné) ; prix de vente généralement observé...

--

2. **Profil de consommateurs** ou changement notable dans le profil des usagers rencontrés : Par nouveau profil, il faut entendre un groupe plus ou moins homogène au moins sur un aspect : âge (adolescents, jeunes, adultes entre 30 et 40 ans, etc.), lieu d'habitation (banlieue, cité, centre ville), une caractéristique culturelle, origine géographique (Europe de l'Est, Asie, etc.), mode de vie (errant, sédentaire, squat, etc.), type d'activité professionnelle (transports routiers, restauration, show-business, etc.).

--

3. **Les modes d'administration** ou l'**association de produits**. Quels sont les effets recherchés et ressentis par le biais de ce mode d'administration ou de cette association ?

--

4. **Les problèmes de santé** marquants liés ou non à l'usage de produits (OD, abcès, problèmes psychiatriques, etc.).

5. **Les problèmes sociaux** marquants (marginalisation, chômage, pauvreté, violence, délinquance, etc.).

6. Autres éléments marquants non mentionnés dans les questions 1 à 5 précédentes (cela peut être en lien avec le contexte local, les politiques publiques, les usagers, le trafic de drogues, le dispositif de prise en charge et de soins etc.)

7. Veille sur trois produits : les personnes accueillies dans les CAARUD sont majoritairement consommateurs des trois produits suivants : **Subutex (et générique), cocaïne et héroïne**. Pour chacun de ces trois produits indiquer leur **disponibilité perçue** (niveau de présence globale de la substance dans un espace géographique donné) et leur **prix** (prix du gramme ou de l'unité généralement observé sur un espace géographique donné). Ces trois questions permettent d'assurer une veille régulière sur les trois principaux produits aujourd'hui consommés par les personnes reçues dans les CAARUD

Disponibilité et prix du Subutex (et générique) :

Disponibilité et prix de la cocaïne :

Disponibilité et prix de l'héroïne :

Fin du rapport ASA CAARUD

merci pour le temps que vous y avez consacré

ANNEXE 11

ENQUÊTE RELATIVE À LA CAMPAGNE DE TARIFICATION 2016
DISPOSITIF ACT

Région	Département	Catégorie de structure	Personne morale gestionnaire de la structure	Dénomination de la structure le cas échéant	Capacité installée au 31/12/2015 *	Base budgétaire reconductible au 31/12/2015 (1) (€)	Effet année pleine des mesures nouvelles 2015 (2)	base reconductible au 01/01/2016 (1) + (2)	Actualisation du budget reconductible accordée à la structure en 2016 (€)	Actualisation du budget reconductible accordé à la structure en 2016 (%)	total base reconductible 2016 + actualisation (3)
						- €		- €		#DIV/0!	- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €			- €
						- €		- €		#DIV/0!	- €
TOTAUX											

ANNEXE 11

ENQUÊTE RELATIVE À LA CAMPAGNE DE TARIFICATION 2016
DISPOSITIFS LAM ET LHSS

Région	Département	Catégorie de structure (menu déroulant : LAM ou LHSS) *	Personne morale gestionnaire de la structure	Dénomination de la structure le cas échéant	Commune d'implantation	Capacité installée au 31/12/2015	Base budgétaire reconductible au 31/12/2015 (1) (€)	Effet année pleine des mesures nouvelles 2015 (2)	base reconductible au 01/01/2016 (1) + (2)	Actualisation du budget reconductible accordé à la structure en 2016 (€)	Actualisation du budget reconductible accordée à la structure en 2016 (%)	total base reconductible 2016 + 2016 + actualisation (3)	Mesures nouvelles 2016 accordées en pérenne (4) (€)
							- €		- €		#DIV/0!	- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
							- €		- €			- €	
TOTAUX													- €

* Dans l'hypothèse d'une structure portant à la fois des lits LAM et LHSS, merci de remplir deux lignes : une par dispositif
 ** Indiquez les besoins pour chaque structure. Pour des besoins ne se rapportant pas à des structures existantes, ajoutez une ligne et précisez (en particulier le département quand il s'agit d'une création de nouvelle structure).

Extension ou création (menu déroulant)	Besoins 2018 **			Commentaires/ Observations
	Nombre de lits	Détail du besoin / nature du projet	Extension ou création (menu déroulant)	

Extension
Création

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale
de la cohésion sociale*

Sous-direction de l'autonomie
des personnes handicapées
et des personnes âgées

Bureau de la prévention de la perte
d'autonomie et du parcours de vie
des personnes âgées

*Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques*

Département méthodes
et systèmes d'information

Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des modifications apportées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

NOR : AFSA1628537J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 23 septembre 2016. – Visa CNP 2016-136.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente instruction précise la procédure de transmission aux agences régionales de santé (ARS) des autorisations délivrées aux résidences autonomie par les conseils départementaux et les modalités de mise à jour du répertoire FINESS en fonction des informations transmises. Elle définit également les modifications à apporter au sein du répertoire FINESS pour prendre en compte les modifications introduites par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, notamment en ce qui concerne les catégories d'établissement pour personnes âgées.

Mots clés : FINESS – résidences autonomie – conseils départementaux – actes d'autorisation – agences régionales de santé – MARPA – EHPAD – EHPA – PUV.

Référence :

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Instruction modifiée : instruction DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014 relative à la refonte du cadre des établissements hébergeant des personnes âgées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et précisant les modalités de création d'une catégorie EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans FINESS et à la création du portail Internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, dont la gestion sera confiée à la CNSA.

Annexes :

- Annexe 1. – Tableau de synthèse relatif aux différentes offres d'établissement et d'habitat pour personnes âgées.
- Annexe 2. – Fiche technique sur les actions permettant la prise en compte dans FINESS de la refonte de la nomenclature des établissements pour personnes âgées.
- Annexe 3. – Fiche technique sur les actions à réaliser pour la catégorie 202 – résidence autonomie.
- Annexe 4. – Fiche technique sur la transmission des actes d'autorisation par les CD aux ARS.
- Annexe 5. – Arrêté-type d'autorisation des résidences autonomie.
- Annexe 6. – Annule et remplace les annexes 1, 1 *bis*, 1 *ter*, 2 et 4 de l'instruction DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution); Mesdames et Messieurs les présidents de conseils départementaux; Mme la directrice de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (pour information).

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) a fait l'objet d'une refonte totale de l'architecture des établissements pour personnes âgées par une instruction en date du 7 juillet 2014.

Dans ce cadre, des travaux de fiabilisation des données inscrites dans FINESS ont été menés par les agences régionales de santé (ARS), en lien avec la DGCS et la DREES et avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ont, chacune pour ce qui la concerne communiqué certaines informations liées à la gestion du portail « Pour les personnes âgées », à la réalisation de l'enquête nationale sur le cadre bâti (ENCB) des résidences autonomie et au suivi du label « MARPA ».

Ces travaux ont mis en exergue un certain nombre d'anomalies dont celles relatives aux établissements dont l'autorisation relève exclusivement des conseils départementaux (EHPA sans crédits d'assurance maladie et résidences autonomie [ex-logements foyers]). La plupart de ces anomalies concerne la mauvaise classification de l'établissement, son défaut d'enregistrement ou des erreurs sur les données (habilitation ou non à l'aide sociale, capacité, mode de tarification...). Il a également été constaté certaines anomalies concernant le référencement des MARPA. En effet, alors même qu'elles ne disposent pas du label « MARPA », certaines structures se sont vues attribué le code « RUR » dans la zone « convention » de FINESS du fait de leur localisation en zone rurale ou parce qu'elles ont une dénomination identique ou approchante.

Afin de remédier à ces anomalies et de fiabiliser le répertoire FINESS, plusieurs dispositions ont été prises.

Ainsi, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) a créé l'obligation pour le conseil départemental de transmettre à l'ARS tout acte d'autorisation de création, de transformation ou d'extension de résidence autonomie délivré par le Président du conseil départemental, lorsque cet acte relève exclusivement de son autorité.

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées prévoit, pour les arrêtés d'autorisation délivrés aux résidences autonomie après le 1^{er} juillet 2016, que cette transmission s'effectue au fil de l'eau, au maximum deux mois après leur publication. S'agissant des arrêtés d'autorisation délivrés aux résidences autonomie avant le 1^{er} juillet 2016 la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit *via* une mesure transitoire (article 205), que les conseils départementaux transmettent au plus tard le 1^{er} novembre 2016 à l'ARS une copie des arrêtés d'autorisation (ou tout acte équivalent) existants.

J'attire votre attention sur la priorité à donner à la mise à jour dans FINESS des informations relatives aux résidences autonomie. La fiabilisation de ces données permettra :

- la mise à jour régulière et qualitative du portail « Pour les personnes âgées » de la CNSA ; de fiabiliser et de sécuriser les données utilisées pour la répartition par la CNSA des concours versées aux départements pour le « forfait autonomie » ;
- de donner une meilleure visibilité de l'offre sur l'ensemble du champ social et médico-social, notamment pour construire les différents documents de planification et de programmation de cette offre et mieux répondre aux enjeux d'adaptation de l'offre existante.

La loi ASV a également opéré une clarification des catégories juridiques d'établissements sociaux et médico-sociaux pour les personnes âgées. En conséquence, une mise en cohérence de la nomenclature des établissements définie dans FINESS avec la loi est nécessaire.

La présente instruction précise le contenu et les implications pratiques des dispositions de la loi et du décret d'application précités pour les ARS, notamment concernant les nouvelles modalités d'enregistrement de certaines données dans FINESS ainsi que les nouvelles modalités de gestion de ce répertoire pour ce champ. Elle est complétée par des fiches techniques sur les différentes actions à mener et par des outils visant à faciliter le travail des agences régionales de santé (ARS).

1. Les catégories d'établissement pour personnes âgées issue de la loi ASV et leurs impacts dans FINESS

La mise en œuvre de l'instruction du 7 juillet 2014 précitée a fait apparaître une certaine confusion sur les catégories d'établissements, conduisant à des enregistrements erronés dans FINESS. L'annexe 1 à la présente instruction précise donc la nomenclature des établissements et habitats pour personnes âgées en rappelant leur appellation, leur définition et leur référence juridique, conformément aux nouvelles dispositions issues de la loi ASV qui ont profondément modifié l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) pour clarifier les différentes catégories d'établissements accueillant des personnes âgées.

La refonte de cet article a des incidences sur les catégories d'établissements pour personnes âgées utilisées dans FINESS. Plusieurs opérations sont donc nécessaires pour mettre à jour les catégories du répertoire FINESS.

Les actions à réaliser par les référents ARS pour prendre en compte dans FINESS la refonte de la nomenclature des établissements pour personnes âgées sont décrites dans la fiche technique présente en annexe 2.

2. Nouvelles modalités d'enregistrement de certaines données dans la catégorie 202

Le répertoire FINESS, en catégorie 202 (Résidence autonomie), ne recense actuellement que le nombre de logements autorisés et installés par type (F1, F1 *bis*, F2). Il ne fournit pas le nombre de places autorisées et installées.

Or, les textes prévoient que le concours financier dit « forfait autonomie » est réparti par la CNSA entre les conseils départementaux en fonction du nombre de places autorisées dans les résidences autonomie inscrites dans FINESS au 31 décembre de l'année *N* - 1.

Par conséquent, il est nécessaire de modifier la définition des données enregistrées dans FINESS en catégorie 202. À compter de janvier 2017, c'est le nombre maximum de places par type de logement qui devra être enregistré dans les capacités autorisées et installées des résidences autonomie et non plus le nombre de logements de chaque type.

Par ailleurs, la loi ASV a introduit la possibilité pour les résidences autonomie d'accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants dans la limite de 15 % de leur capacité autorisée. À cet effet, une nouvelle clientèle est créée dans le répertoire FINESS qui appelle des actions à réaliser par les ARS.

Pour ce faire, les différentes actions à réaliser par les référents ARS sur le champ des résidences autonomie sont détaillées dans une fiche technique en annexe 3.

3. Mise à jour du code de convention «RUR» au niveau central pour l'identification des MARPA

Les MARPA sont des structures de petite capacité (moins de 25 places) auxquelles la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) a délivré un label. La dénomination « MARPA » est indépendante de la catégorie juridique des établissements qui en sont titulaires (il peut aussi bien s'agir de petites unités de vie (PUV) que de résidences autonomies, même si plus de 80 % des structures labellisées sont effectivement des résidences autonomie).

Dans FINESS, l'identification des MARPA est réalisée en utilisant le code « RUR » de la zone convention.

La gestion de ce code RUR va être modifiée. Ce changement a pour objet de pallier les anomalies constatées dans FINESS, de disposer d'une meilleure connaissance de l'offre spécifique que constituent les MARPA dans le panel des offres d'hébergement alternatif pour personnes âgées, de simplifier le travail des ARS, et d'enregistrer ce code sur les seuls établissements relevant de la labellisation MARPA par la MSA.

Ainsi, pour ces structures, la mise à jour du code « RUR » dans la convention sera désormais centralisée et périodiquement opérée par la DREES à compter du 1^{er} octobre 2016. Elle sera basée sur une liste transmise par la CCMSA. Les référents FINESS n'auront donc plus à saisir de convention RUR, cette action sera de la responsabilité de la DREES.

Pour couvrir l'ensemble des établissements ciblés, la saisie du code RUR sera ouverte à toutes les catégories de l'agrégat 4 401 des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

4. La procédure et le calendrier de transmission des autorisations des résidences autonomie délivrées par les conseils départementaux aux agences régionales de santé et la mise à jour de FINESS

Jusqu'à ce jour, d'une part il n'existait pas de procédure formalisée de mise à jour et de contrôle de fiabilité de FINESS et d'autre part, les actions de sensibilisation et d'information des acteurs concernés restaient insuffisantes. Pour fiabiliser les données, la présente instruction définit la procédure de recueil des informations relatives aux résidences autonomie transmises par les conseils départementaux aux ARS.

Conformément aux dispositions du décret du 27 mai 2016 précité, les conseils départementaux doivent transmettre aux ARS l'ensemble des actes d'autorisation délivrés aux résidences autonomie à partir du 1^{er} juillet 2016 au fil de l'eau dans les deux mois suivant la délivrance de cette autorisation. Les référents FINESS enregistrent ensuite cette nouvelle résidence autonomie ainsi que les données afférentes dans la catégorie 202.

Les actes d'autorisation délivrés aux résidences autonomie avant le 1^{er} juillet 2016, sont transmis aux ARS par les conseils départementaux au plus tard le 1^{er} novembre 2016. Les référents FINESS ont ensuite jusqu'au 31 décembre 2016 pour opérer un contrôle de fiabilité des informations enregistrées dans la catégorie 202 et corriger les éventuelles anomalies. La majeure partie des structures ne devrait pas poser de difficultés.

La procédure de transmission des actes d'autorisation et les actions à effectuer par les référents ARS dans le répertoire FINESS sont précisées dans une fiche technique en annexe 4 de la présente instruction.

5. Nouvelles modalités de gestion

Au regard des enjeux financiers et de politiques publiques de la fiabilisation des données FINESS, un constat formalisé et écrit sera établi et partagé par la DGCS, la DREES et les ARS afin de vérifier l'exactitude des données enregistrées dans FINESS et le cas échéant apporter les corrections nécessaires.

Ce constat sera effectué, à partir de 2017, chaque année au quatrième trimestre, à partir de « fichiers-listes » établis au niveau central qui identifie d'éventuelles anomalies. Ces fichiers seront transmis aux référents FINESS qui devront effectuer les contrôles et corrections afférents. Les requêtes seront mises à disposition des ARS sur l'intranet PACO afin de leur permettre d'être autonomes dans la recherche de leurs anomalies.

Un suivi conjoint administration central/ARS sera ensuite effectué par téléphone.

Des contrôles aléatoires par tirage au sort ou fléchés en fonction de certains signalements effectués au cas par cas pourront être opérés par l'échelon central quand cela s'avérera utile. Les référents FINESS en seront informés. Ces contrôles pourront également s'appuyer dans les années à venir sur les données inscrites dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.

Messieurs Dominique Telle (dgcs-ra@social.gouv.fr), Jean-Philippe Body (dgcs-ra@social.gouv.fr), Thierry Mackel (drees-dmsi-finess@sante.gouv.fr) et Vincent Dreviron (drees-dmsi-finess@sante.gouv.fr) sont à votre disposition pour tout complément d'information.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

*Le directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,*

F. VON LENNEP

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

TABLEAU DE SYNTHÈSE RELATIF AUX DIFFÉRENTES OFFRES D'ÉTABLISSEMENT ET D'HABITAT POUR PERSONNES ÂGÉES

Catégorie	Référence(s) juridique(s)	Définition
<p style="text-align: center;">Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</p>	<p>I et IV ter de l'article L. 313-12 du CASF</p> <p>Articles D. 312-159-1, D. 313-15 et D. 312-155-0 à D. 312-155-0-2 du CASF</p>	<p>Etablissements médicalisés qui accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien, dans des proportions supérieures à 15% de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 et 2. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales.</p> <p>Les EHPAD sont à même d'accueillir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et peuvent offrir des types d'accueils spécifiques à ce type de déficience (PASA, UHR...).</p> <p>Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.</p> <p>Ils signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental et l'ARS qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge.</p>
<p style="text-align: center;">Dont les petites unités de vie (PUV)</p>	<p>II de l'article L. 313-12 du CASF</p> <p>Articles D. 313-16 et suivants du CASF</p>	<p>Les PUV sont des EHPAD dont la capacité est de moins de 25 places autorisées. Elles bénéficient de l'APA en établissement et sont soumises aux mêmes obligations que les EHPAD.</p> <p>Ces établissements peuvent déroger dans des conditions fixées par décret aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du L. 314-2 du CASF.</p> <p>Ces petites unités de vie sont médicalisées par dérogation, soit par forfait soins, soit par convention avec un SSIAD et, dans ces deux conditions, c'est le régime de l'APA à domicile qui s'applique pour les résidents.</p>
<p style="text-align: center;">« Les tarifés d'office »</p>	<p>X de l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (non codifié)</p>	<p>Etablissements qui n'ont pas contractualisé avec les autorités tarifaires.</p> <p>Les autorités de tarification compétentes inscriront ces établissements dans l'arrêté de programmation et jusqu'à la date de signature du CPOM, ils continueront d'être tarifés dans les conditions actuelles. Ils seront soumis</p>

		<p>au principe de minoration de la dotation soins de 10% en cas de refus de signer le CPOM.</p>
<p>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)</p>	<p>6° du I de l'article L. 312-1 du CASF.</p>	<p>Etablissements le plus souvent non médicalisés qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15% de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 et 2.</p> <p>Ils ne signent pas de CPOM, au sens du IV ter de l'article L. 313-12.</p> <p>Ils proposent un hébergement collectif en pension complète assurant la prise en charge globale de la personne selon ses besoins.</p> <p>Les EHPA restent et demeurent des établissements sociaux au sens du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et sont donc soumis aux règles du régime juridique de droit commun applicable aux établissements sociaux et médico sociaux.</p> <p>Cette catégorie d'établissements correspond à un stock de structures un peu à part qui ne s'inscrivent pas dans la nouvelle nomenclature d'établissements définie à l'article L. 313-12 du CASF. Elle n'a pas vocation à prospérer.</p>
<p>Résidences autonomie</p>	<p>III de l'article L. 313-12 du CASF</p> <p>Articles L. 633-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH)</p> <p>Articles D. 312-159-3 à D. 312-159-5 et D. 313-24-1 à D. 313-24-4 du CASF</p>	<p>Etablissements relevant à la fois du code de l'action sociale et des familles et du code de construction et de l'habitation qui hébergent des personnes âgées majoritairement autonomes au sein de logements auxquels sont associés des services collectifs. Le nombre de personnes âgées dépendantes qui y résident doit être inférieur ou égal à 15% de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 et 2.</p> <p>Les résidences-autonomie sont composées d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents (salle d'animation, salle de restaurant...). C'est une offre organisée dans le cadre d'une politique publique qui prévoit un système de prestations défini dans le cadre d'une mission de prévention de la perte d'autonomie.</p>
<p>Dont les résidences autonomie avec forfait soins</p>	<p>IV de l'article L. 313-12 du CASF</p> <p>Articles L. 633-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH)</p> <p>Articles D. 312-159-3 à D. 312-159-5 et D. 313-24-1 à D. 313-24-4.</p>	<p>Certaines résidences autonomie sont partiellement médicalisées via un forfait soins qui finance le maintien de certains personnels de soins au sein de la structure (le plus souvent infirmier(e) ou aide soignant(e)). A part cette particularité, cette catégorie d'établissement obéit aux mêmes règles que celles applicables aux résidences autonomie dites « classiques ».</p>
<p>Résidences-services</p>	<p>Articles L. 631-13 à L. 631-16 du CCH</p>	<p>Il s'agit d'ensembles de logements privatifs pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les</p>

	<p>Articles 41-1 à 41-5 de la loi n°65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis (non codifiés)</p>	<p>occupants des résidences services sont locataires ou propriétaires.</p> <p>Les résidences services constituent une résidence principale pour leurs occupants, qu'ils soient propriétaires ou locataires. Ils peuvent faire appel aux divers dispositifs de droit commun conçus pour prévenir la perte d'autonomie et faciliter le maintien à domicile, dans les mêmes conditions que pour tout autre domicile : aides à la personne, SSIAD, etc....</p> <p>C'est une offre commerciale relevant de l'initiative privée et individuelle dont les prestations sont avant tout orientées vers la réponse à une demande de services formulée par des consommateurs âgés, pour leur confort, leur bien-être et leur loisir, qui peuvent parfois rejoindre les objectifs de prévention de la perte d'autonomie sans que cela constitue pour autant l'objectif principal de ces structures.</p>
<p>Habitats regroupés/alternatifs</p>	<p>Articles L. 631-13 à L. 631-16 du CCH</p> <p>Articles 41-1 à 41-5 de la loi n°65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis (non codifiés)</p> <p>OU</p> <p>Droit commun du logement (Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986)</p> <p>OU</p> <p>Livre quatrième du CCH (droit du logement social)</p>	<p>Petits ensembles de logements indépendants destinés aux personnes âgées proposés par certaines villes à leurs habitants âgés se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Ils sont en général conçus par les collectivités locales avec une vocation sociale.</p> <p>Ils sont conçus pour répondre aux besoins du vieillissement : situation centrale en centre-ville, logements conçus pour des personnes avec des difficultés de mobilité, loyers abordables, services complémentaires facilités (livraison de repas...).</p> <p>Des espaces communs utilisables par tous (lingerie, salle commune que l'on peut réserver pour des fêtes familiales ...) permettent aux habitants de l'immeuble de se rencontrer. Les habitants âgés y trouvent un environnement plus sécurisant et vivant.</p> <p>Les personnes qui vivent dans un habitat regroupé peuvent bénéficier des aides au logement et de l'APA à domicile.</p> <p>Certains de ces habitats regroupés sont qualifiés d'alternatifs, car il s'agit d'habitats à dimension collective, plus ou moins auto organisés, le plus souvent construits dans le cadre de partenariats impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations et des représentants de la société civile.</p>

ANNEXE 2

FICHE TECHNIQUE SUR LES ACTIONS PERMETTANT LA PRISE EN COMPTE DANS FINESS DE LA REFONTE DE LA NOMENCLATURE DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

La présente annexe annule et remplace le *b)* du I du A de l'instruction DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014

« *b)* Définition des quatre catégories concernées

Les quatre catégories d'établissements recenseront dorénavant l'exhaustivité de l'offre médico sociale s'agissant de l'hébergement des personnes âgées :

1. Les EHPAD (500) : établissements médicalisés qui accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, dans des proportions supérieures à 15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2. Ils signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental et l'ARS qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge.

2. Les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie (501) : établissements médicalisés qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2. Ils ne signent pas de CPOM, au sens du IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

3. Les EHPA ne percevant pas de crédits d'assurance maladie (502) : établissements non-médicalisés qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2. Ils ne signent pas de CPOM, au sens du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

4. Les résidences autonomie (202) : établissements qui accueillent des personnes âgées majoritairement autonomes au sein de logements (type F1/F2) auxquels sont associés des services collectifs. Le nombre de personnes âgées dépendantes qui y résident doit être inférieur ou égal à 15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2.

L'ensemble des catégories continuera à être rattaché à l'agrégat 4401 (hébergement personnes âgées). ».

Les petites unités de vie

Définition

Les petites unités de vie (PUV) sont des EHPAD de petite capacité (moins de 25 places autorisées), indépendamment de leur mode de tarification et répondant uniquement aux critères de l'article D. 313-15 du CASF.

Les PUV avec tarification dérogatoire sont actuellement enregistrées dans FINESS dans les catégories 501 et 502. Par conséquent, les actions de mise à jour mentionnées ci-dessous visent à regrouper les EHPAD dans la même catégorie (500), conformément aux dispositions des I et II du L. 313-12 du CASF modifiées par la loi ASV.

PUV actuellement enregistrées dans FINESS en catégorie 501 (EHPA percevant des crédits d'assurance maladie)

Ces PUV basculeront dans la catégorie 500 (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les PUV jusque là enregistrées en catégorie 501 sont identifiables par :

- le mode de fixation des tarifs (MFT) 50 (ARS/PCD, PUV, forfait soins, habilité aide sociale);
- le MFT 51 (ARS/PCD, PUV, forfait soins, non habilité aide sociale).

Cette bascule sera automatiquement effectuée au niveau central, mais il est demandé aux ARS de contrôler au préalable les établissements de catégorie 501 auxquels ces MFT ont été attribués, pour sécuriser l'opération en amont.

Cela signifie qu'à compter de cette date :

- dans l'application FINESS Gestion, les MFT 50 et 51 ne seront plus proposés en catégorie 501 mais exclusivement en catégorie 500;

- dans les données de FINESS, la catégorie 501 ne devra plus contenir que des établissements dits « tarifés d'office ». Ces derniers basculeront progressivement dans la catégorie 500 au fur et à mesure qu'ils signeront un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). A terme, cette catégorie est donc amenée à disparaître.

*PUV enregistrées dans FINESS en catégorie 502
(EHPA ne percevant pas des crédits d'assurance maladie)*

Ces PUV basculeront dans la catégorie 500 (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les PUV jusque là enregistrées en catégorie 502 sont identifiables comme étant :

- les établissements de MFT 01 (Tarif libre) possédant une convention SID (Signature d'une convention de médicalisation avec un SSIAD) ;
- les établissements de MFT 08 (Tarif journalier ou horaire PCD) possédant une convention SID (signature d'une convention de médicalisation avec un SSIAD).

Cette bascule sera automatiquement effectuée au niveau central, mais il est demandé aux ARS de contrôler au préalable les établissements de catégorie 502 auxquels le code « SID » a été attribué, pour sécuriser l'opération en amont et, le cas échéant, les établissements de 24 places et moins n'ayant pas le code convention SID. Dans cette situation, il convient de lui attribuer le code convention SID dans FINESS avant la bascule.

La bascule prévoit que, selon l'existence du code « SID » :

- les PUV de MFT 01 seront automatiquement reclassées en catégorie 500 avec le MFT 55 (ARS/PCD, PUV, Convention SSIAD, non habilité aide sociale) ;
- les PUV de MFT 08 seront automatiquement reclassées en catégorie 500 avec le MFT 56 (ARS/PCD, PUV, Convention SSIAD, habilité aide sociale).

Dans FINESS, cela signifie qu'à compter de cette date :

- les MFT 55 et 56 seront créés et proposés à la saisie dans FINESS Gestion en catégorie 500 ;
- le code convention SID sera supprimé ;
- à l'instar de la catégorie 501, la catégorie 502 ne devra plus contenir de PUV.

Nombre d'établissements concernés par la bascule

Au 31 août 2016, la catégorie 501 (EHPA avec crédits d'assurance maladie) comprend 77 structures dont 34 PUV référencées ; la catégorie 502 (EHPA sans crédits d'assurance maladie) comprend 298 structures dont 28 PUV référencées. La charge de travail liée aux opérations de contrôle ne sera donc pas très importante. Par ailleurs, un tableau répertoriant les anomalies constatées par le niveau central sera communiqué aux ARS *via* l'intranet PACO pour les aider dans leurs vérifications.

Les résidences autonomie

Pour rappel, la catégorie 202 est désormais intitulée « Résidences autonomie ». Ce changement de nom n'a aucune incidence sur les raisons sociales des établissements qui y sont rattachés. La qualification juridique de l'établissement n'ayant aucun rapport direct avec la raison sociale, aucune mise à jour de cette dernière dans FINESS n'est obligatoire.

ANNEXE 3

FICHE TECHNIQUE SUR LES ACTIONS À RÉALISER POUR LA CATÉGORIE 202 – RÉSIDENCE AUTONOMIE

1. Actions à réaliser pour la transformation du nombre de logements par type en nombre de places par type de logement

Au niveau central: bascule automatique début 2017

Afin d'éviter une charge de travail conséquente aux référents FINESS en ARS, une bascule automatique aura lieu au niveau de l'administration centrale au cours de la première semaine de janvier 2017 pour remplacer le nombre de logements autorisés et installés par le nombre de places autorisées et installées en catégorie 202.

Cette bascule s'appuiera sur la méthodologie suivante :

- F1 = 1 place ;
- F1 *bis* = 1 place ;
- F2/F3 = 2 places.

L'administration centrale avertira les référents ARS lorsque la bascule aura été effectuée.

Au niveau régional

- Les tâches à réaliser par les ARS avant la bascule

Cette bascule nécessite que la catégorie 202 soit complètement fiabilisée quant à la typologie des logements par résidences autonomie au 31 décembre 2016. Il s'agit de vérifier si le nombre de F1, le nombre de F1 *bis* et le nombre de F2 enregistrés dans FINESS en catégorie 202 sont exacts, notamment en s'appuyant sur les actes administratifs des conseils départementaux. Une attention particulière doit être apportée au nombre de F2.

Il convient également de s'assurer que les établissements enregistrés en catégorie 202 sont tous des résidences autonomie et qu'ils sont tous associés à au moins un triplet, discipline/mode de fonctionnement/clientèle. Pour ce faire, l'ARS peut notamment s'appuyer sur l'annexe 1 qui précise les conditions à respecter pour être qualifiée de résidence autonomie. Si la structure était précédemment un logement foyer et que l'ARS n'a aucun doute sur la régularité de cet ancien statut, la qualification de résidence autonomie est acquise automatiquement.

Un tableau répertoriant les anomalies constatées par le niveau central sera, le cas échéant, également communiqué aux ARS *via* l'intranet PACO pour les aider dans leurs vérifications (aucune correction automatique n'est prévue). Toute donnée enregistrée dans FINESS doit provenir d'un document écrit.

Attention : les données transmises par les conseils départementaux concernant le nombre de places autorisées et installées en résidence autonomie ne devront faire l'objet d'aucun enregistrement dans FINESS avant que la bascule précédemment mentionnée n'ait été effectuée au niveau central début 2017.

Seules les données relatives au nombre de logements autorisés et installés (capacité actuellement prise en compte dans FINESS), par type, pourront faire l'objet d'un enregistrement avant cette date.

- Les tâches à réaliser par les ARS après la bascule

Lorsque la bascule aura été effectuée, les référents FINESS devront rapprocher le nombre de places par type de logement désormais inscrit en catégorie 202 avec les données fournies par les conseils départementaux dans le cadre de leur obligation de transmission aux ARS des actes d'autorisation délivrés aux résidences autonomie.

Si des divergences sont constatées, la capacité autorisée devra être corrigée en faisant prévaloir les données du conseil départemental.

En cas de difficultés ou de doutes quant à l'exactitude des données transmises, vous êtes invités à vous rapprocher de la DGCS et de la DREES.

Exemple-type

1) ÉTAPE 1

Après lecture de l'instruction en octobre 2016, le référent FINESS X de l'ARS Y se connecte à FINESS et constate que 550 résidences autonomie sont enregistrées en catégorie 202 pour sa région avec une capacité autorisée totale de 12 500 logements. La capacité installée est identique. Il relève qu'il y a 9 300 F1, 2100 F1 *bis* et 1100 F2.

Au regard des informations transmises par les conseils départementaux et du tableau fourni par le niveau central sur l'intranet PACO, il constate que :

- 4 structures sont enregistrées en catégorie 501 alors que le conseil départemental les a autorisées en tant que logement-foyer ;
- 6 structures identifiées en tant que logement-foyer par le niveau central ne sont pas enregistrées dans FINESS.

⇒ Ce que doit faire le référent

Il s'assure de l'exactitude des données enregistrées en vérifiant trois choses :

- l'établissement enregistré est-il bien une résidence autonomie (ex-logement foyer) ? ;
- l'établissement est-il bien associé à un triplet discipline/mode de fonctionnement/clientèle ?
- le nombre de F1, le nombre de F1 *bis* et le nombre de F2 enregistrés sont-ils exacts ?

Dans tous les cas, seul l'arrêté d'autorisation délivré par le conseil départemental permet de déterminer de manière fiable la catégorie à laquelle se rattache l'établissement. Il faut donc attendre de disposer de l'arrêté avant de modifier l'enregistrement de la structure dans FINESS, y compris lors l'identification de ces structures a été opérée par le niveau central.

Si les arrêtés d'autorisation confirment que les 4 structures enregistrées en 501 sont des résidences autonomie, celles-ci doivent être enregistrées en catégorie 202.

Si les 6 structures identifiées au niveau central et non enregistrées dans FINESS disposent d'un arrêté d'autorisation en tant que résidences autonomie, celles-ci doivent être enregistrées en catégorie 202.

Ce travail de fiabilisation de la catégorie de rattachement de la structure doit être effectué avant tout travail de fiabilisation des capacités autorisées et installées.

2) ÉTAPE 2

Entre temps, les conseils départementaux de la région ont envoyé les actes d'autorisation délivrés aux résidences autonomie ainsi que les informations relatives au nombre de places autorisées par type de logement pour chacune des structures.

Le référent constate alors que :

14 résidences autonomie ont au total 15 F1, 28 F1 *bis* et 16 F2 de moins que ce qui est enregistré dans FINESS ;

Le nombre de places autorisées dans ces structures est réparti comme suit :

- 9 286 places autorisées pour 9 285 F1 ;
- 2 125 places autorisées pour 2 072 F1 *bis* ;
- 2 166 places autorisées pour 1 084 F2.

⇒ Ce que doit faire le référent

Le référent FINESS X met de côté les données relatives au nombre de places autorisées, il ne doit, pour le moment, ni les utiliser pour assurer un contrôle de fiabilité des données FINESS, ni les enregistrer dans le répertoire. En revanche, il utilise les autres informations pour contrôler l'exactitude des données FINESS. Ainsi, il corrige le nombre de F1, F1 *bis* et F2 enregistré dans FINESS avec les données transmises par les départements pour les 14 structures pour lesquelles les données ne coïncident pas.

3) ÉTAPE 3

A l'issue de la première semaine de janvier 2017, le niveau central a opéré la bascule. Désormais, la capacité autorisée inscrite en catégorie 202 correspond au nombre de places autorisées par type de logement.

⇒ **Ce que doit faire le référent**

Le référent FINESS X vérifie que la capacité autorisée transmise par les conseils départementaux est conforme à celle inscrite dans FINESS suite à la bascule. Il constate des anomalies (il manque 1 place en F1 et 63 places en F1 *bis* et il y a 2 places en trop en F2). Il corrige ces erreurs en modifiant les données inscrites dans FINESS avec celles fournies par les conseils départementaux, qui doivent être conformes avec l'arrêté d'autorisation.

2. Actions à réaliser pour la création d'une nouvelle clientèle 833 identifiant les personnes âgées, les personnes handicapées, les jeunes travailleurs et les étudiants accueillis en résidence autonomie

Pour répondre aux objectifs de l'article 10 de la loi ASV, les places mobilisées en résidence autonomie pour accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants doivent être conformes aux besoins sociaux et médico-sociaux identifiés par le conseil départemental. Les arrêtés autorisant la création ou renouvelant l'autorisation d'une résidence autonomie devront, à l'avenir, spécifiquement préciser le nombre maximum de places pouvant être attribuées à ces publics (*cf.* annexe 5).

Il convient de souligner que ces places pourront être occupées, le cas échéant, par des personnes âgées. En effet, le nombre de places attribuées aux personnes handicapées, aux jeunes travailleurs et aux étudiants, qui figure dans l'arrêté d'autorisation, ne constitue qu'un plafond autorisé et non pas une réservation obligatoire de ces places à ces publics.

Par conséquent, une nouvelle clientèle, 833 « PA, PH, Etud.JT. » est créée au niveau central. Elle sera proposée uniquement aux établissements de catégorie 202 sur les disciplines 925, 926, 927 et 657.

Lorsque les référents FINESS réceptionneront les informations transmises par les conseils départementaux, ils devront enregistrer cette nouvelle clientèle dans FINESS, si elle apparaît dans les actes d'autorisation délivrés aux résidences autonomie. En effet, toutes ne seront pas forcément concernées.

ANNEXE 4

FICHE TECHNIQUE DE TRANSMISSION DES ACTES D'AUTORISATION DES CD AUX ARS

Tâches à réaliser par les ARS avant la transmission

Les référents FINESS et/ou, le cas échéant, les référents métiers sont invités à prendre contact avec les conseils départementaux relevant du ressort de leur ARS dès que possible afin de leur rappeler leur obligation légale de transmission des actes d'autorisation des résidences autonomie, qui doit se traduire par la transmission d'une information à chaque fois qu'un arrêté d'autorisation d'une résidence autonomie est pris ou modifié, y compris lorsque la modification ne concerne qu'une régularisation matérielle (raison sociale, adresse, téléphone...).

L'ARS tient à jour une liste de correspondants des conseils départementaux relevant de son ressort territorial et la met à disposition du niveau central si celui-ci en fait la demande.

La définition d'un commun accord d'une procédure uniformisée de transmission des actes d'autorisation des résidences autonomie est de nature à faciliter le travail

Les référents des ARS devront notamment communiquer aux conseils départementaux :

- un tableau Excel type dans lesquels les conseils départementaux saisiront toutes les informations nécessaires à la fiabilisation des données FINESS qui ne sont pas inscrites dans les arrêtés d'autorisation ou lorsqu'il n'y a pas d'arrêté d'autorisation formalisé (essentiellement pour le stock – autorisations délivrées avant le 1^{er} juillet 2016). Parmi les données à recueillir et vérifier, la priorité est donnée au nombre de places autorisées par type de logement dans chaque résidence autonomie. Ce tableau sera mis à disposition sur l'intranet PACO par l'échelon central. Une fois rempli, ce tableau devra être transmis par les conseils départementaux aux référents des ARS ;
- le modèle d'arrêté en annexe 5 de la présente instruction que les conseils départementaux peuvent utiliser pour tout acte d'autorisation délivré à une résidence autonomie (essentiellement pour le flux – autorisations délivrées après le 1^{er} juillet 2016). Pour permettre un meilleur suivi des informations contenues dans FINESS, les arrêtés d'autorisation sont standardisés et améliorés. L'arrêté doit mentionner notamment les places autorisées avec précision, et en particulier toutes les informations nécessaires sur la discipline, le mode de fonctionnement et la clientèle.

Au regard de l'ancienneté de certains établissements et des changements d'autorité compétente intervenus depuis leur création (décentralisation...), il peut arriver que ni le gestionnaire métier ou FINESS de l'ARS, ni l'autorité compétente ne soit en possession d'un arrêté formel. Dès lors, tout autre document probant pourra y suppléer, notamment les actes d'habilitation à l'aide sociale qui, depuis la loi ASV, sont réputés valoir autorisation. Cependant, dans cette hypothèse, comme dans celle de l'absence de tout acte probant, le tableau Excel type précité devra obligatoirement être transmis.

Tâches à réaliser par les ARS après la transmission

Les référents ARS, une fois les documents précités réceptionnés, doivent contrôler pour chaque résidence autonomie que les informations enregistrées dans FINESS sont conformes à celles qui ont été transmises par le conseil départemental.

En cas d'erreur, il convient de corriger les données dans FINESS. En cas de doute sur la fiabilité des données transmises, les référents ARS sont invités à prendre l'attache de la DGCS et de la DREES.

La correction des données enregistrées dans FINESS doit s'opérer en conformité avec les instructions données en annexe 3.

ANNEXE 5

ARRÊTÉ-TYPE D'AUTORISATION DES RÉSIDENCES AUTONOMIE

Exemple d'arrêté

Attention au titre de l'arrêté: celui-ci doit être en adéquation avec les articles suivants de l'arrêté. Une copie de l'arrêté doit être systématiquement envoyée à l'ARS dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

LES VISAS

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-3, R. 1434-4 et R. 1434-7 relatifs au schéma régional de santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 312-4 relatif au schéma d'organisation sociale, l'article L. 312-5.1 relatif au PRIAC, les articles L. 313-1 à L. 313-9 relatifs aux autorisations, les III et IV de l'article L. 313-12 ainsi que les articles D.312-159-3 à D.312-159-5 relatifs aux résidences autonomie, les articles R. 313-1 à R. 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médicosociaux, les articles D.313-11 à D.313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements, l'article D.313-0-5 relatif à l'obligation de transmission des actes d'autorisation aux ARS, les articles D.313-24-1 à D.313-24-4 relatifs aux résidences autonomie;

Vu les textes spécifiques sur les collectivités locales (si nécessaire);

Vu le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de la région...;

Vu (éventuellement) le schéma départemental avec la date;

Vu la réponse à l'appel à projet, lancé le (date), présentée par XXX (désignation du promoteur sans oublier son nom, son adresse et en rappelant précisément l'objet de la demande formulée dans son dossier), le (date), prévoyant la création/extension/transformation d'une structure ZZZ, gérée par YYY (si nécessaire);

Vu le dossier déclaré complet le (date);Vu les précédents arrêtés (inutile de reprendre les arrêtés depuis l'origine mais reprendre le ou les derniers arrêtés importants en n'omettant pas de rappeler précisément ce qui était autorisé),

LES « CONSIDÉRANT » VARIABLES SELON LES CAS

Si autorisation

Considérant que le projet est compatible avec les objectifs quantitatifs et qualitatifs prévus par le schéma régional de santé et/ou le schéma départemental de l'organisation sociale[expliquer les points forts du projet (besoins, taux équipement...) à autoriser],

Considérant que le projet est compatible avec le PRIAC actualisé de la région en date du (date),

Si refus d'autorisation

Considérant [expliquer les motifs (besoins, qualité du dossier...) du refus],

Sur proposition du Conseil départemental (et, le cas échéant, de l'Agence régionale de santé – ARS);

Le président du Conseil départemental (...) [et, le cas échéant, le directeur général de l'Agence régionale de santé (...)],

Arrête ou arrêtent:

Article 1^{er}

L'autorisation visée à l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles est accordée à (nom promoteur) pour la création ou l'extension d'une résidence autonomie dénommée (raison sociale), située à: (adresse d'implantation de l'établissement).

Cette résidence autonomie est autorisée pour une capacité globale de (nombre) places, pour (nombre) logements répartis comme suit:

- (nombre) places en F1;
- (nombre) places en F1 *bis*;
- (nombre) places en F2;
- (nombre) places en F3.

Le cas échéant,

Cette résidence autonomie est autorisée à accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants dans la limite de (nombre) places, comprises dans la capacité globale précitée, pour (nombre) logements répartis comme suit:

- (nombre) places en F1;
- (nombre) places en F1 *bis*;
- (nombre) places en F2;
- (nombre) places en F3.

Préciser l'adresse mail générique et le numéro de téléphone de l'établissement, si possible.

Si les places sont créées par transformation d'une structure existante, préciser le nombre de places transformées et la catégorie de la structure d'origine.

Si des places d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit sont autorisées, préciser le nombre de places par type de logement concernées.

Si la résidence autonomie est habilitée à l'aide sociale, préciser le nombre de places habilitées par type de logement.

Article 2

Cette autorisation est délivrée pour 15 ans

Son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même code.

Article 3

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, la présente autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de 3 ans suivant sa notification.

Article 4

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 code de l'action sociale et des familles dont les conditions de mise en œuvre sont prévues par les articles D. 313-11 à D. 313-14 du même code.

Article 5

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente selon l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente concernée.

Article 6

L'entité juridique « raison sociale de l'EJ » est autorisée à exploiter un établissement « raison sociale de l'ET » répertorié dans FINESS de la façon suivante:

Entité Juridique (EJ) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS juridique):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postal, commune):

Statut juridique:

Numéro SIREN (9 caractères):

Entité établissement (ET) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS géographique):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postal, commune):

Numéro SIRET (14 caractères):

Catégorie établissement:

Mode de fixation des tarifs (MFT):

Capacité autorisée: Après la bascule automatique de 2017, inscrire le nombre total de résidents pouvant être accueillis par type de logement.

Triplet attaché à cet ET:

Hébergement résidence autonomie F1 personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 925 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F1

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 925 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F1

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 925 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F1

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 925 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F1

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 833 – Personnes âgées, Personnes handicapées, Etudiant, Jeune travailleur.

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F2 personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 926 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F2

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F2 personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 926 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F2

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F2 personnes âgées handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 926 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F2

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F2 personnes âgées handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 926 - Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F2

Code mode de fonctionnement: 11 - Hébergement complet internat

Code clientèle: 833 - Personnes âgées, personnes handicapées, Etudiant, Jeune travailleur.

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 *bis* personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 927 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées F1BIS

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 *bis* personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 927 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées F1BIS

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 *bis* personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 927 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées F1BIS

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX Places

Hébergement résidence autonomie F1 *bis* personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 927 – Hébergement résidence autonomie personnes âgées F1 *bis*

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 833 – Personnes âgées, Personnes handicapées, Etudiant, Jeune travailleur.

Capacité autorisée: XX Places

Accueil temporaire personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes

Capacité autorisée: XX places

Accueil temporaire personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 833 – Personnes âgées, Personnes handicapées, Etudiant, Jeune travailleur.

Capacité autorisée: XX places

Fait le (date) à (lieu)

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL (NOM, Prénom)

(Le cas échéant)

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

(NOM, Prénom)

ANNEXE 6

ANNULE ET REMPLACE LES ANNEXES 1, 1 *BIS*, 1 *TER*, 2
ET 4 DE L'INSTRUCTION DGCS/SD3A/DREES/2014/190 DU 7 JUILLET 2014

ANNEXE 1

ENREGISTREMENT ATTENDU POUR CHACUNE DES CATÉGORIES CONCERNÉES

Catégorie n° 500:

Libellé court: EHPAD

Libellé long: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Catégorie n° 501:

Libellé court: EHPA perc créd AM

Libellé long: EHPA percevant des crédits d'assurance maladie

Catégorie n° 502:

Libellé court: EHPA sans créd AM

Libellé long: EHPA ne percevant pas des crédits d'assurance maladie

Catégorie n° 202:

Libellé court: Résidence autonomie

Libellé long: Résidence autonomie

A. – LES TRIPLETS POSSIBLES AU 1^{ER} JANVIER 2015 POUR CHACUNE
DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS SONT DÉTAILLÉS CI-APRÈS.

La notion d'« activité », pour le secteur social et médico-social, est enregistrée sous la forme d'un triplet dont les trois composantes sont la « Discipline », le « Mode d'activité » et la « Clientèle ».

Tout autre triplet sera proscrit et ne permettra pas une remontée précise des informations attendues.

1. Pour les EHPAD catégorie (500)

Disciplines:

Accueil temporaire pour personnes âgées – 657.

Accueil pour personnes âgées – 924.

Pôle d'activité et de soins adaptés – 961.

Unité d'hébergement renforcé – 962.

Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants (PFR) – 963.

Modes d'activité:

Hébergement complet internat – 11.

Accueil de jour – 21.

Accueil de nuit – 22.

Clientèles:

Personnes âgées dépendantes – 711.

Alzheimer – 436.

Personnes handicapées vieillissantes – 702.

2. Pour les EHPA percevant des crédits assurance maladie (501)

Disciplines:

Accueil temporaire pour personnes âgées – 657.

Accueil pour personnes âgées - 924.

Modes d'activité:

Hébergement complet internat – 11.

Accueil de jour – 21.

Clientèles:

Personnes âgées dépendantes – 711.

Personnes Alzheimer ou maladies apparentées – 436.

Personnes handicapées vieillissantes – 702.

3. Pour les EHPA ne percevant pas de crédits d'assurance maladie (502)

Disciplines:

Accueil temporaire pour personnes âgées – 657.

Accueil pour personnes âgées – 924.

Modes d'activité:

Hébergement complet internat – 11.

Accueil de jour – 21.

Clientèles:

Personnes âgées autonomes – 701.

Personnes handicapées vieillissantes – 702.

Personnes âgées dépendantes – 711.

4. Pour les résidences autonomie (catégories 202)

Disciplines:

Hébergement résidence autonomie personnes âgées seules F1 – 925.

Hébergement résidence autonomie personnes âgées couple F2 – 926.

Hébergement résidence autonomie personnes âgées F1 *bis* – 927.

Accueil temporaire pour personnes âgées – 657.

À partir de janvier 2017 : Doit être enregistré le nombre de résidents maximum pouvant être accueilli par type de logement.

B. – LES CODES MFT POSSIBLES POUR CHACUNE DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS SONT DÉTAILLÉS CI-APRÈS.

Pour chacun des établissements enregistrés dans FINESS, le code MFT étant une donnée obligatoire, il est nécessaire de définir les codes MFT compatibles avec chacune des catégories d'établissements.

Nous vous rappelons ci-après quelques éléments de langage :

Tarif global: comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie (1^o de l'article R. 314-167 du CASF).

Tarif partiel: qui ne comprend ni les examens ni les charges de personnel mentionnées au 1^o du R. 314-167 à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur et de celles relatives aux infirmiers libéraux (2^o article R. 314-167 du CASF).

Habilitation à l'aide sociale: un établissement peut avoir toutes ses places ou une partie des places habilitées à l'aide sociale.

Non habilitation à l'aide sociale: un établissement peut n'avoir aucune place habilitée à l'aide sociale.

Recours à une pharmacie à usage intérieur: l'autorisation de PUI a pu être accordée à l'établissement lui-même, ou celui-ci a pu passer une convention avec un autre établissement.

Sans recours à une pharmacie à usage intérieur: un établissement peut ne pas avoir de recours à une PUI.

C. – LES CLIENTÈLES

Des consignes pour la saisie dans FINESS de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en structures pour personnes âgées avait été données par une saisie de la discipline « Tout

type de déficiences personnes handicapées (sans autre indication) – 010 ». Afin de mieux suivre cette population le code clientèle 702 – personnes handicapées vieillissantes est créé (libellé court: PH vieillissantes, libellé long: personnes handicapées vieillissantes). Cette clientèle sera rattachée à l'agrégat de clientèle 2 100 (personnes âgées).

D. – LES DISCIPLINES

Le libellé de la discipline 924 – accueil en maison de retraite est modifié en: accueil pour personnes âgées.

E. – LES CODES CONVENTIONS

Trois codes convention sont créés:

- « CPM »: à renseigner si signature d'un CPOM; Ce code sera réservé à la catégorie 500;
- « SID »: à renseigner dans le cas d'une médicalisation d'une PUV par passage d'une convention avec un SSIAD; Ce code sera réservé à la catégorie 502. (amendé par l'instruction);
- « RUR »: à renseigner s'il s'agit d'une MARPA. Ce code sera réservé à la catégorie 202.

La date de convention renseignée dans FINESS correspondra à la date de sa signature.

Deux codes sont supprimés:

- « PAD »;
- « PAP ».

F. – HABILITATIONS AIDE SOCIALE

Le nombre de places « habilités aide sociale » se présente sur l'arrêté d'autorisation comme un nombre de places global.

Dans l'appliquet FINESS il se renseigne au niveau de chacun des triplets. Afin de permettre un suivi fin de ces places il convient de distinguer deux cas:

- lorsque l'établissement est conventionné totalement chaque triplet doit comporter le report des capacités autorisés dans la case « habilité aide sociale »;
- lorsque l'établissement est partiellement habilité aide sociale il convient de reporter le nombre de places dans la case « habilité aide sociale » du triplet « Accueil pour personnes âgées (924) / Hébergement complet internat (11) / Personnes âgées dépendantes (711) » et si cette capacité n'est pas suffisante de reporter le surplus dans un autre triplet comportant le mode de fonctionnement Hébergement complet internat (11);
- lorsque l'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale, aucune place ne doit être saisie. Une opération qualité sera menée en ce sens.

(Voir copie d'écran ci-après):

The screenshot shows the 'FINESS 3' interface with two main sections: 'Autorisation' and 'Installation'. Both sections have a 'Discipline' of 924 and a 'Clientèle' of 711. The 'Autorisation' section shows 'Nombre de lits ou places autorisés' as 60, with 'Habilités aide sociale' set to 50. The 'Installation' section shows 'Nombre de lits ou places installés' as 60, with 'Habilités aide sociale' set to 50. A callout box with an arrow points to the 'Habilités aide sociale' field in both sections, containing the text: 'Nombre de places à renseigner si « Habilités aide sociale »'. The interface includes various date fields, checkboxes for 'Supprimer l'autorisation' and 'Supprimer l'installation', and buttons for 'Enregistrer', 'Défaire', and 'Fermer'.

Un recensement exhaustif permettra un suivi fin (en nombre de structures et de places) de cette modalité d'accueil.

ANNEXE 1 BIS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES ENREGISTREMENTS ATTENDUS POUR CHACUNE DES CATÉGORIES CONCERNÉES

1. Les EHPAD (500)

tarif	Habilitation aide sociale	PUI/PUV	Code	Libellé court	Libellé long
Tarif Global	Habilité à l'aide sociale	Pharmacie à usage intérieur	40	ARS TG HAS PUI	ARS/PCD, Tarif global, habilité à l'aide sociale, avec PUI
		Sans pharmacie à usage intérieur	41	ARS TG HAS NPUI	ARS/PCD, Tarif global, habilité à l'aide sociale, sans PUI
	Non Habilité à l'aide sociale	Pharmacie à usage intérieur	42	ARS TG NHAS PUI	ARS/PCD, Tarif global, non habilité à l'aide sociale, avec PUI
		Sans pharmacie à usage intérieur	43	ARS TG NHAS NPUI	ARS/PCD, Tarif global, non habilité à l'aide sociale, sans PUI
Tarif Partiel	Habilité à l'aide sociale	Pharmacie à usage intérieur	44	ARS TP HAS PUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, habilité à l'aide sociale, avec PUI
		Sans pharmacie à usage intérieur	45	ARS TP HAS NPUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, habilité à l'aide sociale, sans PUI
	Non Habilité à l'aide sociale	Pharmacie à usage intérieur	46	ARS TP NHAS PUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, non habilité à l'aide sociale, avec PUI
		Sans pharmacie à usage intérieur	47	ARS TP NHAS NPUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, non habilité à l'aide sociale, sans PUI
Forfait soins	Habilité à l'aide sociale	Petite Unité de Vie	50	ARS PCD PUV FS HAS	ARS/PCD, PUV, forfait soins, habilité à l'aide sociale
	Non Habilité à l'aide sociale		51	ARS PCD PUV FS NHAS	ARS/PCD, PUV, forfait soins, non habilité à l'aide sociale
Convention SSIAD	Non Habilité à l'aide sociale		55	ARS PCD PUV CS NHAS	ARS/PCD, PUV, convention SSIAD, non habilité à l'aide sociale
	Habilité à l'aide sociale		56	ARS PCD PUV CS HAS	ARS/PCD, PUV, convention SSIAD, habilité à l'aide sociale

2. Les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie (501)

tarif	Habilitation aide sociale	Code	Libellé court	Libellé long
Tarif Global	Habilité à l'aide sociale	48	ARS PCD EHPA DGS HAS	ARS/PCD, EHPA, dot globale de soins, habilité aide sociale
		49	ARS PCD EHPA DGS NAS	ARS/PCD, EHPA, dot globale soins, non habilité aide sociale

3. Les EHPA ne percevant pas de crédits d'assurance maladie (502)

Code MFT	Libellé court	Libellé long	Catégorie d'établissements	
			Code	libellé
01	Tarif libre	Sans tarif ou tarif libre ou tarif spécial	502	EHPA non médicalisé
08	PCD	Président du Conseil Départemental	502	EHPA non médicalisé

4. Les Résidences autonomes (202)

Code MFT	Libellé court	Libellé long	Catégorie d'établissements	
			Code	libellé
01	Tarif libre	Sans tarif ou tarif libre ou tarif spécial	202	Résidence autonomie
08	PCD	Président du Conseil Départemental	202	Résidence autonomie
52	ARS PCD LF FS HAS	ARS/PCD, LF, forfait soins, habilité aide sociale	202	Résidence autonomie
53	ARS PCD LF FS NHAS	ARS/PCD, LF, forfait soins, non habilité aide sociale	202	Résidence autonomie

5. Tableau récapitulatif des MFT et des catégories d'établissements associées

Code MFT	Libellé court	Libellé long	Catégorie d'établissements	
			Code	libellé
01	Tarif libre	Sans tarif ou tarif libre ou tarif spécial	502,202	EHPA non médicalisé, Résidence autonomie
08	PCD	Président du Conseil Départemental	502,202	EHPA non médicalisé, Résidence autonomie
40	ARS TG HAS PUI	ARS/PCD, Tarif global, habilité à l'aide sociale, avec PUI	500	EHPAD
41	ARS TG HAS NPUI	ARS/PCD, Tarif global, habilité à l'aide sociale, sans PUI	500	EHPAD
42	ARS TG NHAS PUI	ARS/PCD, Tarif global, non habilité à l'aide sociale, avec PUI	500	EHPAD
43	ARS TG NHAS NPUI	ARS/PCD, Tarif global, non habilité à l'aide sociale, sans PUI	500	EHPAD
44	ARS TP HAS PUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, habilité à l'aide sociale, avec PUI	500	EHPAD
45	ARS TP HAS NPUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, habilité à l'aide sociale, sans PUI	500	EHPAD
46	ARS TP NHAS PUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, non habilité à l'aide sociale, avec PUI	500	EHPAD
47	ARS TP NHAS NPUI	ARS/PCD, Tarif Partiel, non habilité à l'aide sociale, sans PUI	500	EHPAD
48	ARS PCD EHPA DGS HAS	ARS/PCD, EHPA, dot globale de soins, habilité aide sociale	501	EHPA médicalisé
49	ARS PCD EHPA DGS NAS	ARS/PCD, EHPA, dot globale soins, non habilité aide sociale	501	EHPA médicalisé
50	ARS PCD PUV FS HAS	ARS/PCD, PUV, forfait soins, habilité à l'aide sociale	500	EHPAD
51	ARS PCD PUV FS NHAS	ARS/PCD, PUV, forfait soins, non habilité à l'aide sociale	500	EHPAD
52	ARS PCD LF FS HAS	ARS/PCD, LF, forfait soins, habilité aide sociale	202	Résidence autonomie
53	ARS PCD LF FS NHAS	ARS/PCD, LF, forfait soins, non habilité aide sociale	202	Résidence autonomie
55	ARS PCD PUV CS NHAS	ARS/PCD, PUV, convention SSIAD, non habilité à l'aide sociale	500	EHPAD
56	ARS PCD PUV CS HAS	ARS/PCD, PUV, convention SSIAD, habilité à l'aide sociale	500	EHPAD

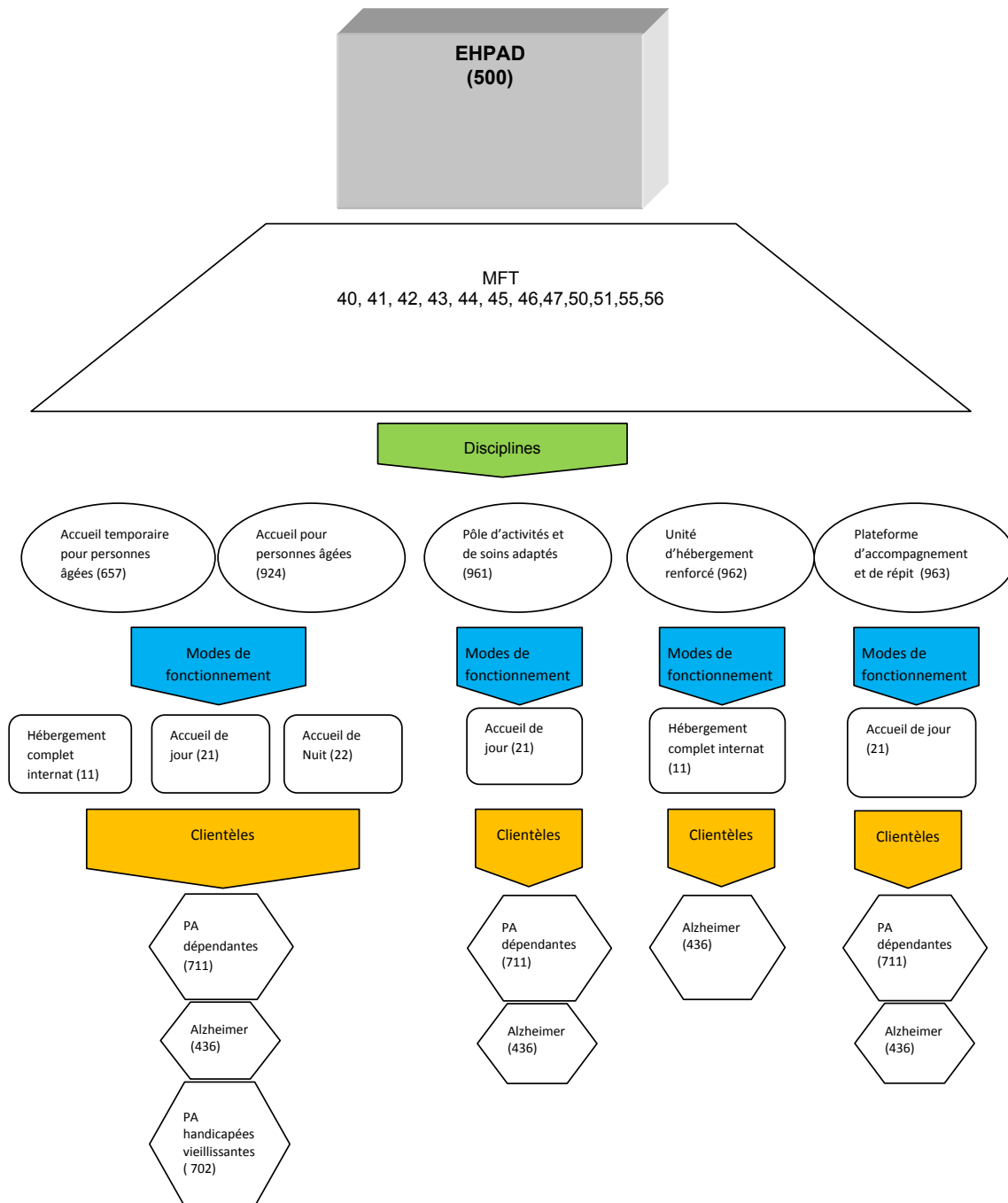
6. Les codes conventions

code	Libellé court	Libellé long	Catégorie d'établissements	
			code	libellé
CPM	CPOM	signature d'une convention d'Objectif et de Moyen (CPOM)	500	EHPAD
RUR	MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes âgées (MARPA)	202	résidence autonomie

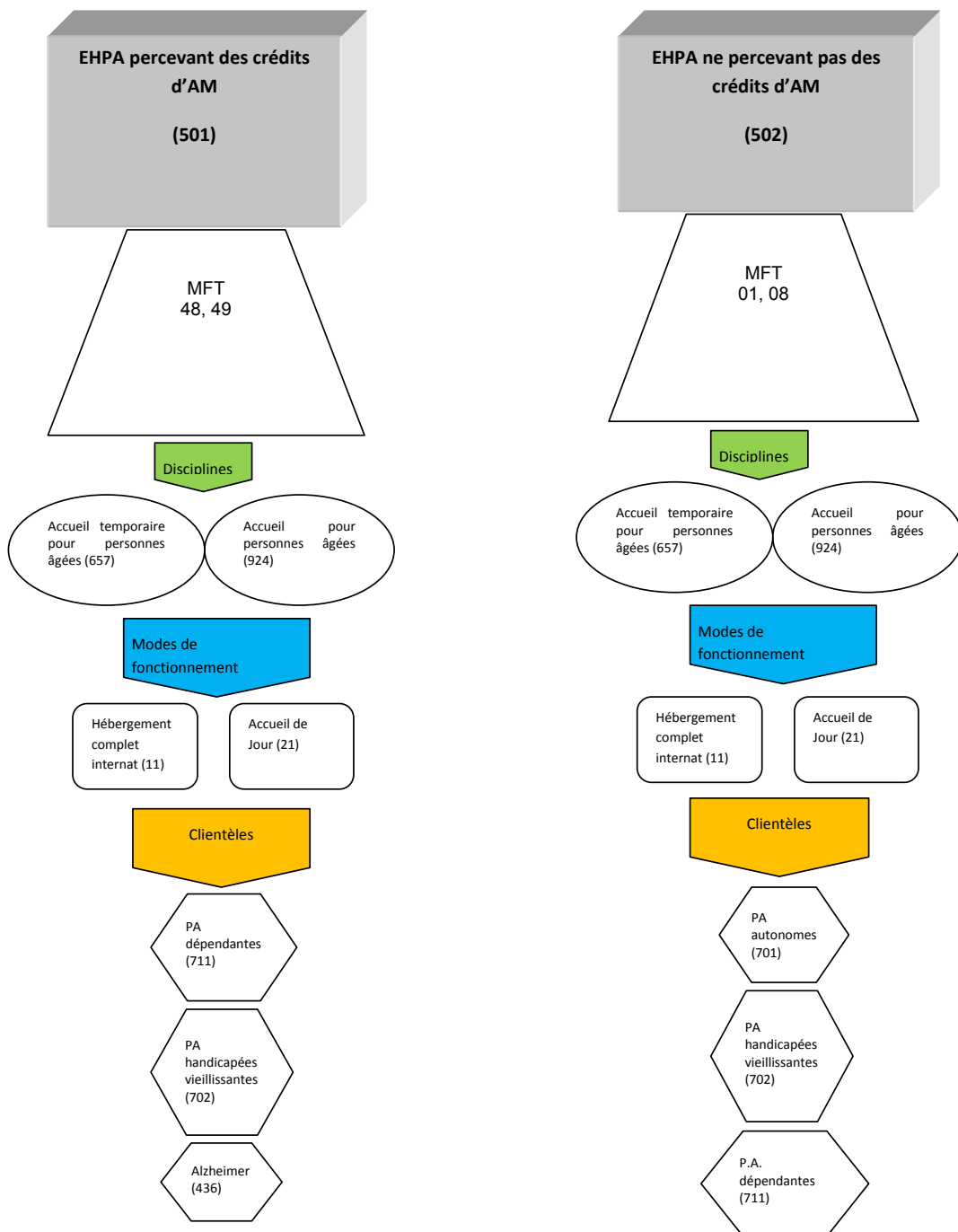
ANNEXE 1 TER

SCHÉMAS RÉCAPITULATIFS DES MODALITÉS D'ENREGISTREMENT DANS FINESS
 DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

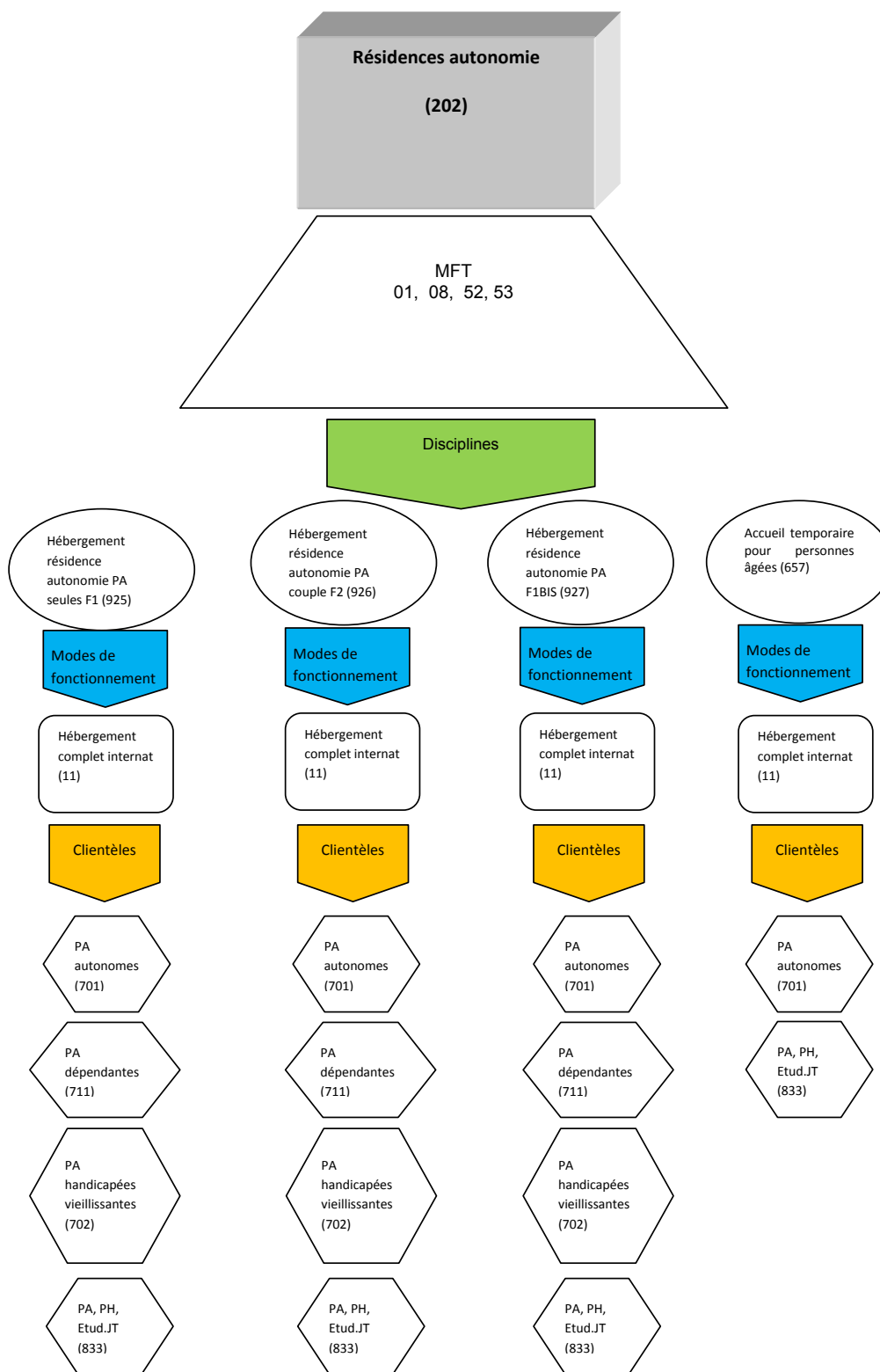
• EHPAD



• EHPA



• Résidences autonomie (ex Logements Foyer)



ANNEXE 2

TABLEAUX DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE

Ces tableaux retracent la correspondance entre la situation actuelle pour chaque catégorie d'établissement et la nouvelle situation après bascule automatique au 1^{er} janvier 2015.

Origine des établissements		Catégorie créée ou maintenue	
Catégorie FINESS	MFT	Catégorie FINESS	MFT
200 - Maison de retraite	20,21,24 et 25	1- EHPAD	40 à 47, 50, 51, 55 et 56
202 - Logement foyer	20,21,24 et 25	Catégorie 500 nouvelle	
394 - Etablissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	20,21,24 et 25		
200 - Maison de retraite	09 et 11	2- EHPA médicalisé hors CTP	48 et 49
394 - Etablissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	09 et 11	Catégorie 501 nouvelle	
200 - Maison de retraite	01 et 08	3- EHPA non médicalisé	01 et 08
394 - Etablissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	01 et 08	Catégorie 502 nouvelle	
202 - Logement foyer	01, 08, 09 et 11	4 - Résidence autonomie (ex logement foyer) Catégorie maintenue mais rebaptisée	01, 08, 52 et 53

Lors de la bascule au 1^{er} janvier 2015, les codes MFT suivants seront affectés par défaut :

Pour la catégorie 500 :

MFT 20 –> MFT 41.

MFT 21 –> MFT 45.

MFT 24 –> MFT 43.

MFT 25 –> MFT 47.

Les EHPAD seront reclassés avec les codes MFT « sans PUI » et il vous appartiendra de reclasser celles qui ont recours à une PUI dans les MFT concernés (40, 42, 44, 46).

Pour la catégorie 501 :

MFT 09 –> MFT 48.

MFT 11 –> MFT 49.

Pour la catégorie 202 :

MFT 09 –> MFT 52.

MFT 11 –> MFT 53.

ANNEXE 4

DONNÉES INDISPENSABLES DEVANT FIGURER DANS L'ARRÊTÉ D'AUTORISATION

Pour les EHPAD

L'entité juridique «raison sociale de l'EJ» est autorisée à exploiter un établissement «raison sociale de l'ET» répertorié dans le répertoire FINESS de la façon suivante: _____

Dans le cadre d'une signature d'un CPOM, le code convention «CPM» est à saisir

Entité Juridique (EJ) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Statut juridique:

Numéro SIREN (9 caractères)

Entité établissement (ET) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Numéro SIRET (14 caractères)

code catégorie établissement:

Code mode de fixation des tarifs (MFT):

Capacité autorisée habilitée à l'aide sociale:

Triplets attaché à cet ET:

Hébergement permanent personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent Alzheimer

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour Alzheimer

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit Alzheimer

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire Alzheimer

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Hébergement temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire Alzheimer

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit temporaire Alzheimer

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de nuit temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 22 – Accueil de nuit

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

PASA Alzheimer

Code discipline d'équipement: 961 – Pole d'activité et de soins adaptés

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: 0 place

PASA Personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 961 – Pole d'activité et de soins adaptés

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: 0 place

UHR

Code discipline d'équipement: 962 – Unité d'hébergement renforcé

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

PFR: _____

Une PFR ne peut être saisie que si un triplet AJ est déjà saisi.

PFR Alzheimer

Code discipline d'équipement: 963 – Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: 0 place

PFR Personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 963 – Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: 0 place

Pour les EHPA médicalisés percevant des crédits de l'assurance maladie

Entité juridique (EJ) (s'il existe déjà) :

L'entité juridique «raison sociale de l'EJ» est autorisée à exploiter un établissement «raison sociale de l'ET» répertorié dans le répertoire FINESS de la façon suivante :

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Statut juridique:

Numéro SIREN (9 caractères)

Entité établissement (ET) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Numéro SIRET (14 caractères)

Code catégorie établissement:

Code mode de fixation des tarifs (MFT):

Capacité autorisée habilitée à l'aide sociale :

Triplet attaché à cet ET:

Hébergement permanent personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent personnes Alzheimer

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes Alzheimer

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire personnes Alzheimer

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes Alzheimer

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 436 – Personnes Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée: XX places

Pour les EHPA non médicalisés ne percevant pas de crédits de l'assurance maladie

Entité Juridique (EJ) (s'il existe déjà):

L'entité juridique «raison sociale de l'EJ» est autorisée à exploiter un établissement «raison sociale de l'ET» répertorié dans le répertoire FINESS de la façon suivante:

Numéro d'identification (n° FINESS) (s'il existe déjà):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Statut juridique:

Numéro SIREN (9 caractères)

Entité établissement (ET):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Numéro SIRET (14 caractères)

Code catégorie établissement:

Code mode de fixation des tarifs (MFT):

Capacité autorisée habilitée à l'aide sociale:

Triplet attaché à cet ET:

Hébergement permanent personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes
Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes
Capacité autorisée: XX places

Hébergement permanent personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes
Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour
Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes
Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour
Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes
Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 924 – Accueil pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour
Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes
Capacité autorisée: XX places

Accueil temporaire personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes
Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes
Capacité autorisée: XX places

Hébergement temporaire âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 11 – Hébergement complet internat
Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes
Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes âgées autonomes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées
Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 701 – Personnes âgées autonomes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes handicapées vieillissantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 702 – Personnes handicapées vieillissantes

Capacité autorisée: XX places

Accueil de jour temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline d'équipement: 657 – Accueil temporaire pour personnes âgées

Code mode de fonctionnement: 21 – Accueil de jour

Code clientèle: 711 – Personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée: XX places

Pour les résidences autonomie (ex: logements foyers)

Pour les MARPA le code convention «RUR» est géré par la DREES sur base de la labellisation de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)

L'entité juridique «raison sociale de l'EJ» est autorisée à exploiter un établissement «raison sociale de l'ET» répertorié dans le répertoire FINESS de la façon suivante:

Entité Juridique (EJ) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Statut juridique:

Numéro SIREN (9 caractères)

Entité établissement (ET) (s'il existe déjà):

Numéro d'identification (n° FINESS):

Adresse complète (voie d'acheminement, complément d'adresse, code postale, commune):

Numéro SIRET (14 caractères)

Code catégorie établissement:

Code mode de fixation des tarifs (MFT):

Capacité autorisée: Après la bascule automatique de 2017, inscrire le nombre total de résidents pouvant être accueillis par type de logement.

Triplet attaché à cet ET:

Se référer à la liste des triplets de l'annexe 2 «Arrêté type d'autorisation des résidences autonomie» de la présente instruction.

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

Enfance et famille

MINISTÈRE DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES

Décision du 5 septembre 2016 du comité de gestion du Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE)

NOR : AFSA1630786S

Le comité de gestion du Fonds national de financement de la protection de l'enfance, sous la présidence de Mme Catherine LESTERPT, adjointe à la sous-directrice de la famille et de l'enfance de la direction générale de la cohésion sociale,

Vu les articles L. 112-3, L. 221-2-2, R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles;

Vu l'article 27 de la loi du n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance;

Vu le décret n° 2010-497 du 17 mai 2010 relatif au fonds national de financement de la protection de l'enfance modifié par le décret du 18 août 2015, et notamment son article 3;

Vu le décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille;

Vu le protocole du 31 mai 2013 signé entre l'État et le président de l'Assemblée des départements de France,

Décide:

Article 1^{er}

Le comité de gestion décide que les modalités de remboursement des dépenses engagées par les départements dans la phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille sont celles arrêtées dans le protocole susvisé à savoir un remboursement d'un montant forfaitaire de 250 € par jour et par jeune, dans la limite de cinq jours, sous réserve de la production par le président du conseil départemental de l'attestation de la durée de l'accueil provisoire d'urgence.

Ces conditions s'appliquent également aux cinq collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte) ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 2

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 5 septembre 2016.

*Le président du comité de gestion
du Fonds national de financement
de la protection de l'enfance,*
J.-P. VINQUANT

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA CULTURE
ET DE LA COMMUNICATION

Arrêté du 29 juillet 2016 portant nomination à la commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques

NOR : AFSS1630838A

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la culture et de la communication,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 382-1, L. 382-9, R. 382-3 à R. 382-5;
Vu l'arrêté du 13 janvier 2015 portant nomination à la commission des auteurs d'œuvres
graphiques et plastiques,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommé membre de la commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques instituée
par l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale pour la durée du mandat restant à courir:

Pour le collège des diffuseurs

M. Christophe Berteaux (Syndicat national du commerce de l'antiquité, de l'occasion et des
galeries d'art moderne et contemporain), membre titulaire, en remplacement de M. Pierre-Hélen
Grossi.

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé et la directrice
générale de la création artistique au ministère de la culture et de la communication sont chargés,
chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel*
des ministères concernés.

Fait le 29 juillet 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
*Le chef de service,
de la sécurité sociale,*
J. BOSREDON

*La ministre de la culture
et de la communication,*
Pour la ministre et par délégation :
*La directrice générale de la
création artistique,*
R. HATCHONDO

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Isère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes

NOR : AFSS1630776A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux de l'Ain, de l'Ardèche, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de la Loire, du Rhône et de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D.213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommée membre du conseil départemental de l'Isère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes, sur désignation de la CGPME : Mme CLAEYSSSEN (Yveline), en qualité de conseillère suppléante, représentant les employeurs.

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour les ministres et par délégation :
Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Aude auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon

NOR : AFSS1630777A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;
Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon;
Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommé membre du conseil départemental de l'Aude auprès du conseil d'administration de l'URSSAF du Languedoc-Roussillon sur désignation du MEDEF : M. MIGNONAT (Stéphane), en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de Mme MARTY (Dominique).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016

Pour les ministres et par délégation :
Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Creuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin

NOR : AFSS1630778A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute-Vienne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommée membre du conseil départemental de la Creuse auprès du conseil d'administration de l'URSSAF du Limousin, sur désignation de FO: Mme FILLORT (Véronique), en qualité de conseillère suppléante, en remplacement de Mme LANSSADE (Monique).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour les ministres et par délégation :
Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :

*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*

L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental du Finistère auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Bretagne

NOR : AFSS1630779A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux des Côtes-d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Bretagne,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil départemental du Finistère auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Bretagne sur désignation du MEDEF:

- M. BARAER (Yves) en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. GLEDEL (Frank).
- M. GLEMOT (Gérard) en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. MARC (Jean-René).
- M. FARO (Claude) en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. GLEMOT (Gérard).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres des conseils départementaux de la Gironde et de Lot-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Aquitaine

NOR : AFSS1630780A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;
Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D.213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale;
Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Dordogne, de la Gironde, de Lot-et-Garonne, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Aquitaine;
Vu l'arrêté du 13 février 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Dordogne, de la Gironde, de Lot-et-Garonne, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Aquitaine,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommé membre du conseil départemental de la Gironde auprès du conseil d'administration de l'URSSAF d'Aquitaine, sur désignation de la CGT: M. FILLLOL (Serge) en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de Mme UBEDA (Sylvie).

Sont nommés membres du conseil départemental de Lot-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'URSSAF d'Aquitaine, sur désignation de la CGPME, représentant les employeurs:

M. ALBINET (Stéphane) en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de Mme LARIVIERE (Lisa).

M. ROBIN (Emmanuel) en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. ALBINET (Stéphane).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale,
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information*
L. GALLET

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale,
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental d'Indre-et-Loire auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre

NOR : AFSS1630781A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D.213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux du Cher, d'Eure-et-Loir, de l'Indre, d'Indre-et-Loire, de Loir-et-Cher et du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil départemental d'Indre-et-Loire auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre, sur désignation de FO :

Mme VANACKER (Brigitte) en qualité de conseillère titulaire, en remplacement de Mme MARTIN (Brigitte).

M. EUDENBACH (Michel) en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de Mme PETTE (Corinne).

Mme PETTE (Corinne) en qualité de conseillère suppléante, en remplacement de M. MOUTHIEZ (Fabrice).

M. DUVNJAK (Thierry) en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de Mme VANACKER (Brigitte).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental des Alpes-Maritimes auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur

NOR : AFSS1630782A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D.213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux des Alpes de Haute-Provence, des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, des Hautes-Alpes, du Var et du Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommé membre du conseil départemental des Alpes-Maritimes auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur, sur désignation de la CGT : M. SICILIANO (Claude) en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de Mme PECKRE (Laurence).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L.GALLET

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne

NOR : AFSS1630783A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 21 février 2014 portant nomination de membres du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Est nommée membre du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Champagne-Ardenne sur désignation du MEDEF : Mme BELLEC (Laurence) en qualité de conseillère titulaire, en remplacement de M. TINGRY (Adrien).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*
L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Arrêté du 15 septembre 2016 portant nomination de membres du conseil départemental de la Mayenne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Pays de la Loire

NOR : AFSS1630784A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1, D. 213-7, D. 231-2 et D. 231-3;

Vu l'arrêté du 26 décembre 2011 portant nomination des membres des conseils départementaux de Maine-et-Loire, de la Loire-Atlantique, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Pays de la Loire;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D.213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Sont nommé(e)s membres du conseil départemental de la Mayenne auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Pays de la Loire, sur désignation de la CFTC:

M. POMMIER (Sébastien), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. LANDELLE (Richard).

M. CHEVALLIER (Pascal), en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. POMMIER (Sébastien).

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 septembre 2016.

Pour les ministres et par délégation :
Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :

*Le sous-directeur de la gestion
et des systèmes d'information,*

L. GALLET

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA CULTURE
ET DE LA COMMUNICATION

Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des photographes indépendants

NOR : AFSS1630839A

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la culture et de la communication,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 382-1, L. 382-9, R. 382-3, R. 382-4 et R. 382-5;

Vu ensemble les propositions des organisations professionnelles et syndicales des artistes-auteurs rattachés à la branche professionnelle des photographes indépendants ainsi que les avis recueillis auprès des organisations professionnelles des diffuseurs des œuvres de ces auteurs,

Arrêtent:

Article 1^{er}

Sont nommés, pour une durée de trois ans à compter de la signature du présent arrêté, membres de la commission des photographes instituée par l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale :

A. – ENTANT QUE REPRÉSENTANTS DES ARTISTES AUTEURS

Titulaires

M. Philippe BACHELIER (UPP).
M. Philippe MATSAS (UPP).
M. Frédéric BUXIN (UPP).
M. Henri COMTE (UPP).
M. Jean-Didier RISLER (UPP).
Mme Joëlle MESTAS (UPP).

Suppléants

M. Charlie ABAD (UPP).
M. Denis FELIX (UPP).
M. Patrick ROCHE (UPP).
M. Gilles GALOYER (UPP).
M. Jean Claude GRELIER (UPP).
M. Philippe SCHLIENGER (UPP).

B. – ENTANT QUE REPRÉSENTANTS DES DIFFUSEURS

Titulaires

Mme Alexandra BASSET (AACC).
M. Eric LARROUIL (FFAP / SAPHIR).
Mme Axelle CHAMBOST (SNE).

Suppléants

Mme Athénaïs RIGAULT (UDA).
M. Gilles TAQUET (SNAPIG).
Mme Françoise PAVIOT (CPGA).

C. – ENTANT QUE REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT

Le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé ou son représentant.

Le directeur général de la création artistique au ministère de la culture et de la communication ou son représentant.

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé et le directeur général de la création artistique au ministère de la culture et de la communication sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux *Bulletins officiels* des ministères concernés.

Fait le 11 octobre 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
*Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,*
J. BOSREDON

*La ministre de la culture
et de la communication,*
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de la création artistique,
R. HATCHONDO

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA CULTURE
ET DE LA COMMUNICATION

Arrêté du 11 octobre 2016 portant nomination à la commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes

NOR : AFSS1630840A

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la culture et de la communication,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 382-1, L. 382-9 et R. 382-1 à R. 382-5 ;
Vu ensemble les propositions des organisations professionnelles et syndicales des artistes auteurs
rattachés à la branche professionnelle des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes ainsi
que les avis recueillis auprès des organisations professionnelles des diffuseurs des œuvres de ces
auteurs,

Arrêtent

Article 1^{er}

Sont nommés membres de la commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes
instituée par l'article R382-4 du code de la sécurité sociale, pour une durée de trois ans :

1° Au titre des représentants des artistes auteurs

ORGANISME	TITULAIRES	SUPPLÉANTS
Chorégraphes associés	M. Daniel LARRIEU	Mme Élodie BERGERAULT
Union des compositeurs de musiques de films	M. Olivier DELEVINGNE	Mme Katy BORIE
Union nationale des auteurs et compositeurs	M. Dominique PANKRATOFF M. Patrick LEMAÎTRE	M. Marc ATTALI M. Michel PELAY
Syndicat national des auteurs et compositeurs	M. Claude LEMESLE M. Pierre-André ATHANÉ	M. Emmanuel DE RENGÉRVÉ M. Joshua DARCHE

2° Au titre des représentants des diffuseurs

ORGANISME	TITULAIRES	SUPPLÉANTS
Chambre syndicale de l'édition musicale	M. François MILLET	Mme Angélique DASCIER
Fédération nationale des cinémas français	M. Erwan ESCOUBET	Mme Agathe DE FOUCHET

3° Au titre des représentants de l'État

Le directeur général de la création artistique au ministère de la culture et de la communication
ou son représentant.

Le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé ou son
représentant.

Article 2

Le directeur général de la création artistique et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux bulletins officiels de leur ministère respectif.

Fait le 11 octobre 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
*Le chef de service,
de la sécurité sociale,*
J. BOSREDON

*La ministre de la culture
et de la communication,*
Pour la ministre et par délégation :
*La directrice générale de la
création artistique,*
R. HATCHONDO

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV
Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité

NOR : AFSX1630790K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE de délivrance de l'agrément provisoire
BOUGEARD	Christian	12/01/1962	Bretagne	19/08/2016
SAVATTE	Manuella	20/08/1976	Bretagne	19/08/2016
PEYROU	Laurence	12/03/1965	Aquitaine	23/08/2016
BERTHOMIEU-GAUDIN	Nicole	9/03/1970	Aquitaine	23/08/2016

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV
Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité

NOR : AFSX1630842K

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CARSAT/CGSS	DATE DE DÉLIVRANCE de l'agrément provisoire
ABRANEL	Florence	23/06/1981	CNAV	11/10/2016
BOURRIQUEN-FOREST	Bérénice	28/12/1968	Pays de la Loire	11/10/2016

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV

Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale

NOR : AFSX1630806K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
JIFFARD	Jessica	20/01/1984	CNAV	08/03/2016	06/10/2016
DA SILVA	Idalina	09/06/1982	CNAV	08/03/2016	06/10/2016
CLAUDE	Béatrice	06/12/1980	CNAV	08/03/2016	06/10/2016

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV
Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale

NOR : AFSX1630841K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE de délivrance de l'autorisation provisoire
DELIAS	Corinne	30/11/1963	CARSAT Aquitaine	29/09/2016

PROTECTION SOCIALE

ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

Instruction n° DSS/DGOS/CNAMTS/2016/245 du 22 juillet 2016 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP

NOR : AFSS1621629J

Validée par le CNP le 22 juillet 2016. – Visa CNP 2016-116.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : l'instruction porte sur la régulation des dépenses de médicaments et produits et prestations remboursables résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville en 2016.

Mots clés : gestion du risque – médicaments – prescription – génériques – établissement de santé – LPP – RPPS – CAQOS.

Références :

Article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Articles R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 14 décembre 2012 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 20 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 18 décembre 2015 fixant pour 2016 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article ;

Arrêté du 18 décembre 2015 fixant la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale.

Annexes :

- Annexe 1. – Contrat type PHEV.
- Annexe 1 bis. – Avenant au contrat type.
- Annexe 2. – Cibles régionales.
- Annexe 3. – Guide méthodologique.
- Annexe 4. – Calendrier de transmission des données PHEV pour l'année 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre des finances et des comptes publics et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la coordination et de la gestion du risque (pour mise en œuvre).

PRÉAMBULE

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a défini les grandes orientations nationales qui constitueront le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins qui sera défini et arrêté par le Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins. Ce dernier présentera les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins correspondant aux objectifs de maîtrise des dépenses de PHEV fixés pour 2016 dans le cadre du plan triennal ONDAM.

Ce plan national sera décliné dans chaque région dans le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

Cette instruction a donc pour objectif d'informer les Agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie sur les actions nationales de gestion du risque PHEV, aussi bien sur les médicaments que sur la LPP, ainsi que sur leur déclinaison en région pour l'ensemble des réseaux et des établissements

La bonne réalisation des actions régionales tient à la forte implication des réseaux, et sera également facilitée par la mise à disposition par le niveau national d'outils d'analyse et d'accompagnement. Le travail technique en amont des dialogues CPOM Etat/ARS a par ailleurs permis de recenser les besoins des régions pour optimiser les actions de GDR PHEV, dont la faisabilité est en cours d'analyse.

Les résultats PHEV 2015 :

En 2015, le taux cible national de l'évolution des dépenses de PHEV avait été fixé par arrêté à 3,2%. Les résultats montrent un taux d'évolution à hauteur de 5,5 % pour l'année 2015, justifiant la priorité de ce chantier pour l'année 2016.

Les objectifs PHEV pour 2016 :

L'arrêté du 18 décembre 2015 a fixé à 4 % le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV au niveau national, pour l'année 2016 et à 44 % le taux prévisionnel minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques.

Afin d'atteindre ces taux ambitieux, des éléments concrets doivent être transmis aux ARS pour décliner en région conjointement avec les organismes locaux d'assurance maladie les actions nationales visant à maîtriser la hausse des dépenses de PHEV.

Les mesures d'économies pour 2016 visent prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, notamment par la maîtrise de la progression des dépenses et volumes des produits de santé. Les enjeux de l'action gestion du risque en matière de « médicaments » portent sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion de la prescription de médicaments génériques et l'optimisation du rapport efficacité-prix.

Ces actions de maîtrise médicalisée portent sur :

- l'incitation au recours aux médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- l'incitation à la prescription de médicaments bio similaires (médicaments de spécialité) dans les classes où c'est possible : Les médicaments génériques et les bio similaires représentent en effet des alternatives thérapeutiques équivalentes aux médicaments de spécialité et moins coûteuses ;
- le développement d'objectifs qualitatifs ciblés sur la prescription en dénomination commune internationale et le recours aux logiciels d'aide à la prescription ;

- la généralisation de l'identification du prescripteur par le numéro RPPS ;
- la LPP (modèles d'ordonnance, compléments nutritionnels oraux, pansements, orthèses d'avancée mandibulaire).

I. – LES ACTIONS PRIORITAIRES POUR 2016

a. Les actions nationales

Le guide méthodologique de mise en œuvre des actions d'accompagnement, joint en annexe 3 reprend en détail les actions thématiques pour 2016 :

Thèmes médicaments 2016 :

- EPO (lancée en mai) ;
- génériques (prévue pour septembre) ;
- biothérapies en rhumatologie et gastroentérologie (prévue pour septembre/octobre) ;
- médicaments onéreux (Xolair[®]) (prévue pour décembre) ;
- anticoagulants oraux directs (AOD) (prévue en fin d'année) ;
- d'autres actions centrées sur les traitements du cancer sont à l'étude.

Thèmes LPP 2016 :

- pansements (lancée en juin 2016) ;
- orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) versus pression positive continue (PPC) (prévue pour octobre) ;
- nutrition orale (prévue pour octobre/novembre) ;
- modèles d'ordonnance (prévue pour octobre/novembre).

b. La déclinaison en région

La déclinaison des taux

Pour 2016, le taux cible national d'évolution des dépenses de PHEV a été décliné en taux cibles régionaux¹. Les actions mises en place par les régions visent à atteindre l'objectif qui leur est fixé et dont le périmètre a été adapté pour prendre en compte le périmètre des nouvelles régions.

Le taux cible national de prescription des médicaments dans le répertoire des groupes génériques n'est pas décliné en taux régionaux. Il revient à chaque région de tendre vers le taux cible national.

Pour 2016, dans le cadre des dialogues de gestion avec les établissements et en vue de la contractualisation CAQOS, le taux d'évolution des dépenses de PHEV et le taux cible de prescription des médicaments dans le répertoire des groupes génériques seront fixés en fonction de la situation de l'établissement et dans le respect de l'objectif régional.

Le déploiement régional des actions nationales

Sur chacun des thèmes, les régions doivent promouvoir les actions nationales, *via* des actions de communication mais également d'analyse. Le guide méthodologique reprend en détail l'ensemble des thèmes faisant l'objet d'actions prioritaires pour 2016 et qui ont été identifiées comme source d'optimisation au niveau national.

Il revient aux ARS conjointement avec les organismes locaux d'assurance maladie ou DCGDR de réaliser des analyses régionales pour confirmer ou non ces résultats en région, puis au niveau des établissements.

Un travail sur les disparités des établissements au sein des régions sur ces thématiques permet un premier ciblage des établissements auprès desquels un suivi spécifique pourra être mis en place.

La complémentarité avec les autres blocs

Ces actions doivent veiller à s'inscrire en bonne complémentarité et synergie avec les recommandations du programme PHARE – projet Armen - conduit par la DGOS en vue de l'optimisation des pratiques d'achats notamment au profit des médicaments génériques et produits bio similaires.

¹ Transmis le 1^{er} avril 2016 aux réseaux et disponible sur le sharepoint PEPSS : <https://partage.ars.sante.fr/PEPSS>.

Pour ce faire, il est recommandé, au sein de chaque région, que les référents du bloc « produits de santé » se réunissent régulièrement avec le référent PHARE de la région, afin de partager les objectifs, les difficultés et les avancées constatées.

c. La déclinaison en établissements

Le support de contractualisation

Pour l'année 2016, les éléments de contractualisation du CAQOS restent inchangés. Le contrat type est présenté en annexe 1 et l'avenant au contrat type en annexe 1 *bis* de la présente instruction. Les DGARS et DCGDR sont encouragés à contractualiser davantage².

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 réforme en profondeur les procédures de contractualisation entre les agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie et les établissements de santé en substituant aux contrats antérieurs un contrat simplifié d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (contrat simplifié). Ce contrat est porteur d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de la variabilité des pratiques et de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Jusqu'à la publication du décret encadrant le contrat simplifié, les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements de santé poursuivent la contractualisation *via* le vecteur actuel du CAQOS. Les CAQOS signés en 2016 resteront en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017.

Les caractéristiques et thèmes de la contractualisation *via* les CAQOS sont les suivants

La stabilité des objectifs :

- un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits de santé prescrits en établissements mais exécutés sur l'enveloppe soins de ville (4 % en 2016) ;
- un objectif de progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques (44 % en 2016) ;
- un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières.

La stabilité du périmètre fixant le taux d'évolution des dépenses :

- Exclusion des dépenses liées à la rétrocession ;
- Exclusion des dépenses de ville liées au traitement de l'Hépatite C.
- Prise en compte de l'honoraire de dispensation par boîte.

L'incitation à la prescription de médicaments bio similaires, de génériques.

Le renforcement du développement d'objectifs qualitatifs (prescription en DCI, le recours aux logiciels d'aide à la prescription, utilisation d'ordonnances avec la mention substituable).

La généralisation de l'identification du prescripteur par le numéro RPPS.

Les thèmes de la contractualisation CAQOS PHEV pour 2016 sont détaillés dans le guide méthodologique en annexe 3 et les parties signataires du contrat peuvent choisir et prioriser les différents thèmes en fonction des spécificités de l'établissement concerné par le CAQOS.

Au sein de la même annexe, et afin de faciliter le choix de ces thèmes, des indicateurs sont proposés sur certaines classes (génériques, bio similaires, AOD).

II. – LES DONNÉES EN 2016

Un calendrier de transmission des données est proposé en annexe 4 de la présente instruction.

1. Les profils

Sur l'année 2016, la périodicité de transmission des profils PHMEV – LPP est modifiée. Ils seront transmis semestriellement. Le contenu des profils ne sera pas modifié et portera comme en 2015 sur :

- des données relatives aux prescriptions par classe thérapeutique ;
- des données concernant les AOD (anticoagulants oraux directs) ;
- des données concernant le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;

² En 2015, seuls 6 contrats ont été signés.

- les données relatives aux prescriptions des praticiens libéraux dans le ressort du département de l'établissement visé. Pour les CLCC et les CHU, le périmètre sera élargi à la région. Ce dernier indicateur permettra, notamment, de suivre le mouvement des dépenses.

Ces profils seront partagés par l'assurance maladie avec les ARS.

Afin de garantir la qualité des données transmises aux régions, des évolutions techniques sont en cours. Les adaptations nécessaires peuvent engendrer une modification du périmètre ou des modalités de calcul. Afin de permettre une comparaison des données d'une année sur l'autre, une nouvelle version des données antérieures sera mise à disposition selon les nouvelles modalités.

2. Les données PHEV au niveau régional

Les données ne seront pas modifiées au cours de l'année 2016.

Elles seront transmises 3 fois par an au réseau AM et au réseau ARS. La direction de la sécurité sociale met à disposition des ARS les éléments transmis au réseau AM³.

3. Les informations nationales

Pour l'animation des réseaux ARS/Omedit/assurance maladie dans le cadre des instances du plan triennal, un séminaire du bloc produits de santé est désormais organisé deux fois par an.

Le séminaire permet la transmission d'informations nationales aux régions, et la tenue d'ateliers inter-régionaux sur différents thèmes choisis.

Issus de travaux entre la CNAMTS et le GIE-SIPS et afin de répondre à une demande des deux réseaux, deux tables de médicaments ont été mises à disposition, en mars 2016, permettant d'améliorer la production des données. Il s'agit de :

- la liste codes UCD + classe ATC la plus fine associée (origine de la demande : ARS) ;
- la liste des codes UCD + tous niveaux de classes ATC disponibles (origine de la demande : réseau + CNAMTS).

Ces données sont issues de la base Thesorimed®⁴.

Pour les ministres et par délégation :

*Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,*
F. GODINEAU

*La chef de service,
adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,*
K. JULIENNE

*La secrétaire générale adjointe des
ministères chargés des affaires sociales,*
A. LAURENT

*Le directeur général de l'union nationale
des caisses d'assurance maladie,*
N. REVEL

³ Sur le sharepoint PEPSS

⁴ Thesorimed® est une base de données sur tous les médicaments commercialisés en France permettant de savoir si une spécialité est remboursable, d'en connaître les génériques ou encore de s'assurer qu'un médicament n'est pas classé parmi les médicaments d'exception.

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS RELATIF
À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES
PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE.

Entre les soussignés:

L'Agence régionale de santé (ARS):

.....
(nom de l'organisme),

.....
(adresse)

représentée par

La Caisse d'assurance maladie mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

.....
(nom de l'organisme),

.....
(adresse)

représentée par

Et

L'établissement de santé:

.....
(nom de l'établissement de santé)

.....
(adresse)

représenté par

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique,

Vu l'article L. 162-30-2 (modifié par la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014);

Vu les articles R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale;

Vu le décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé;

Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 18 décembre 2015 fixant pour 2016 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article;

Vu l'arrêté du 18 décembre 2015 fixant la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale,

Il a été convenu ce qui suit:

Article 1^{er}

Objet du contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagements relatifs à la régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans l'établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Les objectifs fixés par le présent contrat concernent notamment:

- la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (hors rétrocession et hors hépatite C) et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste;
- la progression du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques;
- et dans tous les cas: la qualité et l'amélioration des pratiques hospitalières.

Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

Le périmètre de fixation du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations exclut:

- la rétrocession;
- les dépenses liées aux médicaments de l'Hépatite C;

- l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

Tous les médecins sont tenus, dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Dans cette optique, les objectifs relatifs au taux d'évolution des dépenses susmentionnées et/ou au taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques qui sont portés au contrat donnent lieu à la fixation dans l'établissement, respectivement, d'un taux cible d'évolution de ces mêmes dépenses ou d'un taux cible de prescription dans le répertoire.

Ces objectifs sont fixés pour chacune des trois années du contrat par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ces dépenses de prescriptions hospitalières remboursées en ville et/ou du niveau initial du taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Article 2

Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3

Engagements de l'établissement

L'établissement contractant s'engage à :

- relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de médicament et LPP, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin de respecter le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations et/ou le taux prévisionnel de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés au présent contrat ;
- prescrire en dénomination commune internationale ;
- faire progresser le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques permettant de rapprocher le taux de prescription de son établissement du taux prévisionnel de prescription fixé chaque année par arrêté des ministres ;
- promouvoir la prescription des médicaments bio similaires dès lors que c'est possible, en fonction de la situation de l'établissement ;
- faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé sur le formulaire de prescription ;
- utiliser un n° FINESS actualisé sur le formulaire de prescription pour un suivi de meilleure qualité ;
- prendre toute mesure d'organisation interne visant à améliorer et à rendre plus efficaces les pratiques de prescription des médicaments et LPP.

Une fiche synthétique permettant de définir les objectifs de progrès est jointe en annexe au présent contrat (annexe 1). Cette annexe est complétée par les signataires en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Les prescriptions de médicaments et LPP y compris celles réalisées dans le répertoire des groupes génériques, prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat, sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

L'évaluation de l'atteinte des engagements de l'établissement est prise en compte dans la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement de l'établissement selon les cas.

Article 4

Engagements de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires au suivi du taux d'évolution des dépenses

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à fournir régulièrement à l'établissement de santé les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat, au minimum 2 fois par an.

Chaque année, avant le 1^{er} avril, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de médicaments et de produits inscrits sur la LPP de l'établissement ayant occasionné des remboursements en ville l'année précédente et le transmet à l'établissement.

4.2. Suivi et accompagnement de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat;
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation;
- mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles et diffuser des référentiels de bonnes pratiques;
- favoriser la mise en œuvre d'outils d'aide à la prescription et à la dispensation (LAP, LAD...);
- communiquer à l'établissement de santé ses données et son profil d'activité en matière de prescription de médicament et produits inscrits à la LPP ainsi qu'en matière de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques;
- proposer une grille d'indicateurs de suivi à l'établissement (*cf.* annexe 2);
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

L'organisme local d'assurance maladie s'engage à transmettre à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescriptions de médicaments et de produits et prestations ainsi qu'en matière de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques.

Article 5

Modalités de fixation des objectifs et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1. Fixation des objectifs des dépenses

La détermination des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP et de progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de médicament et LPP prescrites au cours de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé;
- du bilan du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques au 31/12 de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Conformément à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale, le contrat a pour objectifs :

- de faire converger le taux d'évolution de dépenses de médicaments et LPP de l'établissement du taux national annuel;
- de faire converger le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques de l'établissement avec le taux de prescription national.

Les taux nationaux sont fixés par arrêté des ministres.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses ou volume de prescriptions constatés l'année civile précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses ou au volume de prescription constituant les objectifs à atteindre de l'année civile précédente.

5.2. Évaluation

À chaque date anniversaire de signature du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés.

- Pour le niveau des dépenses de médicament et LPP, l'évaluation est réalisée à partir du montant des dépenses constaté l'année civile précédente (N-1) et de son évolution entre les deux dernières années civiles (N-1/N-2).
- Pour le volume des prescriptions, l'évaluation est réalisée à partir du taux de prescription au 31/12 de l'année civile précédente.

Lorsque l'évaluation détermine que l'établissement n'a pas respecté le ou les objectifs fixés par le présent contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt. L'établissement dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception pour demander à être entendu ou pour présenter ses observations écrites. À l'issue de cette période contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut sanctionner l'établissement, par le biais de pénalités à verser à l'organisme local d'assurance maladie. Compte tenu des explications de l'établissement, ce dernier peut également décider de ne pas sanctionner l'établissement et en informe celui-ci sans délai.

Article 6

Modalités de mise en œuvre du mécanisme de pénalités ou d'intéressement (cf. annexe 3)

En fonction du niveau d'atteinte des objectifs fixés par le présent contrat, l'établissement peut être enjoint, par l'ARS, de reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de médicament et LPP qui lui sont imputables sous forme de pénalités ou bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie d'une partie des économies qu'il aura générées.

Afin d'apprécier l'atteinte des objectifs, les données correspondantes à la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute modification significative dans l'activité de l'établissement de santé devront être prises en compte lors de l'évaluation. Pour les années suivantes, cette modification d'activité devra être signalée par la signature d'un avenant au contrat.

6.1. Détermination des reversements destinés à l'assurance maladie

Dans le cas d'une contractualisation sur les deux critères

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant du dépassement en fonction des écarts constatés par rapport aux objectifs, dans la limite de 70 % du dépassement constaté lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année considérée est supérieur à l'objectif de taux d'évolution fixé au contrat pour cette même année ;
- ET le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année considérée est inférieur à l'objectif de taux de prescription fixé au contrat pour cette même année.

Cette fraction (dont les modalités de calcul sont précisées en annexe 3) est déterminée en tenant compte de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurants au présent contrat.

L'agence régionale de santé peut ensuite moduler le montant du reversement en fonction de l'atteinte des objectifs qualitatifs.

Dans le cas d'une contractualisation sur un seul critère

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant du dépassement en fonction des écarts constatés par rapport à l'objectif, dans la limite de 70% du dépassement constaté lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année considérée est supérieur à l'objectif de taux d'évolution fixé au contrat pour cette même année ;

- OU le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année considérée est inférieur à l'objectif de taux de prescription fixé au contrat pour cette même année.

Cette fraction (dont les modalités de calcul sont précisées en annexe 3) est déterminée en tenant compte de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurants au présent contrat.

L'agence régionale de santé peut ensuite moduler le montant du reversement en fonction de l'atteinte des objectifs qualitatifs.

6.2. Détermination du montant de l'intéressement versé à l'établissement

Dans le cas d'une contractualisation sur les deux critères

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière portant sur le montant des économies réalisées et dans la limite de 30 % de ce montant lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année considérée est inférieur au taux cible fixé au contrat pour cette même année ;
- ET le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année considérée est supérieur au taux de prescription cible fixé au contrat pour cette même année.

L'agence régionale de santé peut ensuite moduler le montant de l'intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs qualitatifs.

Dans le cas d'une contractualisation sur un seul critère

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière portant sur le montant des économies réalisées et dans la limite de 30 % de ce montant lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année considérée est inférieur au taux cible fixé au contrat pour cette même année ;
- OU le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année considérée est supérieur au taux de prescription cible fixé au contrat pour cette même année.

L'agence régionale de santé peut ensuite moduler le montant de l'intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs qualitatifs.

Article 7

Modalités de révision

Le contrat fait l'objet d'ajustements, par voie d'avenant annuel, en fonction des résultats des évaluations annuelles, des taux mentionnés à l'article R.162-43 du code de la sécurité sociale ou en cas de modification substantielle du périmètre d'activité de l'établissement.

Chacune des parties peut demander, en accord avec les autres signataires, une révision du présent accord par voie d'avenant.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 8

Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment et notamment en cas de :

- non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des parties ;
- modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de 2 mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures sont prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme et que les clauses du contrat soient exécutées.

Article 9

Voies de recours

En cas de contestation des versements, les parties peuvent saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation sur le montant du reversement ou de ses modalités de recouvrement ou sur le montant de l'intéressement, l'établissement peut saisir dans les mêmes délais et forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à , le.....

Pour l'Agence Régionale de Santé

Pour l'Organisme Local d'Assurance Maladie Concerné

Pour l'Etablissement de Santé

ANNEXE 1

FICHE SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

(Nom + N° Finess juridique validé utilisé sur les prescriptions)

Date de signature du contrat: Date d'entrée en vigueur:

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur l'année civile antérieure à l'année de signature (année 1). Soit:

Montant des dépenses de référence: €

Taux d'évolution de référence observé:%

Taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques observé:%

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement:

1. Année 1: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

2. Année 2: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

3. Année 3: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

Taux de prescriptions de médicaments dans le répertoire des groupes génériques fixé à l'établissement:

1. Année 1: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

2. Année 2: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

3. Année 3: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

3 objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières choisis à hiérarchiser en fonction des priorités:

1:

2:

3:.....

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans la grille de suivi des indicateurs à l'annexe 2.

ANNEXE 2

NOM ET FINISS DE L'ÉTABLISSEMENT

GRILLE D'ANALYSE ET DE SUIVI DES OBJECTIFS			
OBJECTIFS	INDICATEURS PROPOSÉS	ÉCHÉANCES PROPOSÉES	ÉTAT D'AVANCEMENT
Prescription dans le répertoire des groupes génériques	Taux de médicaments prescrits dans le répertoire Utilisation de la mention « médicament substituable sauf mention contraire » sur l'ordonnance Information régulière des prescripteurs de la possibilité de prescrire des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques pour la prescription de sortie ou la consultation externe ; le prescripteur n'est pas limité dans ce cas aux molécules présentes au sein de l'établissement Diffusion par la CPAM de message d'incitation pour la prescription dans le répertoire des groupes génériques Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques d'achats de produits de santé (projet ARMEN) visant au développement des génériques	Indiquer l'année et le trimestre de mise en œuvre	Planifié En cours Reporté (préciser pourquoi) Terminé Supprimé (préciser pourquoi)
Prescription de biosimilaires	Taux de prescription de biosimilaires au sein des classes concernées (EPO, G CSF) Informations des prescripteurs afin de remplacer les médicaments onéreux par des médicaments biosimilaires et dont l'efficacité est la même Recommandation de pratiques relayée par la COMEDIMS		
Analyse des dépenses de PHEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV prescrits par l'établissement sur la période de référence Montant des dépenses prescrites et évolution Montant des dépenses par classes thérapeutiques prescrits par l'établissement et comparé aux établissements de même catégorie et évolution Définition d'un plan d'actions au sein de l'établissement Organisation de rencontres entre l'établissement, l'assurance maladie et l'ARS Constitution d'un groupe de travail dédié au sein de la Commission du Médicament de l'établissement Utilisation des LAP, LAD, pour les prescriptions de sortie et prescriptions en consultation externe		
Mise en place du RPPS	Utilisation d'un n°FINISS validé et mis à jour sur le formulaire de prescription Mise en œuvre effective de la double identification des prescriptions hospitalières sur l'ordonnance Suivi de la qualité de saisie du numéro RPPS		
Sensibilisation des prescripteurs	Diffusion des guides de bonne pratique et /ou recommandations auprès des prescripteurs/services/pôles concernés en fonction des classes thérapeutiques ou molécules ciblées dans l'analyse détaillée réunions d'information des prescripteurs conduites à l'initiative de la CME diffusion d'un tableau de suivi des dépenses de médicaments prescrits en médecine de ville et par classe thérapeutique diffusion d'un tableau de suivi du taux de prescription dans le répertoire par classe thérapeutique		

ANNEXE 3

NOTE MÉTHODOLOGIQUE D'AIDE À LA DÉCISION

MODALITÉS DE CALCUL

1. Étape 1: Evaluation des résultats des objectifs quantitatifs fixés à l'établissement

L'évaluation de l'atteinte des objectifs par l'établissement s'effectue chaque année à la date anniversaire de la signature du contrat. L'évaluation porte alors sur l'année civile précédente (N-1).

Taux d'évolution des dépenses de médicaments

Le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année civile N-1 rapporté au montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année civile N-2.

Pour mémoire, les médicaments en rétrocession (y compris ATU, post-ATU) et les médicaments de l'hépatite C (y compris ceux de la liste « ville ») ne sont pas inclus dans le champ des dépenses. Pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte associé à chaque médicament délivré est inclus dans le champ des dépenses.

Les objectifs d'évolution des dépenses fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

Le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques est calculé à partir du nombre de boîtes de médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits en PHEV au 31/12 de l'année N - 1 rapporté au nombre total de boîtes de médicaments remboursés prescrits en PHEV au 31/12 de l'année N - 1.

Les objectifs de taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les taux cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

Les taux fixés pour les années 2 et 3 du contrat sont révisés chaque année par voie d'avenant.

2. Étape 2: Détermination d'un dépassement ou d'économies supplémentaires réalisées pour chaque objectif quantitatif

Afin de vérifier si les objectifs quantitatifs cibles fixés au contrat sont respectés on compare les cibles et les résultats, puis on calcule le dépassement/les économies supplémentaires associées.

a) Dépenses de médicament et LPP

1. Cas 1: le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année évaluée est *supérieur* au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé au contrat pour cette même année

L'établissement n'a pas atteint son objectif. Le dépassement réalisé (montant en €) est calculé comme suit:

$R1 = \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année évaluée} - \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année évaluée}$
--

2. Cas 2: le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année évaluée est *inférieur* au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé au contrat pour cette même année

L'établissement a rempli son objectif. Les économies supplémentaires réalisées (montant en €) sont calculées comme suit :

$I1 = \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année évaluée} - \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année évaluée}$

b) Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

1. Cas 1: le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année évaluée est *inférieur* au taux de prescription fixé au contrat pour cette même année

L'établissement n'a pas atteint son objectif. Le dépassement réalisé (montant en €) est calculé comme suit :

$R2 = VD \text{ (nbre de boites excédentaire)} \times DP \text{ (valeur de la boite excédentaire)}$

Avec

VD = nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaire par rapport à l'objectif fixé.

$VD = \text{volume total de médicaments prescrits par l'établissement} \times (\% \text{ de prescription cible} - \% \text{ de prescription réalisé})$

ET

DP = écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques. Cette valeur est fixée chaque année par arrêté. Pour 2015 = 4,35 €.

2. Cas 2: le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année évaluée est *supérieur* au taux de prescription fixé au contrat pour cette même année

L'établissement a rempli son objectif. Les économies supplémentaires réalisées (montant en €) sont calculées comme suit :

$I2 = VS \text{ (nbre de boites supplémentaires)} \times DP \text{ (valeur de la boite excédentaire)}$

Avec

VS = nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaire par rapport à l'objectif fixé.

$VS = \text{volume total de médicaments prescrits par l'établissement} \times (\% \text{ de prescription réalisé} - \% \text{ de prescription cible})$

ET

DP = écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques. Cette valeur est fixée chaque année par arrêté. Pour 2015 = 4,35 €.

3. Étape 3: Mécanisme de reversement/intéressement

En fonction des résultats constatés et selon que le contrat porte sur un ou deux objectifs quantitatifs, le DGARS pourra assortir le dépassement ou les économies supplémentaires réalisées d'une demande de reversement par l'établissement à la caisse, ou d'une demande d'intéressement par la caisse à l'établissement.

Le dispositif retenu est le suivant:

- Pour un contrat qui porte sur deux objectifs quantitatifs ;
 - Seul le dépassement constaté sur les deux objectifs quantitatifs déclenche le mécanisme de reversement ;
 - Seule la réalisation d'économies supplémentaires sur les deux objectifs quantitatifs déclenche le mécanisme d'intéressement ;
 - Si l'établissement n'atteint qu'un seul de ses deux objectifs: pas d'impact financier.
- Pour un contrat qui porte sur un seul objectif quantitatif, les dépassement/économies supplémentaires réalisées déclenchent le mécanisme de reversement/intéressement.

a) Le CAQOS porte sur deux objectifs quantitatifs

1. Cas n° 1: l'établissement n'a atteint aucun de ses deux objectifs quantitatifs

Si l'établissement n'a pas atteint ses 2 objectifs quantitatifs, le montant du reversement R est calculé, dans la limite de 70% de l'ensemble des dépassements réalisés par l'établissement, et dans la limite de 10% des dépenses de médicaments de l'établissement.

Ainsi:

$$R = 0.70 \times (R1 + R2)$$

Le DGARS peut enjoindre l'établissement de verser le montant R à la caisse.

Il peut également moduler le montant du reversement R en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

Pour la première année du contrat, il est recommandé de ne pas appliquer de reversement.

2. Cas n° 2: l'établissement a atteint un seul de ses deux objectifs quantitatifs

Comme définit au point 2 – détermination du montant de reversement ou d'intéressement, seul(es) les dépassement/économies supplémentaires observé(es) sur les deux objectifs quantitatifs déclenchent le mécanisme de reversement/intéressement.

Si l'établissement a réalisé un dépassement pour un objectif et des économies supplémentaires pour l'autre objectif: il n'y a aucun impact financier.

3. Cas n° 3: l'établissement a rempli ses deux objectifs quantitatifs

Si l'établissement a atteint ses deux objectifs quantitatifs, le montant de l'intéressement I est calculé, dans la limite de 30 % de l'ensemble des économies supplémentaires réalisées par l'établissement.

Ainsi:

$$I = 0.30 \times (I1 + I2)$$

Le DGARS peut enjoindre la Caisse de verser le montant I à l'établissement.

Il peut également moduler le montant du reversement I en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

b) Le CAQOS porte sur un seul objectif quantitatif

1. Cas n° 1: l'établissement n'a pas atteint son objectif

Le dépassement constaté sur l'objectif quantitatif entraîne le déclenchement du mécanisme de reversement, dans la limite de 70 % du dépassement constaté et dans la limite de 10 % des dépenses de médicaments de l'établissement.

Le DGARS peut enjoindre l'établissement de verser le montant R à la Caisse.

Il peut également moduler le montant du reversement R en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

Pour la première année du contrat, il est recommandé de ne pas appliquer de reversement.

2. Cas n° 2: l'établissement a atteint son objectif

Les économies supplémentaires constatées sur l'objectif quantitatif entraînent le déclenchement du mécanisme d'intéressement, dans la limite de 30 % des économies supplémentaires réalisées par l'établissement.

Le DGARS peut enjoindre la Caisse de verser le montant I à l'établissement.

Il peut également moduler le montant du reversement I en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

PROTOCOLE D'ANALYSE DES DÉPENSES D'UN ÉTABLISSEMENT SIGNATAIRE D'UN CAQOS PHEV

Ce document présente les modalités d'analyse des dépenses engagées par les prescripteurs de l'établissement et générant des dépenses pour l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, dans le cadre de la démarche de contractualisation.

Le document servant de base à l'analyse des dépenses est le profil de l'établissement réalisé à partir des données de la CNAMTS. L'établissement a la possibilité de faire état de données complémentaires pour expliquer certaines évolutions.

Les parties signataires au contrat peuvent se référer aux éléments suivants pour établir l'analyse des dépenses relatives aux PHEV :

Pour l'analyse de la politique de prescription de l'établissement :

- Existence d'un logiciel d'aide à la prescription paramétré pour les prescriptions externes
- Modalités de réalisation de la prescription :
 - En DCI ;
 - Génériques ou pas ;
 - Substituables ou pas ;
 - Mention du RPPS ;
 - Suivi des prescriptions mis en œuvre : intégré dans le système d'informations, audits de pratique, information du prescripteur élaborant la prescription de sortie sur les médicaments délivrés au patient au cours de l'hospitalisation... ;
- Formation des prescripteurs y compris des internes ;
- Politique d'achat des médicaments mise en place : changement de molécules pour une même utilisation en cours d'année, choix des molécules adapté à la prescription externe.

Pour l'analyse des dépenses de médicaments :

Rappel : les dépenses liées à la rétrocession et à l'hépatite C ne font pas partie des objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation CAQOS ; en revanche pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte est inclus dans le champ des dépenses analysées.

L'objectif est d'analyser si l'évolution des dépenses de pharmacie délivrées en ville est explicable par l'évolution de l'activité de l'établissement pour les spécialités concernées, et si l'établissement dispose d'une marge de manœuvre pour les faire diminuer.

Examiner les classes de produits, les montants et les taux d'évolution, affiner l'analyse par molécule (DCI) ou par produits,

Rapprocher les résultats de l'établissement avec l'impact de la politique du médicament :

- Baisses de prix de certains produits ;
- Evolution du répertoire des groupes génériques et commercialisation de biosimilaires (entrées et sorties de N et $N-1$) ;
- Evolution de la liste des produits à prescription hospitalière restreinte ou initiale (entrées et sorties de N et $N-1$) ;
- Evolution de la liste des médicaments délivrables en officine, ou en double circuit.

Analyser le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques.

Identifier l'existence de référentiels de prescription.

Comparer l'évolution de l'activité de l'établissement dans les spécialités ou disciplines pouvant correspondre aux classes ou molécules analysées.

Afin d'alimenter cette analyse, l'ARS conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie pourra fournir les données suivantes :

- Le profil de l'établissement établi par la CNAMTS ;
- La liste des codes CIP des produits composant chacune des classes ;
- Des indicateurs de comparaison entre établissements pour les prescriptions de certains produits ;
- L'état de la démographie médicale libérale dans la zone de recrutement de l'établissement.

De son côté, l'établissement pourra apporter toutes les informations qu'il jugera utiles telles que :

- Les données d'activité par discipline ou spécialités ;
- Les informations relatives aux recrutements récents de praticiens hospitaliers pouvant expliquer certaines évolutions ;

- Les informations données aux internes et aux externes quant aux bonnes pratiques de prescription;
- L'évolution du recrutement des patients;
- Les résultats d'audits internes qui ont pu être effectués sur des prescriptions et permettant de garantir le respect des recommandations de pratique au sein de l'établissement.

Pour l'analyse des dépenses de LPP :

Les éléments permettant l'analyse des dépenses de LPP sont principalement identiques à ceux indiqués précédemment pour l'analyse des dépenses de médicaments.

L'impact des évolutions nationales pourra être établi à partir des évolutions suivantes relatives :

- Aux tarifs de remboursement;
- Aux conditions de prescription;
- Aux inscriptions à la LPP.

De même, l'analyse tiendra compte de :

- L'existence de règles de prescription de la LPP;
- L'existence de règles de facturation et leur respect.

ANNEXE 1 BIS

AVENANT AU CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE.

Entre les soussignés:

L'Agence régionale de santé (ARS):

.....
(nom de l'organisme),

.....
(adresse)

représentée par

La Caisse d'assurance maladie mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

.....
(nom de l'organisme),

.....
(adresse)

représentée par

Et

L'établissement de santé:

.....
(nom de l'établissement de santé)

.....
(adresse)

représenté par

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique,

Vu l'article L. 162-30-2 (modifié par la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014);

Vu les articles R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale;

Vu le décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé;

Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 18 décembre 2015 fixant pour 2016 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article;

Vu l'arrêté du 18 décembre 2015 fixant la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale,

Il a été convenu ce qui suit:

Article 1^{er}

Objet de l'avenant contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagements relatifs à la régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans l'établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

L'objet de cet avenant est d'actualiser les objectifs fixés à l'établissement, notamment au regard des taux d'évolution fixés nationalement et annuellement par arrêté des ministres.

Les objectifs fixés par le présent contrat concernent notamment:

- la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (hors rétrocession et hors hépatite C) et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste;
- la progression du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques;
- et dans tous les cas: la qualité et l'amélioration des pratiques hospitalières.

Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

Le périmètre de fixation du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations exclut :

- la rétrocession ;
- les dépenses liées aux médicaments de l'Hépatite C ;
- l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

L'honoraire de dispensation par boîte est pris en compte dans le calcul des dépenses de médicaments au titre de l'année 2015.

Tous les médecins sont tenus, dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 2

Durée de l'avenant au contrat

L'avenant au contrat est conclu pour une durée de X ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3

Fixation des taux

La détermination des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP et de progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des années couvertes par le contrat est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de médicament et LPP prescrites de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé ;
- du bilan du taux des prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Conformément à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale, le contrat a pour objectifs :

- de faire converger le taux d'évolution de dépenses de médicaments et LPP de l'établissement du taux national annuel ;
- de faire converger le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques de l'établissement avec le taux de prescription national.

Les taux nationaux sont fixés par arrêté des ministres.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant l'objectif cible fixé au contrat pour l'année évaluée au montant des dépenses ou volume de prescription constatés l'année évaluée.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant l'objectif cible fixé au contrat pour l'année évaluée au montant des dépenses ou au volume de prescription constituant les objectifs à atteindre de l'année évaluée.

Fait à , le.....

Pour l'Agence Régionale de Santé

Pour l'Organisme Local d'Assurance Maladie Concerné

Pour l'Etablissement de Santé

ANNEXE 1

FICHE SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

(Nom + N° Finess juridique validé utilisé sur les prescriptions)

Date de signature du contrat: Date d'entrée en vigueur:

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur l'année civile antérieure à l'année de signature (année 1). Soit:

Montant des dépenses de référence: €

Taux d'évolution de référence observé:%

Taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques observé:%

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement:

1. Année 1: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

2. Année 2: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

3. Année 3: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... :%

Montant des dépenses correspondant au taux d'évolution cible: €

Taux de prescriptions de médicaments dans le répertoire des groupes génériques fixé à l'établissement:

1. Année 1: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

2. Année 2: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

3. Année 3: période du 1^{er} janvier..... au 31 décembre... : ... %

3 objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières choisis à hiérarchiser en fonction des priorités:

1:

2:

3:

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans la grille de suivi des indicateurs à l'annexe 2.

ANNEXE 2

NOM ET FINESS DE L'ÉTABLISSSEMENT

GRILLE D'ANALYSE ET DE SUIVI DES OBJECTIFS			
OBJECTIFS	INDICATEURS PROPOSÉS	ÉCHÉANCES PROPOSÉES	ÉTAT D'AVANCEMENT
Prescription dans le répertoire des groupes génériques	Taux de médicaments prescrits dans le répertoire Utilisation de la mention « médicament substituable sauf mention contraire » sur l'ordonnance Information régulière des prescripteurs de la possibilité de prescrire des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques pour la prescription de sortie ou la consultation externe ; le prescripteur n'est pas limité dans ce cas aux molécules présentes au sein de l'établissement Diffusion par la CPAM de message d'incitation pour la prescription dans le répertoire des groupes génériques Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques d'achats de produits de santé (projet ARMEN) visant au développement des génériques	Indiquer l'année et le trimestre de mise en œuvre	Planifié En cours Reporté (préciser pourquoi) Terminé Supprimé (préciser pourquoi)
Prescription de biosimilaires	Taux de prescription de biosimilaires au sein des classes concernées (EPO, G CSF) Informations des prescripteurs afin de remplacer les médicaments onéreux par des médicaments biosimilaires et dont l'efficacité est la même Recommandation de pratiques relayée par la COMEDIMS		
Analyse des dépenses de PHEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV prescrits par l'établissement sur la période de référence Montant des dépenses prescrites et évolution Montant des dépenses par classes thérapeutiques prescrits par l'établissement et comparé aux établissements de même catégorie et évolution Définition d'un plan d'actions au sein de l'établissement Organisation de rencontres entre l'établissement, l'Assurance maladie et l'AFS Constitution d'un groupe de travail dédié au sein de la Commission du Médicament de l'établissement Utilisation des LAP, LAD, pour les prescriptions de sortie et prescriptions en consultation externe		
Mise en place du RPPS	Utilisation d'un n°FINESS validé et mis à jour sur le formulaire de prescription Mise en œuvre effective de la double identification des prescriptions hospitalières sur l'ordonnance Suivi de la qualité de saisie du numéro RPPS		
Sensibilisation des prescripteurs	Diffusion des guides de bonne pratique et /ou recommandations auprès des prescripteurs/services/pôles concernés en fonction des classes thérapeutiques ou molécules ciblées dans l'analyse détaillée réunions d'information des prescripteurs conduites à l'initiative de la CME diffusion d'un tableau de suivi des dépenses de médicaments prescrits en médecine de ville et par classe thérapeutique diffusion d'un tableau de suivi du taux de prescription dans le répertoire par classe thérapeutique		

ANNEXE 3

NOTE MÉTHODOLOGIQUE D'AIDE À LA DÉCISION

MODALITÉS DE CALCUL

1. Étape 1: Evaluation des résultats des objectifs quantitatifs fixés à l'établissement

L'évaluation de l'atteinte des objectifs par l'établissement s'effectue chaque année à la date anniversaire de la signature du contrat. L'évaluation porte alors sur l'année civile précédente ($N - 1$).

Taux d'évolution des dépenses de médicaments

Le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année civile $N-1$ rapporté au montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année civile $N-2$.

Pour mémoire, les médicaments en rétrocession (y compris ATU, post-ATU) et les médicaments de l'hépatite C (y compris ceux de la liste « ville ») ne sont pas inclus dans le champ des dépenses. Pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte associé à chaque médicament délivré est inclus dans le champ des dépenses.

Les objectifs d'évolution des dépenses fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

Le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques est calculé à partir du nombre de boîtes de médicaments remboursés appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits en PHEV au 31/12 de l'année $N - 1$ rapporté au nombre total de boîtes de médicaments remboursés prescrits en PHEV au 31/12 de l'année $N - 1$.

Les objectifs de taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les taux cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

Les taux fixés pour les années 2 et 3 du contrat sont révisés chaque année par voie d'avenant.

2. Étape 2: Détermination d'un dépassement ou d'économies supplémentaires réalisées pour chaque objectif quantitatif

Afin de vérifier si les objectifs quantitatifs cibles fixés au contrat sont respectés on compare les cibles et les résultats, puis on calcule le dépassement/les économies supplémentaires associées.

a) Dépenses de médicament et LPP

1. Cas 1: le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année évaluée est supérieur au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé au contrat pour cette même année

L'établissement n'a pas atteint son objectif. Le dépassement réalisé (montant en €) est calculé comme suit:

$R1 = \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année évaluée} - \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année évaluée}$
--

2. Cas 2: le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année évaluée est inférieur au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé au contrat pour cette même année

L'établissement a rempli son objectif. Les économies supplémentaires réalisées (montant en €) sont calculées comme suit :

$$I1 = \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année évaluée} - \text{Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année évaluée}$$

b) Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

1. Cas 1: le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année évaluée est inférieur au taux de prescription fixé au contrat pour cette même année

L'établissement n'a pas atteint son objectif. Le dépassement réalisé (montant en €) est calculé comme suit :

$$R2 = VD (\text{nbre de boîtes excédentaires}) \times DP (\text{valeur de la boîte excédentaire})$$

Avec

VD = nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaires par rapport à l'objectif fixé.

$$VD = \text{volume total de médicaments prescrits par l'établissement} \times (\% \text{ de prescription cible} - \% \text{ de prescription réalisé})$$

ET

DP = écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques. Cette valeur est fixée chaque année par arrêté. Pour 2015 = 4,35 €.

2. Cas 2: le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année évaluée est supérieur au taux de prescription fixé au contrat pour cette même année

L'établissement a rempli son objectif. Les économies supplémentaires réalisées (montant en €) sont calculées comme suit :

$$I2 = VS (\text{nbre de boîtes supplémentaires}) \times DP (\text{valeur de la boîte excédentaire})$$

Avec

VS = nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaires par rapport à l'objectif fixé.

$$VD = \text{volume total de médicaments prescrits par l'établissement} \times (\% \text{ de prescription réalisé} - \% \text{ de prescription cible})$$

ET

DP = écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques. Cette valeur est fixée chaque année par arrêté. Pour 2015 = 4,35 €.

3. Étape 3: Mécanisme de reversement/intéressement

En fonction des résultats constatés et selon que le contrat porte sur un ou deux objectifs quantitatifs, le DGARS pourra assortir le dépassement ou les économies supplémentaires réalisées d'une demande de reversement par l'établissement à la caisse, ou d'une demande d'intéressement par la caisse à l'établissement.

Le dispositif retenu est le suivant:

- pour un contrat qui porte sur deux objectifs quantitatifs ;
 - seul le dépassement constaté sur les deux objectifs quantitatifs déclenche le mécanisme de reversement ;
 - seule la réalisation d'économies supplémentaires sur les deux objectifs quantitatifs déclenche le mécanisme d'intéressement ;
 - si l'établissement n'atteint qu'un seul de ses deux objectifs: pas d'impact financier;
- pour un contrat qui porte sur un seul objectif quantitatif, les dépassement/économies supplémentaires réalisées déclenchent le mécanisme de reversement/intéressement.

a) Le CAQOS porte sur deux objectifs quantitatifs

1. Cas n° 1: l'établissement n'a atteint aucun de ses deux objectifs quantitatifs

Si l'établissement n'a pas atteint ses 2 objectifs quantitatifs, le montant du reversement R est calculé, dans la limite de 70% de l'ensemble des dépassements réalisés par l'établissement, et dans la limite de 10% des dépenses de médicaments de l'établissement.

Ainsi:

$$R = 0.70 \times (R1 + R2)$$

Le DGARS peut enjoindre l'établissement de verser le montant R à la Caisse.

Il peut également moduler le montant du reversement R en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

Pour la première année du contrat, il est recommandé de ne pas appliquer de reversement.

2. Cas n° 2: l'établissement a atteint un seul de ses deux objectifs quantitatifs

Comme définit au point 2 – détermination du montant de reversement ou d'intéressement, seul(es) les dépassement/économies supplémentaires observé(es) sur les deux objectifs quantitatifs déclenchent le mécanisme de reversement/intéressement.

Si l'établissement a réalisé un dépassement pour un objectif et des économies supplémentaires pour l'autre objectif: il n'y a aucun impact financier.

3. Cas n° 3: l'établissement a rempli ses deux objectifs quantitatifs

Si l'établissement a atteint ses deux objectifs quantitatifs, le montant de l'intéressement I est calculé, dans la limite de 30 % de l'ensemble des économies supplémentaires réalisées par l'établissement.

Ainsi:

$$I = 0.30 \times (I1 + I2)$$

Le DGARS peut enjoindre la Caisse de verser le montant I à l'établissement.

Il peut également moduler le montant du reversement I en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

b) Le CAQOS porte sur un seul objectif quantitatif

1. Cas n° 1: l'établissement n'a pas atteint son objectif

Le dépassement constaté sur l'objectif quantitatif entraîne le déclenchement du mécanisme de reversement, dans la limite de 70% du dépassement constaté et dans la limite de 10% des dépenses de médicaments de l'établissement.

Le DGARS peut enjoindre l'établissement de verser le montant R à la Caisse.

Il peut également moduler le montant du reversement R en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

Pour la première année du contrat, il est recommandé de ne pas appliquer de reversement.

2. Cas n° 2: l'établissement a atteint son objectif

Les économies supplémentaires constatées sur l'objectif quantitatif entraînent le déclenchement du mécanisme d'intéressement, dans la limite de 30 % des économies supplémentaires réalisées par l'établissement.

Le DGARS peut enjoindre la Caisse de verser le montant I à l'établissement.

Il peut également moduler le montant du reversement I en fonction de l'atteinte des 3 objectifs qualitatifs fixés au contrat.

PROTOCOLE D'ANALYSE DES DÉPENSES D'UN ÉTABLISSEMENT SIGNATAIRE D'UN CAQOS PHEV

Ce document présente les modalités d'analyse des dépenses engagées par les prescripteurs de l'établissement et générant des dépenses pour l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, dans le cadre de la démarche de contractualisation.

Le document servant de base à l'analyse des dépenses est le profil de l'établissement réalisé à partir des données de la CNAMTS. L'établissement a la possibilité de faire état de données complémentaires pour expliquer certaines évolutions.

Les parties signataires au contrat peuvent se référer aux éléments suivants pour établir l'analyse des dépenses relatives aux PHEV :

Pour l'analyse de la politique de prescription de l'établissement :

- Existence d'un logiciel d'aide à la prescription paramétré pour les prescriptions externes ;
- Modalités de réalisation de la prescription :
 - En DCI ;
 - Génériques ou pas ;
 - Substituables ou pas ;
 - Mention du RPPS ;
- Suivi des prescriptions mis en œuvre : intégré dans le système d'informations, audits de pratique, information du prescripteur élaborant la prescription de sortie sur les médicaments délivrés au patient au cours de l'hospitalisation... ;
- Formation des prescripteurs y compris des internes ;
- Politique d'achat des médicaments mise en place : changement de molécules pour une même utilisation en cours d'année, choix des molécules adapté à la prescription externe.

Pour l'analyse des dépenses de médicaments :

Rappel : les dépenses liées à la rétrocession et à l'hépatite C ne font pas partie des objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation CAQOS ; en revanche pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte est inclus dans le champ des dépenses analysées.

L'objectif est d'analyser si l'évolution des dépenses de pharmacie délivrées en ville est explicable par l'évolution de l'activité de l'établissement pour les spécialités concernées, et si l'établissement dispose d'une marge de manœuvre pour les faire diminuer.

- Examiner les classes de produits, les montants et les taux d'évolution, affiner l'analyse par molécule (DCI) ou par produits,
- Rapprocher les résultats de l'établissement avec l'impact de la politique du médicament.
 - Baisses de prix de certains produits ;
 - Evolution du répertoire des groupes génériques et commercialisation de biosimilaires (entrées et sorties de *N* et *N-1*) ;
 - Evolution de la liste des produits à prescription hospitalière restreinte ou initiale (entrées et sorties de *N* et *N-1*) ;
 - Evolution de la liste des médicaments délivrables en officine, ou en double circuit.
- Analyser le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques.
- Identifier l'existence de référentiels de prescription.
- Comparer l'évolution de l'activité de l'établissement dans les spécialités ou disciplines pouvant correspondre aux classes ou molécules analysées.

Afin d'alimenter cette analyse, l'ARS conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie pourra fournir les données suivantes :

- Le profil de l'établissement établi par la CNAMTS ;
- La liste des codes CIP des produits composant chacune des classes ;
- Des indicateurs de comparaison entre établissements pour les prescriptions de certains produits ;
- L'état de la démographie médicale libérale dans la zone de recrutement de l'établissement.

De son côté, l'établissement pourra apporter toutes les informations qu'il jugera utiles telles que :

- Les données d'activité par discipline ou spécialités ;
- Les informations relatives aux recrutements récents de praticiens hospitaliers pouvant expliquer certaines évolutions ;

- Les informations données aux internes et aux externes quant aux bonnes pratiques de prescription;
- L'évolution du recrutement des patients;
- Les résultats d'audits internes qui ont pu être effectués sur des prescriptions et permettant de garantir le respect des recommandations de pratique au sein de l'établissement.

Pour l'analyse des dépenses de LPP :

Les éléments permettant l'analyse des dépenses de LPP sont principalement identiques à ceux indiqués précédemment pour l'analyse des dépenses de médicaments.

L'impact des évolutions nationales pourra être établi à partir des évolutions suivantes relatives :

- Aux tarifs de remboursement;
- Aux conditions de prescription;
- Aux inscriptions à la LPP.

De même, l'analyse tiendra compte de :

- L'existence de règles de prescription de la LPP;
- L'existence de règles de facturation et leur respect.

ANNEXE 2

CIBLES RÉGIONALES DÉFINITIVES 2016
NOUVELLES RÉGIONS

Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville des établissements publics

Les résultats varient en fonction des évolutions choisies pour les 2 extrêmes en niveau par habitant.

évolution (Y)	assuré (X)
seuil haut	51,6
seuil bas	158,1
CORSE	
ILE DE FRANCE	

Objectif calculé 4,0%
min 2,5%
max 5,9%

Y=Ax+B
coef directeur (A)
ordonnée à l'origine (B)

n° régio n	Région	Population légale INSEE			Prescriptions PHMEV (LPP + médicaments hors rétrocession et hors hépatite C)		Calcul des objectifs avec Méthode CPG					
		Population au 1er janvier 2015	Evolution 2014/2015	Evolution relative par rapport à l'évolution nationale (région-nationale)	Evolution Année 2015/ Année 2014	Montants remboursés Année 2015 tous régimes	Niveau montant 2015 / Pop INSEE	Baisse du niveau par hbt (déduite de la régression linéaire)	Montants 2015 intermédiaires (en M €)	Baisse attendue (baisse issue de la régression - évolution relative de la population)	Montants indicatifs 2016 attendus (en M€)	évolution attendue pour 2016 (objectifs CPOM)
01	GUADELOUPE*	0,45	-0,3%	-0,8%	4,6%	58,81	132,1	3,8%	61	3,1%	60,63	3,1%
02	MARTINIQUE	0,38	-1,0%	-1,4%	0,0%	48,02	127,0	3,9%	50	2,5%	49,21	2,5%
03	GUYANE	0,25	2,1%	1,7%	1,8%	23,00	90,4	4,2%	24	5,9%	24,36	5,9%
04	REUNION	0,84	0,5%	0,0%	4,2%	74,97	88,9	4,3%	78	4,3%	78,19	4,3%
11	ILE DE FRANCE	12,07	0,5%	0,0%	4,6%	1 908,29	158,1	3,6%	1 977	3,6%	1 978,17	3,7%
24	CENTRE - VAL DE LOIRE	2,58	0,2%	-0,2%	6,6%	248,30	96,2	4,2%	259	4,0%	258,16	4,0%
27	BOURGOGNE - FRANCHE COMTE	2,82	0,0%	-0,4%	5,6%	304,60	108,0	4,1%	317	3,6%	315,72	3,7%
28	NORMANDIE	3,33	0,1%	-0,4%	5,5%	332,48	99,7	4,1%	346	3,8%	345,06	3,8%
32	NORD PAS DE CALAIS - PICARDIE	6,01	0,2%	-0,3%	8,0%	522,70	87,0	4,3%	545	4,0%	543,53	4,0%
44	ALSACE-CHAMPAGNE ARDENNE- LORRAINE	5,56	0,1%	-0,4%	6,4%	599,74	107,9	4,1%	624	3,7%	622,03	3,7%
52	PAIS DE LA LOIRE	3,72	0,8%	0,3%	7,3%	372,63	100,3	4,1%	388	4,4%	389,20	4,4%
53	BRETAGNE	3,29	0,5%	0,1%	6,6%	330,70	100,4	4,1%	344	4,2%	344,73	4,2%
75	AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU CHARENTES	5,90	0,5%	0,1%	5,8%	587,45	99,5	4,2%	612	4,2%	612,14	4,2%
76	LANGUEDOC ROUSSILLON - MIDI-PYRENEES	5,79	0,9%	0,5%	6,5%	586,35	101,2	4,1%	611	4,6%	613,56	4,6%
84	AUVERGNE - RHONE ALPES	7,87	0,8%	0,3%	6,5%	873,94	111,0	4,0%	909	4,4%	912,08	4,4%
93	PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	4,99	0,4%	-0,1%	5,7%	566,13	113,5	4,0%	589	3,9%	588,41	3,9%
94	CORSE	0,33	1,0%	0,6%	5,9%	16,88	51,6	4,6%	18	5,2%	17,75	5,2%
	France ENTIERE	66,20	0,5%	0,00%	5,9%	7 455	112,6	4,0%	7 752	4,0%	7 752,95	4,0%

* = La population de la Guadeloupe CGSS correspond à la population municipale de la Guadeloupe, de Saint Barthélemy et Saint Martin. La population de la Guadeloupe est estimée avec la même méthode que les autres régions. Les populations de Saint Barthélemy et Saint Martin sont issues de la population municipale au 1er janvier 2011 (selon décret du 27 décembre 2013) augmentée de la même évolution que la Guadeloupe pour estimer 2014.

ANNEXE 2

CIBLES RÉGIONALES DÉFINITIVES 2016
ANCIENNES RÉGIONS

Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville des établissements publics

Objectif calculé 4,00% min 2,5% max 5,9%	seuil haut	évolution (Y) en %	montant par assuré (X)
	seuil bas	4,6	51,6
			198,1
			ILE DE FRANCE

Les résultats varient en fonction des évolutions choisies pour les 2 extrêmes en niveau par habitant.

Y=AX+B
coef directeur (A)
ordonnée à l'origine (B)
-0,009
5,07

n° région	Population légitime INSEE		Prescriptions PHMEV (LPP + médicaments hors rétrocession et hors hépatite C)		Calcul des objectifs avec Méthode CPG							Population INSEE			Evolution 2014/2015 relative par rapport à l'évolution nationale (région-nationale)	Evolution 2014/2015 relative par rapport à l'évolution nationale (région-nationale)	Montants remboursés PHMEV LPP (hors rétrocession hors hépatite C) (en M€) Année 2015
	Population au 1er janvier 2015	Evolution 2014/2015	Evolution 2014/2015	Montants remboursés (en M€) tous régimes	Montants 2015 intermédiaires (en M€)	Baisse attendue (baisse issue de la régression - évolution relative de la population)	Montants 2016 attendus (en M€)	écart attendu pour 2016 (objectifs CPGM)	Population INSEE au 01/01/14 en M	Population INSEE au 01/01/15 en M	Evolution 2014/2015						
01	0,45	-0,3%	-0,8%	58,81	4,6%	132,1	3,9%	61	3,1%	60,63	3,1%	0,447	0,445	-0,30%	0,8%	58,81	
02	0,38	-1,0%	-1,4%	48,02	0,0%	127,0	3,9%	50	2,5%	49,21	2,5%	0,382	0,378	-0,98%	1,4%	48,02	
03	0,25	2,1%	1,7%	23,00	1,8%	90,4	4,2%	24	5,9%	24,36	5,9%	0,249	0,255	2,11%	-1,7%	23,00	
04	0,84	0,5%	0,0%	74,97	4,2%	88,9	4,3%	78	4,3%	78,19	4,3%	0,839	0,844	0,50%	0,0%	74,97	
11	12,07	0,5%	0,0%	1,908,29	4,6%	188,1	3,6%	197,7	3,7%	197,817	3,7%	12,015	12,074	0,49%	0,0%	1,908,29	
21	1,34	0,0%	-0,4%	129,16	6,3%	96,4	4,2%	135	3,8%	134,02	3,8%	1,339	1,340	0,03%	0,4%	129,16	
22	1,93	0,2%	-0,3%	174,38	7,5%	90,2	4,2%	182	3,9%	181,27	3,9%	1,930	1,933	0,16%	0,3%	174,38	
23	1,86	0,1%	-0,3%	173,04	5,7%	93,3	4,2%	180	3,9%	179,79	3,9%	1,862	1,865	0,14%	0,3%	173,04	
24	2,58	0,2%	-0,2%	248,30	6,6%	98,2	4,2%	259	4,0%	258,16	4,0%	2,572	2,582	0,24%	0,2%	248,30	
25	1,48	0,0%	-0,4%	159,44	5,3%	107,8	4,1%	166	3,7%	165,27	3,7%	1,479	1,480	0,03%	0,4%	159,44	
26	1,64	0,0%	-0,3%	165,66	5,3%	100,9	4,1%	173	3,7%	171,75	3,7%	1,642	1,642	-0,02%	0,5%	165,66	
31	4,07	0,2%	0,2%	348,31	8,2%	85,5	4,3%	363	4,0%	362,26	4,0%	4,067	4,074	0,17%	0,3%	348,31	
41	2,34	-0,1%	-0,6%	246,63	7,0%	105,5	4,1%	257	3,5%	255,52	3,5%	2,342	2,339	-0,13%	0,6%	246,63	
42	1,88	0,4%	-0,1%	223,75	5,7%	118,9	4,0%	233	3,9%	232,49	3,9%	1,875	1,882	0,38%	0,1%	223,75	
43	1,18	0,1%	-0,4%	138,94	5,9%	117,8	4,0%	144	3,6%	143,97	3,6%	1,178	1,179	0,08%	0,4%	138,94	
52	3,72	0,8%	0,3%	372,63	7,3%	100,3	4,2%	388	4,4%	389,20	4,4%	3,688	3,716	0,75%	-0,3%	372,63	
53	3,29	0,5%	0,1%	330,70	6,6%	100,4	4,2%	344	4,2%	344,73	4,2%	3,276	3,284	0,55%	-0,1%	330,70	
54	1,80	0,3%	-0,1%	166,19	6,8%	92,3	4,2%	173	4,1%	172,99	4,1%	1,795	1,800	0,32%	0,1%	166,19	
72	3,37	0,8%	0,4%	330,32	5,8%	98,1	4,2%	344	4,5%	345,49	4,5%	3,344	3,371	0,81%	-0,4%	330,32	
73	3,00	0,8%	0,3%	281,58	6,8%	93,8	4,2%	293	4,6%	294,41	4,6%	2,977	3,001	0,80%	-0,3%	281,58	
74	0,73	-0,3%	-0,7%	90,73	3,9%	123,7	3,9%	94	3,2%	93,66	3,2%	0,735	0,733	-0,25%	0,7%	90,73	
82	6,51	0,9%	0,4%	724,26	6,3%	111,2	4,1%	754	4,5%	756,61	4,5%	6,454	6,511	0,87%	-0,4%	724,26	
83	1,36	0,2%	-0,2%	149,69	7,8%	109,7	4,1%	156	3,9%	155,47	3,9%	1,361	1,364	0,25%	0,2%	149,69	
84	2,79	1,1%	0,6%	304,77	6,3%	109,2	4,1%	317	4,7%	319,14	4,7%	2,760	2,791	1,10%	-0,6%	304,77	
93	4,99	0,4%	-0,1%	586,13	5,7%	113,5	4,0%	589	3,9%	588,41	3,9%	4,972	4,989	0,36%	0,1%	586,13	
94	0,33	1,0%	0,6%	16,88	5,9%	51,6	4,6%	18	5,2%	17,75	5,2%	0,324	0,327	1,04%	-0,6%	16,88	
France ENTIERE	66,20	0,5%	0,0%	7,454,99	5,9%	112,6	4,0%	7,163	4,0%	7,152,95	4,0%	65,699	66,199	0,45%	0,0%	7,454,99	

* = La population de la Guadeloupe CGSS correspond à la population municipale de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et Saint-Martin. La population de la Guadeloupe est estimée avec la même méthode que les autres régions. Les populations de Saint-Barthélemy et Saint-Martin sont issues de la population municipale au 1er janvier 2011 (selon décret du 27 décembre 2013) augmentée de la même évolution que la Guadeloupe pour les trimer 2014.

ANNEXE 3

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS ET DES PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV + PHEV LPP)

Les instructions GDR ARS PHEV des 8 avril 2011, 9 mars 2012, 27 mars 2013, 16 mai 2014 et du 9 juin 2015 adressées par la DGOS, la DSS et la CNAMTS aux ARS comprenaient en annexe un guide méthodologique relatif aux actions d'accompagnement dans le cadre GDR ARS PHEV. Il était destiné à préparer les actions d'accompagnement que doivent mener les ARS et l'assurance maladie auprès des établissements signataires pour les aider à atteindre les objectifs des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS) prévus par le dispositif de régulation des PHEV (article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale).

Ce guide 2016 a pour objectif d'apporter des réponses aux questions posées par les ARS et l'assurance maladie lors des campagnes précédentes et de présenter de nouveaux thèmes avec des indicateurs de ciblage.

Il comprend une partie concernant les médicaments (PHMEV) (volet n° 1), les prescriptions hospitalières des produits et prestations de la LPP exécutées en ville (PHEV LPP) (volet n° 2).

Les actions similaires menées auprès des professionnels libéraux porteront préférentiellement sur ceux exerçant en établissements privés ex-OQN.

RAPPEL

L'organisation et la coordination

L'organisation hospitalière et l'exercice collectif de la pratique médicale à l'hôpital impliquent une organisation spécifique des actions d'accompagnement, notamment dans le cadre du déploiement du plan triennal.

Ce dispositif d'intervention au sein des établissements signataires nécessite une coordination entre les ARS et les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque. De plus, une coordination inter-régimes peut-être nécessaire afin de déterminer leur niveau d'intervention notamment au sein des établissements.

Les interventions au sein des établissements seront réalisées par l'assurance maladie et, le cas échéant, les ARS qui le souhaitent. Des réunions préparatoires seront organisées entre l'ARS et l'assurance maladie pour analyser le profil des établissements en matière de PHEV, qui intègre les produits et prestations de la LPP, définir les thèmes et postes prioritaires d'actions et partager la connaissance de la situation et l'environnement de chaque établissement. Il s'agira de préparer un plan d'intervention par établissement en cohérence avec les objectifs de réduction du taux d'évolution et d'amélioration des pratiques pour la prescription des médicaments et des produits et prestations de la LPP fixés par le contrat signé par chaque établissement. Les postes contribuant le plus à l'évolution des dépenses des PHEV seront identifiées pour chaque établissement.

Cette étape préparatoire pourra se faire dans le cadre de la phase de diagnostic préalable au dialogue de gestion avec les établissements prévue au deuxième trimestre 2016.

Pour les établissements qui ont conclu des contrats sur plusieurs thèmes, les actions sur les médicaments et les produits et prestations de la LPP doivent être articulées entre elles en termes de messages et de calendrier: CAQOS PHMEV - LPP et transports, produits de santé de la liste en sus (CBUMPP et article 47 de la LFSS pour 2009), d'autant qu'elles impliquent les mêmes acteurs avec des procédures sensiblement identiques.

Déroulement des actions

Réunions régionales

Dans la mesure du possible, l'ARS, en lien avec l'assurance maladie organise au cours des deux premiers mois de l'année une (des) réunion(s) régionale(s) ou départementales de présentation de la démarche de contractualisation auprès des acteurs régionaux ou départementaux concernés: directeurs d'établissements (CHU, CH, ESPIC, CLCC) et fédérations représentatives des établissements de santé et représentants des OMEDIT. Ces réunions présenteront également les modalités d'intervention de l'assurance maladie au sein des établissements.

Réunions au sein de l'établissement

Actuellement à l'hôpital et dans l'attente du déploiement du numéro RPPS qui est un des objectifs prioritaires des actions de sensibilisation PHEV, l'activité des praticiens hospitaliers n'est pas individuellement identifiable. Les visites d'accompagnement se font donc de manière collective.

Au sein des établissements, l'assurance maladie, le cas échéant en présence de l'ARS, intervient à deux niveaux: d'une part, des réunions d'information et de suivi du contrat avec les directions d'établissements et leurs instances et, d'autre part, un accompagnement des prescripteurs lors de visites plus ciblées par service ou par pôle.

Le dispositif d'accompagnement comprend: des réunions périodiques avec le directeur de l'établissement et son président de CME associés à d'autres interlocuteurs en charge de la politique du médicament et des produits et prestations de la LPP. La 1^{re} réunion est destinée à présenter et faire partager le plan d'accompagnement de l'établissement sur les thèmes choisis et à déterminer en commun les modalités pratiques d'application: services concernés, calendrier et suivi.

Une réunion visant à expliquer la démarche et les enjeux au sein de la Commission médicale d'établissement (CME).

Des visites d'accompagnement ciblées au sein des services hospitaliers les plus concernées par les classes thérapeutiques et les postes de la LPP les plus contributrices à la croissance des dépenses de PHEV.

Des visites auprès des internes.

Peuvent également être prévues des rencontres auprès d'autres acteurs intervenant dans l'établissement.

Le suivi du contrat signé et de l'avancement de l'intervention dans les services de l'assurance maladie et de l'ARS, le cas échéant, se fera au cours des réunions périodiques avec le directeur d'établissement et le président de CME, associés à d'autres interlocuteurs.

Pour aider les établissements signataires à atteindre les objectifs des contrats, des actions de sensibilisation des prescripteurs et la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription seront proposés par l'ARS et l'assurance maladie. L'application des recommandations de bonnes pratiques du projet ARMEN relatif aux achats hospitaliers pourra être évoquée à cette occasion en vue de favoriser une diffusion élargie des médicaments génériques et produits bio similaires en milieu hospitalier.

Ce guide présente les grandes lignes de l'accompagnement.

L'assurance maladie et l'ARS concentreront leurs interventions sur les établissements signataires d'un contrat sur les PHEV. Par ailleurs, en dehors de ce dispositif, l'assurance maladie, en lien avec les ARS, poursuit son programme de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (MMPH) sur un champ d'établissements plus large.

VOLET N° 1 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV)

Plan :

1. Remboursement des PHMEV (Données 2014 et 2015 en annexe 1) ;
2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV.

1. Remboursement des PHMEV (Données 2014 et 2015 en annexe 1)

La croissance des PHMEV en 2015 reste soutenue: + 5.5 % de la dépense remboursée par rapport à 2014.

Il est à noter qu'à compter de 2015 l'analyse porte sur l'ensemble des données de remboursement consolidées (Base Medicam) alors que les années antérieures les données présentées étaient celles du régime général, hors section locales mutualistes (SLM) et de la France Métropolitaine, données ensuite extrapolées en tous régimes et France entière.

Cette méthode de requête a également été utilisée pour les données de remboursement de l'année 2014, permettant d'analyser l'évolution entre les 2 années 2014 et 2015. Cependant, compte tenu de cette modification de méthode, les montants PHMEV 2013 ne peuvent être comparés à ceux de 2014/2015.

Au sein des postes de dépenses les plus importants :

Les croissances les plus remarquables en 2015 sont représentées par :

- La classe « traitement du cancer » : montant remboursé d'environ 1,3 Md€, croissance de + 9,2 % par rapport à 2014 est toujours contributive à la croissance des PHMEV compte tenu notamment de l'augmentation du nombre de traitements par voie orale. Cette croissance est portée principalement par les traitements utilisés dans le cancer de la prostate Zytiga[®], Xtandi[®] et Xgeva[®], par les nouveaux inhibiteurs des protéines tyrosines kinases, tels que Jakavi[®], médicament orphelin utilisé dans la myélofibrose, Tafinlar[®] dans le mélanome, Xalkori[®] et Giotrif[®] dans le cancer du poumon ;
- La classe « traitement du VIH et des hépatites » : montant remboursé d'environ 800 M€, croissance de + 9,2 % par rapport à 2014, due à un effet structure : arrivée de nouvelles spécialités soit plus facile d'utilisation (ex : Stribild[®]) soit avec une meilleure barrière génétique dans le développement de résistances (ex : Tivicay[®]) ;
- La classe « polyarthrite rhumatoïde » : montant remboursé de plus de 500 M€, croissance de + 16,7 % par rapport à 2014. L'ensemble de la classe anti-TNF contribue à la croissance ;

Les décroissances les plus remarquables sont représentées par les classes des antalgiques (118 M€, - 19 % d'évolution par rapport à 2014) et des antihypertenseurs (112 M€, - 13 % d'évolution par rapport à 2014) suite à des baisses de prix réalisées par le comité économique des produits de santé (CEPS).

Dans l'ensemble des surclasses, les croissances des classes suivantes restent dynamiques :

- la classe « produits de la DMLA » : près de + 9 % d'évolution par rapport à 2014 ;
- la classe « antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire » : la croissance de cette classe est portée par le référencement au sein de cette classe de Kalydeco[®] (croissance nette de 17 M€ en 2015) indiqué dans certains types de mucoviscidose et de Esbriet[®] (croissance nette de 5 M€ en 2015), médicament orphelin, indiqué dans la fibrose pulmonaire idiopathique.

Ces données peuvent notamment servir de référence pour identifier les établissements gros prescripteurs dont le montant de dépense et/ou l'évolution du montant de dépense d'une classe thérapeutique se situe(nt) nettement au-dessus des niveaux nationaux, sans justification pertinente liée à la patientèle ou à des modifications récentes d'organisation au niveau d'un service.

Cette approche n'élimine aucune classe de médicament du potentiel de réduction de la croissance des PHMEV, même s'il s'agit de traitement de pathologies lourdes et coûteuses et même si une argumentation médicale de rationalisation des prescriptions n'a pas encore été mise à disposition.

Ainsi, même si les documents d'accompagnement ne concernent pas toutes les classes thérapeutiques, il est tout à fait possible de contractualiser sur les classes les plus dynamiques. Il convient

alors de laisser l'établissement faire son propre diagnostic et établir sa propre stratégie d'optimisation des prescriptions, en rappelant les référentiels à disposition (HAS, INCA, AFSSAPS...) pour ces classes thérapeutiques.

2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

2.1. Anticoagulants oraux directs (AOD)

Cette action est ciblée sur l'indication: «prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes présentant une fibrillation atriale (FA) non valvulaire associée à un ou plusieurs facteurs de risque».

Les produits concernés sont: Pradaxa® (dabigatran), Xarelto® (rivaroxaban) et Eliquis® (apixaban).

L'enjeu de cette action est double. Il est d'abord sanitaire. En effet, ces nouveaux produits ne sont pas dénués de risque, notamment hémorragique, et nécessitent une surveillance étroite chez certaines personnes (patients âgés, de faible poids, à risque hémorragique élevé, etc.). Toutefois, ils ne nécessitent pas de suivi biologique de routine comme les AVK. Ces derniers restent le traitement de référence chez les patients atteints de FA et présentant un haut risque thrombotique.

L'autre enjeu est d'ordre économique. Le coût de ces nouveaux produits est beaucoup plus élevé (75 €/mois) que celui des AVK (11 à 15 €/mois en tenant compte du suivi par INR). La dépense liée à ces produits était de 156 M€ en 2014.

L'objectif de l'action est de promouvoir le bon usage de ces produits selon les recommandations de la HAS (Fiche de bon usage du médicament de juillet 2013 et avis de la commission de la transparence) et de l'ANSM.

En ville, les médecins généralistes (visites DAM) et les cardiologues (entretiens confraternels) ont été visités sur ce thème. Il est toutefois primordial de visiter également les praticiens hospitaliers dans la mesure où ces traitements sont également prescrits à l'hôpital; les établissements représentent 33 % des prescriptions d'anticoagulants oraux et 17 % des premières prescriptions d'anticoagulants oraux directs.

L'action à l'hôpital repose:

- sur la présentation d'un diaporama dont les messages principaux sont:
 - la réévaluation des AOD par la commission de la transparence: les AVK restent le traitement de référence, les AOD sont à réserver à des cas particuliers. En cas de prescription d'AOD et lorsque le choix entre ces trois médicaments est possible (absence de contre-indications comme une insuffisance rénale par exemple), privilégier Eliquis® qui présente le meilleur niveau de preuve;
 - le rappel des précautions d'usage à travers la présentation de certains résultats de l'étude menée par le DESP de la CNAMTS sur les facteurs de risque;
- sur la discussion autour des données du profil PHMEV dont une page spécifique est dédiée aux AOD. Les indicateurs sont les suivants:
 - nombre de boîtes d'AOD prescrites par l'établissement et les établissements de même catégorie, en 2013 et 2014;
 - part des prescriptions d'AOD dans le total des anticoagulants oraux (ACO), par l'établissement et les établissements de même catégorie, en 2013 et 2014;
 - répartition des prescriptions par produit en 2014, par l'établissement et les établissements de même catégorie.

2.2. Erythropoïétines (EPO)

Toutes indications confondues, le remboursement des EPO dans le champ des PHMEV atteint 227 M€ en 2015 pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

En 2015, les EPO représentent le 7^e poste de dépenses PHMEV (plus de 3 % de la dépense PHMEV totale) avec un taux de croissance de moins de 1 % par rapport à 2014.

L'action d'accompagnement débutée en mai 2016 porte sur le bon usage de l'EPO dans le traitement de l'anémie induite par une chimiothérapie anticancéreuse.

Cette action se développe autour de deux axes:

- 1^{er} axe: message de santé publique: usage raisonné de l'EPO. Rappeler aux prescripteurs les recommandations actuelles concernant l'initiation, le suivi, l'adaptation des doses et l'arrêt de traitement de l'EPO en cancérologie et leur remettre la fiche de bon usage chez le patient cancéreux, rédigée par l'INCa + l'ANSM + la CNAMTS et validée par la HAS;

- 2^e axe : message économique : privilégier la prescription des produits les moins coûteux en ville et notamment les biosimilaires en initiation de traitement.

Les outils mis à disposition des praticiens conseils:

- la fiche de bon usage des EPO en cancérologie ;
- un profil centré sur les données de l'établissement relatives à la consommation d'EPO, dont les biosimilaires, chez les patients atteints de cancer et les données comparatives avec les établissements de même catégorie ;
- un « mémo » coût affichant les prix des différentes EPO indiquées en cancérologie ;
- un diaporama structure présentant :
 - le contexte et données économiques France entière ;
 - les économies réalisables par un usage raisonné de l'EPO : traitement limité aux patients anémiés et symptomatiques, suivi biologique régulier pour adapter les doses EPO et arrêter le traitement au-delà du seuil d'hémoglobine recommandé ;
 - les économies potentielles que représentent la prescription des EPO les moins chères dont les biosimilaires.

Calendrier : cette action se déroulera à compter de mai 2016.

2.3. Les biothérapies en rhumatologie et en gastro-entérologie

Cette action d'accompagnement 2016 sur la thématique des biothérapies dans les maladies inflammatoires en rhumatologie et gastro-entérologie, s'inscrit dans les suites d'une première campagne réalisée en 2014 : « Anti-TNF en rhumatologie », au sein des établissements de santé. L'impact positif de cette première campagne ainsi que la dynamique d'évolution de l'utilisation des biothérapies rend opportune cette nouvelle action de maîtrise médicalisée hospitalière.

Le champ proposé est élargi à l'ensemble des biothérapies utilisées en rhumatologie et en gastro-entérologie. Un axe spécifique sera consacré à la place des biosimilaires dans la stratégie thérapeutique, dont la mise sur le marché a débuté fin 2014 en France.

Neuf biomédicaments, ayant l'AMM en rhumatologie et/ou en gastroentérologie sont retenus pour l'action. Ils ont pour cible biologique les molécules du processus inflammatoire et peuvent être regroupées en cinq classes selon leur cible.

Les anti-TNF, cinq molécules:

- Étanercept (Enbrel[®], Benepali[®]) ; Benepali[®] est un biosimilaire ;
- Adalimumab (Humira[®]) ;
- Infliximab (Remicade[®], Remsima[®], Inflectra[®]) ; Remsima[®] et Inflectra[®] sont deux biosimilaires ;
- Certolizumab (CIMZIA[®]) ;
- Golimumab (SIMPONI[®]) ;

Un anti CD28 (anti lymphocyte T) : Abatacept (ORENCIA[®]).

Un anti CD20 (anti lymphocyte B) : Rituximab (MABTHERA[®]).

Un anti interleukine 6 : Tocilizumab (ROACTEMRA[®]).

Un anti interleukine 1 : Anakinra (KINERET[®]).

Les anti-TNF sont les molécules les plus prescrites et ont l'AMM en rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante et rhumatisme psoriasique ainsi qu'en gastroentérologie : maladie de Crohn et recto-colite hémorragique, pour trois d'entre elles.

Ces biothérapies ont également, pour certains d'entre elles, des indications en dermatologie ou en immunologie et cancérologie (cf. Rituximab).

L'enjeu économique de ces 9 biomédicaments est important.

Leur coût moyen est de 10 000 à 15 000 € par an et par patient, soit 10 à 15 fois plus élevé que celui des traitements synthétiques conventionnels.

Certains de ces 9 biomédicaments sont délivrés en ville, d'autres réservés à l'usage hospitalier. L'utilisation de ces biomédicaments au décours d'une hospitalisation entraîne une facturation en sus du GHS.

En 2014, toutes indications confondues la dépense de ces neuf biothérapies ciblées par l'action, était de près de 1,5 Md€ (ville + hôpital), pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. La part PHMEV représentant environ 1/3 de ce montant.

Objectifs de l'action

Objectifs de santé publique : Rationaliser la prescription des biothérapies en réduisant :

- l'écart par rapport aux recommandations de bonne pratique ;
- la disparité des pratiques.

Objectif économique : maîtriser l'augmentation des dépenses

Cette action s'articule autour de deux axes :

- un message de santé publique axé sur les recommandations de bonne pratique ;
- un message économique visant à favoriser la prescription des biosimilaires.

Les outils mis à disposition des praticiens conseils pour la visite :

- un diaporama présentant le contexte médico-économique, les données de consommation actualisées ;
- un profil médico-économique pour chaque établissement ;
- un mémo coût.

Calendrier : mise en œuvre à compter de septembre/octobre 2016.

2.4. Les génériques

Les actions de GDR PHMEV sur les médicaments génériques s'inscrivent dans le cadre du plan national d'action de promotion de ces médicaments dit « plan Générique ». Ce plan triennal a été annoncé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 24 mars 2015 et vise à lever les derniers freins à l'usage des médicaments génériques pour toutes les situations où cet usage est possible.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale a créé depuis 2015 un nouveau critère de ciblage d'entrée dans la GDR PHEV, fondé sur le taux de prescriptions des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques. Après avoir été fixé à 39 % pour la période du 01/04/2015 au 31/12/2015, le taux est fixé pour l'année 2016 au niveau national à 44 %.

Pour aider les établissements dans l'atteinte de cet objectif, le mémo « Prescription dans le répertoire » sera actualisé (2^e semestre 2016).

La réalisation de l'objectif du taux de 44 % de prescription des médicaments inscrits au répertoire pour la période du 01/01/2016 au 31/12/2016 sera calculée au 31/12/2016 avec le répertoire à jour à cette date.

Par ailleurs, pour mémoire, depuis le 01/01/2015, la prescription en DCI est devenue obligatoire pour tous prescripteurs (y compris les prescripteurs hospitaliers) et devrait contribuer à favoriser leur délivrance par le pharmacien, de préférence au médicament princeps.

2.5. Médicaments d'exception (Xolair[®])

Une action d'accompagnement sera élaborée au 2^e semestre 2016 sur le thème de l'asthme sévère pour promouvoir le bon usage de Xolair[®] (omalizumab) indiqué dans le traitement de l'asthme sévère persistant allergique.

2.6. Autres actions

D'autres actions, centrées sur les traitements du cancer sont à l'étude et seront déployées au dernier trimestre 2016.

ANNEXE 1

PHMEV

Répartition des montants par classe et évolution – Années 2014/2015

Champ: montants remboursés tous régimes, France entière.

Source: Médicam 2014 et 2015

Classe thérapeutique	Montant remboursé 2014 en €	Montant remboursé 2015 en €	Croissance	Taux de croissance
Traitement du cancer	1 185 526 290	1 295 154 379	109 628 089	9,2%
Traitements du VIH et des hépatites*	760 623 226	830 523 655	69 900 429	9,2%
Polyarthrite rhumatoïde	441 966 842	516 114 552	74 147 710	16,8%
Antipsychotiques	297 615 734	301 970 836	4 355 102	1,5%
Sclérose en plaques	232 398 044	272 866 474	40 468 431	17,4%
Immunosuppresseurs	226 975 476	229 568 274	2 592 798	1,1%
EPO	225 777 947	227 882 072	2 104 125	0,9%
Anti-infectieux	218 854 352	219 265 251	410 900	0,2%
Antiagrégants, Antithrombotiques	203 831 240	218 484 025	14 652 785	7,2%
Antidiabétiques	163 637 700	171 975 704	8 338 003	5,1%
Anti-asthmatiques	160 211 849	171 572 108	11 360 259	7,1%
Produits de la DMLA	152 101 817	165 938 261	13 836 444	9,1%
Hormones de croissance	151 405 829	163 267 829	11 862 000	7,8%
Epilepsie et parkinson	128 966 869	130 608 417	1 641 548	1,3%
Hormones	118 342 838	126 036 310	7 693 471	6,5%
Antalgiques, vertiges, migraines	147 382 294	118 646 937	-28 735 357	-19,5%
Anti-hypertenseurs	129 351 530	112 176 915	-17 174 615	-13,3%
Produits de diagnostic	98 767 083	109 799 382	11 032 299	11,2%
Appareil digestif divers	91 127 993	90 252 816	-875 177	-1,0%
Antidotes et chélateurs	83 088 695	82 565 579	-523 116	-0,6%
Aide à la procréation	73 139 776	77 591 243	4 451 467	6,1%
Dermatologie	58 195 495	63 955 439	5 759 943	9,9%
Hypolipémiants	65 506 250	60 591 971	-4 914 278	-7,5%
Autres aigu (antianémiques, antihémorragiques, ...)	55 511 194	59 473 400	3 962 206	7,1%
Antidépresseurs	66 807 047	55 892 802	-10 914 245	-16,3%
Antiacides et antiulcéreux	57 632 638	55 493 850	-2 138 789	-3,7%
Vaccins	45 565 508	45 259 586	-305 922	-0,7%
Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire	11 988 304	34 964 050	22 975 746	191,7%
Solutés massifs	35 434 017	34 049 096	-1 384 921	-3,9%
Contraceptifs	33 395 728	33 062 038	-333 690	-1,0%
Toxicomanie et psychostimulants	32 001 803	31 663 983	-337 821	-1,1%
Anesthésiques	34 873 185	31 512 053	-3 361 132	-9,6%
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	27 780 478	28 345 639	565 161	2,0%
Alzheimer	23 095 943	28 080 742	4 984 799	21,6%
Antiglaucomateux	26 191 285	26 800 949	609 664	2,3%
Urologie	23 674 712	24 598 867	924 155	3,9%
Psychotropes	33 441 247	22 549 427	-10 891 820	-32,6%
Vitamines et minéraux	29 000 429	22 198 774	-6 801 655	-23,5%
Anti-ostéoporotiques	16 840 399	17 547 954	707 555	4,2%
Anti-rhumatismaux	19 390 956	14 846 335	-4 544 621	-23,4%
Antiarythmiques et stimulants cardiaques	9 611 841	9 921 994	310 152	3,2%
Antiallergiques dont rhinite	9 630 384	8 606 590	-1 023 794	-10,6%
Autres (Nutrition, ...)	6 212 803	6 376 045	163 242	2,6%
Anti-inflammatoires	5 831 863	4 712 171	-1 119 692	-19,2%
Vasodilatateurs périphériques et centraux	445 946	406 089	-39 857	-8,9%
Total général PHMEV	6 019 152 880 €	6 353 170 863 €	334 017 983 €	5,5%

* hors médicaments de l'hépatite C délivrés en officine de ville

VOLET N° 2 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DES PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV LPP)

Sur l'année 2015, les prescriptions de produits (dispositifs médicaux, aliments diététiques, etc.) et prestations des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 42 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville. Ainsi, ce montant s'élève à 2,5 milliard d'euros sur cette période (données tous régimes, France entière). Il a augmenté de 8,8 % par rapport à l'année 2014.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) exécutées soit par les pharmacies d'officine, soit par les prestataires de service et distributeurs de matériels, soit par les orthoprothésistes, les podoprothésistes...

Bien que plusieurs facteurs conjoncturels (les transferts hôpital/ville, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients traités et l'intensification de certains traitements) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Il convient de plus de considérer l'impact de ces prescriptions sur les professionnels de santé libéraux, pour qui ces prescriptions (PHEV-LPP) sont des prescriptions de référence et d'initiation de traitement qu'ils hésiteront à modifier auprès de leurs patients.

Plan :

1. Méthode d'accompagnement des établissements de santé
2. Choix des thèmes d'accompagnement
3. Référentiels et messages de bonne pratique

1. Méthodes d'accompagnement des établissements de santé

Les actions sur les produits et prestations de la LPP sont conduites en même temps que celles sur les PHMEV.

Les outils d'accompagnement

La CNAMTS et les autres régimes d'assurance maladie ont déjà conduit des actions d'accompagnement à l'hôpital et en ville sur des catégories de produits et de prestations de la LPP à l'aide de supports et d'outils présentant des messages de bonne pratique.

D'autres kits d'accompagnement des professionnels de santé sur les postes de la LPP constituant le moteur de la croissance des PHEV LPP seront diffusés par le niveau national au fur et à mesure de leur élaboration, afin de constituer une boîte à outil, dans laquelle, à terme, le niveau régional pourra choisir son accompagnement selon le profil de l'établissement.

Les actions déployées au sein de réunions regroupant les prescripteurs hospitaliers, animées par des médecins conseils, des représentants de caisses primaires et le cas échéant des ARS si elles souhaitent participer, comprennent, comme pour les actions de PHMEV :

- l'exposé d'un diaporama explicatif du dispositif de contractualisation ;
- la présentation d'un profil personnalisé de l'établissement ;
- la mise à disposition de supports informatifs sur les principaux postes de la LPP.

2. Choix des thèmes d'accompagnement

Le choix des postes des produits et prestations de la LPP devant faire l'objet d'actions d'accompagnement dans un établissement tiendra compte des données de remboursement et des évolutions des PHEV au niveau national, régional et de l'établissement mais également des remboursements des mêmes produits et prestations prescrits en ville.

2.1. La répartition par grandes classes des produits et prestations de la LPP des PHEV au niveau national

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville portant sur la LPP, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 2,5 milliard d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régime, France entière) en 2015.

- Seront proposées en priorité des actions visant les classes de produits et prestations qui :
- représentent des postes de remboursement parmi les plus importants ;

- pour lesquels une possibilité d'optimisation des pratiques est envisageable ;
- ou dont les évolutions sont significativement différentes de celles observées sur l'ensemble des prescriptions délivrées en ville sans que des facteurs explicatifs évidents puissent être identifiés.

Le choix par les ARS (1 ou 2 postes au choix de l'ARS par exemple) pourra par exemple être effectué en fonction de l'importance au niveau local des problématiques identifiées au niveau national.

Par ailleurs, le profil de l'établissement (commun avec celui pour les médicaments) dresse un état des lieux des PHEV LPP par postes de la LPP. Cela permet de favoriser le choix d'une ou deux classes par établissement, ainsi que les indicateurs qui figuraient dans l'instruction du 29 mars 2013.

Enfin, la CNAMTS va progressivement développer des actions d'accompagnement en établissement en élaborant de nouveaux programmes sur des thèmes concernant les principales catégories de la LPP prescrits à l'hôpital et exécutés en ville.

Tableau 1 : prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) LPP remboursées en 2015, par grands postes de la classification médico-technique

LPP (hors titre III)	Prescriptions hospitalières	% des Prescriptions Hospitalières	Ensemble des prescriptions	Part des Prescriptions Hospitalières dans l'ensemble des prescriptions
Total	2 500,9 M€	100%	6 007,7 M€	41,63%
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	273,0 M€	10,92%	388,1 M€	70,35%
Pression positive continue pour apnée du sommeil	224,6 M€	8,98%	508,4 M€	44,17%
Traitements respiratoires, autres prestations	223,1 M€	8,92%	359,2 M€	62,13%
Pansements	212,1 M€	8,48%	618,3 M€	34,31%
Oxygénothérapie, prestation seule	163,4 M€	6,53%	307,7 M€	53,11%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	151,5 M€	6,06%	516,2 M€	29,34%
Nutrition orale	120,4 M€	4,81%	348,0 M€	34,60%
Nutrition entérale, poches et prestation	113,7 M€	4,55%	152,4 M€	74,64%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	112,3 M€	4,49%	136,4 M€	82,34%
Orthoprothèse (3545)	106,5 M€	4,26%	164,0 M€	64,93%
Perfusion, systèmes passifs	103,8 M€	4,15%	162,0 M€	64,06%
Lits médicaux	99,8 M€	3,99%	319,4 M€	31,24%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	86,0 M€	3,44%	284,6 M€	30,22%
Fauteuils roulants, location et achat	84,0 M€	3,36%	196,5 M€	42,75%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	56,2 M€	2,25%	160,8 M€	34,95%
Orthèses de série	47,2 M€	1,89%	154,7 M€	30,52%
Dispositifs pour stomies digestives	44,2 M€	1,77%	117,7 M€	37,58%
Orthèses (petit appareillage 3521)	41,9 M€	1,67%	266,0 M€	15,75%
Audioprothèses	41,5 M€	1,66%	205,4 M€	20,23%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	38,1 M€	1,52%	107,1 M€	35,55%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)	34,2 M€	1,37%	80,1 M€	42,63%
Optique, verres et montures	29,9 M€	1,19%	166,1 M€	17,98%
Dispositifs de contention, bandes	17,7 M€	0,71%	43,4 M€	40,78%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	13,4 M€	0,54%	46,9 M€	28,58%
Dispositifs injectables viscoélastiques	12,1 M€	0,48%	48,3 M€	25,07%
Ophthalmologie, divers	8,4 M€	0,34%	30,2 M€	27,80%
Sphère ORL	7,5 M€	0,30%	16,0 M€	46,92%
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulation	6,8 M€	0,27%	31,0 M€	21,87%
Traitement externe de la douleur	6,2 M€	0,25%	10,4 M€	59,73%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	4,4 M€	0,18%	12,9 M€	34,35%
Prothèses oculaires et faciales	4,2 M€	0,17%	8,8 M€	47,92%
Postiches	3,9 M€	0,16%	7,4 M€	52,78%
Dispositifs contraceptifs	3,5 M€	0,14%	14,8 M€	23,37%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	1,9 M€	0,08%	4,3 M€	43,78%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	1,6 M€	0,06%	7,3 M€	21,84%
Optique, lentilles et aides visuelles	0,9 M€	0,04%	5,4 M€	17,15%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pour diabète	0,8 M€	0,03%	1,4 M€	58,17%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)	0,15 M€	0,01%	0,17 M€	87,93%

Source : CNAMTS, France entière tous régimes, chiffres bruts non redressés, (Transcodage version 398 du 02.02.2016).

**Tableau 2 : évolution des montants remboursés en 2015
au titre de la prescription hospitalière exécutée en ville LPP**

LPP (hors titre III)	Prescriptions Hospitalières		Ensemble des prescriptions		Part de l'évolution PHEV dans l'ensemble des prescriptions
	Croissance en montant brut	Evolution en %	Croissance en montant brut	Evolution en %	
Total	197,91 M€	8,6%	470,28 M€	8,5%	42%
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	23,69 M€	9,50%	27,24 M€	7,5%	87%
Pression positive continue pour apnée du sommeil	20,71 M€	10,16%	44,94 M€	9,7%	46%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	18,41 M€	19,61%	18,43 M€	15,6%	100%
Pansements	13,45 M€	6,77%	36,91 M€	6,3%	36%
Orthoprothèse (3545)	12,58 M€	13,40%	18,84 M€	13,0%	67%
Nutrition orale	12,10 M€	11,17%	29,72 M€	9,3%	41%
Audioprothèses	10,25 M€	32,74%	88,23 M€	75,3%	12%
Perfusion, systèmes passifs	9,08 M€	9,58%	12,97 M€	8,7%	70%
Nutrition entérale, poches et prestation	8,73 M€	8,31%	9,84 M€	6,9%	89%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	8,05 M€	10,33%	17,25 M€	6,5%	47%
Traitements respiratoires, autres prestations	7,95 M€	3,69%	12,12 M€	3,5%	66%
Lits médicaux	6,99 M€	7,53%	23,56 M€	8,0%	30%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	6,83 M€	4,72%	21,97 M€	4,4%	31%
Orthèses (petit appareillage 3521)	5,96 M€	16,60%	18,90 M€	7,6%	32%
Dispositifs pour stomies digestives	4,44 M€	11,16%	8,00 M€	7,3%	56%
Orthèses de série	3,88 M€	8,96%	22,55 M€	17,1%	17%
Fauteuils roulants, location et achat	3,15 M€	3,90%	5,41 M€	2,8%	58%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	3,02 M€	5,68%	6,49 M€	4,2%	47%
Dispositifs de contention, bandes	2,90 M€	19,60%	7,25 M€	20,1%	40%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	2,70 M€	7,65%	6,63 M€	6,6%	41%
Optique, verres et montures	2,02 M€	7,27%	9,93 M€	6,4%	20%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)	1,81 M€	5,60%	3,08 M€	4,0%	59%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	1,66 M€	14,11%	4,92 M€	11,7%	34%
Ophtalmologie, divers	1,63 M€	24,15%	5,51 M€	22,3%	30%
Postiches	1,44 M€	58,74%	3,06 M€	71,0%	47%
Traitement externe de la douleur	0,93 M€	17,54%	1,23 M€	13,3%	76%
Dispositifs injectables viscoélastiques	0,73 M€	6,42%	2,77 M€	6,1%	26%
Sphère ORL	0,69 M€	10,11%	0,68 M€	4,4%	nc
Oxygénothérapie, prestation seule	0,41 M€	0,25%	-2,45 M€	-0,8%	nc
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	0,41 M€	10,07%	0,05 M€	0,4%	nc
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulation	0,37 M€	5,80%	2,24 M€	7,8%	17%
Prothèses oculaires et faciales	0,36 M€	9,21%	1,02 M€	13,0%	35%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	0,22 M€	13,27%	0,46 M€	11,8%	49%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pour diabète	0,14 M€	20,63%	0,17 M€	13,1%	86%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	0,09 M€	6,02%	0,51 M€	7,6%	18%
Optique, lentilles et aides visuelles	0,08 M€	9,78%	0,59 M€	12,4%	14%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)	0,06 M€	72,79%	0,07 M€	73,3%	88%
Dispositifs contraceptifs	-0,03 M€	-0,98%	-0,80 M€	-5,2%	nc

Source : CNAMTS, France entière tous régimes, chiffres bruts non redressés (Transcodage version 398 du 02.02.2016).
nc : % non calculable.

2.2. Compléments nutritionnels oraux (CNO)

Les produits pour complément nutritionnelle orale destinés aux adultes (CNO) étaient inscrits sur la LPP et leur prise en charge, avant 2010, était limitée à quelques pathologies (Sida, cancer...). En 2010, une modification de la nomenclature a étendu leurs indications à tous patients dénutris. Ainsi, la prise en charge des CNO destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères de dénutrition repris dans la LPP.

La dénutrition est fréquente chez la personne âgée et risque de progresser avec le vieillissement de la population, ce d'autant plus, qu'un nombre croissant de sujets âgés font le choix de rester le plus longtemps possible à domicile. Le poste des CNO devrait donc être amené à poursuivre sa croissance, d'autant plus que la prise en charge et la prévention de la nutrition font partie des objectifs de santé publique du 3^e PNNS 2011-2015.

L'enjeu, à la fois économique (348,0 M€ en 2015, dont 34,60 % en prescription hospitalière) et de santé publique car l'opportunité du traitement est discutable chez certains patients alors que d'autres ne sont pas pris en charge. L'amélioration de la qualité de la prescription semble nécessaire.

Dans ce contexte, le respect des recommandations en matière de bonne utilisation de la nutrition orale chez les patients dénutris, en termes de hiérarchisation des traitements, et des modalités de suivi et de renouvellement des nutriments, apparaissent fondamentales pour maîtriser ce poste dont l'évolution en 2015 approche 11 % (PHEV).

La délivrance des CNO est quasi exclusivement assurée par les pharmaciens d'officine (97 %). Les prestataires de services et distributeurs de matériel médical délivrent très peu ces produits (< 3 %).

Cette action a pour objectif d'améliorer la qualité du diagnostic de dénutrition et de limiter la prescription initiale à 1 mois et prévoir une réévaluation au 15^{ème} jour (comme le prévoit la LPP).

Les supports des visites ont été préparés par la Cnamts.

Calendrier: cette action devrait se dérouler sur le 4^{ème} trimestre 2016.

Indicateur proposé: coût moyen des nutriments pour supplémentation orale remboursés au titre de la PHEV par patient âgé de 60 ans et plus.

2.3. Modèles d'ordonnance au sein des établissements

L'article 56 de la convention des médecins prévoit la mise à disposition de modèles d'ordonnance élaborés avec les professionnels dans le champ de la LPP. Actuellement des modèles d'ordonnance sont mis à disposition des médecins par les prestataires eux-mêmes. Cette pratique ne peut être cautionnée par l'assurance maladie, en raison de son caractère inflationniste et des dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 4127- 8 du code de la santé publique.

La nouvelle convention entre l'UNCAM et les syndicats de prestataires prévoit notamment que ces derniers s'interdisent la rédaction et la diffusion de prescriptions pré-remplies à l'intention du prescripteur.

La CNAMTS a réalisé avec les partenaires conventionnels, trois modèles d'ordonnance focalisés sur les prestations nécessaires à :

- l'insulinothérapie par pompe externe;
- la nutrition entérale à domicile avec sonde nasogastrique ou naso-jéjunale;
- la nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie.

Ces prestations de la LPP ont été choisies en raison de la complexité de la nomenclature, de la diffusion aux prescripteurs de modèles d'ordonnance établis par les prestataires eux-mêmes et du montant des dépenses associées à ces prestations.

À titre d'exemple, les dispositifs pour auto traitement du diabète représentent le 1^{er} poste en montant remboursé des PHEV (273,0 M€ en 2015 et 70 % de l'ensemble des prescriptions exécutés en ville).

Par ailleurs, la complexité des nouvelles nomenclatures telles que la perfusion à domicile nécessite de développer des modèles de prescription pour faciliter l'application de ces nouvelles nomenclatures. La CNAMTS envisage de développer des modèles de prescription avec possibilité de remplissage en ligne.

L'objectif de cette action est de faire connaître ces modèles d'ordonnance et de les mettre à disposition des prescripteurs hospitaliers. À cette occasion, les conditions médico-administratives de la LPP seront rappelées.

Calendrier: modèles d'ordonnances disponibles; action programmée au 4^e trimestre 2016.

2.4. Pansement

Les pansements constituent le 4^{ème} poste des PHEV (212,1 M€) et l'évolution des PHEV en 2015 est de 6,7 %.

Deux actions sont en cours d'élaboration par la CNAMTS :

– PRADO plaies chroniques :

Un programme de retour à domicile pour le traitement des plaies chroniques (escarre, ulcère veineux, plaie du pied du diabétique) est commencé depuis début 2016. Il comporte notamment un mémo d'aide à la prescription et des modèles d'ordonnance à destination des professionnels de proximité pour optimiser les prescriptions ;

– Un mémo d'aide à la prescription des pansements primaires a été validé par la HAS et mise à disposition de support de campagne (diaporama et fiche de bon usage des technologies de santé HAS, avril 2011).

L'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques en adaptant d'une part la prescription en fonction de la plaie et de son stade d'évolution (selon recommandations HAS - 2008) et en assurant d'autre part que le suivi du patient est mis en place (réévaluation régulière de la plaie, pas de changement prématuré du pansement).

Calendrier : Juin 2016.

Indicateur proposé : nombre moyen de pansements remboursés au titre des PHEV rapporté au nombre de patients concernés par ces prescriptions.

2.5. Orthèse d'avancée mandibulaire versus pression positive continue (PPC)

Les traitements par PPC constituent le 2^e poste des PHEV (224,6 M€) et croit de manière soutenue des années. La croissance de ces prescriptions est de plus de 10 % en 2015.

Afin de favoriser une prise en charge efficiente des patients souffrant de syndrome d'apnée / hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS), la CNAMTS met en œuvre une action d'information et d'accompagnement des professionnels de santé (médecins hospitaliers, médecins pneumologues, ORL) au travers notamment de la mise à disposition d'un mémo précisant les modalités de prise en charge du SAHOS par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM).

Parallèlement à l'élaboration de cette action visant à accroître le taux de prescription des OAM dans le traitement des apnées obstructives du sommeil chez l'adulte, la CNAMTS procède à l'inscription d'un acte de pose des OAM.

Un mémo rappelant les indications est soumis pour validation à la HAS.

Calendrier : octobre 2016.

Indicateur proposé : Taux de prescription des OAM chez les patients souffrant de SAHOS.

3. Référentiels et autres messages de bonne pratique

3.1. Référentiels LPP

La liste des produits et prestations (LPP).

Avis et synthèse des avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) (consultables sur le site de la HAS).

Fiches de bon usage des technologies de santé HAS (consultables sur le site de la HAS).

Recommandations de bonne pratique HAS/AFSSAPS.

Guide illustré des prothèses de haute technologie technique (consultable sur ameli.fr).

Références juridiques des produits de santé (récapitulatif exhaustif du cadre juridique applicable à la LPP, consultable sur ameli.fr).

Guide ALD et liste des actes et prestations de la HAS (consultables sur le site de la HAS).

3.2. Messages d'amélioration de l'efficience de la prescription des produits et prestations de la LPP

Plusieurs pistes d'amélioration de l'usage des produits et prestations de la LPP en termes d'efficacité et de sécurité, mais aussi de maîtrise des coûts peuvent être suivies :

- respect des indications et des conditions de prises en charge définies par la LPP ;
- respect des recommandations professionnelles de la HAS ;
- rappel de l'obligation de porter les numéros FINESS et RPPS (après déploiement) sur les ordonnances ;

- respect de la convention UNCAM/Prestataire, publiée au *Journal officiel* du 3 juin 2016 (consultable sur ameli.fr).

Prescription des prestations d'oxygénothérapie

L'oxygénothérapie est le 5^e poste des PHEV-LPP. Compte tenu des enjeux de santé publique et économique de ce poste de la LPP, les indications de la LPP doivent être respectées, plus particulièrement, le choix entre l'oxygénothérapie à long terme par poste fixe et l'oxygénothérapie à long terme par oxygène liquide doit répondre au besoin des patients. À la suite de l'avis CNEDiMTS, une nouvelle nomenclature a été publiée en février 2015.

Indicateurs proposés

Proportion de forfaits OLT liquide (y compris les forfaits associés) au sein de l'ensemble des forfaits OLT.

Prescription des ortho prothèses

Pour aider les prescripteurs à respecter les référentiels médico-administratifs existant sur les ortho prothèses, un guide illustré des prothèses de haute technologie technique, outil d'aide à la décision conforme à la LPP, est mis à leur disposition. Chaque fiche comporte une illustration (reproduite avec l'accord des différents fabricants), la référence commerciale (marque et référence), les données techniques du fabricant (poids maximum de l'utilisateur, compatibilités, délai de garantie, etc.), la référence et l'intitulé repris à la LPP, le tarif de prise en charge et le référentiel médico-administratif existant reprenant ces nouvelles données techniques et réglementaires sous forme de fiches, disponibles en téléchargement sur ameli.fr¹.

¹ <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/appareillage-de-haute-technologie.php>

ANNEXE 4

CALENDRIER DE TRANSMISSION DES DONNEES PHEV

DATE	AUTEURS	DESCRIPTIONS DES DONNÉES
18 décembre 2015	DSS (Arrêté)	Taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville et taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques
1 ^{er} avril 2016	SG/CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des objectifs CPOM et CPG définitifs pour 2016 tous régimes
Avril 2016	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales de ciblage pour 2016: bilan des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville tous régimes
Avril 2016	ARS	Transmission à chaque établissement du bilan 2015 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville
Septembre 2016	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales du 1 ^{er} semestre 2016 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville
Décembre 2016	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données régionales des 9 premiers mois de l'année 2016 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville (données servant de pré ciblage)

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision du 5 septembre 2016 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1630802S

La directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale en 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 10 mai 2013 de la ministre des affaires sociales et de la santé et du ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, portant nomination de Mme Plassart (Agnès) comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du 21 janvier 2003 du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu l'approbation de la décision précitée par le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité en date du 24 janvier 2003 et par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie en date du 31 janvier 2003 ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement, et en particulier son article 33 concernant la délégation de signature du directeur ;

Vu l'approbation de la décision précitée par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie en date du 17 juillet 2003 et par le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité en date du 15 juillet 2003,

Décide :

Article 1^{er}

Procédure d'instruction des demandes

Mme DESHAYES (Coralie) reçoit délégation pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions concernant l'indemnisation des demandeurs.

Article 2

Indemnisation : provisions et offres présentées aux demandeurs

Elle reçoit également délégation pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs et aux offres présentées aux demandeurs, dans la limite de 50 000 €, à l'exclusion des décisions de principe qui relèvent de la seule compétence du conseil d'administration.

Article 3

Prise d'effet

La présente décision prend effet à compter du 5 septembre 2016.

Article 4

Publication

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 5 septembre 2016.

*La directrice
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART